

平成 27 年度 博士論文

周産期医療保障の確立とそのための条件整備について

主査 石橋 敏郎 教授

副査 松岡 泰 教授

副査 荒木 紀代子 教授

熊本県立大学大学院

アドミニストレーション研究科

博士後期課程 3 年

学籍番号：1085001

氏名：紫牟田 佳子

「周産期医療保障の確立とそのための条件整備について」

目次

I. はじめに	1
II. 本論文で取り上げる問題とその関連性	3
1. 社会保障体系と本論文	3
2. 医療提供体制、医療計画	7
3. 医療提供体制の確保と医療事故の補償	10
III. 周産期医療体制の現状と医療事故防止	13
1. 周産期医療体制の変遷と現状	13
2. 緊急帝王切開 30 分ルール体制	28
3. 医療事故防止と裁判外紛争解決手続	39
4. 医療事故調査制度の創設	47
5. 小括	49
IV. 産科医療補償制度	52
1. 産科医療補償制度の開始後の現状	53
2. 諸外国における無過失補償制度	69
3. 産科医療補償制度 2015（平成 27）年の見直しと課題	78
4. 小括	86
V. 周産期医療体制の整備	89
1. 周産期母子医療センターの設置	90
2. 産婦人科医師の確保	94
3. 医療機関の偏在と集約化	110
4. 医療保障の方向と課題	117
5. 小括	129
VI. 産科医療保障に果たす医療計画の意義とその問題点	133
1. 社会保障と税の一体改革による医療制度改革	134
2. 医療計画の実施責任と医療計画の意義	139
3. 周産期医療体制整備計画	143
4. 医療計画の問題点	161
5. 小括	166
VII. おわりに	169

I. はじめに

わが国では、この50年間で国民皆保険制度によって、全ての国民がいつでも、どこでも平等に医療機関を受診することが可能になり、今や医療へのアクセスがほぼ保障されたといつてよい。この結果、世界最高水準の保健医療が実現されている。WHO（世界保健機関）においても、わが国の保健システムは世界第一位と評価されている。

しかし、周産期医療においては、産科の医師が極端に不足していることや、山間地域では、産科医や産科病院そのものがなく、安心して出産ができないという深刻な事態が起きている。産科医療が危機を迎えている原因はいくつかある。まず、産婦人科医不足の原因のひとつに、産科医療をめぐる事故と訴訟の頻発があげられる。2004（平成16）年、福島県の「福島県立大野病院産婦人科医師逮捕事件」、2006（平成18）年、奈良県の「大淀町立大淀病院問題」、2006（平成18）年、横浜市の「堀病院強制捜査」などの産婦人科医師の医療過誤に対する損害賠償を求めた医療裁判などが起きている。こうした周産期医療に関する一連の訴訟が提起された頃から、しだいに産婦人科医師が不足するようになった。分娩を担う医療機関が減少したことで、予約制により分娩数を制限する病院もある。そうするとその地域に住んでいる妊婦でさえも、遠隔地の病院・診療所で分娩をせざるをえないことになってしまう。こうした事態は、分娩をひかえた女性にとって深刻な状況であり、現在では、「出産難民」という言葉も登場するようになった。

2004（平成16）年12月、福島県の「福島県立大野病院産婦科医師逮捕事件」とは、患者が、帝王切開の手術の際に出血により死亡したものである。背景には、同病院における産婦人科常勤医師は、1人だけ（1人医師体制）という状況があった。また、2006（平成18）年8月、奈良県の「大淀町立大淀病院問題」や2008（平成20）年10月、「東京都立墨東病院問題」は、各病院から受け入れを拒否され結果的に妊婦が死に至ったという「たらい回し」や「搬送拒否」の問題であり、背景には、医師不足や周産期救急システムの不備があった。医

療事故について、警察の捜査の対象とされ、産婦人科医師や看護師が犯罪の被疑者として扱われるケースが出てくるようになり、さらに、マスメディアの報道も重なり、産科医療に対する不信が増大している。産婦人科医師や看護師は、出産ミスが原因で誹謗中傷を受けたり、犯罪者のような扱いをされたりしかねないと心配しはじめている。これが、圧力になり産婦人科医師の診療行動を委縮させ、また、産婦人科医師と患者の信頼関係も崩れるようになってきた。産婦人科医師は、危険を伴う治療方法を取りたがらないといった社会的状況のなかで、分娩の現場から次々に離れるようになってきた。

産科医療における事故防止・産婦人科医師不足の改善や周産期医療体制の条件整備は、いまやわが国の周産期医療の分野において最重要課題となっている。こうした課題を解決し、安心して産科医療を受けられるように環境整備の一環として、2009（平成21）年1月1日、産科医療補償制度が創設され、その後に見直しも行われて、2015（平成27）年1月から施行されている。産科医療補償制度は、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児およびその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、原因分析を行い、将来の同種事例の防止に役立つ情報を提供することなどにより、紛争の防止・早期解決や産科医療の質の向上を図ることを目的としている。

そこで、この論文では、わが国の周産期医療体制が危機を迎えている現状に対して、3つの側面で問題点とその解決策を探ってみたいと思う。まず第1に、周産期医療機関において、そもそも出産をめぐる医療過誤がおきかないようなルール作りやシステム整備が重要であるということである。いわば、事故防止および危機管理の側面からの検討である。第2に、不幸にして出産に際して事故が発生したときにも、十分な損害補償が準備されていることである。具体的には、産科医療補償制度について論じていくことになろう。第3に、産婦人科医師不足と地域的偏在に対する対策である。ここでは、産婦人科医師の確保の方法と周産期医療機関の集約化を論じてきたいと思う。本論文が、医療事故防止、医療事故補償、周産期医療体制の整備、医療計画の意義と限界、社会保障としての医療事故の補償という構成になっているのはそのためである。

Ⅱ．本論文で取り上げる問題とその関連性

1．社会保障体系と本論文

わが国においては、産科の医師の不足が深刻化して、山間地や僻地では安心して出産できる状況にないといったように、従来よりもかえって周産期医療供給体制に関する不備が指摘されるようになってきた。そこで、本論文では、こうした周産期医療の課題に応えるべく、以下の2つの点に焦点を当てて、研究対象とすることにした。

まず第1に、産科医療提供体制の整備に関する研究である。ここでは、産科医療提供体制の整備を進めるために、これまでどのような医療政策が具体的にとられてきたかという政策論だけでなく、社会保障制度のなかで医療がどのような位置づけと性格をもっているかを探り、そこから医療提供体制の整備がどのように理論的に導き出されてくるのかという理論的側面からの考察も加えることにした。政策論だけでは、その時々々の政治的状況や財政事情に左右されがちだからである。医療政策面での検討事項としては、周産期母子医療センター、産婦人科医師確保のための諸施策、医療機関の地域偏在と僻地医療の問題、また、これらを総合的に解決しようとして登場した医療法上の医療計画の内容、意義、その限界などを論じることにした。

次に、理論的側面としては、社会保障における医療サービスの位置づけとその特性について、所得保障給付と対比させながら、社会保障法学の視点から考察する。社会保障の体系論では、長い間、制度別体系論が主流とされてきた。すなわち、社会保険という技術が使われているかどうかを基準にして、社会保険（医療、年金、介護保険、雇用保険）、公的扶助（生活保護）、社会福祉、公衆衛生という4つの柱をもった体系論である。この体系論では、医療や介護サービスは社会保険という範疇に属することになる。しかし、この体系論は、あくまでも社会保障給付の提供方法（社会保険方式か全額公費負担か）についての議論であるので、この体系論をとる限り、医療サービスの性質や特性については、明らかにはならないし、ましてや、医療提供体制の整備についての理論

的支援になるような示唆は何一つ与えられない¹。そこで、このような制度的体系論を批判して、新しく給付別体系論が唱えられることになった。給付別体系論とは、社会保障を必要とする要保障者に対してどのような給付が必要なのか、どのような形で生存権を保障できるのかを第1に考えたものであり、表Ⅱ-1の通り、所得保障給付と生活障害保障給付に分けられる。このうち医療は生活障害保障給付法に位置づけられる。

表Ⅱ-1 所得保障給付法と生活障害保障給付法

所得保障給付法	現金給付	1. 生活危険給付法 2. 生活不能給付法
生活障害保障給付法	現物給付	1. 医療給付 2. リハビリテーション給付 3. 保健給付 4. 施設サービス給付

(出典) 石橋敏郎「第9章 社会保障の意義」(加瀬川堯『生活経営』、明文書房、1984(昭和59)年)152頁。

所得保障給付法とは、所得の喪失や支出の増加に対して生活保障に必要な現金を支給するもので、生活危険給付法と生活不能給付法に分かれる。生活危険給付法は、傷病、失業、老齢、出産、児童扶養、労働災害、死亡等によって生ずる所得の停止や減少に対して一定の補償的機能を果たす「防貧」の給付である。生活不能給付法は、現実に最低生活水準を維持できない状態の者に所得を与える「救貧」の給付であり、生存権の法理が無条件に貫徹している。両者は、生活危険給付の充実によって、生活不能給付を相対的に低下させるという関係がある²。

次に、生活障害保障給付法は、障害を除去または軽減するための非金銭的な給付を提供して、労働能力や所得能力を損なう状態を回復させるものである。老人、児童、心身障害者のように生活上のハンディキャップのある者に対してその生活障害を取り除きもしくは軽減することを目的としており、生活能力の維持・回復に適した形態のサービス給付として現物給付を行うものである³。

生活障害保障給付法には、所得保障には見られない特徴がある。まず第1に、これは、生活能力の回復または生活障害の軽減を目的とする給付の体系であるから、所得保障給付のように金銭を準備しただけではまったく効果がなく、むしろ生活能力回復のための施設を提供したり、現物を供与したりする方式をとることになる。そのためには、医療提供体制を整備すること、すなわち、サービスを提供できるだけの十分な人的設備と物的設備が不可欠の条件となる。第2に健康の維持・回復という生存権の基礎的条件を満たそうとするものであるから、社会がその構成員に対して当然提供すべき性質をもつのであり公費を導入して行われるべき性質のものである⁴。

社会保障たるわが国の医療給付は、かつて、「治癒後のリハビリテーション」を含んでおらず、もっぱら、傷病を治癒させることを目的としていた。しかし、病気が治癒したとしても、手足が動かなければ、労働能力あるいは生活能力は回復したとはいえない。生活障害保障給付法という概念をたてれば、医療は、生活能力の回復まで責任をおわなければならないことになり、その結果、治療とリハビリテーションとを結びつける体制が必要になる⁵。最近では、「生活習慣病」、「メタボリックシンドローム」という言葉があるように、積極的に疾病予防に取り組むべく「疾病予防、治療、リハビリテーション」の一貫した体制が進められてきている。疾病予防の充実によって、健康的に生活することができると共に治療やリハビリテーションの軽減などにつながり医療費を相対的に低下させるということも期待できる。荒木誠之教授は、「医療保障は、所得の保障や公衆衛生とは別の体系として考えると、医療提供システム、給付形態その他の社会保障医療をめぐる諸問題について新たな視点を据えることができる。」と展開している。そして、石橋敏郎教授は、「所得保障給付法と生活障害保障給付法という給付別体系であれば、要保障事故の性格の分析を通じて生存権の態様を明らかにすることによって、社会保障の独自性を確立するとともに将来の改革方向を示唆することができる。」と述べている。

このように生活障害保障給付法としての2つの特徴をみると、社会保障法が医療給付をその給付体系に含むのは、生存権保障（憲法25条1項）にとって医療が不可欠だからである。傷病時には、所得の喪失に対する経済的な保障が必

要であるが、それ以上に、心身の病的状態、損傷により生活機能が阻害され生活能力も制約されるので、この傷病状態をできるかぎり除去するための医療給付が必要とされる⁶。適正な医療の提供は、国の責任であると言え、「医療の現物給付」、「生存権保障」ということで安心・安全な医療提供体制を整備することが必要である。

次に、一部ではあるが、公立・私立を問わず医療機関でさまざまな医療事故が後を絶たないという実態もある。医療給付は、傷病を治癒させ生活能力の回復をはかるものではあるが、その過程では、軽微か重大かの違いこそあれ、医療事故が起こってしまうこともありうる。特に産科医療では、出産という命がけの行為の中で、時には不幸にして、子どもに障害を残してしまうようなこともありうる。そのような事故が起これば、母親は錯乱状態になることもあるであろうし、立ち会った産婦人科医の責任を追及することもありうる。最近の産婦人科医師の不足は、産科ではこうした事故がおこりやすいし、そのたびに医師の責任を追及されたのではたまったものではないという意識が存在することも原因の一つになっている。そうであれば、医療提供体制の整備の中に「産科医療事故の補償」を加える必要があると考えられる。

医療事故のなかには、1999（平成11）年、東京都立広尾病院のように消毒液と血液凝固阻止剤と取り違えたために患者が死亡したものもあり、警察への届出をきっかけして医師法21条に基づく異状死とは何なのかの議論があった⁷。

また、同年に横浜市立大学病院では、別の患者に手術をしてしまうという医療事故が起こってしまい、患者名の確認のミスから重大な医療事故が起こったりすれば医療に対する信頼をなくしてしまうのも当然と言える。しかし、このような薬物名の確認ミスや患者名の確認ミスで医療機関側の過失責任を負う医療事故ばかりではなく、過失がないのに不可避免的に生じてしまった重大な事故やいくつかの原因が複合して発生する医療事故も多いと言われている。それを未然に防止しようとしても実際にゼロにすることはできない。そうした医療事故の責任だけを追求して犯人さがしのような状況であれば、懸命に治療にあたった医師が医療の現場を立ち去るもやむをえないことであろう⁸。医療事故紛争になった場合には、その解決に時間と費用がかかり患者側と医療機関

側の双方に大きな負担となってしまう。特に産科医療においては、出産に伴う医療事故で多くの産婦人科医師が訴訟に巻き込まれてしまっているという現実がある。その結果、産婦人科の医師不足や医師の偏在がおきて、今日のように産科医療が崩壊寸前まで追い込まれているのである。それを救済するために、数年を懸けて2009年に産科医療補償制度が創設された。懸命に治療に専念しながらも訴訟のリスクに耐えかねてしまう医師というのは、他の診療科にも起きている。医師が不足するとその分、現場に残った医師の負担は倍増し、さらに医師不足や偏在がすすんでしまったり、人員不足での過重労働で医療事故を誘発する事実があったりすることも忘れてはならない。医療事故の補償があれば、被害者の救済補償はもちろんであるが、そして、医師の側からみても訴訟が回避され、患者の救済に関する精神的な負担と時間的な負担が減り、医療の現場から立ち去ることもなくなるであろう。そこで、本稿では、社会保障の医療提供体制整備の一つとして、「人的設備、物的設備」だけでなく「医療事故の補償」を取り上げることにしたのである。

2. 医療提供体制、医療計画

(1). 医療提供体制と公的医療保険制度の関係

わが国は、国民皆保険制度であり、産まれたときから国民全員が何らかの公的医療保険制度に加入するようになっていて、加入者やその家族などの被扶養者が、医療が必要な状態になったときに、保険医療機関で診てもらい、その後、医療費の一部を負担する制度になっている。公的医療保険制度は、保険医の登録、保険医療機関の指定を通じて、給付を担当する医療従事者や医療供給施設を社会保険医療に組み入れてきた。公的医療保険のもとでは、保険医療機関の指定は、医療機関の経営にとって重大な意味をもつことになる。もともと、公的医療保険制度は、一定の消極要因に該当する場合を除いて、ほとんど医療機関を指定の対象としてきた。このため、医療計画に基づく病床規則が導入されるまで指定制度が医療機関の開設や運営に大きな影響を与えることはなかった。

これに対して、公的医療保険のもので医療機関の運営に影響を与えたのは診

療報酬である⁹。診療報酬とは、保険診療の際に医療行為等の対価として計算される報酬を指すものであり、「医師の報酬」ではなく、医療行為を行った医療機関、薬局の医業収入の総和としての報酬を意味する。医業収入には、医師または歯科医師や看護師、その他の医療従事者の医療行為に対する対価である技術料、薬剤師の調剤行為に対する調剤技術料、処方された薬剤の薬剤費、使用された医療材料費、医療行為に伴って行われた検査費用などが含まれる。日本の保険診療の場合、診療報酬点数表に基づいて計算され点数で表現される。患者は、この一部を窓口で支払い残りを公的医療保険で支払うことになる。多くの医療機関が、保険医療機関になっているので、診療報酬が医療機関の人件費や施設整備費をまかなう主要な収入源となっている。

現物給付によって医療給付を提供する公的医療保険制度では、給付を担当する人員や施設の確保が不可欠であり、病院や診療所などの医療提供施設は、給付を担当する機関として位置付けられている。医療提供体制と公的医療保険制度との展開により、相互に影響しあうものが2つある。第1に公的医療保険制度の体制下では、医療機関の開設は、保険医療機関として医療給付の提供にあたるということを前提にしている。このため、医療法が定める医療計画は、保険医療機関の整備や配置に影響し、保険診療へのアクセスに関わる制度として機能している。第2に公的医療保険を通じて医療機関に支払われる診療報酬は、医療機関の人件費や施設設備をまかなう収入源となっているため、診療報酬の規模や配分のあり方は、医療機関の運営に影響し、提供される医療給付の内容を広く規定していることである¹⁰。このように公的医療保険制度は、医療の現物給付をするために不可欠であり、都道府県が策定する医療計画、診療報酬、補助金の交付等と同じく医療提供体制の整備に大きく関わってきた。医療提供体制の整備や再編といっても簡単に成し得るものではないので、診療報酬の算定要件や施設基準を設定し医療機関を誘導するという医療行政を行いながら、医療提供体制の整備をすすめてきたのである。

(2)．人的医療提供体制の確保と産科医療補償制度

医療提供体制としての要素を大別すると、第1に病院、診療所などの施設の

要素、第2に医師、歯科医師、看護師などの人的要素に分けられる。主に、施設的要素は、医療法において規定されており、人的要素は、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法などの各種資格法において規定されている。これとは別に医療行政が、各医療機関の施設基準、人員配置基準、診療報酬の算定要件などを決めて、医療水準を確保したり、医療へのアクセスや医療機関の適正な配置などを確保したりして、医療提供体制の整備を誘導してきた。今後も、社会保障の医療として医療供給体制の検討は不可欠であり、安全な医療システムの開発、医療情報の整備・活用、医療安全対策などが期待されている。特に、産婦人科の医師不足の改善や産科の医療提供体制の一環として2009年1月、産科医療補償制度の開始と2015年10月からの医療事故調査制度の開始が注目されている。これと同じように全診療科の医療事故について、今まで救済されなかった被害者にも経済的負担の心配をすることなく補償をうけられるように国の制度として無過失補償制度の創設が望まれている。それは、被害者側への救済措置として裁判以外の紛争解決と被害者の社会復帰と福祉増進を図るという趣旨で、極めて重要な制度だからである。そして、今、わが国の医療は、重大な岐路にある。本来、医療機関側には、その規模や性質に合わせて最善で安全な医療を提供する人的・物的体制を整えることや医療従事者の資格に相応した能力を維持・向上を図る責務がある。「安心・安全な医療、医療事故防止」などの本来の目的がありながらも、通常の医療行為で結果が悪く出た際に、それが医師のミスではないはずなのに、逮捕や拘留される可能性があり、そのため、医療の現場から医師が立ち去ってきている。特に高度医療に携わる医師が、大学病院や地域の中核的な医療機関を辞めており、特にリスクの高い小児科医師や産婦人科医師が病院を辞めることで、その病棟を閉鎖せざるをえないという事態もおきている。また、人員不足のなか、医療の現場に残った医師の負担は倍増しており、なかには医師が過労死したり、自ら命を絶ってしまったりといった事態も起きている。医師をはじめとする医療関係者が、人員不足で疲弊しており、そのうえに、医療事故、医療訴訟によって責任を追及させられるということになれば、ますます産科医療の人的確保は困難になってくるであろう。この状況を一刻も早くどうにかしなければならない。早急に、産科医師の人員

を確保して過重労働等を改善することが求められるところである。国としては、必要な医療施設数と医師数を配置することにより医療提供体制を整備して、医療水準の向上のために適切な措置を講じなければならない。

3. 医療提供体制の確保と医療事故の補償

医療提供体制では、第1に施設的要素、第2に人的要素があげられるのだが、これに加えて第3の要素として「医療事故の補償」が求められる。過失のある医療事故は、医療側が賠償することは異論のないところであるが、無過失のものや過失か否かの判断できないもの等の事故も多く、その点で、産科医療補償制度は、患者側も医療側も救済しようというものである。これまでは、医療行為の不確実な結果に対して訴訟という手段しかなかった。そのような場合に、「医療事故の補償」があれば、医師をはじめとする医療関係者の過重な負担は軽くなり、人員不足の歯止めになり、医療の質を確保することに繋がると言える。もともとわが国では、医療事故の補償というものはなく、これまでは、医療補償を医療提供体制と結び付けて考えることが、なされてこなかった。医療機関における「診察、治療」が受けられることを国が定めた公的医療保険制度によって、支え、規律し、維持をしながら医療提供体制が整備されてきた。医療提供体制の整備は、「人的要素」と「施設要素」が主であり、「医療事故の補償」として、やっと、脳性麻痺児のみではあるが産科医療補償制度を発足して産科の医療提供体制を整備することができてきた。これと同じように医療事故の被害者に対する無過失補償を行い、医療事故を分析したり再発防止をしたりする制度が不可欠であり、国には、健康を維持し増進させるために安全で質の高い医療を提供する義務がある。

これに関連する制度として、予防接種健康被害救済制度¹¹、献血者健康被害救済制度¹²などがある。予防接種健康被害救済制度は、国が公衆衛生の向上を図る目的で国民に対して予防接種の努力義務を課したため、その予防接種によって発生した被害を救済する目的でつくられたものであり、市町村が賠償・補償主体である。献血者健康被害救済制度は、自由意思に基づく善意の血液提供者

を保護するもので、日本赤十字社が賠償・補償主体となる制度である。そして、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の医薬品副作用救済制度¹³は、医薬品・生物由来製品の使用が広範であることから、薬物被害を受けた被害者の迅速な救済を図るものである。製薬企業等が、賠償・補償主体となる独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく制度であり、事務費の一部を国が負担している¹⁴。国には、有効で安全な医薬品・医療機器などを提供する義務があり、国の制度である公的医療保険制度によってこれらの医薬品・医療機器を使用している。医療機関・助産所が賠償・補償主体となる産科医療補償制度は、補償金を損害保険会社が支払うという点においてこれらの制度と異なっており、今後、他の診療にも医療事故の補償を広げる際の課題になると言える。

医療の保障は、日本国憲法第 25 条 2 項に、「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」と規定されているので、国が医療保障の責任を負うとする立場である。だから、税財源で医療サービスを提供する制度にするのか、公的医療保険制度を採用した上で国が自ら全国 1 本の保険者となって医療給付を行う制度にするのか、その方法はいくつか考えられる。また、日本国憲法第 13 条には、「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大限の尊重を必要とする。」として、前段で個人の尊重を謳い、後段で幸福追求権を定めている。現在は、日本国憲法第 25 条と日本国憲法第 13 条を踏まえて国民が、自ら健康で文化的な生活を追及する自律的な個人として、傷病により貧困に陥ることを防ぐ目的で、相互に助け合う公的医療保険をそれぞれの集団ごとに組織することとし、国の責務は、その権限を利用して公的医療保険の枠組みを設けることである¹⁵。日本では、医療制度や保険者が分立する形で公的医療保険制度がつくられており、国としては、強制加入や強制徴収を行うことができるように制度規定をする必要がある。医療事故の補償制度としての産科医療補償制度が、大きな問題もなく展開されているのは、財源が 100%確保できていて、それが、出産育児一時金を財源としており、そのうえに公的医療保険の支えがあるからだと言える。そう考えていくと、今後、全診療科を補償の対象にするような医

療補償制度を創設する場合にも、もちろん公的医療保険と一体となった制度を考えていくことになるであろう。

-
- ¹石橋敏郎「第9章 社会保障の意義」（加瀬川堯著『生活経営』、明文書房、1984（昭和59）年）151頁。
 - ²同上書、152頁。
 - ³同上書、152頁。
 - ⁴同上書、153頁。
 - ⁵荒木誠之「医療の視点－社会保障法学の立場から－」（『健康保険』、1970（昭和45）年4月号）12頁。
 - ⁶荒木誠之「社会保障の法的構造」（有斐閣、1983（昭和58）年）166頁。
 - ⁷小松秀樹「医療崩壊 立ち去り型サポージュとは何か」（朝日新聞社、2006（平成18）年）43頁。
 - ⁸本田宏「医療崩壊はこうすれば防げる」（洋泉社、2008（平成20）年）43頁。
 - ⁹石田道彦「第9章医療提供体制」（日本社会保障法学会編『新・講座 社会保障法第1巻 これからの医療と年金』、法律文化社、2012（平成24）年）174頁。
 - ¹⁰石田道彦「医療供給体制に関わる法制度の変化と課題－医療計画を中心に－」（日本社会保障法学会編『虐待・暴力に対する法制度/医療制度改革 社会保障法大26号』、法律文化社、2011（平成23）年）131頁。
 - ¹¹予防接種健康被害救済制度とは、予防接種法に基づく予防接種を受けた方に健康被害が生じた場合、その健康被害が接種を受けたことによるものであると厚生労働大臣が認定したときに、市町村により給付が行われる。過失の有無にかかわらず、予防接種と健康被害との因果関係が認定された場合に迅速に救済するものである。
 - ¹²献血者健康被害救済制度とは、採血による健康被害が起こった場合に救済のするものである。献血者が安心して献血に参加できるようにする為に公平性、透明性、および、迅速性に配慮して救済のするものである。
 - ¹³医薬品副作用救済制度とは、病院・診療所で処方された医薬品や薬局等で購入した医薬品を適正に使用したにもかかわらず、その副作用により入院治療が必要になるほど重篤な健康被害が生じた場合に、医療費や年金などの給付を行う公的な制度である。
 - ¹⁴第2回臨床研究専門委員会「現行の健康被害救済制度の比較」
www.mhlw.go.jp/shingi/2007/09/dl/s0913-6d.pdf（21015年7月14日検索）。
 - ¹⁵堤修三「国民皆保険の構成と機能」（大阪大学大学院人間科学研究科紀要39、2013（平成25）年3月30日）258頁。

Ⅲ. 周産期医療体制の現状と医療事故防止

妊娠期・分娩期を正常に経過している妊産婦であっても、たとえば、癒着胎盤があり出血多量になったり、破水時に臍帯脱出や胎児仮死を起こしたりするなどの可能性はあり、このような予測不可能な緊急事態にも対応できる周産期医療体制が必要である。しかし、現状の周産期医療体制は、それ以前の問題、すなわち、「たらい回し」、「搬送拒否」、「出産難民」などという言葉があるように治療そのものが受けられないような状態のところもあり、そのことが社会的な問題になっている。周産期医療体制の現状を整理していくと、医師不足、過重労働、医療事故、訴訟という負の連鎖の悪循環に陥っているように思われる。それぞれが相互に関連しているのが特徴であるために負の連鎖を断ち切るための糸口がなかなか見出せないのが現状である。その解決の一助にすべく、このⅢ章では、周産期医療体制を提供するにあたり、分娩を取り扱う施設数・産婦人科医師数などの現状を検討しながら、緊急帝王切開 30 分ルール体制などの医療事故防止について述べることにしたい。

1. 周産期医療体制の変遷と現状

(1). 周産期医療体制の変遷

わが国の母子保健統計の中でも新生児救命率は、世界で最も優れた値であり、周産期医療は、高く評価されており、周産期医療の発展・充実が母子保健統計数値の改善をもたらしていることは間違いない。しかし、ここにきて周産期医療をとりまく状況は大きく変化してきた。そこで、わが国の各時期の母子保健統計との関連を検討しながら、周産期医療体制の歴史と現状をごく簡単に述べておくことにしよう。

①. 周産期死亡

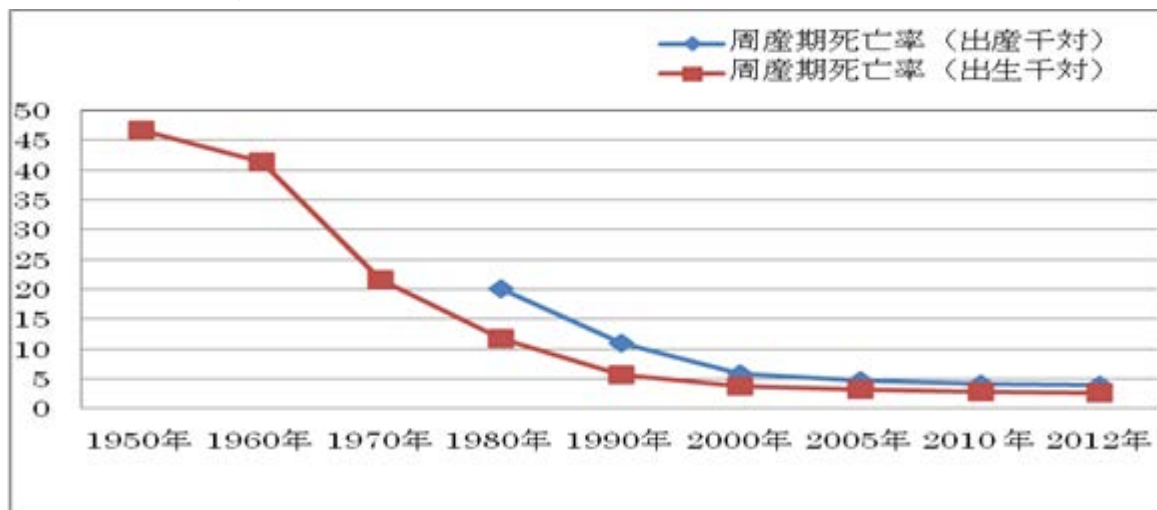
周産期死亡とは、妊娠満 22 週以後の死産と生後 1 週未満の早期新生児死亡をあわせたものをいう。出産数とは、「出生数＋妊娠満 22 週以後の死産数」と

定義されている。周産期死亡率は、各年において、出産1,000件に対して周産期死亡が何件あったかのを示したもので、母体と胎児の健康状態を反映する指標になる。日本においては、1994（平成6）年以前の周産期死亡の定義が、「妊娠満28週以後の死産+早期新生児死亡」となっていた。その後、日本でも、WHOより定められた「疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10回（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems10）（以下ICD-10と略）」に合わせて周産期を「妊娠満22週（154日）に始まり、出生後満7日未満で終わる。」と定義している¹。日本では、1995（平成7）年からICD-10を適用したことに伴い周産期死亡数を「妊娠満22週以後の死産数+早期新生児死亡を加えたもの」と改正し、併せて周産期死亡率の算出方法を以下のように改正された。

ICD-10 周産期死亡率＝年間周産期死亡数（妊娠満22週以後の死産数+早期新生児死亡数）/年間出産数（出生数+妊娠満22週以後の死産数）×1,000

ICD-10の周産期死亡率（出産千対）と従来の定義の周産期死亡率（出生千対）は、表Ⅲ-1の通り、低下してきている。医療の変化を表す指標としては、従来の定義の周産期死亡率の統計も必要なため、従来の指標も引き続き公表されている。母子保健統計での周産期死亡率の年次推移は、ICD-10の周産期死亡率（出産千対）と、1979（昭和54）年以降の新しい定義と従来の定義との2つで示されるようになった。周産期死亡率（出生千対）は、周産期医療体制の変遷によって1950（昭和25）年に46.6、1960（昭和35）年には41.4、1970（昭和45）年は21.7と年々低下してきた。

表Ⅲ－1 周産期死亡率



（出典）厚生労働省「平成 24 年人口動態統計月報年計（概数）の概況」27 頁
www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/.../gaikyoku24.pdf
 （2014 年 7 月 1 日検索）を参照して筆者作成。

②. 周産期医療体制の変遷

周産期医療の成果は、母子保健統計に明らかに表われているが、周産期死亡率の定義の変更自体が周産期医療体制の急速な進歩を明示する結果となり、母子保健統計もこれに合わせて変更される必要がでてきたことを示すものであろう²。この周産期医療体制の進歩は結果として、育成限界とされる妊娠週数の変更をもたらした。児が、母体外において生命を保持することができない時期に娩出に至るものを「流産」といい、母体外において生命を保持することができない時期はかつて妊娠 28 週未満と決定されていた。しかし、1980（昭和 55）年 1 月、日本産婦人科学会婦人科用語問題委員会において、妊娠 24 週未満と決定され、さらに 1992（平成 4）年 1 月からは妊娠 22 週未満と改定された。すなわち、それらの週数以降は早産であり、救命の対象となるということである。これは、新生児に対する人口呼吸器管理、輸液管理の進歩、サーファクタント治療があったからである³。周産期医療体制の変遷を 10 年ごとに区切って、周産期独自の医療技術の変化と医療システムに着目すると、表Ⅲ－2 の通りになる。

表Ⅲ－２ 周産期医療体制の変遷の区分

- | |
|---|
| <p>1. 第1期の周産期医療体制－1954（昭和29）年から1963（昭和38）年</p> <p>①. 自宅分娩から産科施設での分娩</p> <p>②. 未熟児は養育医療施設に入院</p> <p>2. 第2期の周産期医療体制－1964（昭和39）年から1973（昭和48）年</p> <p>①. ハイリスク妊娠・新生児のケア</p> <p>②. 異常児の早期発見・早期治療</p> <p>③. 胎児心拍監視装置の普及</p> <p>3. 第3期の周産期医療体制－1974（昭和49）年から1983（昭和58）年</p> <p>①. 新生児集中治療の確立</p> <p>②. 機械的人口換気療法の導入</p> <p>③. 呼吸心拍モニターの普及</p> <p>④. 新生児搬送の導入</p> <p>⑤. 分娩立会い</p> <p>4. 第4期の周産期医療体制－1984（昭和59）年から1993（平成5）年</p> <p>①. 周産期医療センター化</p> <p>②. サーフアクタント治療</p> <p>③. 母体搬送の普及</p> <p>④. 胎児管理の改善</p> <p>5. 第5期の周産期医療体制－1994（平成6）年から2003（平成15）年</p> <p>①. 周産期医療システムの整備</p> <p>②. 総合・地域周産期母子医療センターの整備</p> <p>③. 不妊症治療成績の向上</p> <p>④. フォローアップ体制の整備（異常児・正常児）</p> <p>6. 第6期の周産期医療体制－2004（平成16）年から現在に至る</p> <p>①. 周産期医療体制を取り巻く社会的状況の危機がはじまる</p> <p>②. 周産期医療システムの再構築</p> <p>③. 障害のある子どもと共存する社会づくり</p> |
|---|

（出典）服部司「地域周産期医療の現状と課題」（日本未熟児新生児学会雑誌第20巻、2008（平成20）年）78～79頁を参照して筆者作成。

第1期の周産期医療体制から第6期の周産期医療体制の経過は、多少の時期

のずれはあるものの全国各地に当てはまるものであろう。上記の他にも、現在では、一般的になっている画期的医療手技は数多くあるが、新生児医療に対する基本的な考え方、すなわち、後遺症なき生存を目指す非侵襲的ケア、母と子の絆を強める家族支援などの目標は変わっていない。医療の発展は、単に知識・技術によるものだけではなく、医療システムの在り方に大きく影響を受けてきたのである⁴。

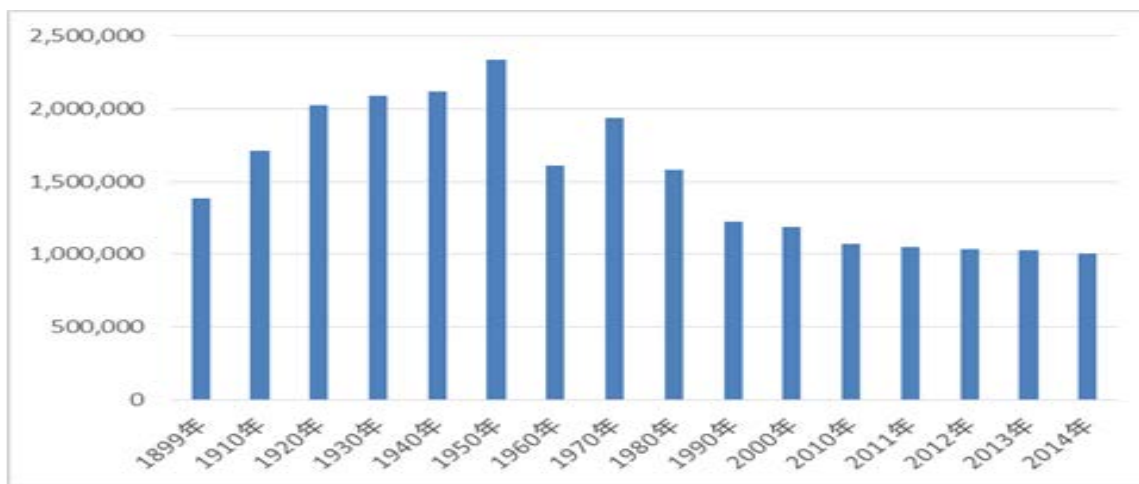
(2) 周産期医療体制の現状

妊娠期・分娩期を正常に経過している妊産婦であっても、たとえば、癒着胎盤があり出血多量になったり、破水時に臍帯脱出や胎児仮死になったりするなどの可能性はある。このような予測不可能な緊急事態にも対応できる周産期医療体制が必要であり、日本の周産期医療体制の現状を分析する。

① 出生数の推移

出生数は、表Ⅲ-3の通り、第1次ベビーブーム期1947～1949(昭和22～24)年に生まれた女性が出産したことにより、第2次ベビーブームが1971～1974(昭和46～49)年となり、1年間に約200万人が誕生した。1975(昭和50)年以降は毎年減少し続け、1992(平成4)年以降は増加と減少を繰り返しながら、ゆるやかな減少傾向であった。2001(平成13)年から5年連続で減少、2006(平成18)年は6年ぶりに増加したが、2007(平成19)年は再び減少し、2008(平成20)年は増加した。2014(平成26)年の出生数は1,003,532人で、2013年(平成25)年1,029,816人より26,284人減少しており出生数は過去最少であり、今後も人口減は続くといわれている。

表Ⅲ－3 出生数の推移



(出典) 厚生労働省「厚生労働全般」

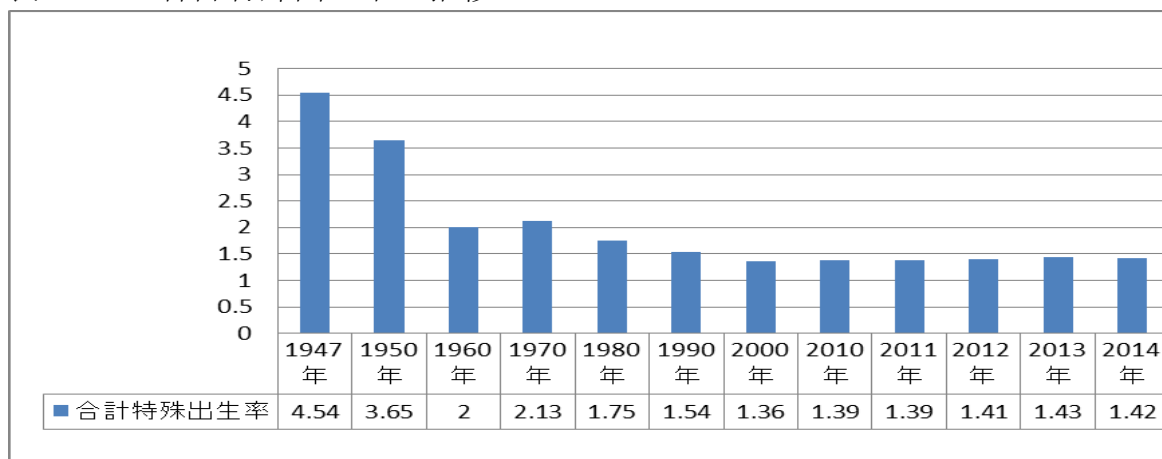
www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/12-2/d1/01.pdf (2014年1月1日検索) と
厚生労働省「平成26年人口動態統計月報年計(概数)の概況」4頁

www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/.../gaikyou26.pdf
(2014年9月15日検索) を参照して筆者作成。

②. 合計特殊出生率の推移

合計特殊出生率は、1人の女性が生涯に産むとされる子供の数をいう。これは、表Ⅲ－4の通り1965(昭和40)年代は、第2次ベビーブーム期1971～1974(昭和46～49)年を含め、ほぼ2.1台で推移し、1975(昭和50)年に2.00を下回ってからは低下傾向が続いた。2006(平成18)年に6年ぶりに上昇してからは3年連続上昇、2009(平成21)年は前年と同率であったが、2010(平成22)年は上昇し、2011(平成23)年は前年と同率の1.39となった。2012(平成24)年では、前年を0.02ポイント上回る1.41で2年ぶりの上昇である。1.4台の回復は1996(平成8)年以来16年ぶりで、これは、30代以降の出生率が伸びたためである。2013(平成25)年では、1.43で、2014(平成26)年では、1.42である。

表Ⅲ－4 合計特殊出生率の推移



(出典) 厚生労働省「厚生労働全般」

www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/12-2/dl/01.pdf (2014年1月1日検索)

厚生労働省「平成26年人口動態統計月報年計(概数)の概況」4頁

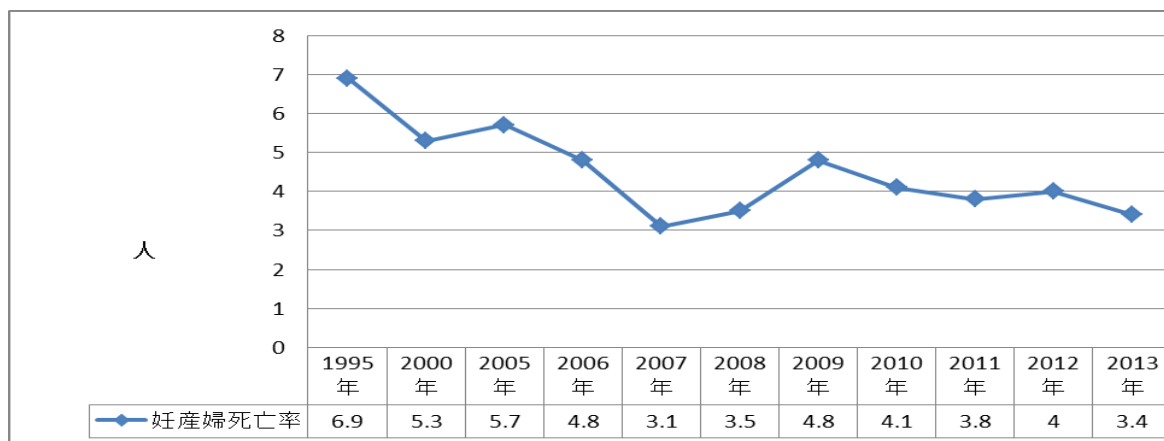
www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/.../gaikyou26.pdf

(2015年9月15日検索) を参照して筆者作成。

③. 妊産婦死亡率の推移

妊産婦死亡率とは、出産(死産含む)10万件あたりの死亡者数のことを意味している。妊産婦死亡数は、定義によると妊娠・出産または、妊娠・出産に関連する病気が原因である死亡である。妊娠に関連しない病気や事故・災害・犯罪などの原因による死亡は含まない。データとして最も古い1899(明治32)年の死亡率は、409.8人であり出産10万件あたり409.8人の妊婦が死亡していたことになり100件当たりになると0.4人となる。出生数は、2012(平成24)年1,037,231人、2013年(平成25)年1,029,816人であり、妊産婦死亡率は、表Ⅲ－5の通り2012(平成24)年4.0、2013年(平成25)年3.4であり、出産10万件あたり3から4人の妊婦が死亡していることになる。

表Ⅲ－5 妊産婦死亡率の推移

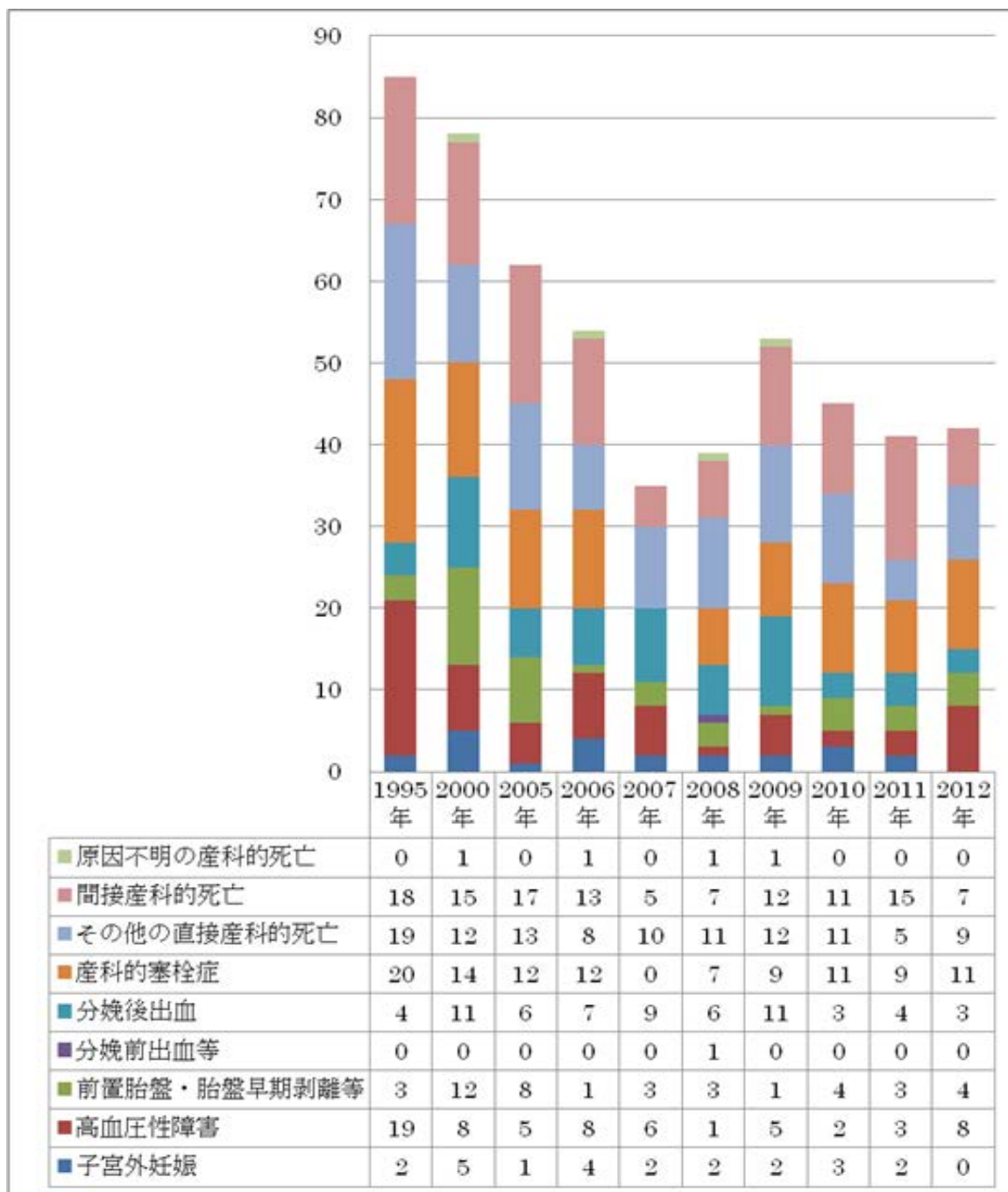


(出典) 厚生労働省「死因別妊産婦死亡数及び率の推移 1980年から2013年」
winet.nwec.jp/toukei/save/xls/L115280.xls (2015年8月15日検索) を
 参照して筆者作成。

④. 周産期医療における偶発事例発生の実態

1995(平成7)年から2012(平成24)年の死因別妊産婦死亡数の年時推移については、表Ⅲ－6の通りである。妊産婦死亡(母体死亡)は、主に直接産科的死亡と間接産科的死亡とに分けられる。直接産科的死亡は、妊娠・分娩・産褥における産科的合併症が原因で死亡したものである。間接産科的死亡は、妊娠前から存在した疾患または妊娠中に発症した疾患による死亡であり、直接産科的原因によらないか、妊娠の生理的作用で悪化したと考えられるものである。

表Ⅲ－6 1995（平成7）年から2012（平成24）年の死因別妊産婦死亡数の年時推移



(注) ①死因は第10回修正国際疾病傷害死因分類による。②調査は毎年行われる。
 (出典) 厚生労働省「死因別妊産婦死亡数及び率の推移 1975年から2009年」
winet.nwec.jp/touché/save/axles/L100220.xls (2011年1月4日検索) と
 厚生労働省「死因別妊産婦死亡数及び率の推移 1980年から2012年」
winet.nwec.jp/toukei/save/xls/L115280.xls (2014年7月17日検索)
 を参照して筆者作成。

(3). 周産期医療体制の危機といわれる状況

①. 分娩を実施した施設数の年次推移

女性にとって、妊娠期・分娩期・産褥期までのおよそ1年間は、不安な時期であるので、身近にお産をする施設がないということは、重大な問題である。さらに、産婦人科を標榜する診療所の医師は、60歳以上の医師が担っている現状があり、今後それらの医師が高齢化を理由に辞めてしまうと、分娩施設の閉鎖となり、さらに深刻な問題になると考えられる。分娩を実施できる施設数をみると、表Ⅲ-7の通り、年々減少しており2008（平成20）年には2,567施設になっている。

表Ⅲ-7 分娩を実施した施設数の年次推移

	一般病院	一般診療所	合計
1996（平成8）年	1,720	2,271	3,991
1999（平成11）年	1,625	2,072	3,697
2002（平成14）年	1,503	1,803	3,306
2005（平成17）年	1,321	1,612	2,933
2008（平成20）年	1,126	1,441	2,567

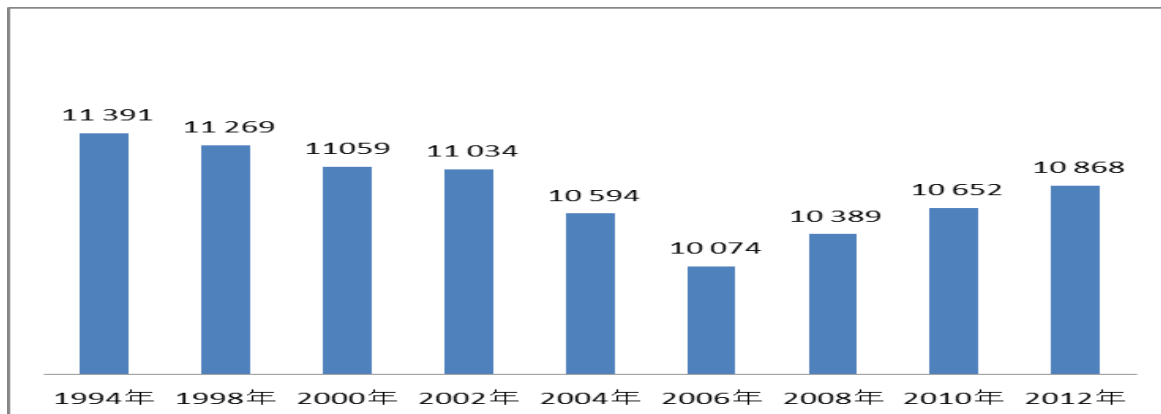
（出典）www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/08/d1/06_0003.pdf

（2015年7月14日検索）を参照して筆者作成。

②. 産婦人科医師数の推移

産婦人科医師数は、表Ⅲ-8に示す通り、1994（平成6）年11,391人であったが、2006（平成18）年10,074人となり減少した。その後、2008（平成20）年10,389人、2010（平成22）年10,652人、2012（平成24）年10,868人である。

表Ⅲ－8 産婦人科医師数の推移



(出典) 厚生労働省「平成 24 年 (2012 年) 医師・歯科医師・薬剤師の概況」10 頁を参照して筆者作成。

③. 助産師数の推移

助産師数の推移は、表Ⅲ－9 の通り 2012 (平成 24) 年末現在で就業している助産師の総数は 31,835 人である。全体としてこの 10 年に限れば増えてきており、施設内分娩の普及や住宅事情により、助産所よりも病院等の医療施設に勤務する助産師が増えている。

表Ⅲ－9 助産師数の推移



(出典) 厚生労働省「平成 24 年衛生行政報告例 (就業医療関係者) 結果の概況」2 頁を参照して筆者作成。

次に、アメリカのミシガン州における産婦人科医師の調査をみてみよう。

④. アメリカのミシガン州における産科医療提供者の減少

アメリカのミシガン州では、「産科医療提供者について、経済的負担が産科医療に及ぼす影響」についての調査が行われている。この研究の目的は、産科医療提供者たちの産科ケアの提供に関することと医療過誤の関心が今後の診療に及ぼす影響を明らかにすることである。2006年、産科医療提供者の中から無作為に2,282人を抽出して調査を行い、結果が得られたのは、産科医師800人中330人、家庭医師1,200人中416人、助産婦282人中153人で、合計899人である。

アメリカ・ミシガン州の産婦人科医師と助産師は、産科医療を提供した経歴があり、調査時に産科医療を提供しているのは80%であり、それとは対照的に家庭医師は、産科医療を提供した経歴があるのは59.6%、調査時に産科医療を提供しているのは19.7%にしか過ぎなかった。

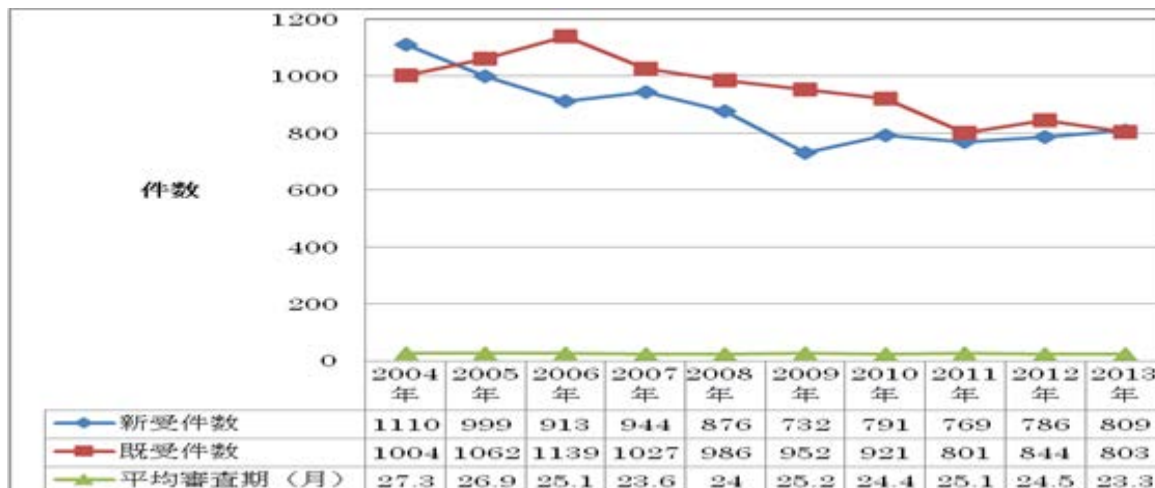
調査時に産科医療を提供している者について、5年後くらいで、分娩を取り扱う医療をやめる計画にしているのは、産科医師18.3%、家庭医師18.7%、助産師11.9%であり、危険性の高い産科ケアの提供を削減する計画にしているのは、産科医師35.5%、家庭医師24.5%、助産師12.6%である。また、メディケイドの産科医療の提供を制限する計画にしているのは、産科医師49.7%、家庭医師16.7%、助産師9.7%である⁵。このように、産婦人科医師数の減少というのは、日本だけではなくアメリカ・ミシガン州においても起こっており、特に5年後には厳しい状況になることが明らかである。

(4). 医事関係訴訟

①. 医事関係訴訟事件の処理状況及び平均審理期間

2004（平成16）年から2013（平成25）年の医事関係訴訟事件の処理状況及び平均審理期間については、表Ⅲ-10の通りである。2004（平成16）年の新受件数が、1,110件でありこの年が最も多くその後も約700から1,000件の状態が続いている。

表Ⅲ－10 医事関係訴訟事件の処理状況及び平均審理期間



(注) ①医事関係訴訟事件には、地方裁判所及び簡易裁判所の事件が含まれる。
 ②平均審理期間は、各年度の既済事件のものである。③本表の数値のうち平成16年の各数値は、各庁からの報告に基づくものであり概数である。④平成25年の数値は、速報値である。

(出典) www.courts.go.jp/saikosai/vcms_lf/201405izitoukeil.pdf
 (2014年7月14日検索)を参照して筆者作成。

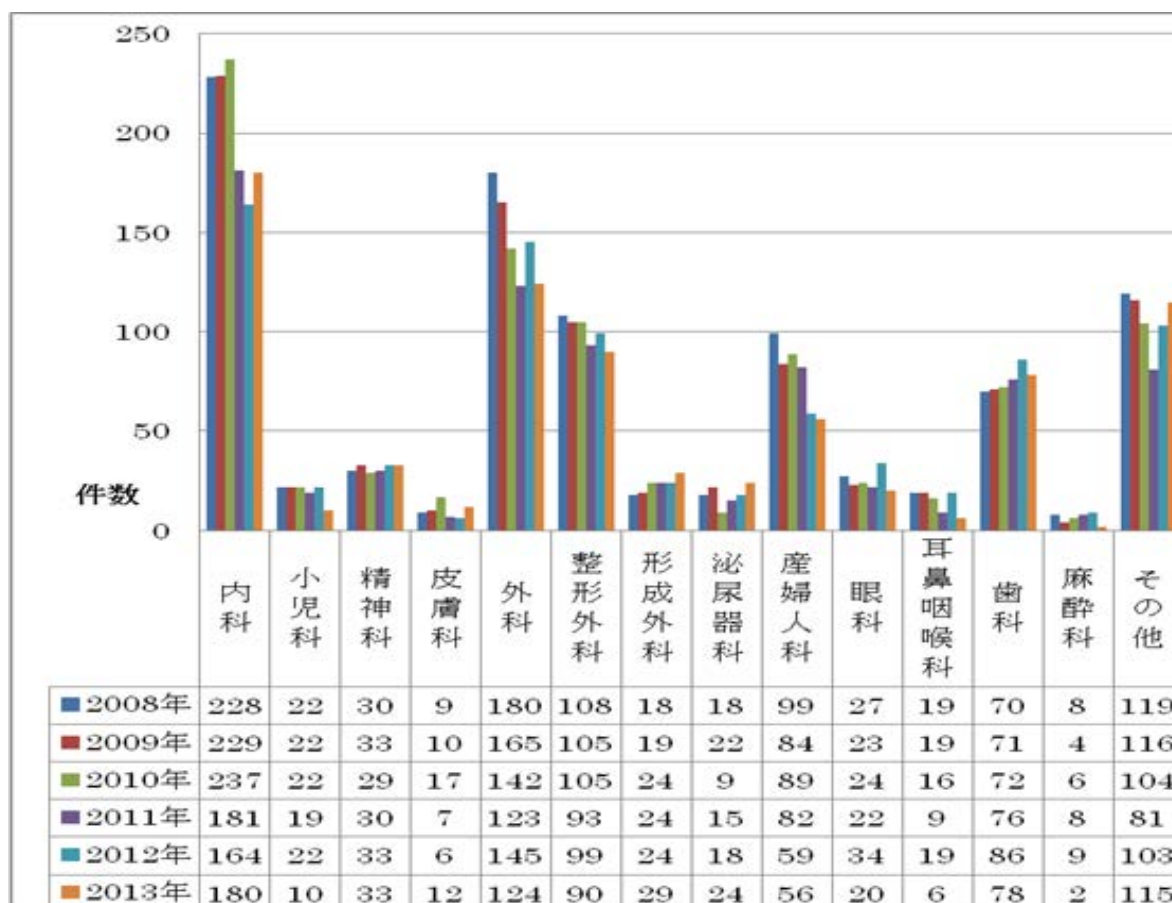
②. 医事関係訴訟事件の診療科目別既済件数

医事関係訴訟事件（地裁）の診療科目別既済件数は、表Ⅲ－11の通り、内科、外科、産婦人科の順に多い。各種調査によれば、診療科目別に医療紛争の発生をみた場合、これには、3:3:3の法則があるといわれている。すなわち、外科（整形外科を含む）産婦人科及び内科（小児科を含む）において平均して紛争が現れており、それが、全体の9割を占めている。産婦人科も外科にはいるので、外科系・内科系の割合は、2:1となる。また、産婦人科領域には、周産期医療に関する紛争が含まれている⁶。アメリカ・ミシガン州においても、医療過誤訴訟のリスクという観点から、産科医療を提供するかどうかの決定の際に、ほぼ全員が影響を受けていると答えている。その程度として、High impact であると考えているのは、産婦人科医師の37.5%、家庭医師の51.2%であり、Moderate impact であると考えているのは、産婦人科医師の25.2%、家庭医師の19.1%であり、そして、Small impact であると考えているのは、産婦人科医師の25.2%、家庭医師の14.0%であると報告されている⁷。また、アメリカ・

オレゴン州でも、産科医療提供者（産婦人科医師、家庭医師、助産師）の43.0%の者は、産科医療をやめる理由として訴訟の心配をあげており、31%の者が、1～5年後迄に分娩を取り扱う医療をやめる計画にしている⁸。

医療事故の多くは、医療者が故意に起こしたものではないから、法で厳格にとりきめても決して減ることはない。もちろん、悪質な医療機関の対応によっては、訴訟が必要なケースが存在することも否定できない一面もある。医療訴訟の解決と産科医師不足の解消は密接な関係があることがわかる。

表Ⅲ－11 医事関係訴訟事件(地裁)の診療科目別既済件数



(注) 本表の数値は、各診療科の医療事故の起こりやすさを表すものではない。複数の診療科目に該当する場合は、そのうちに主要な一科目に計上している。平成25年の数値は速報値である。

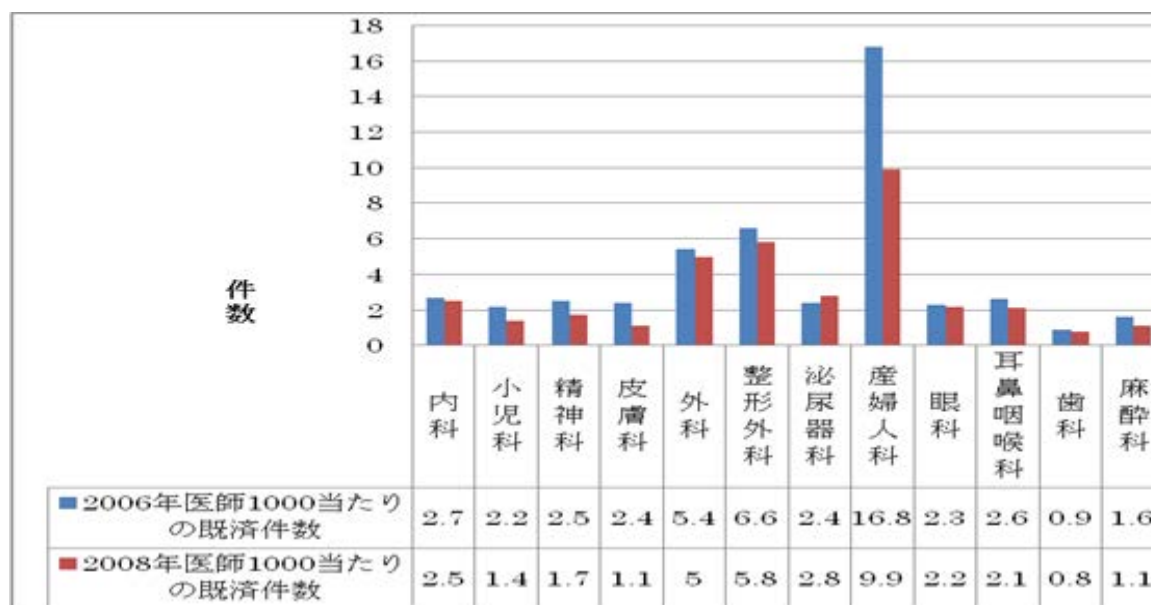
(出典) 医事関係訴訟事件(地裁)の診療科目別既済件数

www.courts.go.jp/saikosai/about/iinkai/izikankei/index.html (2011年1月15日と2014年7月14日検索)を参照して筆者作成。

③. 医師 1,000 人当たりの訴訟件数

医師 1,000 人当たりの訴訟件数で比較すると、表Ⅲ－12 の通りである。

表Ⅲ－12 2006（平成 18）年・2008（平成 20）年・医師 1,000 人当たりの訴訟件数



(注) ①既済件数については、最高裁判所ウェブサイトによる。複数科目に該当する場合は、その中の主要な一科目に計上している。②各科の医師数については、2006（平成 18）年医師・歯科医師・薬剤師調査における医療施設に従事する医師の主たる診科に基づき以下のように算出している。内科については、内科、呼吸器科、消化器科（胃腸科）、循環器科の医師数を合計している。精神科（神経科）については、精神科、神経科の医師数を合計している。外科については、外科、脳神経外科、呼吸器科、心臓血管外科、小児外科、こう門科、気管食道科、リハビリテーション科（理学診療科）の医師数を合計している。整形・形成外科については、整形外科、形成外科、美容外科の医師数を合計している。泌尿器科については、泌尿器科、性病科の医師数を合計している。歯科については、歯科、口腔外科の歯科医師数を合計している。③医師 1,000 人当たりの既済件数は、医師数に基づき厚生労働省において算出したものである。

(出典) www.mhlw.go.jp/shingi/2008/03/dl/s0312-8c_0042.pdf（2008年9月12日検索）と www.mhlw.go.jp/shingi/2008/03/dl/s0312-8c_0042.pdf（2011年12月30日検索）を参照して筆者作成。

2006（平成 18）年の医師 1,000 人当たりの訴訟件数で比較すると、内科の 2.7 件、小児科の 2.2 件などと比べ、産婦人科は 16.8 件と突出して高い。2008（平成 20）年の訴訟件数では、内科がもっとも多いが、医師 1,000 人当たりの件数で比較すると、内科の 2.5 件、小児科の 1.4 件などと比べ、産婦人科は 9.9

件と格段に高い。産婦人科と並んで医師数の減少が著しい外科が、医師 1,000 人あたりの訴訟件数で産婦人科に次ぐ水準にあることも傍証となろう。産婦人科医師は、精神面と経済面で大きな負担を感じている。2009 年アメリカの調査によると、医師は、平均的にみても賠償責任保険に総所得の約 18.0%を支出していることが報告されている⁹。産婦人科医師にとっては、損害賠償金や賠償責任保険料の負担が大きく、産婦人科医師不足の解消をするためには、医療訴訟の解決もしくは訴訟負担の軽減が必要であることがわかる。

2. 緊急帝王切開 30 分ルール体制

周産期医療体制が抱えてきた問題として、医師不足、過酷な労働環境、医療訴訟があり、それらが相互に関連していることが表面化してきた。事態の深刻さを社会全体で認知しなければならず、また、社会全体で取り組まなければ解決できないことである。その解決の一助にすべくこの節では、適切な分娩監視、帝王切開手術の準備・処置を怠ったとする判例と適切な時期に帝王切開によって胎児を娩出すべき注意義務を怠ったとする判例を概観して、緊急帝王切開 30 分ルール体制の必要性について述べることにしたい。

(1). 緊急帝王切開 30 分ルールの背景

分娩の多くは、正常に経過するのであるが、時には分娩経過中にトラブルがおこったり、異常が起こったりすることがある。分娩が、正常から逸脱しやすい状況にあり、そのことは時として母体や胎児に影響を及ぼすことになる場合がある。分娩には、胎児とその付属物（胎盤、臍帯、羊水）、産道（通過部位）および娩出力（陣痛や腹圧）が互いに適切に作用することにより出産が行われることから、この三要素のそれぞれにおいて異常が起こることが考えられる。分娩Ⅰ～Ⅲ期までの母児共に緊急事態というのは、常位胎盤早期剥離、子宮破裂、前置血管、低置胎盤、前置胎盤、分娩子癇、羊水塞栓症などあり、児の緊急事態というのは、臍帯下垂・脱出、胎児心拍高度持続性徐脈などがある。また、分娩Ⅲ～Ⅳ期までの母児共に緊急事態というのは、癒着胎盤、産道裂傷、

外陰腫血腫、弛緩出血、羊水塞栓症などがあり、新生児の緊急事態というのは、新生児仮死などがある。分娩時の異常な事態が発生した場合の緊急処置の一つとして、帝王切開等について考察していくことにする。産婦人科学会のガイドラインでは、「吸引分娩の安全性を考慮して、総牽引時間 20 分以内・吸引回数 5 回以内とするというルールがあり、さらに、クリステレル胎児圧出法・吸引分娩が成功しなかった場合を考慮して、帝王切開術の準備もしなければならない。特別な事情がない限り 手術決定から通常 30 分、遅くとも 1 時間以内に帝王切開術をすること、すなわち児を娩出させることが可能でなければならない。」とされている。この「30 分」という時間については、1997（平成 9）年 2 月 24 日、神奈川帝王切開賠償訴訟で、胎児の心拍数が一時的に低下する症状に対して、帝王切開の準備をするのが遅くなり男児が、重症仮死・脳性麻痺になったという裁判と関係がある。この二審判決で、「胎児の心拍数が一時的に低下する症状がみられ、帝王切開の準備を始めるべきだった。」、さらに、「帝王切開決定から実施まで約 1 時間 16 分要し、遅きに失した。」という指摘から出てきたものだと言われている。裁判所の判断は、「30 分ルール」さえ満たせば「高度の蓋然性」で重症仮死自体は起こらないとしており、この裁判から、「緊急帝王切開 30 分ルール」という言葉がでてきた。今後、緊急帝王切開 30 分ルールを迅速に行える体制が求められると共に、様々な産科疾患をもつ妊婦の帝王切開術の麻酔や心・脳血管疾患合併妊婦における硬膜外無痛分娩、妊婦における産科以外の緊急手術、さらに超低出生体重児や新生児緊急手術を的確に行うことが求められる。この 1997（平成 9）年 2 月 24 日、神奈川帝王切開賠償訴訟と他 2 例の分娩第Ⅱ期緊急時処置・損害賠償請求事件判例を考察する。

①. 分娩第Ⅱ期緊急時処置・損害賠償請求事件判例

ア. 適切な時期に帝王切開の準備に着手すべく義務及び帝王切開の決定後早期に胎児を娩出させるべき義務を怠ったとする判例(神奈川帝王切開賠償訴訟)の概要は、表Ⅲ-13の通りであり、被告病院医師に過失を認め原告らの損害賠償請求の一部を認めたものである。

表Ⅲ－13 適切な時期に帝王切開の準備に着手すべき義務及び帝王切開の決定後早期に胎児を娩出させるべき義務を怠ったとする判例

横浜地方裁判所・判決日 2007（平成 19）年 2 月 28 日
①. 分娩日：1997（平成 9）年 ②. 認容額：14,258 万円
③. 医療機関の規模：自治体病院 ④. 母体と胎児の背景：初産婦、正期産
⑤. 分娩の状況 妊娠 37 週 3 日 08：30 腹緊、性器出血、水様性帯下、破水感 17：00 外来受診し入院、子宮口 2 cm 開大 19：30～20：00 胎児心拍・基線細変動ともに正常 20：02 胎児心拍数 2 回にわたり 100bpm と 120bpm に低下後 160 台に回復、数分間にわたり基線細変動が 5bpm 以下に減少した後、一旦、20bpm 程度に回復、約 10 分間 5bpm 以下に減少 20：35 90bpm に急激に低下する一過性徐脈出現、胎児心拍数 160bpm 前後に回復、約 7 分間にわたり基線細変動が 5bpm 以下に減少 20：45 基線細変動 20bpm に回復 21：00 約 2 分間胎児心拍数 80bpm に低下する一過性徐脈出現（遅発性一過徐脈の疑い） 助産師：体位変換、分娩監視装置の記録中断 陣痛間欠 3 分、発作 20～30 秒・中等の強さ、子宮口 3 cm 開大、開大度 30%、先進部 SP-3、羊水清、「ダブルセットアップ」として禁飲食と血管確保、ブドウ糖点滴のみ実施 21：10 分娩監視装置記録再開、胎児心拍数 200bpm 前後から 180bpm 程度、基線細変動 5bpm 以下に減少、約 30 分間継続 21：40 胎児心拍数約 2 分間 60bpm に低下する一過性徐脈出現、遅発性一過性徐脈と診断 21：45 帝王切開決定 22：30 妊婦手術室入室、麻酔開始 22：53 帝王切開術開始

23：01 児娩出、アプガールスコア 2 点、仮死状態

00：40 児を搬送

⑥. 児は、脳性麻痺の状態となる

(出典) 判例概要 www.iryu-bengo.com/general/press/pdf/28/press_028_sum.pdf
147頁 (2013年12月12日検索) を参照して筆者作成。

この裁判では、①分娩当日 20：35、又は、21：00 に妊婦に対し帝王切開術を実施すべきであったか、実施すべきとまではいえないとしても、②帝王切開術の準備をすべきであったか、さらに、③同日 21：40 に帝王切開術決定後、30 分以内に実施して胎児を娩出させるべきであったかが争われた。①については、両時点においても帝王切開術を実施すべき義務があったということはできないと判示された。②については、20：35 の段階では準備すべき義務があったとはいえないが、21：00 ころの段階においては、準備に着手する義務があったとして、医師に過失を認めた。その理由として、21：00 ころ生じた徐脈は、遅発性一過性徐脈であることが高度に疑われ、「基線細変動の減少、及び、20：35 ころ胎児心拍数が 90bpm に急激に低下した後 160bpm に回復した。その後に基線細変動が 5bpm 以下に減少し、20：45 ころ 20bpm 程度に回復した経過を考慮すると、胎児の状態は重症である可能性があり予断を許さないものといえる。」と認定した。そして、被告病院の当時の人的体制では、夜間に緊急帝王切開術を施行する場合に決定から児の娩出まで平均約 1 時間 20 分を要していたことから、21：00 ころの段階において、帝王切開術の準備に着手する義務があったとした。③については、「胎児心拍数基線が頻脈を示しているとき、それに基線細変動の低下や消失と遅発性一過性徐脈の両者の所見が加わったら、胎児はかなりの胎児ジストレスの状態にあるので、緊急の急速遂娩術が必要とされている。21：10 以後の高度頻脈と基線細変動の減少が、約 30 分にわたり継続した後の 21：40 ころに高度遅発一過性徐脈が出現した時点では、一刻も早く緊急に帝王切開術を施行して児を娩出させることが必要であることは明らかである。」とした。その上で、21：45 に手術決定後から初めて帝王切開の準備に着手し、児の娩出まで約 1 時間 16 分を要した被告病院に、過失を認めたのである。そして、2008 (平成 20) 年 3 月 27 日に控訴審判決が出されて、帝王切開の遅れと後遺症と

の因果関係は認めたと、「手術の遅れだけが後遺症の原因とはいえない。」などとして1審判決を変更し、病院側に約8,465万円の支払いを命じたとのことである¹⁰。

イ. 適切な分娩監視、帝王切開手術の準備・処置を怠ったとする判例の概要は、表Ⅲ-14の通りである。

表Ⅲ-14 適切な分娩監視、帝王切開手術の準備・処置を怠ったとする判例

東京地方裁判所・判決日 2004（平成16）年3月12日
①. 分娩日：1995（平成7）年 ②. 認容額：10,132万円 ③. 医療機関の規模：大学病院 ④. 母体と胎児の背景：初産婦、30歳、前期破水、正期産
⑤. 分娩の状況 妊娠37週2日 17：30 前期破水 19：00 入院 妊娠37週3日分娩日の状況 09：00 オキシトニン投与。分娩監視装置装着 15：00 子宮口2～3cm開大 19：57 分娩監視装置を外す 20：00 分娩室入室、子宮口8～9cm開大 20：07 変動性一過性徐脈、周囲に誰もいない状態 20：30 胎児心拍数が良くないので医師呼ばれる 子宮口全開大 20：40 クリステレル胎児圧出法 20：45 帝王切開を迷いながらも5～6回クリステレル胎児圧出を併用した吸引分娩 21：15 児娩出 2,758g、頸部臍帯巻1回
⑥. 児は、後遺障害1級相当・脳性麻痺・体幹麻痺の状態となる

（出典）判例概要 www.iryō-bengo.com/general/press/pdf/28/press_028_sum.pdf
131頁（2013年12月12日検索）を参照して筆者作成。

この判旨は、「分娩監視義務違反の有無については、変動一過性徐脈の反復出現が見られるのに、実際には20:07以降20:30まで原告の周囲に誰もいなかったことや医師の診察がされたのがようやく20:30至ってからであったことなどからすると変動一過性徐脈の発生とその悪化を見落とし、適切な処置を何も執らなかった。」といている。つまり、異常が発生したことを容易に発見することができたにもかかわらず、当該異常に対し適切な監視や対処を行っていないという点で、当直医には分娩監視義務を怠っていたと認定しているのである。さらに、分娩方法及び分娩時期の選択における過失の有無については、19:57に嚴重な分娩監視をして、体位変換等も試みた上、帝王切開手術の第一段階の準備をし、20:34以降、胎児の低酸素状態を緩和させるため更に適切な処置を執るとともに、帝王切開手術の本格的な準備をする必要があった。胎児仮死の状態であると認められる20:44には、直ちに帝王切開手術の施行を決定して、すみやかにこれを施行することにより、胎児の低酸素状態をできるだけ悪化させずに早期娩出に努めるという一連の義務があった。しかし、20:30ころの母体への酸素投与以外には、上記の適切な分娩監視・帝王切開手術の準備・処置を執ることを怠り、帝王切開手術を施行せず、かえって、失敗の危険性が高い吸引分娩・鉗子分娩を繰り返し、かつ、クリステレル胎児圧出法を漫然と35分間もの長時間行ってしまった。原告の腹部を強く圧迫し、これらにより胎児の低酸素状態を更に悪化させた点において、注意義務違反があると認定したのである。オキシトシンの投与方法における過失の有無については、添付文書によれば、「点滴速度をあげる場合は、一度に1~2ミリ単位/分の範囲で、40分以上経過を観察しつつ徐々に行うこと。」とされているのにもかかわらず、40分以上経過を観察した上で判断することなく、30分ごとに機械的に投与量を増量することを指示し、現に13:30ころまでそのとおりの増量を続けている。従って本件は、添付文書（能書）に反していることになると結論づけている¹¹。クリステレル胎児圧出法を35分間行ってしまったことからすると、やはり、クリステレル胎児圧出法・吸引分娩が成功しなかった場合を考慮して、帝王切開手術への準備をする必要があったと思われる。産婦人科学会のガイドラインでは、吸引分娩の安全性を考慮して、総牽引時間20分以内・吸引回数5回以内とする

というルールがある¹²。

ウ．急速遂娩の決定、及び、実施が遅れた過失があるとされた判例の概要は、表Ⅲ－15 の通りである。これは、出生した児が脳性麻痺となった事案につき、担当医師に急速遂娩の決定及び実施が遅れた過失があり、右脳性麻痺は低酸素性虚血性脳症に起因するもので医師の同過失と因果関係があるなどとして損害賠償請求が認められた判例である。

表Ⅲ－15 急速遂娩の決定、及び、実施が遅れた過失があるとされた判例

静岡地方裁判所・判決日 2001（平成 13）年 1 月 10 日
①．分娩日：1993（平成 5）年 ②．認容額：10,871 万円
③．医療機関の規模：自治体病院 ④．母体と胎児の背景：24 歳、初産婦、予定日超過、正期産、IUGR（子宮内発育遅延）
⑤．分娩の状況 妊娠 40 週 1 日陣痛 10 分間隔 妊娠 40 週 2 日分娩日の状況 02：00 入院 02：37 分娩監視装着 03：00 基線細変動減少約 30 分 04：20～5：10 軽度基線細変動減少 07：20～7：40 基線細変動の低下・消失 10：30 子宮口 8 cm 開大 15：45～16：00 基線細変動の低下・消失 16：00 回旋異常（第 2 回旋が起こらない）と診断 プロスタグランジン F2 α 投与（～19:05） 16：45～17：26 基線細変動の低下・消失 17：50 内診、回旋異常変わらない、仙骨硬膜外麻酔、低在横定位 18：30 分娩室 CTG 上徐脈(110bpm) 18：37 高度徐脈(80bpm) 18：45 酸素投与 18：58 子宮口全開大、Station+1

19：05 吸引分娩（3～5回）
同時にクリステレル圧出法→失敗、鉗子分娩→失敗
19：30 帝王切開検討
19：40 手術室搬送
19：41 帝王切開で娩出（出生時体重不明）
アップガールスコア 1分後、1点5分後4点

⑥. 児は、脳性麻痺の状態となる

（出典）判例概要

www.iryu-bengo.com/general/press/pdf/28/press_028_sum.pdf

（2013年12月12日検索）を参照して筆者作成。

この判旨は、「分娩開始初期から胎児心拍細変動の低下・減少が出現し、その後の分娩管理において注意を払うべき所見であるとした。また、15：45から見られる胎児心拍細変動の低下・減少は、詳細に見ると軽度の遅発性一過性徐脈ともとれる所見の存在も否定し得ないので、陣痛促進に伴う胎児への負荷を考慮し低酸素症の予防を行うとともに酸素吸入を開始する処置を行うのが望ましい。」とした。さらに、「16：40分からの胎児心拍曲線は、全体的に低下・減少の状態にあり、分娩を担当する者は最も可能性の高い胎児仮死を想定すべきであるとした。」と判断している。そして、「母体と胎児の状態を臨床経過、及び、分娩監視装置等により適切に監視し、胎児仮死の危険性がある場合には速やかに急速遂娩に着手する注意義務を負っていた。17：50頃、子宮口の全開大を確認するために内診をし、これを確認したならばその時点で、または遅くとも、18：35に心拍数の低下を認めた時点で、速やかに急速遂娩に着手するべきであった。この時にこれを怠り同時点で内診をすることなく、さらに18：50からの心拍数の低下を認めた時点でも経過観察をすれば足りると判断して急速遂娩に着手しなかった過失がある。」と判示した¹³。

以上の3例の裁判では、適切な時期に帝王切開によって胎児を娩出すべき注意義務を怠った過失や急速遂娩の決定、及び、実施が遅れた点で過失があると判断されている。その結果、子宮収縮の開始による低酸素状態が一定期間持続したことにより、児に脳性麻痺・四肢麻痺等の障害が生じたものである。帝王切開決定、及び、児娩出迄の時間を早くすることが必要であったと判断してい

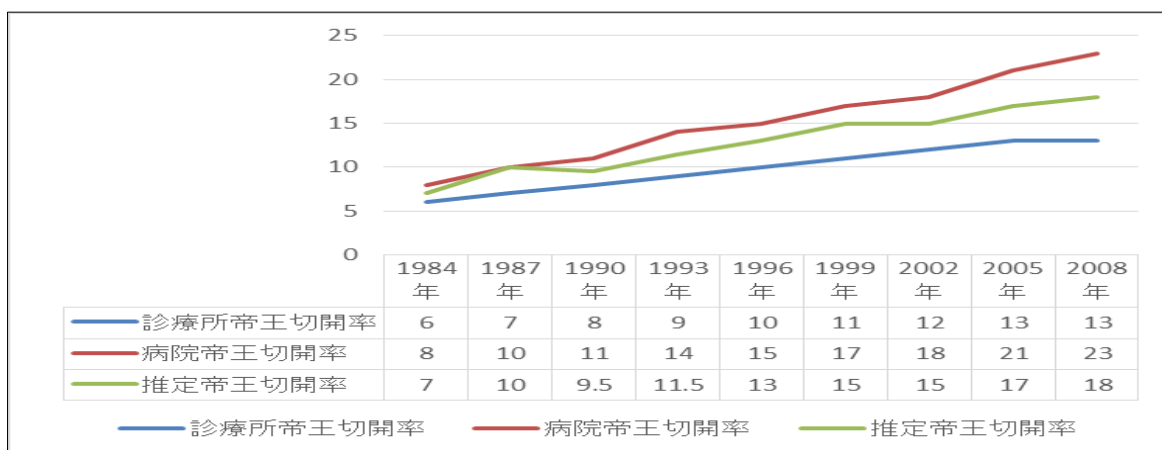
る裁判所の考え方からすれば、緊急帝王切開術 30 分ルール体制の確立が必要であろう。

(2)．緊急帝王切開術 30 分ルール体制

①．帝王切開の割合

1960 年以降、抗生物質の導入、輸血・輸液や麻酔技術の進歩などにより、帝王切開は母児にとって安全な手術となった。加えて胎児適応の増加、初産高齢化でリスクの高いお産が増加するなどの社会情勢の変化から、帝王切開の実施率は年々増加している。米国では 30% を超える帝王切開率は珍しくなく、日本でも 20% 以上の施設が増加している。しかし、安易な帝王切開は厳に慎むべきである。なぜなら、帝王切開が安全な手術になったとはいえ、予期せぬ出血、感染、他臓器の損傷、術後肺塞栓などは帝王切開率の上昇とともに増加しており、また、次回妊娠分娩に際して、子宮破裂や癒着胎盤など、経膣分娩ではごくまれにしか起こらない重篤な合併症の頻度が高くなるからである。帝王切開の場合には、入院が長くなること、出血が多ければ輸血が必要であること、次のお産も帝王切開になる率が高まることなどといったリスクを説明するが、それでも帝王切開を希望する母親が増えているという。厚生労働省統計によると分娩における帝王切開の割合は、表Ⅲ－16 に示す通り 1984(昭和 59)年に約 7%、1990(平成 2)年には約 10% と年々高まり、2008(平成 20)年には全国の帝王切開率約 18% にまで増加した。ここ 20 年で帝王切開の割合は、倍増しており、今や 5 人に 1 人は帝王切開で出産する時代となった。その理由は、高齢出産が増えているほか、不妊治療後の妊娠による多胎妊娠の増加や、若年女性の喫煙率の増加のほか、リスクをできるだけとりたくない医師や産婦・家族の心理など、社会的事情の変化も背景にある。

表Ⅲ－16 帝王切開の割合



(出典) 厚生労働省「平成 22 年度我が国の健康統計」を参照して筆者作成。

帝王切開の増加の理由として母体側の背景としては、初産の高齢化や不妊治療によるリスクの高い出産の増加が考えられる。一方、医療者側の背景としては、出産をめぐる医療訴訟の増加、産科医の減少、分娩を扱う医療機関の減少から、不確定要素が多い経膈分娩を避ける傾向が強くなっていることがあげられる。米国立保険統計センターの統計（2003 年）によると、訴訟社会米国での帝王切開率は 27.5% と高いことからもうかがえる。帝王切開は、管理できる出産であるという考えは、医師だけではなく産む側と家族も増えている。陣痛などの痛みへの不安が高まり、経膈出産を避けようという傾向が強くなっている。産む側の意識変化がみられ、健康な妊婦でも無痛分娩や帝王切開を望むケースも多い。なかには、裁判で、帝王切開をしていれば事故は防げたという判例が増えれば、経膈分娩を怖がる医師がいても一概に責められない面もあり得る。また、骨盤位などの経膈分娩には医師の経験と技量が必要とされるとも言える。出産の件数が減り、熟達した医師も減少することで、臨床での医師教育が困難となっていることも大きい¹⁴。

②. 急速遂娩の決定から児娩出までの時間

産科医療補償制度の補償対象となった重症脳性麻痺児のうち、2010 (平成 22) 年 12 月末までに公表された事例 15 件についての急速遂娩の決定から児娩出ま

での時間については、10分未満は0件であった。表Ⅲ-17に示す通り、30分未満は5件、30分以上は7件であった。

表Ⅲ-17 急速遂娩の決定から児娩出までの時間

	10～ 19分	20～ 29分	30～ 39分	40～ 49分	50～ 59分	60分 以上	合計	再掲：クリス テレル胎児 圧出法併用
吸引分娩	1	0	0	0	1	0	2	2
鉗子分娩	0	0	0	0	0	0	0	0
帝王切開	1	3	1	4	0	0	9	0
吸引→ 鉗子分娩	0	0	0	0	0	0	0	0
吸引→ 帝王切開	0	0	0	0	0	1	1	1
吸引→鉗子 →帝王切開	0	0	0	0	0	0	0	0
鉗子分娩 →帝王切開	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	2	3	1	4	1	1	12	3

(注) ここで扱う急速遂娩とは、吸引分娩、鉗子分娩、緊急帝王切開である。

(出典) 公益財団法人日本医療機能評価機構産科医療補償制度再発防止委員会「第1回産科医療補償制度再発防止に関する報告書 ～産科医療の質の向上に向けて～2011年8月資料」73頁を参照して筆者作成。

③. 緊急帝王切開術 30分ルール体制と医療水準

適切な時期に帝王切開の準備に着手すべく義務及び帝王切開の決定後早期に胎児を娩出させるべき義務を怠ったとする判例（神奈川県帝王切開賠償訴訟）のように、分娩日が1997（平成9）年で、判決は2007（平成19）年2月28日であり、結審までに実に約10年かかっている。裁判になると判決が出るまでに数年の時間を要することになった。この裁判後に「緊急帝王切開術 30分ルール体制」の確立ということも言われてきた。分娩を取り扱う医療施設であるならば緊急帝王切開術 30分ルール体制の確立と分娩監視装置での分娩管理体制を強化して、胎児心音の低下を瞬時も見逃さないような仕組みを整備していかなければならない。一般に、過失の有無は、「診療当時の臨床医学の実践における医療水準」に照らして判断される。つまり、過失の有無は、訴訟が行われている時点ではなく、あくまで当該医療行為が行われた時点での医療の水準に照らし

で判断されることになっている。しかも、その水準というのは、「学問としての医学水準」ではなく、「臨床における医療水準」のことである。したがって、その時点での「臨床における医療水準」から見て、適切な処置であると判断されるものは、過失と認定されない。しかし、大事なことは、2007（平成19）年2月28日での横浜地方裁判所の判決（神奈川帝王切開賠償訴訟）が認めたように、緊急帝王切開術 30 分ルール体制の確立と分娩監視装置での分娩管理強化を実現しなければならないということである。無過失責任である産科医療補償制度ができたからといっても、それは不幸にして脳性麻痺の障害が残ったときの事後的救済であって、医療ミスそのものを防止することには役に立たないからである。

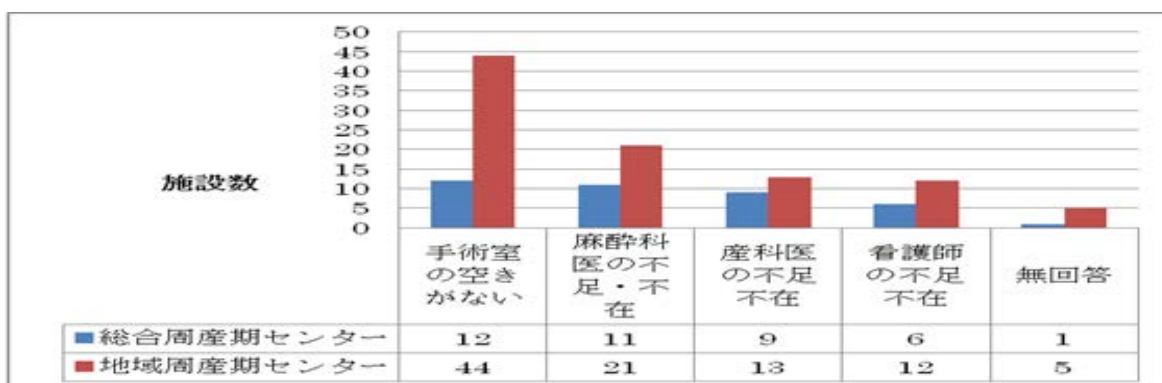
3. 医療事故防止と裁判外紛争解決手続き

(1). 周産期母子医療センターの役割と医療事故防止

周産期医療の中核を担うべき周産期センターにおいては、30 分以内を目安とした緊急帝王切開術の実施が求められる。しかし、総合周産期母子医療センターには、30 分という目安が記されていないのは、超緊急帝王切開の中には 30 分も待てない例も少なからず存在するため、総合周産期母子医療センターでは、30 分以内の帝王切開術はできて当然との認識に基づくものであろう。しかし、2008（平成20）年調査「乳幼児死亡と妊産婦死亡の分析と提言に関する研究」、平成20年度総括・分担研究報告書（主任研究者、池田智明）によれば、総合周産期母子医療センターは、30 分以内の緊急帝王切開術が常に可能な施設が 48% であり、日勤帯ならば可能な施設 47%、そして、30 分以内の帝王切開術が時間帯を問わずほぼ不可能な施設の 5%であった。地域周産期母子医療センターは、30 分以内の緊急帝王切開術が常に可能な施設が 28% であり、日勤帯ならば可能な施設 48%、そして 30 分以内の帝王切開が時間帯を問わずほぼ不可能な施設 22%、無回答 22%であった。緊急帝王切開が 30 分以内に実施できない理由は、Ⅲ表-18 に示す通り、手術室に空きがない、麻酔科医の不足もしくは不在、産科医の不足もしくは不在、看護師の不足もしくは不在であった¹⁵。緊急帝王切

開術を遅滞なく行い、医療事故防止のためにも、手術室に余裕を持たせたり、産科専用の手術室を設置したりする施設側の体制作りと産科医・麻酔科医・小児科医・看護師をそろえて夜間も院内当直などができる人員体制作りが必要であることが言える。

表Ⅲ－18 緊急帝王切開を30分以内に実施できない理由 複数回答



(出典) 照井克生「周産期医療センターにおける麻酔科医の役割」母子保健情報第61号(2010年5月)103頁
www.aiiku.or.jp/aiiku/jigyo/contents/kaisetsu/ks1011/61-19.pdf
 (2012年1月28日検索)を参照して筆者作成。

(2). 医療事故防止

①. 医療事故防止のための施設基準

医療事故防止としても、表Ⅲ－19の通りに2007(平成19)年7月20日付け医政指発第0720001号「疾病又は事業ごとの医療体制」にあるように、帝王切開術が必要な場合、30分以内に児の娩出が可能となるような医師及びその他の各種職員を配置するよう努めることが望ましいといえる。

表Ⅲ－19 周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる機能

医療従事者は、以下の医療従事者を配置するよう努めることが望ましい
1. 産科及び小児科(新生児診療を担当するもの)は、それぞれ24時間体制を確保するために必要な職員
2. 産科については、帝王切開術が必要な場合30分以内に児の娩出が可能となるような医師及びその他の各種職員

3. 新生児病室には、以下の職員

- ①. 24 時間体制で小児科を担当する医師が勤務していること
- ②. 新生児集中治療管理室に、常時 3 床に 1 名の看護師が勤務していること
- ③. 後方病室には、常時 8 床に 1 名の看護師が勤務していること

(出典) 2007 (平成 19) 年 7 月 20 日付医政指発第 0720001 号疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針 98 頁。

さらに、総合周産期特定集中治療室管理料に関する施設基準、母体・胎児集中治療室管理料に関する施設基準にも 30 分ルール体制について、表Ⅲ-20 の通り明記されている。

表Ⅲ-20 総合周産期特定集中治療室管理料に関する施設基準、母体・胎児集中治療室管理料に関する施設基準

母体・胎児集中治療室管理料に関する施設基準

1. 「周産期医療の確保について」(平成 22 年 1 月 26 日厚生労働省医政局長通知) に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること
2. 専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること
3. 母体・胎児集中治療室管理を行うにふさわしい専用の母体・胎児集中治療室を有しており、当該集中治療室の広さは、1 床当たり 15 平方メートル以上であること、また、当該治療室に 3 床以上設置されていること
4. 帝王切開術が必要な場合、30 分以内に児の娩出が可能となるよう保険医療機関内に、医師、その他の各職員が配置されていること
5. 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を母体・胎児集中治療室内に常時備えていること
 - ①. 救急蘇生装置 (気管内挿管セット、人工呼吸装置等)
 - ②. 心電計
 - ③. 呼吸循環監視装置
 - ④. 分娩監視装置
 - ⑤. 超音波診断装置 (カラードップラー法による血流測定が可能なものに限る)。
6. 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査

- 及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること
7. 原則として、当該治療室はバイオクリーンルームであること
 8. 当該治療室勤務の医師及び看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとする
 9. 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること、また、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画に交代勤務制の導入に向けての計画を含むこと。

(出典) [通知] 第6 総合周産期特定集中治療室管理料
2014.mfeesw.net/st/kst/348-2/81-2 (2014年7月14日検索)。

今では、超緊急帝王切開 (extremely emergent cesarean section) という言葉も出てきた。超緊急帝王切開の適応となる疾患には、重症の常位胎盤早期剥離、子宮破裂、持続性徐脈、臍帯脱出、前置血管破裂などがある。超緊急帝王切開 (extremely emergent cesarean section) の方針決定後、他の要件を一切考慮することなく、全身麻酔下で直ちに手術を開始し、一刻も早い児の娩出をはかる帝王切開である¹⁶。医療施設側の様々な状況があつたとしても、常に分娩においては、常位胎盤早期剥離、臍帯脱出など特に緊急な事例が発生することをふまえて、緊急性の高い事例への対応としてのシミュレーションをして、緊急帝王切開 30 分ルール体制を目指すという認識を周知する必要がある。緊急帝王切開 30 分ルール体制をつくる一方で、短期的には、ハイリスクの出産を予防するためのアプローチが重要である。ハイリスク出産が増える要因には、高齢出産の増加、妊娠時の喫煙、妊婦の体重コントロール不良などが指摘されている。通常、このようなリスクは、妊婦健診を受診して必要に応じて適切な指導・助言を行うことで予防・軽減できるものである。定期的に妊婦健診を受けて主治医、助産師、看護師と相談することで、不測の事態への対応もとりやすくなる。周産期に緊急事態が起きても、妊婦健診によりかかりつけの医療機関を確保することでいち早く患者の状態を把握できる。2009(平成21)年から徐々に妊婦健診が14回まで無料で受診可能になったが、それでも、未受診のままの妊婦、妊婦健診の回数の少ない妊婦、保健指導をしても自己管理できない妊婦等も少なくない。ハイリスク出産になる可能性があれば早期に医療機関同士の情報交換を行い、迅速に患者を搬送することになる。もちろんこれが可能とな

るには、地域の医療機関、地域周産期母子医療センター、総合周産期母子医療センターなどそれぞれの役割分担ができていることが前提である。

②. 医療事故防止のための責務

医療事故防止の為に医療現場の役割として、医療機関の管理者は、産婦人科、小児科（新生児）、麻酔科、救急医療に関連する診療科及び救命救急センター等が協働して診療できる体制の構築に努める必要がある。一方、医療従事者は、医療に関わる様々な問題について、自らもその原因を抽出するとともに、国及び地方自治体に対して情報を発信し解決を目指した提言を行うべきである。また、救急医療では、各診療科に関わる医学的知識と診療行為が必要であり、周産期に生じる急性病態についても、各診療科が協力してデータを集積、分析し、研究を進めていく必要がある。

ア. 患者に期待される責務

患者と医療機関は、情報提供や話し合いを十分行い、その上で患者は自ら治療方法等を選択して、医療に主体的に参加していくことが求められている。患者と医療機関が情報を共有し相互信頼と協力関係をもって医療が実施される中で、患者もまた医療安全の確保に協力することも求められる。患者は、医療を受ける側であるから医療安全を考えるに当たって、患者の立場が最優先で考えられるものである。

イ. 医療従事者個人の責務

医療従事者個人は、安全に医療を提供することを認識して患者の安全確保を最優先し責任をもって業務をするために、医療従事者としての基本的な倫理観や知識・技能を身に付けることが必要である。また、自らの心身の健康状態を良好に保つよう心がけなければならない。チーム医療の一員として自己の役割を果たして、他の従事者とお互いに確認をしあい、オープンで良好な人間関係の下で医療を行うことも必要である。

ウ．医療機関の責務

医療機関は、医療を実際に提供する立場として、医療の安全と信頼を高めていく重要な責務と役割がある。管理者が、適正な組織管理と体制整備の指導を行って、組織全体として安全対策に取り組んでいく必要がある。それぞれのチームによる取組や誤りを防ぐための方法などを確認して、医療現場の状況を十分に見直すようにする。また、患者の権利を擁護するための体制を整備しなければならない。このような取組を通じて、「安心・安全を目指すこと」が医療機関において醸成されていく。安心・安全な勤務条件のもとで安心・安全な医療を提供できるのだから、医療従事者個人の業務の質や量、及び、職員の資質や能力に応じて人員体制を整備することも重要である。医療機関の責務は大きいのであるが、医療従事者個人の意識に任せていいことと医療機関の責務として行うことの区別をする。

エ．教育研修・研究機関の責務

教育研修機関は、医療従事者の倫理や心構え、医療に関する知識・技術を修得させ、チームの一員として安全に医療を提供できる医療従事者を養成していく責務がある。研究機関は、医療安全に有用な研究を推進し、その結果や得られた知見を広く国民、医療機関、医療関係団体等に情報提供をする責務がある。そして、医療従事者の養成の拠点となる医療機関は、医療安全のための体制整備や取組を充実し、学生・卒後研修者等に対して安全対策の模範事例を示していく責務がある。一時的にやることができることではないので、繰り返しながら継続していくことになる。

オ．国の責務

医療安全の確保は、医療政策における最も優先度の高い課題である。関係者が一丸となって努力していかなければならない。しかし、このための環境を整備することは国の大きな責務である。医療安全の推進に向けた短期及び中長期的な目標を明らかにするとともに、その達成に向けて関係者の取組を調整して基盤整備を行なう必要がある。例えば、医療安全の実態を常に把握して医療安

全に関する知見や諸外国における動向等について調査することである。また、基本的な指針としての医療安全対策を示すこと、基準や必要な社会的規制の策定をすること、資源の効果的な配分をすることなどを行うとともに、見直しを適宜行っていかなければならない。患者の救命や健康回復を最優先に考えていくことと医療安全を確保することは同時進行であると言える。

以上のアからオのような責務を果たしても医療事故は起きるものであるが、その際にも、決して隠蔽したりせず実態を明らかにして早期の解決と予防に努めることが求められる。

(3). 裁判外紛争解決手続き (ADR ; Alternative Dispute Resolution)

①. 裁判外紛争解決手続きの基本理念

医療事故を防止するためには、事故を組織の問題ととらえて、管理者が組織全体の事故防止策の責任を持って進めるとともに、個々の医療スタッフも所属する組織の改善に積極的に関わるべきである。失敗した個人を責めたり、辞めさせたりするだけでは決して事故を減らすことはできない。同じ条件下のままでは、また別の誰かが同じ失敗を起すことになりかねない。ただし、「個人が医療事故防止に責任を持たない。」ということにはならない。今迄、わが国には、医療事故が起きた際、患者側を救済する公的制度が存在せず、患者側は、医療機関側の過失を明らかにしなければ何の補償も受けられず、なかには長期間に渡る裁判を闘う方法以外にない状態であった。患者側からは、医療事故訴訟を考えたとしても医療機関側の過失を証明するのは、難しい上に時間と多額の費用もかかり、事案を訴訟に持ち込むのは容易ではないという声も多かった。つまり、法的解決というものが、たとえ法的観点からみていくら適正なものであっても、訴訟による解決は、実際に医療や社会に及ぼす影響が大きい。医療者側にとっては、民事訴訟の増加は、防衛医療・委縮医療の傾向を強め、特定診療科の医師不足など医療崩壊をもたらす大きな要因のひとつである。訴訟が多発することにより、既に様々な形で、医療のシステム全体に大きな影響を及ぼしている。例えば、医師がリスクの高い治療や処置を回避していること、本来の診療より訴訟回避のための同意書の取得などに過剰なエネルギーを費やして

いること等であり、医療の現場で防御的医療の傾向が表れている。また、信頼関係を構築し、協調して病気に立ち向かうべき患者と医療者の関係が、疑心暗鬼に満ちた関係になり、コミュニケーションが貧困化することで、かえって医療事故が起きたのではないかとといった疑いが高まることもある。もちろん、悪質なケースや医療機関の対応によっては、訴訟が必要なケースが存在することを否定するものではないのだが、訴訟が医療紛争を処理する仕組みとして中心的役割を担うような状況は、患者・家族側にとっても、国民全体にとっても、必ずしも好ましいことではない。ことあるごとに患者側と医療機関側とを対立させるのではなく、より柔軟に応えられるシステムが訴訟に実際にかかわってきた者から求められてきた。そこで、近年では、民事訴訟とは別の形の紛争解決方法として 裁判外紛争解決手続 の存在が注目を集めている。この制度は、2004（平成16）年12月1日に公布され2007（平成19）年4月1日から施行されている。民事において仲裁人または調停人が公平な立場として入って解決するものであり、裁判をしないで当事者の合意に基づく紛争解決方法のことである。その基本理念は、「裁判外紛争解決手続の利用の促進に関する法律（ADR法）」の第3条に、「裁判外紛争解決手続は、法による紛争の解決のための手続として、紛争の当事者の自主的な紛争解決の努力を尊重しつつ、公正かつ適正に実施され、かつ、専門的な知見を反映して紛争の実情に即した迅速な解決を図るものでなければならない。裁判外紛争解決手続を行う者は、前項の基本理念にのっとり、相互に連携を図りながら協力するように努めなければならない。」とされている。

②. 裁判外紛争解決手続 の利点

裁判外紛争解決手続 の利点は、紛争解決までの時間が短縮されること、民事訴訟と比較すると費用が低いこと、簡素な手続きであること、当事者間での日程の調整ができることなどがある。それとは逆に、裁判外紛争解決手続に関わる専門職が不足していること、公平性が確保しにくいこと、制度の認知不足があることなどの課題も指摘されている。ひとたび、医療事故が起こった場合には、通常、医療機関側は金銭の賠償と早期解決を求めるものであり、患者側は、

金銭の賠償の他に事故の原因や状況や再発防止などを明らかにすることを求めるものである。これは、都道府県医師会や地区医師会に設けられている医師会会員のための医事紛争処理委員会と違うものであるから患者側からの直接的な申立て権が認められている。それは、弁護士が、解決案として過去の類似した裁判例をもとに提案し主導するというものである。最終的に当事者である医療機関側と患者側の合意で解決されることが、この 裁判外紛争解決手続 の特徴と言える。裁判外紛争解決手続の過程と結果などを随時、医療の現場の研修などで繰り返し活用して、今後は、同種の医療事故防止に役立てていくような意識が必要である。

また、新たに 2015（平成 27）年 10 月から、「医療事故調査・支援センター」を設置して医療事故調査制度が開始されることになったので、これについて次で少しふれてみることにしよう。

4. 医療事故調査制度の創設

2012（平成 24）年、日本医療安全調査機構は、今後の発展とそのあり方を検討するために「企画部会」を設置して、その後、2013（平成 25）年 5 月 29 日「医療事故に係わる調査の仕組み等に関する基本的なあり方」をまとめた。医療事故調査に焦点を当てて、2014（平 26）年 6 月 18 日に医療事故調査制度の創設を含む医療介護総合確保推進法が成立した。2015（平成 27）年 10 月 1 日に厚生労働省では、医療法第 6 条の 15 に基づき「医療事故調査・支援センター」を指定するものである。目的は、医療事故調査を行うこと及び医療事故が発生した病院等の管理者が行う医療事故調査への支援を行うことにより医療の安全の確保に資することである。一般社団法人、又は、一般財団法人で規定する業務を適切かつ確実にを行うものとして認められれば、その申請により指定することになる。医療事故調査制度とは、医療機関自らが、医療事故であるか否かを判断して調査し、医療の安全確保を図る仕組みであり、その医療機関の責務は重いと言える。また、医療従事者は、患者・家族や社会の要請を認識して倫理観と専門性を持って、自律的に本制度を運用しなくてはならない。医療法には、

医療事故調査・支援センターの業務として、表Ⅲ－21の通り7つの業務が規定されている。

表Ⅲ－21 医療事故調査・支援センターの業務、医療法第6条の16

1. 医療機関の院内事故調査の報告により収集した情報の整理及び分析を行うこと
2. 院内事故調査の報告をした病院等の管理者に対し、情報の整理及び分析の結果の報告を行うこと
3. 医療機関の管理者が「医療事故」に該当するものとして医療事故調査・支援センターに報告した事例について、医療機関の管理者又は遺族から調査の依頼があった場合に、調査を行うとともに、その結果を医療機関の管理者及び遺族に報告すること
4. 医療事故調査に従事する者に対し医療事故調査に係る知識及び技能に関する研修を行うこと
5. 医療事故調査の実施に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び支援を行うこと
6. 医療事故の再発の防止に関する普及啓発を行うこと
7. その他医療の安全の確保を図るために必要な業務を行うこと

(出典) 厚生労働省 医療事故調査制度について

www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061201.html (2015年9月12日検索)。

医療法上、医療事故調査制度の対象となる医療事故は、「医療事故（当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかつたものとして厚生労働省令で定めるもの）」とされており、この2つの状況を満たす死亡又は死産が届出対象に該当する。医療事故調査制度の目的は、医療の安全を確保するために医療事故の再発防止を行うもので、責任追及を目的としたものではない。しかし、この調査を終えたら、この報告書を訴訟に使用することについて、刑事訴訟法、民事訴訟法上の規定を制限することはできないものである。医療事故調査制度の理念があるとしても、医療従事者や医療機関の責任を追及しようとする患者・家族側にとっては、その資料が貴重な証拠であること

には変わらない。思いもかけずにそういう立場になれば、理念をいかに設定しようとも、実質的な効果として医療事故調査の結果が司法的な手続きで利用される可能性もある。医療事故の原因を個人の医療従事者の責任に帰するのではなく、医療事故が発生した構造的な原因に着目した調査を行うことが期待されている。

医療事故調査制度の創設により、すべての医療機関を対象として医療事故事案の集積をしていくことになるから、稀な事案であっても捕捉が可能となり、より一般化した再発防止策を啓発していくことが可能になると思われる。医療事故調査・支援センターは、集積した情報に基づいて、個別の事例ばかりではなく、全体として得られた情報を提供することや誤薬が多い医薬品の商品名や表示の変更をすることなど医療関係業界に対しての働きかけをすることに繋がる。さらに、医療事故調査・支援センターが、提案する再発防止策がどの程度、医療機関に浸透して適合しているかの調査を行い、最適な再発防止策を定着させることができるよう取り組むものであると期待されている。

医療行為は、専門性が高く複雑で、同じ病名でも患者ごとに異なり、医療事故の原因を特定することが難しい。一方で、医療事故が発生した際、一番にしなければならないのは患者・家族への説明などの対応である。患者・家族に向けての通常のインフォームド・コンセントや言動・行動の在り方をベースに、医療事故後の心情には十分に配慮するべきである。何故、医療事故が起こったのかを明確にすることは、身近な人の死を受け止める家族にとっても大きな意味を持つことになる。「第三者機関」として、医療事故・医療事故の疑いで亡くなったことと向き合って、それを医療の安全へ転換していくことが重要なことである。また、このような制度に言及されることの多い免責や無過失補償制度については、今回は触れられていないので、今後の課題である。

5. 小括

出産とは、出産予定日にお産が始まることよりも、予定日以外に陣痛や破水があることのほうが多いので、産婦人科医師は、出産予定日だけスタンバイし

ていれば良いというわけではない。妊婦は、陣痛や破水があれば、当然のように時間を問わず産科に行くことになるので、産婦人科医師が、このために常にスタンバイして母子のために 24 時間体制で待機している必要がある。それは、分娩を取り扱うすべての医療施設で、急変時に迅速に帝王切開を含む急速遂娩などが可能な体制の整備をして安全性を確保することである。ここでいう「24 時間体制で待機」というのは、すべての分娩施設に、緊急時の目標としては 30 分以内に帝王切開が可能な体制を目指していくことであり、産婦人科医師だけでなく麻酔科医師・小児科医師や手術室の体制を含む医療施設全体の対応が必要であるということである。しかし、産婦人科医師が、減少して、分娩を取り扱う施設の閉鎖も相次いでいる状況である。理由として、当直や深夜の緊急呼び出しが多く、過酷な労働環境とそれに見合わない低い対価に加えて、他科に比べて医療訴訟が多く敬遠されていることが指摘されている。こうした事態を受けて、政府による緊急医師確保対策の取り組みが始まっている。たとえば、2009 年 1 月に創設された産科医療補償制度や 2015 年 10 月に創設された医療事故調査制度である。これにより、患者の早期救済や医療事故に係る紛争の早期解決等が図られ、訴訟件数の増加に対する懸念の払拭につながると期待されている。

¹多田裕「我が国の周産期医療の推移と新生児関連の母子保健統計からみた評価」（周産期医学 Vol. 38No. 1、2008（平成 20）年）27 頁。

²同上書、28 頁。

³箕浦茂樹「産科医・助産師・看護師の連携－産科医療従事者からみた周産期医療の変遷－周産期指標はどのように向上したか」（周産期医学 Vol. 38No. 3、2008（平成 20）年）280 頁。

⁴服部司「地域周産期医療の現状と課題」（日本未熟児新生児学会雑誌第 20 巻、2008（平成 20）年）78 頁～79 頁。

⁵Xiao XU, Kristine A. SIEFERT, MPH, Peter D. JACOBSON, “*The Effects of Medical Liability on Obstetric Care Supply in Michigan,*” *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, FEBRUARY 2008.

⁶植木哲『医療の法律学〔第 3 版〕』（有斐閣 2007（平成 19）年）37 頁から 38 頁。

⁷Xiao XU, Kristine A. SIEFERT, MPH, Peter D. JACOBSON, 注 5、前掲書。

⁸同上書。

⁹Jeffrey Klagholz, and Albert L. Strunk, “Overview of the 2009 ACOG Survey on Professional Liability,”

-
- www.acog.org/departments/professionalliability/2009plsurveynational.pdf
(2011年1月29日検索)。
- ¹⁰判例概要 www.iryu-bengo.com/general/press/pdf/28/press_028_sum.pdf 147 頁 (2013年12月12日検索)。
- ¹¹同上書、131 頁。
- ¹²日本産婦人科学会日本婦人科医会『産婦人科診療ガイドライン産科編 2008』
(日本社団法人産婦人科学会事務局、2008 (平成20) 年) 120頁。
- ¹³判例概要、注(10)、前掲書、112 頁。
- ¹⁴「帝王切開、20年で倍増」www.cc.okayama-u.ac.jp/.../2006%20wadaï%20CS%20zouka
(2014年7月19日検索)。
- ¹⁵照井克生「周産期医療センターにおける麻酔科医の役割」(母子保健情報 第61号(2010年5月) 103頁
www.aiiku.or.jp/aiiku/jigyo/contents/kaisetsu/ks1011/61-19.pdf
(2014年1月28日検索)。
- ¹⁶「平日夜間および休日における超緊急帝王切開への取り組み」
第63回日本産科婦人科学会学術講演会 一般演題抄録
tyama7.blog.ocn.ne.jp/obgyn/2011/08/post_8af9.html (2012年1月28日検索)。

IV. 産科医療補償制度

わが国の産科医療については、出産をめぐる医事紛争が多いことや医師の過酷な労働環境などにより、分娩の取扱いをやめる医療施設が続出して、産科医療の提供が十分できない地域がでてきた。このため、周産期医療体制と産婦人科医師不足の改善の一環として、産科医療補償制度が2009（平成21）年1月1日から開始された。産科医療補償制度は、民間損害保険会社を活用することにより、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児およびその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、原因の分析を行い、将来の同種事例の防止に役立つ情報を提供することなどにより、紛争の防止・早期解決や、産科医療の質の向上を図ることを目的にしている。産科医療補償制度開始以後、2015（平成27）年9月18日に開催された第84回審査委員会までに補償対象として認定された脳性麻痺児は、1,471人である。その中には、分娩機関から児および保護者へ損害賠償金が支払われて、当事者間の紛争解決結果に基づき補償金と損害賠償金の調整を終えている事案もある。今後、信頼性の高い制度にするためには、補償の対象となるかどうかの審査や医療事故における原因分析をするにあたり、その審査機関が公正で中立的な立場で、制度の趣旨に則って行う必要がある。産科医療補償制度は、「開始5年後に見直しを行うこと」を掲げており、その検討も終わり2015年1月1日から一部の見直しの実施が始まっている。そこで、このIV章では、わが国の産科医療補償制度を概観して、その課題を指摘したうえで、公的な性格をもつ産科医療補償制度に今後求められる幾つかの解決すべき諸点も明らかにしたいと考える。

1. 産科医療補償制度の開始後の現状

(1). 産科医療補償制度の内容

①. 産科医療補償制度創設の目的

脳性麻痺児が産まれた場合は、親の側に看護・介護等の大きな負担がのしかかり、それに関わる費用負担も大きい。しかし、これまでは、その医療機関の処置に何らかの問題があれば医療訴訟という手段をとるしかなかったが、脳性麻痺の児を抱える親の側にもこれを受ける医療側にも、医療訴訟は精神的、肉体的に過大な負担となっていた。この制度は、医療訴訟で勝ったごく限られた者だけが報われるという従来のやり方を改め、分娩に関連した一定の条件を満たす場合の脳性麻痺の児に生活補償をするというものであり、具体的には、補償対象児とその家族に対し、看護・介護等の費用が補償されることになっている。産科医療補償制度の創設の目的は、表IV-1に示す通りである。

表IV-1 産科医療補償制度の創設の目的

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児およびその家族の経済的負担を速やかに補償する。2. 脳性麻痺発症の原因分析を行い、同じような事例の再発防止に資する情報を提供する。3. 紛争の防止・早期解決および産科医療の質の向上を図る。 |
|---|

(出典) 公益財団法人日本医療機能評価機構産科医療補償制度
www.sanka-hp.jcqh.or.jp (2015年9月18日検索)。

こうして、産科医療補償制度の創設によって、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児およびその家族の経済的負担を速やかに補償する制度はできたものの、他方、「分娩に関する」「重度の」「脳性麻痺」などと補償要件が限定されているため、似たような境遇なのに、この要件に当てはまらず、補償金が受け取れない児たちがでてくることにもなってしまった。なお、産科医療補償制度は、①運営委員会（運営全般に関すること）、②審査委員会（審査対象の審査に関すること）、③原因分析委員会（原因分析に関すること）、④再発防止委員会（再発防止に関すること）、⑤異議審査委員会（補償審査について

の異議、不服事案への再審査に関すること)、⑥調整検討委員会(一般的な医療から著しくかけ離れていることが明らかで、かつ産科医療として極めて悪質であることが明らかとされた事案につき、重度脳性麻痺の発症についての損害賠償責任の有無に関する事項を審議すること)という複数の委員会の組織で運営されている。

②. 医療機関等の産科医療補償制度への加入状況

日本産婦人科医会と日本助産師会は、産科医療補償制度にいまだ未加入の分娩機関に参加の呼びかけを継続的に実施してきた。その結果、2015(平成27)年9月18日現在、加入率は99.8%である。全国の分娩機関の制度加入状況は、表Ⅳ-2のとおりである。現在、ほぼ全ての分娩機関が、産科医療補償制度に加入している。

表Ⅲ-18 緊急帝王切開を30分以内に実施できない理由 複数回答

区分	分娩機関数	加入機関数	加入率(%)
病院・診療所	2,857	2,854	99.9
助産所	441	441	100
合計	3,298	3,295	99.8

(注) 分娩機関数の(全機関数)について。病院・診療所は、2015(平成27)年9月18日現在日本産婦人科医会調査数。助産所は、2015(平成27)年9月18日現在、日本助産師会調査数。

(出典) 公益財団法人日本医療評価機構産科医療補償制度
www.sanka-hp.jcqh.or.jp(2015年9月19日検索)。

③. 産科医療補償制度の補償金額

産科医療補償制度の補償金額は、表Ⅳ-3に示す通りである。

表Ⅳ-3 産科医療補償制度の補償金額(合計3,000万円)

補償内容(1分娩の掛け金3万円である)	支払回数	補償金額
準備一時金(看護・介護を行う基盤整備の為の資金)	1回	600万円
補償分割金(看護・介護費用を毎年定期的に支給)	20回	120万円/年

(出典) 公益財団法人日本医療機能評価機構産科医療補償制度
www.sanka-hp.jcqh.or.jp(2015年9月18日検索)。

産科医療補償制度の補償金額は、補償対象児と認定された後、看護・介護の準備、体制整備のための費用として「準備一時金」600万円が支払われる。また、看護・介護の費用として、補償対象児が19歳になるまで「補償分割金」として毎年1回120万円が20回にわたって支払われる。産科医療補償制度の補償金額というのは、準備一時金600万円と、補償分割金2,400万円(120万円/年×20回)と合わせて3,000万円が補償金として支払われる。19歳までという期限をつけた理由は、補償対象児が、受給要件(運動機能障害の1級または2級)を満たすような障害程度のまま20歳に達した場合、障害基礎年金の受給ができる見込みだからではないかと推測される。障害基礎年金は、年額約100万円(障害基礎年金1級)または約80万円(障害基礎年金2級)である。なお、産科医療補償制度における運動機能障害の1級または2級の要件基準と、障害基礎年金での1級または2級の要件基準とは同一ではないので、産科医療補償制度では3級以下と判定された児であっても、その児が20歳になった時の障害程度については、あらためて、国民年金法の障害等級要件に当てはめて判断されることになる。裁定するのは、日本年金機構(旧社会保険庁)である。産科医療補償制度は、一度、補償対象児と認定されたら20年間の期間中に補償対象児が、リハビリ等の結果、障害程度が改善してこの制度の補償対象である重症度の水準でなくなった場合でも、そのことにより補償金の支払いが停止されたり、減額されたりすることはないというものである。万が一、補償分割金の支払い期間中に補償対象児が死亡した場合でも、補償分割金の支払いは継続されることになっている。現在は、このような給付内容であるが、今後、重症脳性麻痺児に関する生存曲線や重症度の分布等のデータが蓄積されれば、制度の見直しもなされるであろう。給付は、定期的に支払われる年金方式のほうが適しており、また、一度に多額の補償金を支払った場合、児の家族が多年にわたり看護・介護のために適切に管理できるかという懸念も年金方式では払拭される。一方で、不幸にも、補償対象児が死亡した場合は、その時点で給付終了とするやり方がふさわしいのではないかという意見も出てきている。それは、無過失補償という社会保障制度の考え方をとるとすれば、社会が一体となって子どもの育成を支援すべきなのであるから、補償の対象外になる児がいることや大切なお金を

必要な児にまわすことを踏まえて補償対象児が死亡した場合にも、遺族が残りの補償金（合計 3,000 万円）を受け取り続けることには、慎重であるべきである¹。

④. 産科医療補償制度の掛け金

産科医療補償制度の掛け金は、表Ⅳ-4 に示す通りである。掛け金は、出産 1 件ごとに分娩機関が 30,000 円の掛け金を負担することになっている。その負担に伴い掛け金相当分の分娩費の上昇が見込まれていたため、産科医療補償制度の開始に合わせて、健康保険から給付される出産育児一時金も 2009（平成 21）年 1 月から 30,000 円引き上げられている。

表Ⅳ-4 産科医療補償制度の掛け金

2009 年 1 月 1 日から 2014 年 12 月 31 日まで に出生した児の場合	産科医療補償制度専用 Web システム利用する 場合 30,000 円/1 分娩（胎児）、利用しない場 合 30,500 円/1 分娩（胎児）
---	---

（出典）公益財団法人日本医療機能評価機構産科医療補償制度
www.sanka-hp.jcqh.or.jp（2014 年 7 月 28 日検索）。

⑤. 産科医療補償制度の補償対象児

産科医療補償制度の補償の対象になるのは、2009 年 1 月 1 日から 2014 年 12 月 31 日までに出生した児の場合は、表Ⅳ-5 に示す通りである。

表Ⅳ-5 2009 年 1 月 1 日から 2014 年 12 月 31 日までに出生した児の場合の
産科医療補償制度の補償の対象

2009 年 1 月 1 日から 2014 年 12 月 31 日までに出生した児の場合 1. 出生体重 2,000g 以上かつ在胎週数 33 週以上であること、または、 在胎週数 28 週以上であり、かつ、次の①か②に該当すること ①. 低酸素状況が持続して臍帯動脈血中の代謝性アシドーシス （酸性血症）の所見が認められる場合（pH 値が 7.1 未満） ②. 胎児心拍数モニターにおいて特に異常のなかった症例で前兆とな るような低酸素状況が前置胎盤、常位胎盤早期剥離、子宮破裂、

子癇、臍帯脱出等によって起こり、引き続き、次のアからウまでのいずれかの胎児心拍数パターンが認められ、かつ、心拍数基線細変動の消失が認められる場合

ア. 突発性で持続する徐脈

イ. 子宮収縮の 50%以上に出現する遅発一過性徐脈

ウ. 子宮収縮の 50%以上に出現する変動一過性徐脈

2. 身体障害者手帳 1 級・2 級相当の脳性麻痺

3. 先天性や新生児期の要因によらない脳性麻痺

(出典) 公益財団法人日本医療機能評価機構産科医療補償制度
www.sanka-hp.jcqh.or.jp (2014 年 7 月 28 日検索)。

産科医療補償制度の補償の対象児になるのは、2009 (平成 21) 年 1 月 1 日から 2014 (平成 26) 年 12 月 31 日までに出生した児の場合、制度加入分娩機関の医学的管理下で出生した児において、3 つの基準をすべて満たした場合である。医学的管理下とは、分娩機関が自らの医学的管理の下に分娩を取り扱った場合を指し、複数の分娩機関が管理する場合は、基本的に分娩取扱いの対価である分娩料を徴収する分娩機関の管理下にあるものとされる。ただし、自宅や緊急搬送中の分娩等については、関与する分娩機関、娩出時の状況等に従い、児の不利益とならないよう、個別に検討を行うことになっている。3 つの基準とは、①出生体重が 2,000 g 以上かつ在胎週数 33 週以上であること、②身体障害者等級の 1 級または 2 級に相当する重度脳性麻痺であること、③先天性や新生児期の要因によらない脳性麻痺児であることなどであり、これを運営組織が補償の対象として認定した場合である。出生体重・在胎週数の基準を下回る場合でも、在胎週数 28 週以上の児については、所定の要件に該当する状態で出生していれば、分娩に関連して発症した脳性麻痺児に該当するか否かという観点から個別審査を行うことになっている。

2015 (平成 27) 年 1 月 1 日以降に出生した児の場合になると、「出生体重が 1,400 g 以上かつ在胎週数 32 週以上」等へと変更される。補償対象の範囲は、「無過失補償」の制度の趣旨からすると、おおむねこれで妥当であると思われる。しかし、一方で、「分娩に関する」「重度の」「脳性麻痺」などという要

件で対象者を限定していること、および、先天性の障害やその他の原因の障害の児に対する補償はどうするかなどさまざまな意見がある。

⑥. 産科医療補償制度の補償の対象とならない基準

産科医療補償制度の補償の対象とならない基準というのは、表IV-6に示す通りである。

表IV-6 産科医療補償制度の補償の対象とならない基準

<p>1. 先天性の要因（遺伝子異常など） 両側性の広範な脳奇形、染色体異常、遺伝子異常、先天性代謝常、先天異常が重度の運動障害の主な原因であることが明らかである場合</p> <p>2. 新生児期の要因（分娩後の感染症など） 妊娠や分娩とは無関係に発症した髄膜炎、脳炎、その他の神経患、虐待、その他の外傷などが重度の運動障害の主な原因である場合</p> <p>3. 妊娠もしくは分娩中における妊産婦の故意または重大な過失がある場合</p> <p>4. 地震、噴火、津波等の天災または戦争、暴動などの非常事態また、生後6ヶ月未満で亡くなった場合は補償対象とならない</p>

(注) 出生年による基準の違いはない。

(出典) 公益財団法人日本医療機能評価機構産科医療補償制度
www.sanka-hp.jcqhcc.or.jp (2014年7月28日検索)。

⑦. 補償対象となる脳性麻痺の身体障害1級及び2級の状態

脳性麻痺の身体障害があったとしても補償の対象とならない可能性の高い状態とは、6ヶ月から1歳未満の時に重力に抗して頸部のコントロールができる、1歳から1歳6ヶ月未満の時に寝返りを含めて体幹を動かすことができる、1歳6ヶ月から3歳未満の時に一人で座位姿勢が保持できるという状態である。その後、3歳から4歳未満の時に床から立ち上がって立位か四つ這い等の移動ができる、4歳から5歳未満のときに安定した歩行が可能であるという状態である。脳性麻痺の身体障害があり、「重症度の基準」を満たす可能性が高い状態とは、1歳から1歳6ヶ月未満の間に診断してもらったとき、寝返りができない、1歳6ヶ月から3歳未満の時に診断してもらったとき、支えてもらわない

と1人でお座りの状態を保つことができないという状態である。重症度は、身体障害認定基準を参考にしており、その身体障害者手帳1級及び2級相当とは、表IV-7の通りである。

表IV-7 身体障害者手帳1級及び2級相当の状態

身体障害者手帳1級

1. 視力障害

両眼の視力（万国式試視力表によって測ったものをいい、屈折異常のある者については、きょう正視力について測ったものをいい、以下同じ）の和が0.01以下のもの

2. 肢体不自由

- ①. 上肢：両上肢の機能を全廃したもの、両上肢を手関節以上で欠くもの
- ②. 下肢：両下肢の機能を全廃したもの、両下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの
- ③. 体幹：体幹の機能障害により坐っていることができないもの
- ④. 乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害
上肢機能：不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作がほとんど不可能なもの
移動機能：不随意運動・失調等により歩行が不可能なもの

3. 心臓、じん臓若しくは呼吸器又はぼうこう若しくは直腸、小腸、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫若しくは肝臓の機能の障害

- ①. 心臓機能障害：心臓の機能の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの
- ②. じん臓機能障害：じん臓の機能の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの
- ③. 呼吸器機能障害：呼吸器の機能の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの
- ④. ぼうこう又は直腸の機能障害：ぼうこう又は直腸の機能の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの
- ⑤. 小腸機能障害：小腸の機能の障害により自己の身の日常生活活動

が極度に制限されるもの

- ⑥. ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害：ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害により日常生活が殆んど不可能なもの
- ⑦. 肝臓機能障害：肝臓の機能の障害により日常生活活動がほとんど不可能なもの

身体障害者手帳 2 級

1. 視力障害・聴力障害

- ①. 眼の視力の和が 0.02 以上 0.04 以下のもの、または、両眼の視野がそれぞれ 10 度以内でかつ両眼による視野について視能率による損失率が 95 パーセント以上のもの
- ②. 聴力障害は、両耳の聴力レベルがそれぞれ 100 デシベル以上のもの（両耳全ろう）

2. 肢体不自由

- ①. 上肢：両上肢の機能の著しい障害、両上肢の全ての指を欠くもの、一上肢を上腕の 2 分の 1 以上で欠くもの、一上肢の機能を全廃したもの
- ②. 下肢：両下肢の機能の著しい障害、両下肢を下腿の 2 分の 1 以上で欠くもの
- ③. 体幹：体幹の機能障害により坐位又は起立位を保つことが困難なもの、体幹の機能障害により立ちあがることが困難なもの
- ④. 乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害
上肢機能：不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が極度に制限されるもの
移動機能：不随意運動・失調等により歩行が極度に制限されるもの

3. 心臓、じん臓若しくは呼吸器又はぼうこう若しくは直腸、小腸、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫若しくは肝臓の機能の障害

- ①. ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害：ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害により日常生活が極度に制限されるもの
- ②. 肝臓機能障害：肝臓の機能の障害により日常生活活動が極度に制限されるもの

（出典）身体障害者程度等級表（身体障害者福祉法施行規則別表第 5 号）。

(2) 審査および補償の実施状況等について

①. 2009（平成 21）年 1 月 1 日から 2015（平成 27）年 9 月 18 日現在の産科医療補償制度における審査の実施状況

産科医療制度開始時に、補償対象児の見込みを年間 500 人から 800 人としていた。しかし、2015（平成 27）年 9 月 18 日に開催された第 84 回審査委員会までに補償対象として認定された脳性麻痺児の数は、1,471 人であった。産科医療補償制度における審査の実施状況は、表Ⅳ－8 の通りである。

表Ⅳ－8 2009（平成 21）年 1 月 1 日から 2015（平成 27）年 9 月 18 日現在の産科医療補償制度における審査の実施状況

審査区分		審査 件数	対象③	対象外			継続 審議
				対象外	再申請④	計	
2009 年	一般審査①	433	362	71	0	71	0
	個別審査②	127	57	70	0	70	0
	その他	1	0	1	0	1	0
	合計	561	419	142	0	142	0
2010 年	一般審査①	352	292	56	2	58	2
	個別審査②	126	67	59	0	59	0
	計	478	359	115	2	117	2
2011 年	一般審査①	255	221	20	13	33	1
	個別審査②	81	46	32	2	34	1
	計	336	267	52	15	67	2
2012 年	一般審査①	211	180	11	19	30	1
	個別審査②	51	36	15	0	15	0
	計	262	216	26	19	45	1
2013 年	一般審査①	151	132	4	14	18	1
	個別審査②	32	22	5	5	10	0
	計	183	154	9	19	28	1
2014 年	一般審査①	50	48	1	1	2	0
	個別審査②	8	8	0	0	0	0
	計	58	56	1	1	2	0
2009～ 2014 年 の合計	一般審査①	1,452	1,235	163	49	212	5
	個別審査②	425	236	181	7	188	1
	その他	1	0	1	0	1	0
	計	1,878	1,471	345	56	401	6

(注) ①児が出生体重 2,000g 以上かつ在胎週数 33 週以上出生していること。②児が在胎週数 28 週以上かつ所定の要件に該当する状態で出生していること。③再申請および意義審査委員会で補償対象とされた件数を含む、審査件数はダブルカウントしていない。④現時点では補償対象とならないものの、将来、所定の要件を満たして再申請された場合、改めて審査するもの。⑤在胎週数 28 週未満で出生した事案。
 (出典) 公益社団法人日本医療機能評価機構「産科医療補償制度における審査の実施状況、平成 27 年 10 月 7 日掲載」

②. 2014 (平成 26) 年 5 月末現在の 2009 年 (平成 21) 生まれの児の補償対象者数、審査中の件数および申請準備中の件数の状況

2014 (平成 26) 年 5 月末現在の 2009 年 (平成 21) 生まれの児の状況については、表 IV-9 の通り、補償対象者 312 件、審査中の件数 99 件、および申請準備中の件数 89 件である。申請準備中となっている事案に関しては、分娩機関や補償請求者への状況確認を毎週実施したり、申請書類の準備状況の確認をしたり、また、申請期限の注意喚起等を行ったりして、期限内の漏れのない申請に向けた支援に取り組むことになっている。

IV-9 2014 (平成 26) 年 5 月末現在での 2009 年 (平成 21) 生まれの児の補償対象者数等の件数

補償対象者数	312 件
審査中の件数	99 件
申請準備中の件数	89 件

(注) 審査中の件数は、補償申請が行われ、運営組織にて補償不否の審査を行っている件数。申請準備中の件数は、分娩機関と補償請求者において補償申請に必要な書類等を準備中、または、「補償対象外 (再申請可能)」であり、今後補償申請書類の提出が行われる見込みの件数。

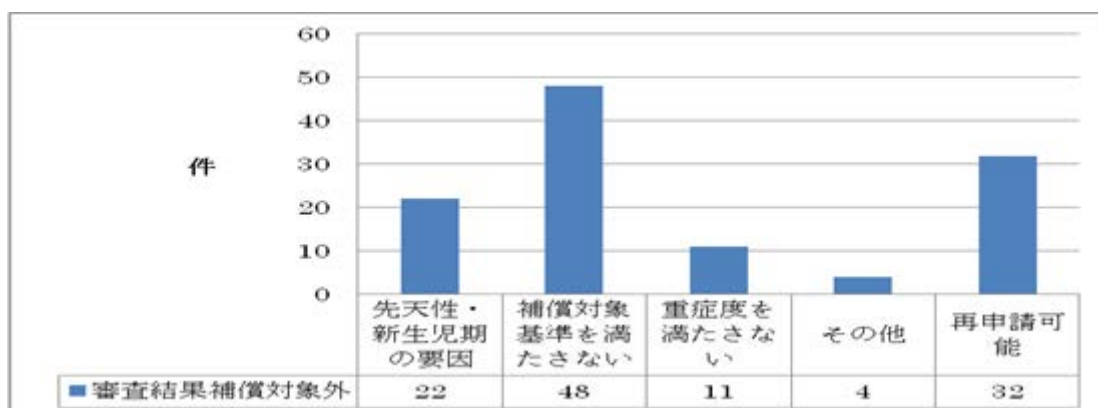
(出典) 公益社団法人日本医療機能評価機構「第 31 回産科医療補償制度運営委員会平成 26 年 6 月 27 日」の資料 10 頁。

(3). 補償対象外とされた場合と補償対象の調整に係る対応

①. 補償対象外とされた場合の状況

審査委員会で補償対象外とされた事案は、2009 (平成 21) 年 1 月 1 日から 2011 (平成 26) 年 6 月 18 日迄で合計 117 件であり、その概要は表 IV-10 の通りである。

表IV-10 審査委員会で補償対象外とされた117件の概要



(出典) 公益社団法人日本医療機能評価機構「第31回産科医療補償制度運営委員会平成26年6月27日」の資料10頁を参照して筆者作成。

児の先天性要因または児の新生児期の要因によって発症した脳性麻痺の事案は、22件である。具体例としては、両側性の広範な脳奇形、脳回形成以異常、遺伝子異常などであるから、補償約款第4条の規定に基づき補償対象として認定されていないものである。在胎週数28週以上の個別審査において補償対象基準を満たさない事案は、48件である。具体例としては、臍帯動脈pH値が7.1以上で胎児心拍数モニターも所定の状態を満たさないもので、補償約款第3条の規定に該当せず、補償対象として認定されなかったものである。その他の事案は、4件であり、産科医療補償制度の定める定義に合致しないものである。補償対象外で再申請可能の32件については、現時点で将来の障害程度の予測が難しく、補償対象であると即断できないものの、適切な時期に再度診断が行われること等により、将来補償対象と認定できる可能性があるとしてされたケースである。この場合には、補償請求者(児の保護者)、及び、分娩機関には、将来の適切な時期に再度診断が行われれば再申請が可能であること、及び、診断時期の目安等についての説明が行われるようになっている。再度診断がなされ再申請が行われた場合は、審査委員会において改めて審査を行うことになる²。

②. 不服申し立て及び異議審査の状況

審査委員会での審査結果に対して、補償請求者は、「審査結果通知書」を受

領した日の翌日から60日以内に不服を申し立てることができる。審査委員会で補償対象とされた事案のうち、新たに4件の不服申し立てがあり、平成26年1月に第30回運営委員会以降、5月末までに異議審査委員会が2回開催されている。異議審査委員会での審議の結果、4件とも審査委員会の結論と同様に「補償対象外」とされている。2014（平成26）年5月末において、これら4件を含む補償対象外とされた7件と補償対象外（再審査可能）とされた3件との合計10件について、異議審査委員会の審査件数及び審査結果は、表Ⅳ－11の通りである。

表Ⅳ－11 補償対象外とされた異議審査委員会の審査件数及び審査・結果

不服申し立て及び 異議審査の状況	異議審査委員会の審査件数及び審査・結果		
	対象	対象外	補償対象外・再審査可能
補償対象外（7件）	1	6	0
補償対象外・再審査可能（3件）	0	0	3
合計（10件）	1	6	3

（出典）公益社団法人日本医療機能評価機構「第31回産科医療補償制度運営委員会平成26年6月27日」の資料11頁。

再申請可能な事案の状況について、過去に「補償対象外（再審査可能）」とされた事案のうち15件については、審査委員会から示された適切な時期に再申請があり、審査委員会において改めて審査が行われた。その結果、補償対象13件、補償対象外1件と判断された。また、1件について、再度「補償対象外（再審査可能）」と判断され、審査委員会から再再申請の時期が示されている³。

審査結果および補償金の支払いに係る対応については、補償約款では、運営組織は補償請求者および分娩機関に対して補償申請書類を受理した通知を发出した日の翌日から原則として90日以内に審査結果を通知することが規定されている。現在のところ、補償申請書類の受理から概ね30日から70日程度で審査結果を通知している。補償金の支払い事務に係る対応状況については、補償約款では、補償対象に該当すると認定を受けた場合に、運営組織は補償請求者より補償金請求に必要なすべての書類を受領した日から原則として60日以内に準備一時金を支払うことと規定されている。現在のところ、請求書類受領から

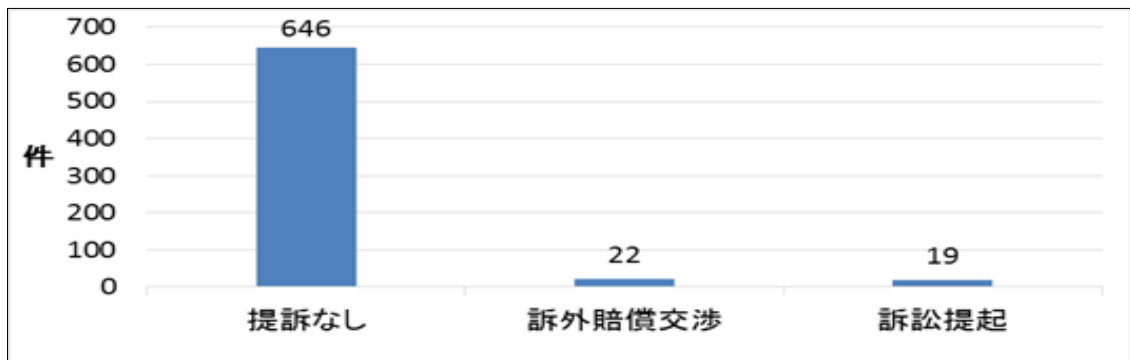
概ね20日程度で補償金が支払われており、迅速な補償が行われているといえる⁴。

(4) 紛争解決と早期解決

①. 補償対象と認定された中で、損害賠償請求が行われていた事案

2013（平成25）年12月末までに補償対象と認定された687件の中で、損害賠償請求が行われていた事案は、41件（6.0％）である。表IV－12の通り、訴訟提起事案19件（内5件が解決済）、訴外の賠償交渉事案22件（内5件が解決済）である。別途、証拠保全のみで訴訟の定期や賠償交渉が行われていない事案が9件ある⁵。

表IV－12 補償対象と認定された687件の中で、損害賠償請求が行われていた事案

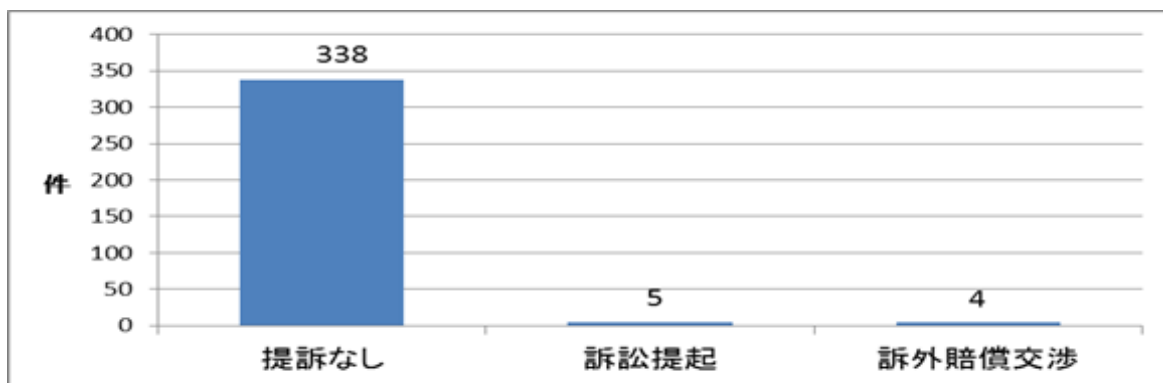


（出典）公益社団法人日本医療機能評価機構「第26回産科医療補償制度運営委員会平成26年1月27日」の資料12頁を参照して筆者作成。

②. 原因分析報告書が送付以降に損害賠償請求が行われている事案

2013（平成25）年12月末までに原因分析報告書が送付されたのは、347件であり、その中で原因分析報告書が送付された日以降に損害賠償請求が行われた事案は、9件（2.9％）である。表IV－13の通り、訴訟提起事案4件、訴外の賠償交渉事案5件である⁶。

表IV-13 原因分析報告書が送付された347件の中で、原因分析報告書が送付された日以降に損害賠償請求が行われている事案

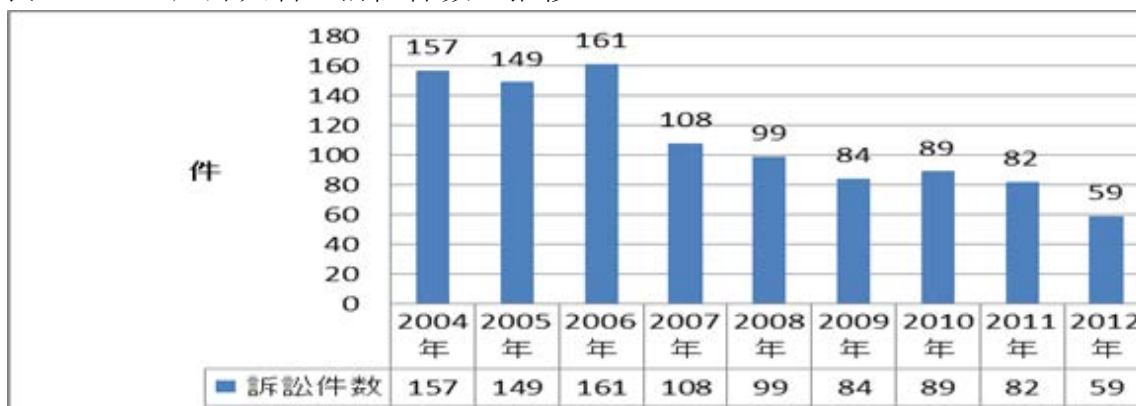


(出典) 公益社団法人日本医療機能評価機構「第26回産科医療補償制度運営委員会平成26年1月27日」の資料12頁を参照して筆者作成。

③. 産婦人科における訴訟件数の推移

最高裁判所医事関係訴訟委員会が公表している「医事関係訴訟事件の診療科目既済件数2004（平成16）年から2012（平成24）年」における産婦人科の訴訟件数の推移は表IV-14の通りである。医事関係の訴訟件数は全体的に減少傾向にあるが、その中でも産婦人科の訴訟件数は、大幅に減少している。ただし、これはあくまでも、産婦人科全領域における訴訟件数であるため、産科医療補償制度の事案に限定した統計資料ではないこと、また、既済件数であるため、産科医療補償制度発足前の事案が大半を占めている可能性もある⁷。

表IV-14 産婦人科の訴訟件数の推移

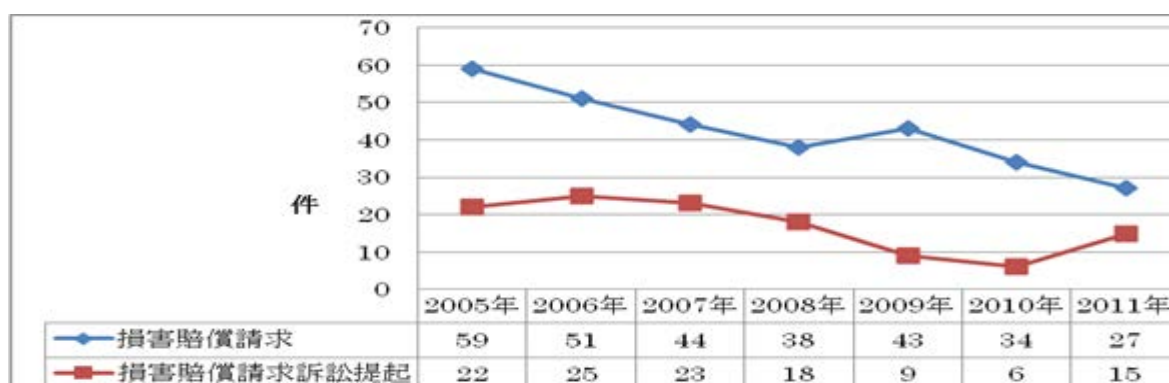


(出典) 公益社団法人日本医療機能評価機構産科医療補償制度運営委員会「産科医療補償制度見直しに係る中間報告書平成25年6月10日」の資料41頁を参照して筆者作成。

④. 医師賠償責任保険における脳性麻痺の状況

公益社団法人日本医療機能評価機構の事務局が、医師賠償責任保険を扱っていることが確認できた損害保険会社5社に脳性麻痺に係る医療事故状況の集計を依頼し、医師賠償責任保険における脳性麻痺の状況を取りまとめている。損害賠償請求と損害賠償請求訴訟提起の件数の推移は、表IV-15の通りである。2005（平成17）年から2011（平成23）年までに損害賠償請求が行われた脳性麻痺の事例は296件であり、損害賠償請求が行われた年ごとの賠償請求件数は、産科医療補償制度が創設された2009（平成21）年前後から減少傾向を示している。また、同様に2005（平成17）年から2011（平成23）年までに提訴提起が行われた脳性麻痺事例118件について訴訟提起が行われた年ごとの訴訟提起の件数は、2006（平成18）年をピークに減少傾向を示している。

表IV-15 医師賠償責任保険における脳性麻痺に係る損害賠償請求件数と損害賠償請求訴訟提起件数の推移



(注) 損害保険会社からの提供データについては、脳性麻痺の定義について次の点に留意する必要がある。①損害保険会社においては、医療事故の原因として脳性麻痺と特定できるデータを収集する仕組みを有していなかった。このため、2005（平成17）年から2011（平成23）年までの医師賠償責任保険の事例のうち、産科に関するもので脳性麻痺に何らかの障害があり、運動障害が生じていることを脳性麻痺とし、脳性麻痺が損害賠償請求の原因と判断できる事例の件数を各保険会社にて集計し、そのデータが公益社団法人日本医療機能評価機構に提供されたものである。保険会社への報告がなされないまま解決した事例は含まれていない。一方、産科医療補償制度への補償申請を行うことなく損害賠償請求が行われ事例が含まれていると考えられる。②このデータは、我が国における脳性麻痺に係る損害賠償請求事例の網羅的なデータ、医学的判断に基づくデータではなく、脳性麻痺事例の損害賠償請求件数等についての傾向を把握することを目的としたものであることに留意する必要がある。

(出典) 公益社団法人日本医療機能評価機構産科医療補償制度運営委員会「産科医療補償制度見直しに係る中間報告書平成25年6月10日」の資料41から43頁を参照して筆者作成。

⑤. 補償対象の調整に係る対応状況

産科医療補償制度の補償金は、損害賠償金と重複して支払われない仕組みであることから、分娩機関が重度脳性麻痺につき損害賠償責任を負担する場合には、補償金と損害賠償金の併給調整を行うこととしている。ただし、原因分析委員会において重大な過失が明らかであると思料され、調整委員会において賠償責任ありと判断された場合、補償金の返還請求をすることがある。また、分娩機関や分娩機関に勤務している医師等から損害賠償金を受領する場合は、この制度で支払う補償金と損害賠償額は調整されるため、補償金と損害賠償金を二重にうけることはできない。この保険は、分娩機関の故意または過失による事故には、保険金の支払いはなく、保険金が支払われてからも当該事由が判明した時は、分娩機関は保険金を返納しなければいけないことになっている。その点については、表IV-16に示す通りである。

表IV-16 損害賠償との関係

第7章損害賠償との関係

(損害賠償を請求された場合)

第25条

加入分娩機関が、補償請求者から損害賠償請求を受けた場合（証拠保全された場合を含む、以下同様とする）またはその使用人その他業務の補助者（以下「使用人等」という）が補償請求者から損害賠償請求を受けたことを知った場合は、加入分娩機関は、補償請求者が登録されていた事実および損害賠償請求日（証拠保全がなされた場合は、その日）をただちに機構に通知しなければならない

(損害賠償金との調整)

第26条

1. 加入分娩機関が損害賠償責任を負った場合は、加入分娩機関は、産科医療補償責任保険普通保険約款の規定により、損害賠償金に充当された補償金相当額を損害保険会社に医師賠償責任保険等への加入の有無にかかわ

らず返還しなければならない、なお、医師賠償責任保険等へ加入している場合は、当該医師賠償責任保険等の保険金請求手続きに合わせて本制度への返還手続きを行うよう努めなければならない

2. 加入分娩機関の使用人等が損害賠償責任を負った場合は、使用人等はその賠償金に充当された補償金について損害保険会社に返還しなければならない、この場合において加入分娩機関は、機構および損害保険会社に協力し、当該補償金返還に必要な措置を講じなければならない
(一般的な医療から著しくかけ離れていることが明らかで、かつ産科医療として極めて悪質であることが明らかである場合)

第27条

1. 機構が内部に設置した専門家による原因分析に関する第三者委員会（以下「原因分析委員会」という）により、当該重度脳性麻痺について加入分娩機関における診療行為等が、一般的な医療から著しくかけ離れていることが明らかで、かつ産科医療として極めて悪質であることが明らかであるとされて機構が別に設置する医療訴訟に精通した弁護士等を委員とする委員会（以下「調整検討委員会」という）へ諮った場合は、機構は、速やかに当該加入分娩機関および補償請求者にその旨を通知することとする
2. 調整検討委員会が当該重度脳性麻痺について加入分娩機関およびその使用人等に損害賠償責任があることが明らかであると認めるときは、加入分娩機関は、紛争解決に向けた対応に努め、正当な理由がある場合を除き、前条に規定する補償金返還措置を講じなければならない

(出典) 公益財団法人日本医療機能評価機構「産科医療補償制度加入規約平成 26 年 1 月」9 から 10 頁。

2. 諸外国における無過失補償制度

医療事故が不幸にも起こった時には、無過失責任のもとに、きちんと被害額の補償を迅速、公正かつ適切に行っていく補償制度が必要であると同時に、これと並行して、医療事故調査制度というものが需要である。国は、安心、安全で質の高い医療を、国民に対して提供していく責務があるからである。社会保障制度の一環として医療事故に関する無過失補償 (N F C ; No-Fault

Compensation) の制度が確立している国は、スウェーデン、ニュージーランド、デンマークなどである。部分的に無過失補償制度を施行している国の中で、フランスでは、国立の施設にのみ適用されている。アメリカは州によって法律が異なるが、フロリダ州とバージニア州では、分娩に関連した神経学的後遺症（C P ; Cerebral Palsy を含む）にのみ、無過失補償制度が適用されている⁸。この2節では、フランス・スウェーデン・ニュージーランド・デンマークの無過失補償の背景、目的、および、無過失補償制度開始により生じた影響などについて概観することにした。

(1). 諸外国の無過失補償制度の背景・目的

諸外国の無過失補償制度の背景・目的は、表IV-17 に示す通りである。

表IV-17 諸外国の無過失補償制度の背景・目的

国名	背景・目的
フランス	<ol style="list-style-type: none"> 1. 従来、公立病院と私立病院間の損害賠償訴訟の取り扱いの差異があり、統一的な対応が求められていた 2. 1996年医事紛争の解決を目的として、医療機関内に調停委員会が設けられたが、公平性・透明性に問題があると指摘されていた 3. 2002年過失責任原則を前提としつつ、過失が認められない事故については、国民連帯による補償を行うこととした、また、併せて、医療関係者は責任保険に加入しなければならないこととした
スウェーデン	<ol style="list-style-type: none"> 1. 従来、損害賠償訴訟を除き、医療事故による障害に対する補償を得られにくい状況にあった 2. 1975年医療従事者側に批判的な報道が増加したことも踏まえ、医事紛争を防止し、簡単な手続きで補償が受けられるように、県が任意の制度として補償制度を創設した 3. 1997年一部の医療機関が未加入であったために、補償を受けられないケースがあったことから、法律に基づく強制加入となった

ニュー ジーラ ンド	1. 1972年事故の被害者に対し、加害者の過失の有無を問わず救済されることを目的に、地域責任の理念に基づき、救済をはかることを目的に、医療事故を含む幅広い事故を対象に補償を開始した
デンマ ーク	1. 1980年代には多くの訴訟が行われたが、患者が医師の過失や過誤を証明しなければならず、治療上の医療過誤を証明するのは困難な場合が多かったことから導入された

(出典) 第3回医療の質向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討会
2013(平成23)年10月24日」資料3を参照して筆者作成。

(2). 諸外国の無過失補償制度開始により生じた影響

諸外国の無過失補償制度開始で生じた影響は、表IV-18に示す通りである。

表IV-18 諸外国の無過失補償制度開始により生じた影響

国名	諸外国の無過失補償制度開始により生じた影響
フランス	公立病院を提訴する行政訴訟の件数は低下した(私立病院を提訴する民事訴訟の件数については、統計がないため不詳)
スウェーデン	1975年に任意の制度として開始されて以降、訴訟の数が減少した
ニュージー ランド	訴訟の件数については不明であるが、懲罰的損害賠償を除き、医療事故に対する民事訴訟の提訴は禁じられている
デンマーク	患者保証協会の設立により、訴訟が減少した

(出典) 第3回医療の質向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討会
2011(平成23)年10月24日」資料3を参照して筆者作成。

(3). 諸外国の無過失補償制度の概要

①. フランスの無過失補償制度

フランスでは、1990年代より公立の医療機関で生じた医療事故につき無過失での国の責任を認める裁判例が見られる一方、賠償資力の乏しい私立病院や開業医の責任については、過失責任主義を維持しており、病院の種類によって補償が異なるという被害者間の不公平も存在していた⁹。2002年、医療分野における医療事故被害者補償制度として、救済制度が導入された。その制度骨子は、

過失原則を維持するものである。一方で、国民連帯の下に、重大な医療事故については、いわゆる無過失補償を行うことにより、被害者の早期救済と、それに関連する紛争を可能な限り和解により解決することにあるとされている。本制度の運営は、裁定などを行う紛争処理手続機関という形でC R C I と呼ばれる地方医療事故損害調停委員会、O N I A M と呼ばれる補償の窓口となる国立医療事故補償公社、医療の専門性を高めて各地方委員会の裁定の均衡性を確保することを目的としたC N A M と呼ばれる医療事故全国委員会を設置し、それぞれに違った役割を担わせている。この財源については、疾病保険金庫からの拠出金が主となっており、それ以外にも若干予防接種による被害救済のための国の基金や事後的な補償公社に払い戻される費用などを含めて、この制度が運営されている。医療事故等が発生した場合、患者側から補償の請求をする場合には、事故発生から10年以内に、C R C I と呼ばれるフランス全土に23カ所存在している委員会に申請することになっている。C R C I は、医療事故における事実関係、及び過失の有無等を鑑定し、最終的に見解を示す。この事実関係を調べる際には、規定上、医療機関はC R C I の調査に協力する義務があり、必要な記録をすべて提出するようになっている。鑑定段階では、鑑定人を指名する必要があるが、それには、C N A M という医療事故全国委員会に鑑定人のリストがあり、そこから中立・公正な者、即ち当事者の親戚同士であるか、同じ大学関係者であるか、同いなかなどを調べて、利害関係のない中立な者が鑑定人として指名される。その後、合議制で審議が行われ、6カ月以内に、損害に関する事実関係、原因、損害の程度及び範囲等について鑑定報告書を作成することになっている。その鑑定報告書を受け、C R C I の委員会の中で、議論をし、「過失」か「無過失」かの見解を提示するということになっている。この見解自体には法的な強制力はないが、この見解は事実上尊重されていて、大半がこの見解に従った形で処理されていく。過失の場合には、過失責任主義がとられていて、医療民事責任保険という形で、保険会社から賠償額が患者側に提示される。無過失の場合には、無過失責任原則に則り、O N I A M という公社から、補償額の提示がされる。患者が、その金額を承諾した場合には、それで終わりになるが、もし拒否した場合には、民事裁判を通じて、その額の不服

を申し立てるといふ流れにつながっていく。補償手続きについては、それぞれ法定の処理期間が定まっています、申請を受け付け、そして見解を示すまでが6カ月以内、そして、ONIAM あるいは保険会社が患者側に支払える額を提示するまでが4ヶ月以内、そして、患者が、それを拒否するか承諾するかが1ヶ月以内に行われることになっている。従前の裁判では、この手続きに数年かかっていたものが、このように短期間で処理されていく現在の形が2002年からスタートしている¹⁰。なお、C R C I のところで審査している過程において、非常に重大だと思われるようなケース、例えば明らかに医療機関が故意で行ったと思われるような医療事故であるとか、その当時の医療水準から著しく逸脱したような事例については、警察にその情報が行くこともある。なお、この無過失補償と損害賠償の額は、2009年の予算は、日本円で約148億円、そのうち支出が約94億円というデータがある¹¹。

②. スウェーデンの無過失補償制度

ここでは、無過失補償制度を社会保障制度の一部として確立しているスウェーデン、そして、部分的に無過失補償制度を施行しているフランスの制度について日本と比較しながら概観することにしよう。日本とスウェーデン、フランスとの無過失補償制度を比較したものが表IV-19である。

表IV-19 日本とスウェーデン、フランスとの無過失補償制度の比較

	日本	スウェーデン	フランス
導入期	2009年1月1日以降出生 (脳性麻痺の児)	1975年任意制度で導入 1997年に法制化	2002年に法制化
対象	2009年1月1日以降出生した 脳性麻痺の児からの適応	検査・治療・診断ミス、 投薬ミスなど、過失・無過失を問わずに 補償	医療機関が、無過失で、 患者が重大な損害を背負った 場合に補償
財源	医療機関が保険料を納め、 その分を出産費用に上乗した。 妊産婦の負担軽減の為、 出産育児一時金の引き上げがあった。	公費と医療従事者の保険料	疾病保険などから 拠出
支給判断	運営組織が、給付対象かどうかを 審査する	保健機構が、支給し別組織が 事故原因を分析	地方医療事故損害賠償・ 調停委員会判断

申請件数	年間 500 から 800 件	年間約 9,000 件、2001 年 9,500 件以上あり、その中で 45% に補償をした	2004 年は、3,553 件で、補償されたのは、約 2,000 件
年間補償総額、日本円換算	総額 150 から 240 億円。 1 件 3,000 万円	総額 45 から 50 億円、 1 件の補償額は 160 万円	2005 年は総額約 35 億円

(出典) 公益財団法人日本医療機能評価機構の資料と藤澤由和「医療安全国際動向－政策的動向および施策とその方向性－」(J. Natl. Inst. Public Health、2002 (平成 16) 年) 121 頁と第 3 回医療の質の向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討会平成 23 年 10 月 24 日資料 3 を参照して筆者作成。

スウェーデンでは、1962 年に国民保険制度の整備が開始された。その中で、医療事故を解決する制度として、1975 年に P C I (Patient Compensation Insurance) と呼ばれる保険機構を設立したが、1997 年にこれが法制化され、現在では、医師や看護師らすべての医療従事者が加入する補償制度として定着している。2001 年には、9,500 件以上の補償申請があり、そのうちの約 45% に補償がなされている¹²。スウェーデンでは、事故にあった患者が裁判で医師の過失を立証し、補償を得ることが非常に困難な状況であったことと、当時すでに医療事故の補償額が急増することを見越して、法律家が、この制度を提唱したといわれている。目的は、医療事故による被害患者の効率的な補償と医療事故を減少させるための社会制度の設立である。スウェーデンの landsting¹³が、医療サービスの大半の権限を集中してもっており、それを中心とした制度構築になっている。補償申請をする場合、患者は、自治体医療事故保険会社に申請をする。申請をしたら、医療機関から情報提供してもらい、それに基づいて、医療事故保険会社が審査をして、その結果を患者・遺族のほうに通知するという手続き過程になっており、おおむねその処理期間が 8 カ月以内となっている。実際には、8 カ月で終わったのは全体の 8 割ぐらいで、残りの 2 割はそれより少し期間がオーバーしているという情報もある。もし、患者側が不服であれば、国に設置されている患者不服審査委員会に申し出ることにより、不服審査委員会が、その審査結果の適否について、自治体医療事故保険会社に勧告することになっている。年間 1,000 件の不服請求があり、認められているのは 100 件であり、この勧告自体の強制力はないが、非常に尊重され形で運用されている。

他方、重大な医療事故については、国の保険福祉法によって医療機関に報告義務が課されており、この規定に従って、医療機関は保険福祉庁に事故の内容・経過等につき報告することになっている。その内容によって、行政処分をする必要があるものについては、国に設置された保険医療責任委員会が、医師、看護師等の関係者の懲戒等の要否を判断することになる。さらに、それぞれの landsting に患者委員会が設けられているので、ここに苦情を持ち込むと、この委員会から医療機関にきめ細かな部分にわたって働きかけを行っていくという運用がなされている。この点がスウェーデンの特色である。また、スウェーデンは、ニュージーランドとは違って、医療事故に特化した補償制度を持っている国であると言える¹⁴。P C I は、個人または病院という医療機関の形態を問わず、補償金を支払うしくみである。任意の保険契約の形式をとっているが、実際にはすべての医療機関が加入している。MR B (medical responsibility board) は、医師の医療規範を監視、制御する機能を担っている。補償金を支払う機構と医療過誤を制御する機構が完全に独立していることが、この制度の最大の利点である¹⁵。スウェーデンの無過失補償制度は、公平に素早く補償されていること、費用が適切な範囲にあること、かけられた費用のうち、経費が少なく、患者側にわたる金額が多いこと、患者と医療従事者の双方に大きな不満がないことなど、優れた制度のひとつとして知られている。ただし、名前が誤解を招いている。実際には、無過失補償ではなく、医師にそれなりの過失がある事故だけが補償されている。補償を受けられる傷害の定義は、まず、医療の直接的な結果として生じた傷害であり、患者の疾患に関連した傷害は除外される。この2つの条件の意味は、傷害が、50%以上の蓋然性をもって、当該医師の医療行為を原因とする事故とみなされ、かつ、医療に起因すると思われる避けられた傷害である。誰が悪かったという責任追及は、補償に関連しては議論されない。実際には、補償を受けられる被害は、民事裁判で賠償が得られる被害とほぼ重なる。傷害の種類は5種類に定義されている¹⁶。補償される損害の条件と基準は、表IV-20に示すとおりである。

表IV-20 スウェーデンにおける補償される損害の条件と基準

1. 必要条件	不適切な医療によっておきてしまい、それは避けられたはずの損害（医療行為の直接的な結果である可能性 50% 閾値がある）
2. 適応条件	①. 治療行為による損害（純粹に医学的に正当化されない、他に方法が適応されえたもの） ②. 一般的な疾患に合併した不合理に重症の損害 ③. 誤診による損害（経験のある専門医であれば、正しく診断できたもの） ④. 事故による損害（転倒事故など、患者自身に責任がない事故） ⑤. 感染による損害（院内感染など、医療行為による感染）
3. 除外基準	①. 軽い損害 ②. 重篤な状態に対しリスクを伴う医療を行った場合 ③. 身体的障害の結果に生じた以外の精神的障害 ④. 保険医療サービスの資金の限界で生じた政策の結果による損害

（出典）岡井崇「産婦人科医療医事紛争の減少を目指して-無過失補償制度-」
（産科と婦人科 Vol. 73、No. 8、2006（平成 18）年）1013 頁。

③. ニュージーランドの無過失補償制度

ニュージーランドの医療事故無過失補償制度を運営する主体は、公法人である「事故補償公団」である。治療傷害に対する給付の申請は、発生後12ヶ月以内に、治療傷害を受けた者か、または受療機関を通じて、身体傷害に対する適用事由及び請求する給付内容を明記して事故補償公団に行う。「治療傷害」とは、治療を原因とする身体傷害及び不必要な治療及び治療の不測の結果による人身傷害である。「治療」には、施術、患者の健康診断、治療方針の決定、適時・適切な手法の選択を含む治療上の過誤、治療についての患者の同意取付け、予防処置、治療の過程で使用した設備、機器、用具の欠陥、治療を行なった機関、及び、人が利用したすべての支援が含まれる。事故補償公団は、申請を受理したときは、2ヶ月以内に審査を行ない、速やかに決定を行なう。決定に不服がある場合は、申請者と当録医療専門職は公団に再審査を請求することができる。事故補償公団は、再審査請求受理後3ヶ月以内に、それぞれの本人または代

理人から聴聞を行ない決定するものである¹⁷。ニュージーランドにおいては、もともとは労働災害による補償と交通事故による被害補償を統一する形で、1972年に総合的事故補償制度が作られた。その後、医療行為に関連して発生した事案に対する補償制度が、1992年から別の制度として確立されて、現在の形になっている。その財源は、主に雇用者保険料や一般財源が充てられている。申請する場合は、患者・遺族から事故補償公団に申請するのではなくて、まず医療機関を受診して、そのうえで、患者・遺族は医療機関を通じて補償の申請を行うという点が、他国の制度と少し異なっている。事故補償制度による手続きをとるか、あるいは裁判所に訴えて損害賠償訴訟としてやっていくかは、患者側の選択であるが、ニュージーランドについては、医療事故によって人身障害が生じた場合、懲罰的損害賠償を求める場合の訴え以外は、民事訴訟の提起は禁止されているのが特徴である¹⁸。

④. デンマークの無過失補償制度

デンマークにおいては、1980年代に多くの医療訴訟があったという経緯がある。その時期には、患者側に、医師の過失や過誤を証明しなければならない義務が課されており、そのため治療上の医療過誤を証明することは困難な場合が多かった。このことを踏まえ、現在の無過失責任を基本とする医療補償制度が体系化された。補償については、患者・遺族が医療事故等について補償を求める場合、この補償手続きは患者保証協会というところが行う。この患者保証協会というのは、保険会社が集まった団体であり、それに地方自治体なども加わったような形で組織されているもので、この協会で、医療補償の審査、決定が行われる。審査結果に不服の場合には、患者訴願委員会に不服審査請求を行うことになる。不適切事例があった場合には、患者安全法という別の法律に基づいて、地方自治体に報告する義務があり、地方自治体は、最終的には国の全国医療委員会に報告して、そこで、国は、提言を医療機関に行うことになっている。苦情について患者または遺族が、患者苦情委員会のほうに申し出るようになっており、ここは懲罰を与える権限はないけれども、非常に重大なケースについては刑事訴追をする場合がある¹⁹。

⑤. 日本の産科医療補償制度と諸外国の無過失補償制度の課題

日本、スウェーデン、フランスその他の制度を比較すると、無過失補償制度を理想的な形で運用するためには、いくつかの共通点があることがわかってきた。まず、患者への補償機関とは別に独立の事故調査と再発防止の機構が設けられていることである。すなわち、事故報告、事故内容の調査、原因の究明、防止対策の推進、医療供給側の指導、処罰の決定を担う機構が有効に機能することが不可欠ということである。一方、意見が分かれるのであるが、医療事故を減少のために、事故を起こす医療供給者側に対しては、その都度、保険料が上がるしくみのメリット制を導入し、医療供給側に経済的負担を与えるべきであるという意見もある。もちろん、補償金額については、無過失補償制度では、訴訟で勝訴となった場合の損害賠償金額より低額であることは避けられない。

また、患者側の不満は、事故を起こした医療提供者の再発防止対策がすすまないことである。したがって、医療供給側に法令を遵守させ、規範を守らせる独立の機構が重要である²⁰。医療事故にあった患者や家族は、補償だけでなく、真相解明や再発防止、謝罪などを求めるが、裁判では、ほとんど金銭に換算しての損害賠償請求に終わることが多い。しかも、患者側からの立証はほとんど困難なことも多く、なによりも訴訟にかかる時間も長い²¹。わが国では、医療供給者を提訴し、損害賠償を請求する現行の制度は、事故後の処理のみならず、事故防止の面からみても利点が少ない。一方、無過失補償制度では、事故被害者は、過失の有無に拘わらず公平で迅速な補償が得られ、事故の原因究明や事故防止の対策が進むと言われている。これに第三機構による事故関係者の厳正な審判が受けられることでも利点がある²²。

3. 産科医療補償制度2015（平成27）年の見直しと課題

(1). 産科医療補償制度の2015（平成27）年からの見直し

①. 産科医療補償制度の見直しの背景

産科医療補償制度の目的は、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児とその

家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、脳性麻痺発症の原因分析を行い、同様な事例の再発防止を行うことなどにより、紛争の防止・早期解決および産科医療の向上を図るものである。産科医療補償制度を創設することが急がれており、2009（平成21）年1月に創設された。限られたデータをもとに創設されたものであるから、産科医療補償制度運営委員会において「制度開始から遅くとも5年後を目途に制度の内容について検証し見直しを行う。」ということを目指していた。この為、日本産婦人科医会・日本産科婦人科学会・日本助産師会・日本医師会、患者の立場の者、法律家等の有識者などから構成される産科医療補償制度運営委員会において2011（平成24）年2月から見直しを目指した検討がなされていた。産科医療補償制度の補償対象者数は、年間800人を見込んで、制度設計されていたが、2011（平成24）年当時は補償対象者数が、推計を大きく下回っていたことなどから、財源である出産育児一時金を拠出する保険者側から、掛け金を一刻も早くさげるようにという意見が広がり、厚生労働省社会保障審議会医療保険部会においても示されることになった²³。

②. 産科医療補償制度の2015（平成27）年からの見直しとその理由

ア. 産科医療補償制度の補償の対象の見直し

産科医療補償制度の2015（平成27）年から「補償の対象の基準」の見直しが行われており、2015（平成27）年1月1日以降に出生した児の場合は、表IV-21に示す通りである。

表IV-21 2015（平成27）年1月1日以降に出生した児の場合の産科医療補償制度の補償の対象

2015（平成27）年1月1日以降に出生した子の場合
1. 出生体重1,400g以上かつ在胎週数32週以上であること。または在胎週数28週以上で、かつ、次の①か②に該当すること。
①. 低酸素状況が持続して臍帯動脈血中の代謝性アシドーシス（酸性血症）の所見が認められる場合（pH値が7.1未満）
②. 低酸素状況が前置胎盤、常位胎盤早期剥離、臍帯脱出、子宮破裂、子癇、胎児母体間輸血症候群、前置胎盤からの出血、急激

に発症した双胎間輸血症候群等によって起こり、引き続き、次のアからクのいずれかの所見が認められる場合

ア. 突発性で持続する徐脈

イ. 子宮収縮の 50%以上に出現する遅発一過性徐脈

ウ. 子宮収縮の 50%以上に出現する変動一過性徐脈

エ. 心拍数基線細変動の消失

オ. 心拍数基準細変動の減少を伴った高度徐脈

カ. サイナソイダルパターン

キ. アプガールスコア 1 分値 3 点以下

ク. 生後 1 時間以内の児の血液ガス分析値 (pH 値 7.0 未満)

2. 身体障害者手帳 1 級・2 級相当の脳性麻痺

3. 先天性や新生児期の要因によらない脳性麻痺

(出典) 公益財団法人日本医療機能評価機構産科医療補償制度

www.sanka-hp.jcqh.or.jp (2014 年 7 月 28 日検索)。

産科医療補償制度の掛け金については、2009 (平成 21) 年 1 月 1 日から 2014 (平成 26) 年 12 月 31 日までに出生した子の場合、産科医療補償制度専用 Web システム利用する場合 30,000 円/1 分娩 (胎児)、利用しない場合 30,500 円/1 分娩 (胎児) であった。2015 (平成 27) 年 1 月 1 日以降に出生した子の場合の産科医療補償制度の掛け金は、表 IV-22 の通り変更された。

表 IV-22 産科医療補償制度の掛け金

2015 (平成 27) 年 1 月 1 日以降に出生した子の場合	産科医療補償制度専用 Web システム利用する場合 16,000 円/1 分娩 (胎児)、利用しない場合 16,500 円/1 分娩 (胎児)。本来必要となる掛金の額は、1 分娩あたり 24,000 円なのだが、本制度の剰余金から 1 分娩あたり 8,000 円が充当されるため、分娩機関から支払われる 1 分娩あたりの掛金は 16,000 円となる。
-----------------------------------	--

(出典) 公益財団法人日本医療機能評価機構産科医療補償制度

www.sanka-hp.jcqh.or.jp (2014 年 7 月 28 日検索)。

イ. 産科医療補償制度の補償対象児の見直しの理由

産科医療補償制度運営委員会の調査報告書によれば、沖縄県における 1998（平成 10）年から 2007（平成 19）年の 10 年間に出生した脳性麻痺児のデータを採用して、全国の 1 年の補償対象者を見積もると推定区間は 320 名から 623 名であり、推定値は 481 名とされた。さらに、周産期医療の技術の進歩と周産期医療の提供体制の整備により、近年、とくに在胎週数 28 週から 32 週の早産児における脳性麻痺の発症が著名に低下していることが明らかになった。この調査結果から、補償対象となる脳性麻痺児は、制度創設当時の推計値 800 件より少ないことが判明したものの、未だに申請していない補償対象となる脳性麻痺児が数多く存在することも判明した。また、早産児で脳性麻痺児の件数は、制度発足時に活用したデータに比し、最新のデータでは、著明に減少していることから、この原因は、児の未熟性による脳性麻痺児が減少したためであると思われる、補償対象を早産児のどの在胎週数まで拡大するのが合理的であるのかに関して産科医療補償制度運営委員会で検討がなされてきた。具体的には、2006（平成 18）年から 2009（平成 21）年の沖縄県のデータにより在胎週数 1 週ごとの脳性麻痺の発生率をみると在胎週数 33 週では出生 1,000 対 3.4 人、32 週では、出生 1,000 対 4.3 人、31 週では、出生 1,000 対 13.2 人、となり在胎週数 30 週における発生率 35.7 人と比べて低い水準であることがわかった。また、在胎週数 33 週における脳性麻痺の発生率と各週における脳性麻痺との間の統計学的な有意差を検定したところ、在胎週数 30 週以下については、統計学的に在胎週数 33 週の脳性麻痺率に比べ、有意に高いが、31 週、32 週の脳性麻痺の発生率は 33 週と有意差が認められない程に脳性麻痺の発症率は低いことが判明した。この意味は、在胎週数 33 週以上で発生した脳性麻痺児にはその原因が未熟性によるものは皆無であることから、在胎週数 31 週と在胎週数 32 週で発生する脳性麻痺児の原因は、在胎週数 33 週以上と同様、未熟性によるものではないか、あっても極めて少ないと解されると判断されることになった²⁴。

出生体重についても同様にして 2,000g から 1,400g に見直すことが適切であること、個別審査基準についてもこれまでの運用状況を踏まえて要件を緩和する必要が高いことなどを盛り込んだ報告書が、2013（平成 25）年 11 月にま

とめられた。2014（平成26）年1月20日に開催された厚生労働省社会保障審議会医療保険部会においては、周産期に関連する7団体（日本産婦人科医会、日本産科婦人科学会、日本小児科学会、日本小児科医会、日本小児神経学会、日本周産期・新生児医学会、日本未熟児新生児学会）の意見もふまえて、議論が行われた。保険者側は、在胎週数31週については、根拠となるデータ数も少ない中、未熟児による脳性麻痺は紛れ込む可能性を排除できないことなどの主張をしていた。在胎週数をいつにするのかについての合意が難しかったものの、最終的には、①基準となる在胎週数は32週に拡大すること、②出生体重は1,400gとすること、③個別基準は産科医療補償制度運営委員会の見直し案通りに緩和することなどで合意に至った。脳性麻痺児に補償対象が拡大されたことで、約100名程度の児とその家族に補償を提供することができるようになり、見直しの意義があると言える²⁵。

ウ．産科医療補償制度の掛け金の見直しの理由

余剰金の見込みの総額は、補償対象者数を481人とした場合、2009（平成21）年から2014（平成26）年分で約800億円である。余剰金からの充当額については、運営委員会の議論を踏まえ、長期安定的な制度運営の観点で余剰金が枯渇した際の掛け金への影響を考慮して設定することが望ましいという考えであった。充当期間を20年とした場合の充当額4,000円程度、同15年とした場合の充当額5,000円程度、同10年とした場合の充当額8,000円程度の3つが参考として示された。2014（平成26）年4月21日開催された第71回社会保障審議会医療保険部において、長期安定的な制度運営の観点を踏まえつつも余剰金をなるべく速やかに減少すべきという意見のもと、8,000円の充当が適当とされた。また、廃止時預かり金100円については、2015（平成27）年1月以降、一旦徴収しないこととなった。

(2)．産科医療補償制度の対象児であることの証明の不確実性

医療施設側は、脳性麻痺児が生まれたことにより、産科医療補償制度の申請手続きを行う際に、「分娩に関連して発症した脳性麻痺児である。児の先天性要

因による脳性麻痺ではない。」と記載する。その後訴訟になった場合、医療施設側自らが、すでに「分娩に関連して発症した脳性麻痺児である。児の先天性要因による脳性麻痺ではない。」と証明しているのだから、裁判で「分娩に関連して発症した脳性麻痺児ではない。脳性麻痺の原因は先天的なものである。」などと主張することは医療機関側にはできにくいという状況になることも考えられる。

(3) 産科医療補償制度の課題

① 産科医療補償制度の課題

日本の産科医療補償制度は、2009（平成 21）年 1 月 1 日以降に出生した脳性麻痺の児から適用が開始されていて、一部の見直しがなされて 2015 年 1 月から実施されている。引き続き現行制度にも幾つかの課題がある。それをまとめたのが以下の表Ⅳ－23 である。補償対象者の範囲については、広ければ広いだけ保護に厚くなるが、反面、補償財源を増やさざるをえなくなり、その結果、保険料が高くなる欠点がある。

表Ⅳ－23 日本の産科医療補償制度の課題

	日本の産科医療補償制度	反対意見、問題など
補償対象	①産科医療補償制度に加入している分娩機関で生まれた脳性麻痺の児が、補償の対象になる、②脳性麻痺の児は、訴訟になることが多く原因の特定が難しいため裁判が長引きやすい	①先天性の障害が含まれていないので反対意見もあるが「無過失」の制度の意味からすると妥当である、②一方で、先天性の障害やその他の原因の障害の児に対する補償はどうするかなどの様々な意見がある
財源	①産科医療補償制度の発足時、補償財源は、医療機関が保険料（1 分娩につき 3 万円）を支払い、医療機関は、保険料を出産費用に上乗せした。妊産婦の負担が増すことから、出産育児一時金の引き上げがあった、②2015 年から保険料が 1 分娩につき 24,000 円に下がり、余剰金から 8,000 円の充当が	①民間保険会社が運営する点に対して、営利優先の制度になることへの懸念がある、②保険料と同額分の出産育児一時金を引き上げがあったということは、公的健康保険から賄われているといえ、今後もそれを財源としていくのかなどという意見がある

	あるので、16,000円となった	
金額	①補償額は児一人につき3,000万円	①脳性麻痺の児の生涯の看護や介護に掛かる費用は足りるのかという意見がある、②一括払いか分割払いか、生存期間のみの補償とするのかなどがある、③障害等級別に補償額を変えるなどの意見がある
調査	①補償の適否の判断や、原因の分析は第三者調査機関が行なっている	①日本医療機能評価機構の中に調査機関を設けることに対して調査機関の独立性への懸念も指摘がある
裁判	①産科医療補償制度は、医療訴訟を減らす効果が期待され、補償を受けた場合は訴訟をしないルールが求められている	①日本の法制度では、訴訟を制限することはできない

(出典) 筆者作成

このような課題とは別に産科医療補償制度開始後の成果も上げられている。妊婦側にとっては、制度導入前では、補償されなかった事例でも、2015（平成27）年からは補償されるようになったことである。例えば、子宮破裂・常位胎盤早期剥離などにも補償の対象になっている。医療機関側にとっては、原因分析を第三者機関である原因分析委員会が行うので、直接、患者側とやり取りしないですむようになったことで精神的苦痛から緩和されることである。何よりもこの5年間の原因・分析・結果を集大成し、再発防止・医療安全対策を立てることができていることや紛争と訴訟が減少していることで国民の信頼を得ることができている²⁶。確実に周産期医療の質の向上も図ることができているといえる。

本制度の運営組織は、財団法人日本医療機能評価機構であり、公正で中立的な第三者機関として望ましい運営を行うことが期待されている²⁷。産科医療補償制度は、被害者たる出世児の迅速な救済をはかり、産科医療への信頼を確保し、産科医療体制の崩壊を一刻も早く防止する観点から、民間の損害保険方式を活用する形で早急に立ち上げられたものである。その一方で、医療機関側が支払う損害保険料は、分娩費用の増額分となって転嫁されるので、この増額分

は健康保険の出産育児一時金の引き上げで対応してきた。産科医療補償制度は、民間の損害保険を活用するのであるから、継続性・安定性のある運営を実現していくために、収支のバランスに配慮しなければいけない。特に、収支を予測する基礎データがないことから、制度が収支悪化により破綻することがないように、経費の節減合理化に努めつつ、ある程度余裕をもった制度設計を行うことが必要である。

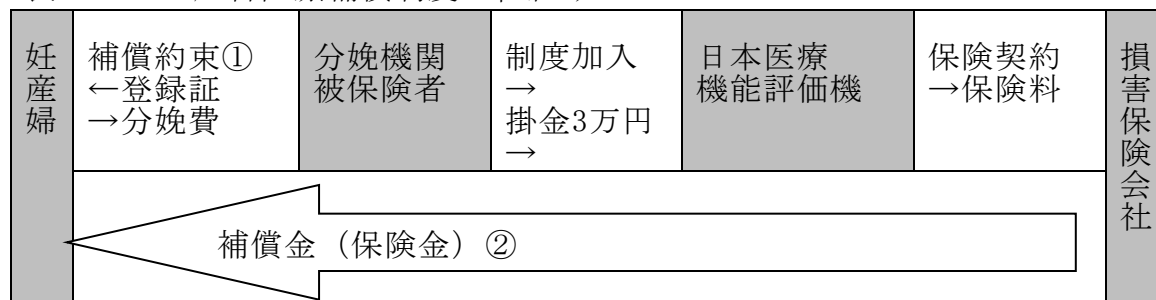
国の支援策としては、本制度に対して出産育児一時金の適宜引き上げ、標準約款の公示、運営組織における原因分析・再発予防等にかかる費用の支援等の様々な支援が行われてきた²⁸。本制度は、国がつくったという点で公的な性質をもちながら、その運営は民間が行うという新しい型の補償制度であることから、その適正な運営には国と財団法人双方が責任を負っている。また、これによって周産期医療の質を一層向上させていくことも重要な課題であると考えられる。

②. 産科医療補償制度の財源・補償額と公的医療保険制度

産科医療補償制度に加入する医療機関が、掛金を支払うもので、そこで出産した者は、入院費の一部として掛金相当額が徴収されるとともに出産育児一時金等に掛金相当額が加算されて支給されている。分娩医療機関等の産科医療補償制度への加入状況は、2015（平成27）年9月18日現在、病院・診療所で99.9%、助産所で100%、全体で99.8%である。2009（平成21）年からほぼ全施設加入してきた。このことから、ほぼ全ての出産に対して産科医療補償制度の掛け金として育児一時金等に3万円加算されている。掛け金の3万円が公的医療保険制度から出ているということは、妊婦1人あたり3万円を集めるのだから出生数100万人として約300億円の財源が毎年集まっていたことになる。これについて、2009（平成21）年から2014（平成26）年までの余剰金約800億円ということが指摘されており、2015（平成27）年からの保険料が1分娩につき24,000円に下がり、余剰金から8,000円の充当があるので、16,000円となった。産科医療補償制度の仕組みは、表IV-24の通りであり、運営組織にて補償対象と認定されると、運

営組織が加入分娩機関のかわりに保険会社に保険金を請求し、保険金が補償金として支払われる。

表IV-24 産科医療補償制度の仕組み



(注) ①妊産婦（児）と分娩機関と間で、運営組織が定めた標準補償約款を使用して補償の約束をする。②運営組織にて補償対象と認定されると、運営組織が加入分娩機関のかわりに保険会社に保険金を請求し、保険金が補償金として支払われる。

(出典) 公益社団法人日本医療機能評価機構

www.sanka-hp.jcqh.or.jp (2014年7月31日検索) を参照して筆者作成。

産科医療補償制度は保険方式をとっているのだから、本来、保険料は受益者である妊婦が負担すべきものである。産科医療補償制度の掛け金の拠出者及び負担者は、分娩医療機関であるが、自費診療である出産費用が今では弾力的に運用され、公的医療保険の保険料が分娩費用に転嫁されることを前提とし、その転嫁分を出産育児一時金の加算で対応するという仕組みをとっている。しかし、産科医療補償制度の中で分娩機関が加入する損害保険の掛け金を、妊産婦ひいては公的医療保険制度の被保険者全体が実質的にその負担をするという仕組みには違和感があり、この点については、今後の課題と言えよう²⁹。

4. 小括

産科医療補償制度の掛け金が、各医療保険の保険料から支払われていたことからすると、産科医療補償制度は、公的な性質をもつ制度といえるであろう。公的制度たる産科医療補償制度を機能的、効率的かつ安定的に運用していくためには、次の3点を解決しなければいけない。第1点は、民間の保険会社が運営しているのかということである。第2点は、掛け金分を出産育児一時金の加

算で対応するという仕組みをとるということであれば、公的医療保険制度の保険料なのであるから、社会保障という視点で考えた場合、他の児も対象にできないのかという意見である。勿論、補償制度の対象者の範囲を広げると、その分だけ財源を増やすことになり、その結果保険料が高くなることはありうる。しかし、そうした負担を国民にお願いすることもまた必要ではないかと思われる。産科医療補償制度の開始によって、無過失の場合の脳性麻痺児の補償はできたのだが、生まれながらにハンディキャップを背負って生きていかなければならない児童は脳性麻痺児だけではない。第3点は、さらに、他の診療科の無過失補償について考える場合、出産育児一時金の考え方と同様に各医療保険の保険料から支給するべきかどうかを検討する必要がある。2011（平成23）年4月8日政府が閣議決定した医療に関する規制・制度改革の方針のなかに、保険診療全般を対象とする無過失補償制度の導入に向けて検討を開始するとの方針が盛り込まれた。今後は、立法形式として、すべての医療事故に無過失補償をするような方向に向けて各医療保険を再構築して行くのか、それとも、補償だけを目的に別の制度をつくるべきなのかどうかという問題も出てくるであろう。医療事故の補償制度を公的制度として位置付けて、法制度化を図るとすれば、具体的な内容として財源、補償対象者、民事訴訟（損害賠償請求訴訟）の制限、補償金額などを決めていかななくてはならない。こうした制度を構築することは、ひょっとしたら、これまでの公的医療保険制度を含めて社会保障制度全体の見直しにつながることもなかもしれない。

¹小松秀樹『医療の限界』（新潮社、2007（平成19）年）60～61頁。

²公益社団法人日本医療機能評価機構「第31回産科医療補償制度運営委員会 平成26年6月27日」の資料10頁。

³同上書、11頁。

⁴同上書、11頁。

⁵公益社団法人日本医療機能評価機構「第30回産科医療補償制度運営委員会 平成26年1月27日」、12頁。

⁶同上書、12頁。

⁷公益社団法人日本医療機能評価機構産科医療補償制度運営委員会「産科医療補償制度見直しに係る中間報告書 平成25年6月10日」の資料40頁。

⁸岡井崇「産婦人科医療医事紛争の減少を目指して-無過失補償制度-」（産科と婦人科 Vol. 73No. 8、2006（平成18）年）1013頁。

-
- ⁹畑中綾子「医療事故無過失補償制度の論点～産科医療無過失補償制度の議論に着目して」(社会技術研究論文集、2008(平成20)年)128頁。
http://shakai-gijutsu.org/vol5/5_122.pdf (2008年12月11日検索)。
- ¹⁰厚生労働省「第3回医療の質の向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討会平成23年10月24日資料」1、8頁。
- ¹¹同上書、9頁。
- ¹²藤澤由和「医療安全国際動向－政策的動向および施策とその方向性－」(J. Natl. Inst. Public Health、2002(平成14)年)120頁から121頁。
- ¹³landstingとは、スウェーデンの地方自治体の一つであり日本の県に相当する。
- ¹⁴厚生労働省注(10)、前掲書、10頁。
- ¹⁵岡井崇注(8)、前掲書、1013頁。
- ¹⁶小松秀樹『医療崩壊』(朝日新聞社、2006(平成18)年)242～243頁。
- ¹⁷宍戸伴久「外国における医療事故補償制度－ニュージーランドと英国の場合－」(レファレンス 2008(平成20)年7月号)66頁から67頁。
- ¹⁸厚生労働省注(10)、前掲書、10頁。
- ¹⁹同上書、9頁。
- ²⁰岡井崇注(8)、前掲書、1017頁。
- ²¹田辺功「ドキュメント医療危機」(朝日新聞社、2007(平成19)年)92頁。
- ²²岡井崇注(8)、前掲書、1011頁。
- ²³日本医療機能評価機構産科医療補償制度運営委員会、厚生労働省社会保障審議会医療保険部会「産科医療補償制度の見直し議論の結果に関するご報告」2頁。
www.jaog.or.jp/news/document/NFC_20140217.pdf (2014年6月30日検索)。
- ²⁴同上書、3頁。
- ²⁵同上書、5頁。
- ²⁶石渡勇「産科医療補償制度の課題と見直し(さらに良い制度にするために)」
www.jaog.or.jp/sep2012/know/kisyakon/53_120411_5.pdf (2014年8月5日検索)。
- ²⁷秋元秀俊『医療事故の責任－事故を罰しない、過誤を見逃さない新時代へ』(毎日コミュニケーションズ、2007(平成19)年)73～80頁。
- ²⁸財団法人日本医療機能評価機構産科医療補償制度運営組織準備委員会「産科医療補償制度運営組織準備委員会報告書」(2008(平成20)年)18頁。
- ²⁹原田啓次郎「医療安全対策の展開と課題－医療サービスの質と安全性の向上に向けて－」『虐待・暴力に対する法制度/医療制度改革 社会保障法第26号』(法律文化社2011(平成23)年)171頁。

V. 周産期医療体制の整備

2008（平成20）年10月に、東京都内に住む36歳の妊婦が、7ヶ所の病院に受け入れを断られたあげく、いったん拒否された都立墨東病院に再度担ぎ込まれ、そこで脳内出血の手術を受けたが、結局死亡するという事案が発生した。東京都立墨東病院によると、2007（平成19）年末に産科の常勤医1人、2008（平成20）年6月に研修医1人が退職し、医師が計6人となったため、7月から土日と祝日のセンターの当直医を本来の2人から1人に減らし、周辺の病院に週末の受け入れの協力を求める文書を配布して、自らは受け入れを制限する措置をとっていた。東京都立墨東病院は、リスクの高い妊婦に対応する「総合周産期母子医療センター」に指定されていたが、産科医師不足を理由に救急搬送の受け入れを事実上制限していたのである。そのことが、妊産婦のたらいまわしによる死亡という不幸な事件につながっていった。この事件を受けて、厚生労働省は、学識経験者で構成される懇談会を設置し、2009（平成21）年3月4日に、「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会報告書・周産期救急医療における『安心』と『安心』の確保に向けて」を取りまとめた。その基本的な方針としているものは、周産期医療と救急医療についての国の責務、地域の役割、医療現場の役割、国民・地域住民の協力体制の確立である。そこで、このV章では、病院側の妊婦の受け入れ拒否が重なり、産科合併症以外の合併症により亡くなった前記の事案をふまえ、周産期医療と救急医療の連携体制の確立や産科合併症以外の疾病をもつ妊産婦の受け入れを確保する観点から、産婦人科医師の確保、周産期母子医療センターの設置、医療機関の集約化などの周産期医療体制の確立とそのための条件整備などについて、ドイツ、フランスの事例を参考にしながら考察することにした。

1. 周産期母子医療センターの設置

(1). 周産期母子医療センターの設置

周産期医療体制を整備するためには、厚生労働省において周産期医療対策事業の充実を図りながら、都道府県において医療関係者等の協力の下に地域の実情に即して限られた資源を有効に生かしていかなければならない。また、周産期医療体制の整備は、総合周産期母子医療センターや地域周産期母子医療センター、その他の地域における周産期医療に関連する病院、診療所及び助産所などを整備して将来を見据えた周産期医療体制の整備を図ることにより、地域における周産期医療の適切な提供していくものである。周産期医療体制の整備は、母子保健法（昭和40年法律第141号）第20条の2に規定する医療施設の整備及び医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第2項第5号ニに規定する周産期医療の確保に必要な事業の一環として位置付けられている。周産期医療体制は、充実した周産期医療に対する需要の増加に対応するために都道府県において、地域の実情に応じて保健医療関係機関・団体の合意に基づきその基本的方向を定めて周産期に係る保健医療の総合的なサービスを提供するものとして整備されることが求められてきた¹。そのなかで、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センターの2つが設置されることになった。周産期母子医療センターは、妊娠の異常・分娩の異常・胎児の異常・新生児の異常に適切に対処するために産科医師と小児科医師が協力して24時間体制で患者を受け入れる施設である²。

2007（平成19）年4月12日、日本産科婦人科学会産婦人科医療提供体制検討委員会は、「最終報告書－わが国の産婦人科医療の将来像とそれを達成するため具体策の提言－」を公表している。それによると、周産期救急医療体制の整備・維持としては、「①周産期救急において、行政の主導のもとに、緊急搬送先が迅速かつ合理的に30分以内を目安として決定される体制を全国で整備する。②症例に応じ母体搬送と新生児搬送が選択可能な体制を全国で整備する。③病床不足による受け入れ不能状態が発生しないような体制を整備する。」という内容の提言してきた³。また、これと同じく厚生労働省の構想では、総合周産期

母子医療センター1か所に対し、地域周産期母子医療センター数か所を整備することとなっており、この構想に基づき2014（平成26）年4月1日現在、表V-1の通り、総合周産期母子医療センターは、47都道府県に100施設、地域周産期母子医療センターは、47都道府県に292施設が設置されている。

表V-1 総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センター数

都道府県	総合	地域	都道府県	総合	地域	都道府県	総合	地域
北海道	4	32	石川県	1	3	岡山県	2	4
青森県	1	4	福井県	2	5	広島県	2	8
岩手県	1	9	山梨県	1	5	山口県	2	4
宮城県	2	9	長野県	1	9	徳島県	1	3
秋田県	1	3	岐阜県	1	4	香川県	2	1
山形県	1	3	静岡県	3	10	愛媛県	1	5
福島県	1	5	愛知県	5	13	高知県	1	0
茨城県	3	4	三重県	2	3	福岡県	7	5
栃木県	2	6	富山県	1	5	佐賀県	1	0
群馬県	1	7	滋賀県	2	2	長崎県	1	3
埼玉県	1	9	京都府	1	18	熊本県	2	2
千葉県	2	7	大阪府	6	18	大分県	1	3
東京都	13	12	兵庫県	2	9	宮崎県	1	6
神奈川県	5	15	奈良県	1	1	鹿児島県	1	5
新潟県	3	4	和歌山県	1	2	沖縄県	2	4
富山県	1	5	鳥取県	1	1	合計	100	292

（注）総合とは総合周産期母子医療センターのことであり、地域とは地域周産期母子医療センターのことである

（出典）www.jaog.or.jp/sep2012/JAPANESE/jigyoku/.../center.html

（2014年8月1日検索）と厚生労働省資料と参照して筆者作成。

総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センターの役割は、表V-2の通りである。

表V-2 周産期母子センター (Prenatal Medical Center) の役割

総合周産期母子医療センター	<ol style="list-style-type: none"> 1. 母体胎児集中治療管理室 (MFICU) を6床以上及び新生児集中治療管理室 (NICU) を9床以上備え、24時間体制でリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療を行う 2. 母体管理を要する疾患 妊娠高血圧症候群、前置胎盤、常位胎盤早期剥離、母体合併症妊娠、産褥出血、その他ハイリスク妊娠など 3. 胎児・新生児管理を要する疾患 切迫流産、切迫早産、前期破水、子宮内胎児発育遅延、多胎妊娠、双胎間輸血症候群、血液型不適合妊娠、羊水過多、羊水過少、胎児機能不全、胎児異常など
地域周産期母子医療センター	<ol style="list-style-type: none"> 1. 産科及び小児科を備え、24時間体制で新生児集中治療管理室 (NICU) を含む新生児医療に対応するとともに、産科の周産期医療に係る比較的高度な医療を行う 総合周産期母子医療センターに近い設備や医療体制を持っているが基準を満たしていない施設が「地域」と呼ばれ、総合周産期母子医療センターを補助する施設である

(出典) 筆者作成。

(2) 周産期救急医療体制の整備・維持

① 全国レベルで周産期救急医療体制を整備するための対策

全国レベルで周産期救急医療体制を整備する為の対策については、表V-3に示す通りである。

表V-3 全国レベルの周産期救急医療体制を整備するための対策

1. 周産期医療対策事業の見直し、充実をはかる
周産期救急医療体制は、周産期医療対策事業を軸に整備が行われているが、事業開始後10年以上が経過し制度の見直し・再活性化が必要となっている
2. 周産期救急情報ネットワークを、都道府県の枠を越えた広域の連携が可能なシステムとし、最適化をはかる
3. ドクターカーによる24時間対応新生児搬送システムを全都道府県で整備し、母体搬送と新生児搬送のいずれにも対応可能な体制を整備する
4. 周産期救急搬送をより広域で実施することを可能にする
ドクターヘリが母体搬送・新生児搬送に活用可能となるように、各地域において、夜間発着可能な体制を整備すること等の措置を講じる

(出典) 日本産科婦人科学会産婦人科医療提供体制検討委員会「最終報告書－わが国の産婦人科医療の将来像とそれを達成するため具体策の提言－」(2007(平成19)年4月12日)13頁。

②. 都道府県の周産期医療システムの再活性化

都道府県の周産期医療システムの再活性化をはかるための方策については、表V-4に示す通りである。

表V-4 都道府県の周産期医療システムの再活性化

1. 各地域の周産期医療システムの運用状況に対して外部評価システムを導入する
2. 周産期医療協議会の活性化・再編成を図る
3. 総合周産期母子医療センターの再構築
母体救急ネットワークの構築と新生児搬送体制の強化
4. 地域周産期母子医療センターを実体のあるものにする
5. 地域医療に対する貢献度に応じて、補助金をつける。地域医療に対する貢献度により総合周産期母子医療センター昇格を可能にする
6. 新生児集中治療後の長期入院児に対する後方支援病床の整備をはかる

(出典) 日本産科婦人科学会産婦人科医療提供体制検討委員会「最終報告書－わが国の産婦人科医療の将来像とそれを達成するため具体策の提言－」(2007(平成19)年4月12日)13頁。

③. 県境を越えた救急搬送システム構築

県境を越えた救急搬送システムを構築する為には、隣接している都道府県間の相互連携を制度化する必要がある⁴。医療の安全性を確保するためには、出産をする患者側・産婦側の協力も必要不可欠である。出産をする患者側・産婦側の協力の内容としては、十分な理解に基づいて希望する分娩形態や分娩施設を選択することである。患者側・産婦側は、希望する分娩形態に対応可能な分娩施設が地域内に存在しない場合には、地域外の自分の希望する分娩形態に対応可能な分娩施設を選択することもでてくる。また、患者側・産婦側は、分娩施設の医療レベルは同一ではないこと、病院分娩では対応可能なことであっても、助産所分娩、診療所分娩では対応できない場合があること、あるいは、その逆もあることを了解しなければならない。さらに、患者側・産婦側は、妊産婦・新生児が施設間での相互の紹介により移動または搬送される可能性があること、また中核病院や周産期母子医療センターの事情により再搬送・逆搬送がありうることもまた了承しなければならない。周産期医療を整備していくためには、産科医療による事故からくる損害賠償訴訟を敬遠して、産科医療を医師が敬遠するという事態に対応するために、分娩に伴う脳性麻痺児の経済補償を担う産科医療補償制度の内容を充実させる必要がある。同時に、こうした全国レベルでの産科医師の確保や周産期医療体制の整備を国が計画的に実施していくことも重要である。次に、産婦人科医師の確保について検討する。

2. 産婦人科医師の確保

(1). 医師確保のための必要人員の定員化

第一に周産期救急医療に従事する医師自身が、やりがいを感じつつ勤務を継続できることが妊婦と新生児の生命を守ることに直結しているとの認識を持たなければならない。それとともに、産婦人科医師の勤務が過酷になり過ぎないこと、勤務と責任に見合った報酬が支払われることが周産期医療体制の確保にとって不可欠の要素となってくる。そのために産婦人科医師に限らず、新生児医療担当医、麻酔科医、救急医などの実際に診療を行う医師を含め、時間外勤

務、時間外の救急呼び出し対応（オンコール対応）等について、十分な実態把握調査を行い、勤務が身体に不調をきたすほど過酷になっていないかを把握する必要がある。その後に、勤務実態に見合うだけの医師の手当等に対する支援策を検討する必要がある。

医師確保には、当直翌日の勤務緩和、短時間正規雇用や交代勤務制等による勤務環境の改善を積極的に推進することが極めて重要である。そのためには、各医療機関が設定する医師の定員数の増加が不可欠である。例えば、24時間集中治療を提供しているNICUでは、新生児医療担当医の定員を7名以上とすることが必要であろう⁵。総合周産期母子医療センター新生児部門の専従常勤医・研修医定員数に関する全国の様況については、表V-5の通りである。新生児専従常勤医の定数は5名の病院が10施設と最も多く、6名が9施設あった。新生児専従常勤医がない病院は5施設で、一方で最大は10名であった。新生児専従研修医定数は、2名の病院が10施設、1名が8施設で、最大は7名であった⁶。

表V-5 新生児専従常勤医・研修医定員別施設数

常勤医定員数	新生児専従研修医定員数									総計
	0人	1人	2人	3人	4人	5人	6人	7人	空白	
0人	2	—	—	—	—	—	—	—	3	5
1人	—	—	1	—	—	—	—	—	1	2
2人	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
3人	—	—	1	1	1	—	—	—	1	4
4人	2	1	1	—	1	—	—	—	1	6
5人	3	2	4	1	—	—	—	—	—	10
6人	3	2	—	2	1	—	—	—	1	9
7人	3	2	—	—	—	—	—	1	1	7
8人	—	—	2	1	1	—	—	—	1	5
9人	1	—	1	—	—	—	—	—	1	3
10人	1	1	—	—	—	—	—	—	—	2
空白	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3
総計	15	8	10	5	4	0	0	1	14	57

(出典) 藤村正哲「総合周産期母子医療センター新生児部門の全国状況」(厚生労働科学研究、アウトカムを指標としベンチマーク手法を用いた質の高いケアを提供する周産期母子センターネットワークの構築に関する研究班、平成20年11月20日)8頁。

麻酔科医師についてもその果たすべき役割と関与の頻度と程度に応じて各医療機関において必要な人員を定員化する必要がある。また、新たに産科医や新生児担当医を目指す若手医師については、それに対する経済的・精神的支援をすることや経営的な安定をはかるために開業後は新生児科の標榜や専門医の広告を認めることなどが必要である。国及び都道府県は、大学や学会等が行う医師養成・確保事業への支援など周産期医療を支える医師の確保・育成に取り組む必要がある⁷。医師不足・医師偏在を軽減するには、従来のやり方を改め、医師確保のために必要人員を定数化することも考えられる。また、患者・妊産婦の症状に応じて複数の医療機関で医療行為を行うことができ、かつ、その活動が適切に評価される環境整備をしたりする為にも、複数の医療機関で医療行為を行う際の支援策を検討する時期に来ているといえる。医療は、どのような地域においても、いつ、どのような症状でお世話になるかは別として、これを必要としない人間はいないのであり、その意味では、安心・安全な暮らしを守るための欠くべからざるセーフティネットであるといえる。そうであるならば、地域の利害や縦割り行政の弊害を超えて、国・地方公共団体・地域住民が一体となり、周産期医療の整備を考えていくことが何よりも大切である。

(2)．ドイツとフランスの医師定員制

①．ドイツ

新たな政策を考えるためにドイツとフランスの事例を見ておくことにしよう。ドイツの医師定員制は、連邦の地域開発計画資料を参考に、行政地域に準拠して医療圏を設定しており、医療圏ごとに専門医1名あたりの住民数を定め住民が増減すればそれに比例して医師の定員数も変化する仕組みになっている。開業医の過剰や集中を防ぎ、医療提供を適正にする為、中長期計画としての開業医定員制を行っている。ただし、定員制と言ってもすでに開業している医師を強制的に移動させるということはないで、定員を超えた地区は開業許可をせず、供給不足の地区では開業を推進するといった方法で調整することになっている⁸。定員の110%を超える地域では保険医として開業できないという厳しい制限はあるが、3年ごとに各種専門医の定員見直し、また、必要に応じて3

年を待たずに許可される場合があるという柔軟性を持った制度である。このような規制がないと、狭い地域で限られた数の患者を奪い合うことになり、医師自身にとっても収入の減少というマイナス面がでてくることから、医師の間では大きな反対もなく受入れられた⁹。このように医師が足りない診療科を把握し、地域に適正に配置する仕組みをつくるには、ドイツでは、医療は公共財であるという意識を、医師や患者だけでなく国民全体が共有していることが基本にある。そうした意識が根底にあってこそ、この政策は、実際に成果をあげているものと思われる。

ドイツでは、医療の地域偏在を防ぐために、開業医の医師数は、地域ごとに何人までしか開業させないという定員制となっており、しかも、地域及び診療科ごとに定員が定められているので、これにより医師数の地域格差を是正する効果がある。ドイツの医療施設は、入院を扱う病院と、外来を扱う開業医（保険医）に分かれていて、患者は、緊急の場合を除いて直接病院に行くことはできず、原則として、最初に開業医の診断を受けることとされている。そして、医師が、患者の入院が必要と判断した時のみ、病院への紹介状を発行する紹介状方式である。患者は、その紹介状を持って指定された病院へ行くことになる¹⁰。患者各個人の病歴・治療歴が、開業医、病院を含めて統一のフォーマットで記録、保存されており、疾病金庫¹¹は、診療報酬の支払いに当たってこのデータをチェックすることができるようになっている。2004年からは、軽い病気でも直接病院にいくと、最初から検査・診断をしなくてはならず、当然、それに要する費用もかかるので、こうした重複した医療費を削減するために家庭医の制度が導入され、しかも、個人は家庭医制を選択することもできるようになった¹²。ドイツでは、以前、民間病院は少数派で、公立病院や赤十字・教会が運営する公益病院がほとんどであった。医療改革の流れの中で病院の統廃合が進み、民間病院の比率が高まり経営成績の良い民間病院が、赤字の公立病院や公益病院を買収して規模を拡大することも、多く見られるようになった¹³。

②. フランス

フランスの医師定員制は、研修医を対象としたものである。国が地域や診療科ごとに必要な医師数を調査し、各病院の研修医の数を決めている。医学生は、卒業時に国家試験を受け、成績上位の学生から順に、希望する地域や診療科に進む。心臓外科などの専門診療科で研修できるのは、毎年5,500～6,000人いる卒業生の約半分であり、希望通りの分野や地域に進める学生は1,000人程度である。研修医になる段階で定数が決められ、診療科の偏在をある程度なくすることができる仕組みになっているのであるが、しかし、研修が終われば働く病院を自由に選ぶことができる。パリや南仏などの病院は、就職先として人気が高く、地域的な偏りは避けられない状況にある。今後、地域ごとにも、医師を強制的に配置する必要がある。そこで、政府は、医師過剰地域に行く新規開業医を非保険医にするという法案を出したが、廃案となりこれも失敗に終わってしまっている¹⁴。

③. 日本

日本では、このドイツの成功例とフランスの失敗例を加味して、二次医療圏¹⁵ごとの開業医定員制度という方法が望ましいと思われる。わが国では、2009（平成21）年に新医師臨床研修制度の改定が行なわれ、都道府県ごとに研修医の定員が定められている。政府としては、地域偏在の是正が狙いであろうが、このままではフランスと同じ末路を辿るだけである。そこで、開業医の上限を設けること、つまり中堅勤務医の確保が必要となってくる。ドイツ、フランスをみると、研修医は、就業場所を自らが選択する上で、どこに、自分の目標となるような、かつ、専門的知識を持ち自分を指導してくれるような中堅医師が存在しているのかということを目安にしている。したがって、開業医に定員数の上限を設けることで各地域に優秀な中堅の勤務医を確保し、研修医が分散することを防ぐのである¹⁶。また、それでもなお都市部に医師が集中したとしても、そのほとんどが「勤務医」となれば、院長もしくは理事長などの事業主の職務命令によって、地域偏在の解消をするために、都市部の病院から関連している地域の病院に「勤務医」を一時的に「派遣」する方法をとることが可能と

なると考えられる¹⁷。ドイツ、フランス等のように国立大学医学部に国費が使われていながら、自由主義国家において医師の強制配置の前例がない。そのため、医師の配置を強制できないかわりに地方自治体による開業誘致・診療所の無償提供や、補助金による助成制度・国による医学生定員増・社会保障費用負担の増額等により対処している。日本に置き換えて考えると、すべての医師を国家公務員としない限り、日本国憲法 25 条¹⁸の具体化立法から「医師の強制配置」を導くことは憲法上難しいのではないかと考えられる。日本国憲法 22 条では、居住・移転及び職業選択の自由が認められているからである。憲法学説の中には、公務員や在監者など国家と特別な関係にある者に対しては人権制約を認める考え方があるが、医師免許が国家資格であるということから直ちに同様の結論を導けるかについては難しいと言える。現在、勤務医を辞めて開業した医師に一時的な病院勤務を義務付けたり、院長になるために僻地勤務経験を義務付けたり、産婦人科・小児科の研修を義務付けたり、各診療科の定員を設定しようという、いわゆる医師の計画配置がなされている。一方で、数年の間、地域医療や産婦人科医療の勤務を義務付けたとしても、その医師にとって自らの技能を身につけるためではないので、むしろ医師にとっては疲弊の原因となる可能性があり、いっそう医師の減少につながりかねないという批判を免れない。ここで、日本についても診療科目・地域ともに偏在を是正するための制度の改革が必要である。現在、医籍登録は都道府県単位で行われており、医師は県境を越えて隣県で保険診療が出来ないため、この規制を取り払えば各都道府県に全ての診療科を揃える必要もなくなり、計画配置の必要性がゆるやかになると考えられる。

(3) 諸外国の産科医師の不足及び偏在の状況

① 諸外国の産科医師の不足及び偏在の状況

我が国では、産科医の不足や偏在が続いてきたのだが、ここで、ようやく社会的な大きな問題として認識され始めて政府や自治体や医療施設による対応が始まりつつある。短期間での解決というわけにはいかないもので、長期的な視点

での検討をすることになる。そこで、まず、日本以外の諸外国では、産科医の不足や偏在や確保の問題などを抱えているのか否か、ということについて概観することにしよう。産科医師の不足及び偏在の状況について、日本医師会（国際課）が、2008年1月から8月にかけて世界医師会加盟国17カ国に調査を行ったことがある。そのうち14ヶ国（フランス、ドイツ、イギリス、アメリカ、カナダ、韓国、台湾、シンガポール、タイ、フィンランド、デンマーク、ニュージーランド、イスラエル、アイスランド）から回答を得ている。日本を含めた15カ国で集計を実施したものが表V-6である。日本を含めた15ヶ国の調査から、15ヶ国中11ヶ国が、産科医の不足あるいは偏在があると答えており、産科医確保は、わが国のみならず、いわば国際的な問題であることが判明した。

表V-6 産科医師の不足及び偏在の状況（n=15）

不足及び偏在の状況		現在	将来
不足・偏在なし		ドイツ、シンガポール、 アイスランド、デンマーク	シンガポール デンマーク
不足 や偏 在が ある	総数が不足 して、地域 による偏在	カナダ、日本、 ニュージーランド、 イスラエル	フランス、イギリス、ドイ ツ、日本、カナダ、ニュー ジーランド、タイ、台湾、 イスラエル、フィンラン ド、
	総数が不足	イギリス、タイ、台湾	0
	地域による 偏在	アメリカ、フランス、 フィンランド、韓国	0
産科医が過剰である		0	アイスランド

（注）将来については、アメリカと韓国の2ヶ国が無回答

（出典）江口成美「医師確保策－15ヶ国における産科医調査－（2009（平成21）年3月3日）7頁 www.jmari.med.or.jp/download/WP185.pdf（2015年1月5日検索）。

現在、「不足や偏在がない」と回答した国のうち、ドイツは、もともと人口あたりの医師が多いことや、政府の需要計画に基づいた開業医の地域別配置指針があることが「不足や偏在がない」と答えている理由と考えられる。しかし、ドイツにおいても、近い将来については、「不足や偏在が起こる」と回答してお

り、政府はやがて不足への対応策が必要と認識していることがわかる。その証拠に、ドイツでも、日本と同様、分娩を扱う医療機関が次第に減少し、妊婦が遠方の医療機関で出産しなければならないような現象がおき始めている。なお、産科医が、「不足・偏在している」と回答した国は、理由として、フランスは、産科医を希望する医師が少ないことや、高齢化現象が進み、子どもに関する比重が相対的に低くなってきていること、また、アメリカは、医療過誤をめぐる訴訟の増加で産科医が早期退職していることなどをあげている¹⁹。次に諸外国の産科医確保のための政策・手段をみることにする。

②. 産科医確保のための政策と手段

諸外国の産科医確保のための政策と手段については、表V-7の通りである。研修医（インターン）数の管理と制限を行っていたのは、カナダ、フィンランド、イギリスを含む7ヶ国であった。また、国内の総産科医数の管理と制限を行っていたのは、フィンランド、デンマーク、シンガポールを含む5ヶ国であった。カナダでは、医師の地方部と過疎地の勤務の奨励のために財政的な支援とともに研修などのプログラムの両面からの協力体制ができている。イギリス、デンマーク、フランス、アメリカの4ヶ国では、外国人医師の採用が行われていた。それは、EU諸国において、それぞれの免許がEU内では同等免許とされるために医師の移動が自由にできるという点があるからである。外国人医師の採用というのは、アメリカなどの西欧の国では多く用いられるのだが、アジアの国では行われていなかった。

表V-7 産科医確保のための政策と手段

対応策	国名
研修医（インターン）数の管理と制限	カナダ（州単位）、フィンランド（病院単位）、イギリス（全国単位）、韓国（病院）、タイ（全国、病院）アメリカ、フランス、（計7ヶ国）
地方と僻地での医師確保のための財政支援（奨学金や補助金）	カナダ、フィンランド、ドイツ、韓国、タイ、日本、（計6ヶ国）
国内の総産科医数の管理と制限	フィンランド、デンマーク、シンガポール、フランス、アメリカ、（計5ヶ国）
外国人医師の採用（EU諸国ではE	イギリス、デンマーク、フランス、ア

U以外の国)	メリカ、(計4ヶ国)
医学生や研修医が地方や過疎地での勤務を奨励するプログラム	カナダ、ドイツ、デンマーク、(計3ヶ国)
医学生の勤務地選択のための教育プログラム	カナダ、台湾、(計2ヶ国)
医学生の専門科目選択のための教育プログラム	韓国、日本(モデル事業)、(計2ヶ国)
地方や僻地に勤務する医師の将来の職歴を保障するキャリアプランプログラム	ドイツ、(計1ヶ国)
その他として兵役の免除	韓国、(計1ヶ国)

(注) ニュージーランド、イスラエル、アイルランドは、記入なし。

(出典) 江口成美「医師確保策－15ヶ国における産科医調査－」(2009(平成21)年3月3日)9頁。www.jmari.med.or.jp/download/WP185.pdf(2015年1月5日検索)。

(3). 医師の増員

①. 人口1,000人当たり医師数の国際比較

日本では、医師数増加を図るため、2010(平成22)年現在の政権党民主党では、OECD平均の人口1,000人当たり医師数をめざすことを公約に掲げてきており、医師養成数(資料によっては医師数)を1.5倍に増加するという方針を示してきた。OECD Health Dataは、必ずしも各国の医師の定義が完璧に統一されているわけではないが、政策判断等の局面において、目安として使用されることが多かった。OECD加盟国と日本の医師数との比較は、人口1,000人当たり医師数で比較すると、表V-8に示す通りである。

表V-8 人口1,000人当たり医師数の国際比較

Practicing physicians, Density per 1000 population
(head counts)

国 \ 年	2005	2006	2007	2008	2009	最近値	順位
日本	—	2.1	—	2.2	—	2.2	24
カナダ A	2.1	2.2	2.2	—	—	2.2	22
フランス A	3.4	3.4	3.4	—	—	3.4	12
ドイツ	3.4	3.5	3.5	3.6	—	3.6	10
イタリア A	3.8	3.7	3.7	—	—	3.7	6
イギリス	2.4	2.5	2.5	2.6	2.7	2.7	19
アメリカ	2.4	2.4	2.4	2.4	—	2.4	21

ロシア	—	—	—	—	—	—	—
オーストラリア	2.8	2.8	3.0	—	—	3.0	15
オーストリア	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.7	2
ベルギー	4.0	4.0	4.0	3.0	—	3.0	15
チェコ	3.6	3.6	3.6	3.6	—	3.6	8
デンマーク	3.3	3.4	3.4	—	—	3.4	11
フィンランド	2.8	2.7	2.7	2.7	—	2.7	18
ギリシャ A	5.0	5.4	—	—	—	5.4	1
ハンガリー	2.8	3.0	2.8	3.1	—	3.1	13
アイスランド	3.7	3.7	3.7	3.7	—	3.7	5
ニュージーランド	2.1	2.3	2.3	2.5	—	2.5	20
韓国	1.6	1.7	1.7	1.9	1.9	1.9	26
ルクセンブルグ	2.4	2.7	2.8	—	—	2.8	17
メキシコ	1.8	1.9	2.0	2.0	—	2.0	25
ノルウェー	3.6	3.8	3.9	4.0	—	4.0	3
ポーランド	2.1	2.2	2.2	2.2	—	2.2	23
スペイン	3.8	3.6	3.7	3.6	3.7	3.7	6
スウェーデン	3.5	3.6	—	—	—	3.6	9
トルコ A	1.5	1.4	1.5	—	—	1.5	27
平均	3.0	3.0	3.0	3.0	—	3.1	—
G7 平均（G8 からロシアを除く）							2.9 人
平均（G8 から、日本およびロシアを除く）							3.0 人

(注) ①OECD Health Data 2010 Release version - June 2010。②A印は、OECD Health Data 2009。

(出典) 社団法人日本医師会「医師数増加に関する日本医師会の見解—医学部を新設すべきか—、2010（平成 22）年 7 月 14 日」3 頁を参照して筆者作成。

日本では、2008（平成 20）年では、人口 1,000 人あたりの医師数は 2.2 人であり、これに対して、OECD 加盟国平均では 3.1 人である。日本の人口 1,000 人当たり医師数は、2006（平成 18）年には 2.1 人であったが、2006（平成 18）年から 2008（平成 20）年にかけて 0.1 人増加しているのは、医師数の増加（医師養成数の増加によるものではなく、従事医師数の増加によるもの）と総人口減によるものである。仮に日本の人口 1,000 人当たり医師数を OECD 加盟国平均なみに引き上げるとすると、現状の人口を前提にした場合、医師数を 1.4 倍に増加させる必要がある。また、G7 平均（G8 からロシアを除く）の人口 1,000 人当たり医師数は 2.9 人であり、G6 平均（G8 から、日本およびロシア

を除く)の人口1,000人当たり医師数は3.0人である。仮に日本の人口1,000人当たり医師数をG7平均なみに引き上げるとすると、現状の人口を前提に医師数を1.3倍に増加させる必要がある²⁰。

②. 医師養成数と医師数

日本における医学部入学定員の推移を見ると、表V-9に示す通り、2007(平成19)年度を基準とすると、2008(平成20)年度には168人増、2009(平成21)年度には861人増、2010(平成22)年度には1,221人増である。新設医学部の定員数を仮に100人とすると2010(平成22)年度までに既存医学部で増加した定員数1,221人は、約12大学分に相当する²¹。

表V-9 医学部入学定員の推移(人)

	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度
国立(42大学)	4,090	4,090	4,165	4,528	4,793
公立(8大学)	655	655	728	787	812
私立(29大学)	2,880	2,880	2,900	3,171	3,241
計	7,625	7,625	7,793	8,486	8,846
対2006年度(人)	0	0	168	861	1,221
対2006年度(倍)	1.0	1.0	1.0	1.1	1.2

(出典)①文部科学省「平成21年度医学部入学定員の増員計画について」「平成22年度医学部入学定員の増員計画について」②社団法人日本医師会「医師数増加に関する日本医師会の見解－医学部を新設すべきか－」(2010(平成22)年7月14日)5頁。

日本では、1960(昭和35)年頃から1980(昭和55)年頃迄、医学部入学定員が大幅に増加した。1982(昭和57)年、医師過剰を懸念し、医師数抑制を最初に提起したのは厚生省(当時)ではなく、第二次臨時行政調査会であった。この調査会が医師数抑制を提言して、それが閣議において「医師及び歯科医師は、全体として過剰を招かないように配置し適正な水準となるよう合理的な養成計画の確立について政府部内において検討を進める」という閣議決定となったのである。これをうけて、医師数が抑制され、更に1997(平成9)年にも、引き続き医学部定員の削減に取り組むことが確認されたのである。しかし、その後には医師不足が深刻になったため、2008(平成20)年6月には、従来の閣議

決定に代えて医師数を増加させる方針が打ち出され、「基本方針 2008」では、医学部定員を過去最大程度まで増員することとされた。2008（平成 20）年 1 月 7 日には、厚生労働省内に、厚生労働大臣、同副大臣、同政務官と 3 人のアドバイザーを加えた『安心と希望の医療確保ビジョン』具体化に関する検討会が設置され、2008（平成 20）年 9 月には、「OECD の平均医師数がわが国のその約 1.5 倍であることも考慮し、将来的には 50% 程度医師養成数を増加させることを目指すべきである。」との報告書がまとめられたのである。このことがあってから、2008（平成 20）年 11 月、文部科学省は 2009（平成 21）年度の医学部定員を、過去最大規模を上回る 8,486 人にする と発表した。2010（平成 22）年度医学部入学定員については、「経済財政改革の基本方針 2009」（2009（平成 21）年 6 月 23 日閣議決定）を踏まえ、文部科学省は、地域の医師確保等の観点から、2009（平成 21）年 7 月 17 日に「地域枠・研究医枠・歯学部定員振替枠」の枠組みのなかで最大 369 人の増員を認める方針を示した²²。2009（平成 21）年 12 月 7 日には、文部科学省は、2010（平成 22）年度の医学部入学定員を 8,846 人にする ことを公表した²³。文部科学省は、医師不足対策の一環として国立医学部の入学者を増員する方向で医師不足の解消へと向かおうとしている。医学部定員増をしたとしても、医学部卒業生が現場で活躍できるまでには相当の年数を要し、現在の状況が改善に向かうのはすぐには期待できないが、しかし、医師不足という長期的な問題に対して一歩すすみ始めたことは評価できよう。

(4) 医師の安定した収入

① 一般医（GP）給与の国際比較

医師の過重労働という問題は、以前からあったのだが、最近になって話題に上がるようになってきた。しかし、医師が高給取りであるがゆえに過重労働という言い方はいかななものかという意見もある。そこで、日本の医師の給与は、諸外国と比べて高いのか低いのかについてみていくことにする。日本の医師の年間平均給与（きまって支給される 1 ケ月の給与額の 12 倍＋年間賞与その他特別給与額）は、表 V-10 に示す通り、2004（平成 16）年現在では 1,228 万円で

ある。一方、諸外国の一般医の給与は、チェコの523万円からアメリカの1,956万円まで3.7倍の開きがある。日本の給与を1とすると、チェコは0.4、アメリカは1.6となる。労働時間に換算すると、諸外国の医師の時給は3,653円（フィンランド）～7,320円（アメリカ）となる。日本の医師の時給は、週労働時間を40.1時間（平成16年賃金構造基本統計調査）とすると5,882円となるが、70.6時間（医師のタイムスタディを行った「第12回医師の需給に関する検討会」資料）という単位を用いると3,344円となる²⁴。

表V-10 一般医（GP）の給与の国際比較（2004年の購買力平価：\$1=134円で換算）

国名	年	年収万円	給与比率日本=1	週労働時間時間	①時給（円）
日本	2004	③1,228	1.0	④40.0 70.6	5,822 3,344
A. アメリカ	2003	1,956	1.6	51.4	7,320
B. イギリス	2004	1,621	1.3	44.4	7,023
C. オランダ	2004	1,608	1.3	53.4	5,791
D. ドイツ	2004	1,501	1.2	—	—
E. アイスランド	2005	1,461	1.2	—	—
F. オーストリア	2003	1,447	1.2	53.0	5,251
G. ルクセンブルグ	2003	1,447	1.2	②55.0	5,060
H. スイス	2003	1,447	1.2	—	—
I. カナダ	2004	1,420	1.2	51.0	5,356
J. フランス	2004	1,126	0.9	52.8	4,100
K. フィンランド	2004	750	0.6	39.5	3,653
L. チェコ	2004	523	0.4	—	—

（注）①時給は年収を52週および週労働時間で割って算出。②ルクセンブルグの週労働時間は50～60時間なので55時間とした。③日本では一般医・専門医別の給与体系はない。④日本の週労働時間は、平成16年賃金構造基本統計調査では週40.1時間だが、「第12回医師の需給に関する検討会資料」では、週70.6時間とされている。
（出典）江原朗「調査報告 医師給与の国際比較、日医雑誌第139巻・第1号、2010（平成22）年4月の資料」87頁を参照して筆者作成。

②. 専門医の給与の国際比較

専門医の年間平均給与は、表V-11に示す通り、375万円（ハンガリー）から3,886万円（オランダ）まで10.3倍の開きがある。日本の医師給与を1とした場合、諸外国の専門医給与は0.3～3.2となる²⁵。

表V-11 専門医の給与の国際比較(2004年の購買力平価:\$1=134円で換算)

国名	年	年収 万円	給与比率 日本=1	週労働時 間	①時給 (円)
日本	2004	1,228	1.0	40.1 70.6	5,822 3,344
A. アメリカ	2003	3,162	2.6	54.3	11,200
B. イギリス	2004	2,050	1.7	50.2	7,854
C. オランダ	2004	3,886	3.2	①52.5	14,234
D. ドイツ	—	—	—	—	—
E. アイスランド	2005	1,407	1.1	—	—
F. オーストリア	2003	2,372	1.9	53.0	8,606
G. ルクセンブルグ	2003	2,935	2.4	②55.0	10,261
H. スイス	2003	1,648	1.3	—	—
I. カナダ	2004	2,131	1.7	③56.0	7,317
J. フランス	2004	1,930	1.6	50.6	7,334
K. フィンランド	2004	1,018	0.8	43.6	4,492
L. チェコ	2004	415	0.3	—	—
M. ハンガリー	2004	375	0.3	—	—
N. デンマーク	2004	1,246	1.0	—	—

(注) 計算方法は、表V-10と同じである。①オランダの週労働時間は、50～55時間なので52.5時間として計算した。②ルクセンブルグの週労働時間は、は、50～60時間なので55時間として計算した。③カナダの週労働時間は、は54.5～57.6時間なので56時間として計算した。

(出典) 江原朗「調査報告 医師給与の国際比較」(日医雑誌第139巻・第1号、2010(平成22)年4月)87頁を参照して筆者作成。

③. 全労働者給与を1としての一般医・専門医の年間平均給与比率

全労働者の給与を1としたときの一般医、専門医の給与比率については、表V-12に示すとおりである。日本の医師年間平均給与は2.6となる(2004年)。一方、諸外国の一般医、専門医の給与は、それぞれ1.8(フィンランド)～3.5(アイスランド)、1.5(ハンガリー)～7.5(オランダ)となる²⁶。

表V-12 全労働者給与を1としての一般医・専門医の年間平均給与比率
2004年及び近傍年

国名	年	一般医	専門医
日本①	2004	2.6	2.6
A. アメリカ	2003	3.4	5.5
B. イギリス	2004	3.1	3.9
C. オランダ	2004	3.1	7.5
D. ドイツ	2004	3.3	—
E. アイスランド	2005	3.5	3.3
F. オーストリア	2003	3.2	5.2
G. ルクセンブルグ	2003	2.4	4.9
H. スイス	2003	2.6	3.0
I. カナダ	2004	3.2	4.8
J. フランス	2004	2.6	4.4
K. フィンランド	2004	1.8	2.5
L. チェコ	2004	2.4	1.9
M. ハンガリー	2004	—	1.5
N. デンマーク	2004	—	2.5

(注) ①日本の場合、一般医・専門医の区別は、ない。

(出典) 江原朗「調査報告 医師給与の国際比較」(日医雑誌第139巻・第1号2010(平成22)年4月)88頁を参照して筆者作成。

現在、日本の勤務医の過重労働が社会問題化している。しかも、日本の医師給与は、諸外国と比べて決して高いわけではないことが判明した。さらに、全労働者の給与に対する医師給与の比率もさほど高くないということも統計上明らかにされている。確かに、各国の給与体系は同一ではないので、一概には比較できない面もある。医師の給与に関しても、国によっては、雇用されて給与を支給される場合と自営扱いにされる場合がある。支払い形式も出来高払いか定額かなど差がみられる。また、調査対象が常勤医師であったり、全医師であったりと各国の値が十分に揃ってはいない点も単純比較ができない理由となっている。また、ここ数年、諸外国の購買力平価が大きく変化していない一方で、日本においては、2004(平成16)年には\$1=¥134であった購買力平価が、2009(平成21)年には\$1=¥116まで変化(円高)している。つまり、諸外国の医師の給与と比べて、日本の給与が5年間で2割程度上昇したのである。

したがって、日本における相対的な医師の給与は、諸外国と比べて大差ないところまで上昇している可能性も高いと言える²⁷。

④. 医師の分娩手当金の支給状況

日本の場合、医師の分娩手当金というのは、施設ごとに異なっており分娩手当金の支給状況は、表V-13の通りである。

表V-13 施設ごとの分娩手当金の支給状況

	あり	応援医のみ	夜間にあり	休日にあり	なし
大学	0	0	0	0	76
国立系	0	0	2	1	35
都道府県	1	0	0	0	51
市町村	11	16	14	13	133
私立	22	22	15	10	182
その他	27	15	24	20	171
不明	0	0	0	0	2
合計	61	53	55	44	650

(出典) 中井章人「周産期医療の現状と産婦人科勤務医就労状況」

(www.jaog.or.jp/news/2007/12Sep2007_S2.pdf 2010年12月25日検索)

(対象は、全国1281分娩取り扱い病院中有効回答794施設 日本産婦人科医会2006年アンケート調査より編集)。

また、施設機能ごとに異なっており、分娩手当金の支給状況は、表V-14の通りである。

表V-14 施設機能ごとの分娩手当金の支給状況

	あり	応援医のみ	夜間にあり	休日にあり	なし
単科	7	8	5	4	35
他科併設	8	12	7	5	61
総合病院	44	30	40	32	482
その他	1	1	1	1	3
不明	1	2	2	2	36
合計	61	53	55	44	617

(出典) 中井章人「周産期医療の現状と産婦人科勤務医就労状況」

www.jaog.or.jp/news/2007/12Sep2007_S2.pdf (2010年12月25日検索)。

対象は、全国1281分娩取り扱い病院中有効回答794施設 日本産婦人科医会2006年アンケート調査より編集。

医師の分娩手当金というのは、施設ごとに異なり、また、施設機能ごとに異なっている。具体的にいくら分娩手当金が支給されているのかについては、「あり」と答えた医師には平均 8,665 円、夜間分娩に立ち会った医師には平均 10,535 円、休日の分娩に立ち会った医師には平均 10,697 円、分娩の立ち会いに応援した医師には平均 13,250 円が支給されていた。しかし、分娩手当金を支給されている施設よりも分娩手当金を支給していない施設が多いという状況であった。

次に、医療を平等に効率的に受けることができるようにするための医療機関の偏在と集約化について検討する。

3. 医療機関の偏在と集約化

(1). 医師の地域偏在から生じる弊害と対策

医師の地域偏在から生じる弊害の例の一つとして、千葉県銚子市立総合病院の事例がある。2008（平成 20）年 9 月 30 日、銚子市立総合病院は財政難と医師不足から 58 年の歴史に終止符を打った。この病院では、毎年 1 万人が受診していた。しかし、ここ数年で当病院の累積赤字は 18 億 4,000 万円に達していた。これまで医師を派遣してもらっていた日本大学医学部による派遣医師の引き上げによって、すぐに医師不足となり、当然、診療科目も診療時間も削減せざるを得ないような状況に陥り、これに伴って、患者数の減少から経営が悪化していくという悪循環に陥っていたのである。最終的には、経営の悪化を理由として、2008（平成 20）年 8 月 22 日の市議会で銚子市立総合病院の閉院の採決が取られることになり、閉院が決定したのである。この事例から分かるように、市民が最低限必要とされていた地域の総合病院も、地域偏在の結果、経営困難に追い込まれて廃院となることがごく普通に起りうるということがわかる²⁸。しかし、一旦、閉院が決まった後、病院の存続を公約に掲げて当選した岡野俊昭市長が、公約をひるがえし、病院の休止を決めた為、市民からリコールを請求されて住民投票の結果失職する事態となった。リコール成立に伴う銚子市

長選挙の結果、元職の野平匡邦が、岡野らを抑えて当選して、2010（平成22）年5月6日「銚子市立病院」として診療を再開することになった。

また、違った事例としては小児科医師の過労自殺がある。1999（平成11）年8月16日、宗教法人立正佼成会運営の佼成病院に勤める小児科部長代行が過労死と思われる原因で自殺するという事件が起った。この自殺の背景には劣悪な勤務体制があったといわれている。この病院では小児科常勤医師が6人から3人に減少したために、1人の医師当たり、月8回の当直と月80時間の時間外勤務という状況が続いていた。労働基準法では週40時間の労働を定めているが、医療の現場では労働基準法に規定などあってもなきがごとの現実が横行している。この事例は、明らかに過酷な勤務状況だったことが伺える。部長代行は、この過酷な労働のために心身ともに疲れ果て自殺を選んでしまったのである。これに対して部長代行の遺族は病院側を訴え、2010（平成22）年7月8日に最高裁で和解が成立した。これは小児科に従事する医師が少なくなっているという診療科偏在の弊害ともとらえることができるが、小児科の常勤医師が減少した背景には、どうしても需要の大きい都市部への医師の移動・引き上げがあることも原因している²⁹。これも、診療科目・地域格差あるいは偏在からくる悲惨な出来事だと言える。

医師の地域偏在から生じる弊害への対策について、三浦洋平らは、表V-15のように提案している。

表V-15 医師の地域偏在から生じる弊害への対策

①. 大学受験時における地域枠の設定

大学受験時における地域枠の設定とは、地元出身者を対象に推薦などで選抜し、奨学金と引き換えに卒後の一定期間の地域勤務を義務付けている制度である。地元の出身者またはゆかりのある者を入学させることで、卒業後の地元の医療従事に期待できる。しかし、一定期間の義務終了後に都市への転院の希望があればそれを防ぐことはできない。また、実績を見てみると2010（平成22）年度には地域枠で65大学、計1,076人の募集があったうち、16大学で定員割れが起こっている。しかも、宮崎大学では24人募集で10人志願したうち2人のみが合格、長崎大学では3人の受験者

がいたが一人も合格者が出ないというように成果を上げているとは言えない。

②. 遠隔地医療

遠隔地医療とは、NTT東日本のフレッツフォンを利用した遠隔健康相談・指導システムを用いた医療形態のことである。このおかげで、医師は都市や中心部にいながらにして患者を診ることができる。このとき現地では看護師がサポートすることになる。また、手軽に診察ができるため予防医療という面でも効果が期待される。実際に岩手県遠野市や宮城県栗原市など、高齢化が進んでいる上に医師数が少ない地域では導入が進んでいる。

③. 研修カリキュラムの充実

研修カリキュラムの充実とは、特に医師が不足している地域において魅力的な研修カリキュラムを作成することで研修医の呼び込みを図ることである。例えば、三重県では県内の病院に対する臨床研修制度に対する補助金を交付するに当たり、全国初のコンペ方式を導入した。そのコンペで秀逸な提案をした病院は補助金を得ることになるので、三重県内の病院では研修制度が充実したものになった。

(出典) 三浦洋平・石橋俊介・井上朋紀・野田竜平・水野夏央・吉田麻里子「医師偏在の解消」、(ISFJ日本政策学生会議 政策フォーラム 2010 発表論文) 10 頁。

(2). 医師の診療科偏在から生じる弊害と対策

医師の診療科偏在から生じる弊害の例としては、2006（平成 18）年 8 月、奈良県大淀町立大淀病院で分娩中に意識不明となった 32 歳の妊婦に対する受け入れ拒否が連続して起こった事例があげられる。最終的に妊婦は、19ヶ所目の病院でやっと収容されたが、初めに受け入れを要請したのは奈良の病院で、19ヶ所目の病院は大阪の病院であった。その後、母親は、何とか子どもを出産できたものの約 1 週間後に死亡した。死因はやはり意識不明になってから長時間放置されたことであった³⁰。また、2008（平成 20）年 10 月に、東京都内で 7ヶ所の病院に受け入れを断られた 36 歳の妊婦が、いったん拒否した都立墨東病院で脳内出血の手術を受け死亡するという同じような事案が発生した。訴訟リスクの例としては、福島県立大野病院の事例がある。2006（平成 18）年 2 月 28

日、福島県警は、福島県立大野病院で診察中だった産婦人科医師の加藤医師を突然逮捕した。この逮捕は、2004（平成16）年12月17日に加藤医師が執刀した帝王切開の手術において、経産婦が前置胎盤・癒着胎盤による大量出血で死亡したという医療事故に対する過失を認定したものであった。しかし、癒着胎盤の確率は全分娩の0.02%と極めて稀なもので、それを予測することは医学上不可能であり、さらにその出血を予測することはもっと不可能に近い出来事であった。それでも、加藤医師は、大量の出血をきたす患者を目の前に出来る限りの手を尽くし、他の産婦人科医師から言わせても技術的に難しい適切な処置を施していた。また、加藤医師は大野病院で唯一の産婦人科医として年間230件の出産を行ない、10人の入院患者、30人の外来患者を毎日1人で診るという勤務状況を続けていた。しかし、検察は、そんな状況を全く考慮せずに加藤医師を起訴し、2008（平成20）年8月20日に裁判が行なわれた。最終的には、加藤医師には過失はないと認められ、福島地裁で無罪判決を勝ち取ったのであるが、過酷な勤務状況の中で医師としての仕事を全うしたにも関わらず起訴されてしまうというこの出来事は、産婦人科医師たちの士気を削ぐことになってしまった³¹。医師の診療科偏在から生じる弊害への対策については、表V-16のとおりである。

表V-16 医師の診療科偏在から生じる弊害への対策

①. 大学受験時の診療科枠の設定

大学受験時の診療科枠の設定を行っているのは、横浜市立大学である。これは、学生が、奨学金と引き換えに、本人・大学・県が県内の医療現場状況や本人の特性等を考慮して、特定の診療科つまり産（婦人）科・外科・小児科・麻酔科の中で指定専門研修以降勤務する病院を指定する。そして、そこで専門業務3年＋診療業務6年の計9年を過ごすことで奨学金返済免除となる。この制度では県の実情に合わせて医師を配置できるという利点がある。しかし、これも地域枠と同じように一定期間後には診療科を自由に乗り換えることができる。

②. 産科医療補償制度

産科医療補償制度とは脳性麻痺児が出生した場合、医療機関側に過失がないとすれば患者に補償金が支払われる制度である。これにより、患者としては医療ミスに対して長期に渡る裁判の必要性がなくなり、医師としても裁判で時間がとれることがなくなるが、訴訟そのものの制限がされているわけではない。産科では、2009（平成21）年より総額3,000万円が受け取れる制度が開始している。今後も、補償対象者の範囲や補償金額や掛け金など考えるべきことがある。

③. 外国人医師の導入

これは外国から医師を呼び寄せ、医師が不足している診療科での医療を任せることで、単純に医師の絶対数を増やしていることになる。よって、地域偏在にも効果があるものであると言える。しかし、現在は日本の医師免許を持たない外国人医師による日本国内での診療行為は、医療法により原則禁じられている。例外として、「臨床修練制度」や「医師免許互換制度」の下での診療のみ可能とされているが、診療行為による対価が得られない、または外国人の診察しか認めないなどの制限がつく。つまり、この対策は法的に効果を発揮できないものとなっているのである。

（出典）三浦洋平・石橋俊介・井上朋紀・野田竜平・水野夏央・吉田麻里子「医師偏在の解消」、（ISFJ日本政策学生会議 政策フォーラム2010 発表論文）10～11頁。

地域における医師不足、あるいは、特定診療科目の医師不足は深刻であり、そうした地域および診療科では勤務医をやめる医師が続出しており、残された医師の負担はさらに増えて、当然、訴訟対象になるような危険が多い産科や小児科には若い医師も入ってこないという悪循環がずっと続いてきた。このまま進行すれば医療の質が維持できないという危険な状態におかれている。このような、診療科目による医師不足を解決するために、現在、様々な対策が考えられ、いくつかが実行に移されている。その一つに、上記で触れていないものとして「診療報酬改定」による特定診療科目への誘導策が挙げられる。これは、性質上医師が敬遠してしまう地域または診療科に属する医師の診療報酬を高く設定するもので、数年ごとに変更されているが、実際の効果は、微弱なもので

ある。この方法では、部分的解決は見込めても、偏在を根本的に解決することはできていない³²。また、諸外国からの医師招致、女医の待遇改善、医師業務の多様化に伴い医師の業務を一部代行させるコメディカルの活用等解決策は様々にあるが、法的枠組みの不備により効果があげられない対策が多く、政府がやるべき課題はいまだ山積み状態である。次に、医療機関の偏在について述べることにする。

(3)．医療機関の偏在

社会保障としての医療は、どこに住んでいても全国民に等しく保障されるものでなくてはならない。これが、医療保障の原則である。給付上の格差があるとすれば医療について平等な権利が保障されているとはいえない³³。国民皆保険の実現により、社会保険医療体制が確立し、それまで医療を必要としながらも病院に行くことができなかつた人たちが、医院や病院に通院・入院できるようになった。その結果、医療をめぐる需要と供給とのアンバランスがしだいに大きくなり、また、需要の多い都会へ医療機関が集中して過当競争を生じた半面、農村漁村では、無医地区がかえって増大するという格差現象も現れた。「保険あれども医療なし」という本来ありうべからざる状態になった地域もある。この問題は、国民皆保険の達成を急ぐ過程で、医療受給者には社会保険方式を使って公的なコントロールのもと医療サービスが保障されたが、いわゆる医療供給の面に十分な公的準備をしないできたことに直接の原因があるといえる。つきつめていけば、医療保険のもつ公的性格、すなわち国が国民の生存権保障の一環として当然行わなければならない医療提供に対する責務と、日本の医療機関の大多数が伝統的にもつ私的性格、すなわち営業の自由を基盤とする開業医制との矛盾にかかる問題でもあった。国民皆保険の実現の時期から医療提供体制をめぐる議論がかわされたのも自然の勢であった。だが、現実の対応は遅々として進まずいまだに解決されていない問題として残されている³⁴。次に産科医療機関の集約化について記述しておくことにしよう。

(4) 産科医療機関の集約化

2005（平成 17）年、厚生労働省が発表した「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究」では、分娩の集約化・センター化をすすめている。このことは産科医不足を補うためにも必要である。また、「地域医療に関する関係省庁連絡会議」は、2006（平成 18）年 8 月に「新医師確保総合対策」を策定し、医師不足・偏在について必要な対策を示し、特に、産科を中心とした病院の集約化・重点化が打ち出されている。県内の分娩施設数が少なくなることで、病院までにかかる所要時間は長くなるが、集約化することで、医師数・助産師数が増加することになり、分娩の安全性が向上するだけでなく産科医師数が仮にこれまでの 2 人から 5 人となれば当直明けの勤務の軽減もできることになる³⁵。これにより、複数の常勤産婦人科医師を有する病院が増え、出産医療の安全が確保されるものと見られる。一方で、分娩施設の集約化は、地域の診療所や助産所にも影響を与える。集約化されていくということは近隣の医療機関が廃止されていくということであり、緊急の時の遠方への妊婦の搬送に対していろいろな状況が予想される。集約化により、近隣の医療機関が廃止された場合、救急時などに、遠方への医療機関への妊婦の搬送という事態が予想される。医療機関が遠方にあるため、陣痛から出産まで搬送が間に合わず、救急車の中で新生児が生まれるといった「車中分娩」の事例が報告されている。遠く離れた場所での出産は、家族と離れて生活を送ることになり、妊婦やその家族に身体的・精神的不便を強いる危険性がある³⁶。病院の集約化・重点化を行う場合には、安全な出産医療体制を整備するためにも、まず、救急時の搬送体制の整備が求められよう。分娩施設の集約化は、そのメリットは理解できるとしても、解決しなければならないさまざまな問題も残されている。例えば、県境を挟んだ中規模の分娩施設などは、集約化しようとしても、派遣元の系列の大学が違うとの理由で集約化が難航しているという事例も報告されている。公立病院同士であれば、厚生労働省などの介入によって協力体制を築くことが可能な場合が多いだろうが、私立病院では、お互いの利害関係の問題もあり、直ちに協力体制が築けないこともありうる。ただし、私立病院も長い将来のことを考えれば、この周産期医療の危機的状況を避けたままにしておくわけもいかないであろう³⁷。

必要な医師数や診療科の偏在の問題などについて、具体的な検討の結果は、医療の現場、すなわち地域で生かすことができなさければ何もならないのである。わが国の医療体制の基本的な構成単位は二次医療圏であり、市町村単位の一次医療を包含し、都道府県単位の三次医療を視野に入れて、どのような二次医療圏の体制を確立するかの検討が最も肝要である。これは行政と医師会が中心となり、診療所、各種の病院ならびに地域の基幹病院や大学病院等を巻き込んで、連携、協力してこそ可能な作業になるであろう³⁸。ただし、これとは別に、妊婦の利便性を確保しつつ、妊娠・出産の安全を第1に考えて、妊婦健診を身近な診療所でおこない、分娩を高度な周産期医療を提供できる病院で行うという産科オープンシステム・セミオープンシステムも行われている。これは、より短期的には、産婦人科の医師の減少についての対応をしているが、長期的には、地域周産期医療の標準化、産婦人科の減少、地域偏在、診療科偏在の解決の取り組みでもあるし、他の診療科にもいえることである。地域の実態に応じた医療の確保や医療機関の経営基盤の安定化を図ることが、地域住民の生命と健康を守ることにつながる。次に医療保障の方向と課題について検討する。

4. 医療保障の方向と課題

(1). 社会保障としての医療

①. 制度の分立、給付格差、財源格差

社会保障としての医療は、被用者保険と国民保険との間にたしかに財源上の差があり、それが給付の格差となっているという事実は認めなければならないが、医療は、憲法にいう「健康で文化的な」生活維持に不可欠なものであることを思えば、権利の不平等は是認されるものではない。これまで、少しずつではあれ給付格差は縮められてきたし、1982（昭和57）年の老人保健法の制定によって、70歳以上の老人に関するかぎり給付の均一化が実現された。この方向をさらに推し進めて、全国民にわたる医療給付の均一化を実現することが医療保障政策の第1の目標となる。給付格差は、被用者保険のなかでは健康保険組合と全国健康保険協会との間にも生じている。被用者保険と国民保険の間では、

法定給付の水準および法定給付の範囲の両面で格差がある。まず、健康保険組合と全国健康保険協会との給付格差は、法定給付そのものの差ではない。付加給付は保険組合の自主的な運営努力の結果作りだされたものであるから、これを否定したり制限したりするのは妥当ではあるまい。とくに医療費の適正化、健康管理の徹底という面で、健康保険組合が効果を上げている事実を認めなければならない。しかし、大企業を主体とする健康保険組合が、高い賃金水準、低い罹患率、厳格な定年制などによって豊かな保険財政となる条件を備えていることも否定できず、そのような好条件に恵まれない中小企業の全国健康保険協会との格差について、なんらかの標準化が必要であるという考え方も有力となってくる³⁹。医療給付を全国的に均一の水準にすることは、一朝一夕にはできないとしてもあらゆる手段を試みて達成しなければならない目標である。医療保険法上の他の所得保障給付（例えば傷病手当金）についてもその方向が望ましいが、被用者と自営業者とでは傷病による所得喪失の程度に差異があるから、画一的な均一化はかならずしも必須の条件とはいえないであろう⁴⁰。それぞれのニーズに適応した給付を法で保障すればよいのであり、現在のところ、国民健康保険第58条において、条例又は規約の定めるところにより助産費、葬祭費などの給付を行うものとされている。

②. 国民健康保険と医療費の状況

国民健康保険は、国民皆保険の中核として、健康保険、各種共済組合等の被用者保険の被保険者、後期高齢者医療の被保険者、生活保護者以外の者を対象としている。被用者保険がそれぞれの職場を単位に適用されているのに対して、国民健康保険は、各人の住所と世帯を基盤として組織され、自営業、年金生活者、無職者や非正規労働者等が加入している⁴¹。

被用者保険と国民健康保険について、表V-17に示す通り、現在は、被用者保険と国民健康保険との間に給付上の格差がある。国民健康保険の被保険者の平均年齢は、50.0歳で他の被用者保険の被保険者よりも高く、年齢とともに医療機関を受診する割合も高くなっていくことから、1人当たりの医療費も必然的に高くなっていく。また、70歳以上のほとんどが国民健康保険に加入してお

り、被保険者の年齢の構造的なものから60歳未満の若い世代が中心である被用者保険よりも医療費の負担が大きくなっている⁴²。70歳以上の高齢者、一般雇用に従事できない障害者、低所得者はすべて国民健康保険に加入するしかなく、こうした保険料負担能力の弱い者が加入している国民健康保険は、常にその財源確保に苦勞するという宿命をかかえている。負担能力の弱い者に対する医療費は、おのずと公費による負担で補うしかなく、社会保険方式をとっているとはいえ、ここに国民健康保険独特の構造的問題が存在する。

表V-17 医療保険制度の比較

区分	市町村 国保	協会 けんぽ	組合 健保	共済 組合	後期高齢者 医療制度
保険者数 H24年3月	1,717	1	1,443	85 (H23)	47
加入者数 H24年3月	3,520 万人	3,488 万人	2,950 万人	919万人 (H23)	1,473 万人
平均年齢 H23年度	50.0歳	34.1歳	34.1歳	33.4歳 (H22)	81.9歳
医療費、 H23年度	29.9 万円	15.9 万円	14.2 万円	14.4 万円 (H22)	91.8 万円
平均所得 H23年度 1人/世帯	84万円/ 145万円	137万円/ 242万円	198万円/ 374万円	229万円/ 467万円	80万円
平均保険 料H23年度 1人/世帯	8.1万円/ 14.2万円	9.9万円/ 17.5万円	10.0万円/ 118.8万円	11.2万円/ 22.7万円	6.3万円
保険料 負担率	9.7%	7.2%	5.0%	4.9%	7.9%
公費負 担割合	給付費 等の50%	保険給付 費等 16.4%	財政窮迫組合に 対する定額補助	なし	給付費等 50%
公費 負担額	34,392 億円	12,186 億円	15億円	なし	65,347 億円

(出典) 厚生労働省 我が国の医療保険について www.mhlw.go.jp
(2014年8月10日検索)。

長期的に持続可能な安定した医療保険を築くためには、公的医療保険制度の

改革が必要である。特に改革が必要となるのは、表V-18に示す通り、国民健康保険の滞納世帯が年々増加していることである。2013（平成25）年では、全世帯20,583,682世帯のうち滞納世帯は3,721,615世帯であり、全世帯の18.1%にもなる。

表V-18 国民健康保険の滞納世帯数の推移（速報値）

平成	全世帯数 (A)	滞納世帯 数 (B)	割合 B/A %	短期被保 者証交付 世帯数 (C)	割 合 C/A %	被保険者 資格証明 書交付世 帯数(D)	割 合 D/A %
18年	25,302,112	4,805,582	19.0	1,224,849	4.8	351,270	1.4
19年	25,508,246	4,746,032	18.6	1,156,381	4.5	340,285	1.3
20年	21,717,837	4,483,271	20.6	1,241,809	5.7	338,850	1.6
21年	21,446,473	4,419,923	20.6	1,210,437	5.6	310,862	1.4
22年	21,136,752	4,364,282	20.6	1,283,651	6.1	306,584	1.5
23年	20,711,375	4,146,368	20.0	1,254,933	6.1	295,957	1.4
24年	20,637,360	3,890,035	18.8	1,240,659	6.0	291,291	1.4
25年	20,583,682	3,721,615	18.1	1,169,533	5.7	277,039	1.3

(注1) 各年6月1日現在の状況。(注2) 全世帯数は平成19年までは各年3月31日現在(国民健康保険事業年報より)、平成20年は6月1日現在の状況である。(注3) 平成19年以降の滞納世帯数は6月1日現在で国民健康保険の資格を有する世帯とすることを明確化したところであり、18年までとの比較には注意を要する。(注4) 平成23年の数値に福島県の一部(広野町、楡葉町、富岡町、大熊町、双葉町、浪江町及び新地町)は含まれていない。(注5) 平成25年は速報値。

(出典) 厚生労働省保険局国民健康保険課「平成24年度国民健康保険(市町村)の財政状況=速報=、平成26年1月28日」

www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou.../0000035909.pdf(2014年8月10日検索)。

③. 国民健康保険の保険原理と扶養原理

国民健康保険も含めて社会保険という制度は、社会生活における災害・病気・事故などの様々な危険によって生じた損害等に対して経済的もしくは非金銭的な保障を行うものである。多数の人々が保険料の形で拠出して基金を作り、これらの人々の中で実際に危険に遭遇して損害等を被った人に対して、その基金から必要な保険給付を行うものであり、一種の相互扶助的な制度である。しかし、現行の国民健康保険制度は、保険料納付を条件として保険給付を行なうという純粋な形での保険原理のもとに運営されているのではない。むしろ国民

健康保険においては、「保険原理に対する扶養原理の優越」といった現象が起きている。純粹な「保険原理」からいけば、保険料を納めた者に対してのみ保険給付の資格があることになるので、保険料を納めることができなければ保険から排除されてしまうことになる。これに対して、「扶養原理」とは、個人や相互扶助では対応できない問題に対する社会的対応を示した原理である。わが国の国民健康保険では、高齢者、障害者、低所得者など保険料を納めることができない者に対しても、公費で保険給付と同じものが与えられている。これが「扶養原理」である。ただし、こうした負担能力のない低所得者が増加していくなれば、当然に国庫負担が増大し、しだいに「扶養原理」という基本的な考え方にも見直しが叫ばれるようになってきた。現在、社会保障・税一体改革が進められようとしているが、今以上の税財源を投入することは世代間の公平の観点からも難しい状況になっている。この状況において、①扶養原理を本当に必要とする者、②自助努力を十分にしておらず、安易に扶養原理の恩恵を受けている者などが、「扶養原理」の名の下に、同じ内容の給付を受けることは、モラルハザードをもたらす危険性があるという主張も現れ始めた。そこで、公助の役割を必要最小限度にとどめ、それに代わるものとして、国が何らかのインセンティブを付けて「自助を支援する」という政策を考えていく必要がある。その自助への支援なくして、「扶養原理」だけを主張するのでは、社会保障の効率化・拡充化は成し得ないと考える。ただし、「扶養原理」は、社会保障の重要な原理であり、この基本的な方針そのものは、厳しい財政事情の下であったとしても、今後も公費負担、事業主負担の義務が続けられていくであろうことにはかわりはないと考える。

(2) 医療の機会均等問題

国民皆保険が、実現して以来、医療保険で全国民が必要な医療が受けられるようになった一方で、医療の機会均等問題として医療をうけることが困難な人びとが存在するという事態は放置できない。それは、手近なところに医療機関がないために保険証を使えないところでおきる現象である。離島や山間の農村等にその例は少なくない。村で診療所を作っても、医師を確保できず診療がで

きないケースも稀ではない。自治体の首長が医師の確保に努力してもその成果が上がらず、外国人の医師を招いてどうにか診療を維持しているところもある。他方、都市では医療機関が集中して過密状態となり、患者獲得の競争も激しい。人口が少なく効率の悪い僻地より、人口の集中している都会が医師にとっては営業上有利なことは当然であり、民間の医療機関が過疎地より大都市へ移ることは、経済法則上は自然な傾向であろう。しかし、医療保障の観点からいえばそれは憂慮すべき傾向である。全国民に平等に保障されるべき医療が、現実には不平等となり、法的に言えば、僻地に住む住民にとっては医療受給権の行使が不当に阻害される結果になるからである。これは、社会保障としての医療にとって見過ごすことのできない問題といわねばならない⁴³。無医村を無くすため、国民皆保険政策が日程にのぼった頃から、政府は僻地医療対策をすすめてきた。診療所の設置、患者輸送車の配置、巡回診療車の整備に対して、国が助成を行い、それなりの効果を上げた事実を認めなければならない。しかし、実質的な不平等はなお残っており、とくにその土地に定着して診療にあたる医師の確保が十分ではない。これまでの対策は、地域住民を既存の医療機関へ近づける手段に重点がおかれたが、今後は、医療機関を地域住民へ近づける手段を強力に推進していく必要がある。このような手段を試みながら、農村や過疎地域の特質をふまえた医療提供体制の確保が望まれる⁴⁴。しかし、地域で基幹となる医療機関が、収入の減少で閉鎖される事例が多くなってきた。特に非効率的な運営を続けていた公立病院の閉鎖が、地域医療の危機を引き起こし、社会問題化している。例えば、銚子市立病院について言えば千葉県銚子市にある医療機関 銚子市病院事業の設置等に関する条例（平成20年12月4日条例第46号）に基づき銚子市が設置し、指定管理者として医療法人 財団銚子市立病院再生機構が管理を受託する病院として地域医療を支えている。

本来は、教育と医療とは、国民の健康で文化的な生活に欠くことのできない基礎条件である。全国の津々浦々に学校があり教育の機会均等がはかられているように、医療機関も全国的に配置されて医療の機会均等を実現する必要がある。その為には、公的医療機関の合理的な配置が中心となり、それに民間の医療機関が有機的に結びつくような方向が考えられる。医療の機会均等という面

でもう一つの問題は、救急医療体制の整備である。交通事故による負傷の増大、休日、夜間に発生する急病等に対して、現状では必要な医療を提供する準備が十分ではない。救急病院の指定、救急医療センターの配置、当番医制の実実施等がすでに行われているが、さらにこれを拡充する必要がある、また、患者輸送中の医療処置のあり方にも検討の余地がある。特に僻地や農村に病院が少ない現状では、広域にわたる救急医療体制の整備が急務となっている⁴⁵。これらの医療の提供側の体制は、保険診療の大部分が民間の医療機関によって担われている現在、自然に放置して整うものではない。しかし、また、政府が民間医療機関を権力的に統制して整備を行うのは、許されることではない。社会保障としての医療について、機会均等を実現するには、まず、公的医療機関の計画的な整備が基礎となり、民間の医療機関がこれを補完する形で有機的な連携を進める方向をとらなければならないであろう。医療行政上の課題として、行政当局の施策が期待されるところである⁴⁶。

(3) 計画的な医療提供

ここ 20 年の間、政府は、医療に対して大きく関与するようになった。その理由は、何とんでも医療費が年々上昇し、いまや膨大な金額に達していること、その原因のひとつとして、非効率的な医療提供、例えば提供の重複、過剰な病床、提供者の効率に対する無関心などが考えられることである。医療に対する政府の支出増大は、医療費のコントロールに進み、これが診療や医療従事者の行動のコントロールをもたらしているが、医療費上昇の主な要因は、効率の問題だけでなく、提供する医療の拡大によるものであり、これらを求めたのは国民であり費用を支出しているのも政府ではなく国民である。しかし、イギリスのNHS、アメリカのメディケアをみるまでもなく、政府による医療費抑制が成功した例はないといわれている⁴⁷。

①. イギリスのNHS

イギリスの病院には、政府が管轄しているNHS (National Health Service) 病院と、プライベート病院の2種類がある。NHS病院であれば、全ての医療費は国が負担するので患者負担はないことになっている。1948年以前の医療サービスは、贅沢財であった。こうしたなか1948年、NHSが、医療ニーズに対応した公平なアクセスを基本理念として設立された。NHSは、国の公共医療サービス事業であり、NHSができたことで国民は健康状態や支払能力に関係なく、医療サービスにアクセスできるようになった。NHSは、一般税型の財源システムが基本であり、財源の約80%が一般税である。イギリスでは、いまや医療費は、国家財政の中で最重要項目の一つとなっており、国家歳出の16%を占めるに至っている。サッチャー及びメージャー保守党政権は、当時の経済状況から財政難に対応するため、市場型の競争メカニズムを利用した効率化を推進した。それが、NHSの内部市場システムであった。しかし、価格競争のみに焦点が当てられ効率化も不十分だった為、公平性は失われ、医療の質は悪化した。これが政府による医療費抑制策の失敗の例の一つとされている。ブレア労働党政権は、過去の労働党政権の中央集権型とも保守党政権の市場競争型とも決別し、公正と効率を両立させるべく、第三の道としての協力的・組織的アプローチによるNHS運営を推進した。その成果は医療の質の面で見られるが、まだはっきりしていない⁴⁸。

②. アメリカのメディケア

アメリカの医療制度の特徴は、国民皆保険制度でないため多数の無保険者がいたことであった。国民の大半は、雇用先が提供する医療保険に加入するなど、民間保険が中心的な役割を果たし、公的医療保険としては、主に高齢者を対象とするメディケア等があるのみである。1965年、民主党ジョンソン政権のもとで、65歳以上の高齢者医療のメディケアと低所得者医療のメディケイドが導入されており、それ以降、メディケアは公的医療保障の中核をなす制度となっている。その医療費は、政府を通じて税金または保険料の形で徴収された後、政府が、医師や病院といった医療供給者に対して診療報酬などの医療費の支払い

を行うものである。1966年当時は、およそ1,910万人の高齢者に適用されていたが、2009年においては4,630万人に適用されている。そのうち、3,870万人が65歳以上の高齢者で760万人が障害者である。政府が、税金で運営するような医療保険は止めどなく支出が増え、2009年高騰するメディケアによる支払総額は5,023億ドルとなり、この国庫負担が大きな問題になっていた⁴⁹。そこで、2010年3月、オバマ大統領の署名により、医療制度改革法が成立した。医療制度改革法は、無保険者に民間医療保険への加入を義務化して、国民皆保険を実現しようとするものである。また、医療制度改革法には、①高額所得者の一定額以上の所得に0.9%のメディケア税を加算する、②割高となっているメディケア・アドバンテージ・プラン⁵⁰への医療費の支払いを削減する、③病院等への医療費支払いの改定額を抑制する、④効率的な医療提供方法と支払い方法を模索するためのパイロット・プログラムを導入するなどメディケアの財政に影響する重要な改革も含まれている。これらの改革で、メディケアの支出は、2010年から2019年の間に4,280億ドル削減できるとみられている⁵¹。今後、医療制度改革法により、メディケアの医療費削減対策が進められていくことになりうが、イギリスでの失敗例と同じように、医療費削減の結果、医療サービスの質が低下したり、受診できない高齢者がでてきたりすることが起こるのではないかと危惧される。

(4) 医療の公平化

医療は、かつて、衣食住とおなじように生活のために必要な生存財であったが、世界各国に高度経済成長時代がおとずれると健康と福祉を守る人権財であり公共財であるといわれるようになった⁵²。さらに、第1次、第2次オイルショックを経て、国家財政・国民経済が低成長になるにつれて、国が高いレベルで医療を保障することが出来なくなり、できるだけ患者に負担してもらおうということから、個人や企業が納める保険料、病院の窓口で支払う医療費の自己負担金が年々高くなってきた。しかし、国には、できるだけ高い水準で、しかも平等に国民に医療を保障する義務がある。その場合、どこにナショナル・ミニマムの線を引くかが問題とならざるをえない。医療を保障するということは、

「だれでも、いつでも、どこでも」医療が受けられることを意味するが、その医療の内容を「最高」のものにするには、多くの努力が必要となる。しかし、少なくとも経済的理由で医療が受けられず、その結果、生命を失う国民が出てくることは避けなければならない。しかし、だからといって、医療保障のナショナル・ミニマムは、国民の負担の限界を越えて実現はできなくなる。基本的には、国民の社会保険料と租税負担の問題とならざるをえないが、それにも限界があることもまた事実である⁵³。特に、少子高齢社会では保険料や租税負担は現役の壮年層に重くのしかかってくる。そのうえ、健康保険制度の財源を支える労働者層が減少している。医療の進歩とともにますます高齢者の人口が増え、それに伴い医療費が増大している。医療費の増大を抑制し、保険料の適正化を図る必要がある。長期の景気低迷による保険料収入の減少や医療費の高額化・高騰により健康保険組合の中には運営ができずに解散に追い込まれそうな所も少なくない。こうした状況を防ぐためにも保健医療システム・医療保険制度・診療報酬体系の総合的な構造改革が必要である。今後、医療費の自己負担の割合だけを更に増加させたとしても、健康面を含めると良い改善策とはいえない⁵⁴。特別な事情がある人の医療費についても、それをカバーするだけの余裕を見いだせないのだから、そういう人も医療費の一部の負担をお願いしていくことも今後必要ではないかとも考える。医療費の負担は、国民皆が背負うべきであり、公平であるべきであるからである。

今後の医療の問題について、①疾病予防・早期発見・早期治療に努めて、生活習慣病患者の減少・医療費の削減を目指していくこと、②受診機会の公平化、質の公平化を確保することなどを検討しなければならない。患者側は、医師の診断に身を委ねるだけでなく、自分の問題として、健康維持に努め、不幸にして罹患したときも、病気と向き合い、効率的な医療や適正医療という問題にも自ら参加していくような心構えが必要となっていくだろう。

(5) 医療機関の機能分化

医療機関は、人口の高齢化、経済の低成長化、社会の情報システム化などの変化に対応していかなければならない。機能分化は、着実に進行しているが、これを一層加速するためには、なんらかの行政措置が必要になる。それは、自由競争を黙認することによって、医療が特権化し、公平化を満たすことができなくなるおそれがあるからであり、行政の介入はこの範囲に限られることになる。注意を要するのは、診療機能の分化と医療の質の分化が必ずしも同様ではないということである。高度な診療機能はなくとも、質の高い医療を提供することは可能である。また、高度な医療機器で重装備した病院が、医療機能の高い病院だと限定することもできない。診療機能の差が診療機能と同じであるかのように考えてしまいがちなところに問題がある。高機能病院以外の病院は、地域の保健活動や福祉活動を積極的に行い、地域住民と信頼関係を強化することが必要である⁵⁵。

(6) 新医師臨床研修制度の見直し

2009（平成21）年2月18日、日本医師会は、新医師臨床研修制度の見直しの提言などを盛り込んだ「グランドデザイン2009」を公表した。臨床研修に関しては、初期研修期間を現在の2年間から1年間に短縮するほか、初期研修前に専門科を決めることを提案したものであった。改革された1年研修と2年研修の新旧比較は、表V-19に示す通りである。

表V-19 改革された1年研修と2年研修の比較

項目	改革された1年研修	2年研修
医学部教育と初期研修	医学部6年間＋初期研修1年間。医学部5年生、6年生は臨床実習を行う。5年生は大学病院で内科を中心の実習。6年生は大学病院以外の病院でも実習。	医学部6年間＋初期研修2年間。医学部5年生、6年生は事実上、見学実習。
専門科の選択	初期研修前に決定。	初期研修後に決定。

研修内容	侵襲性を伴う診療行為を中心とした部門の基本的診療能力の獲得を目的としたプログラム。各診療科の研修期間は自由設定。	1年目に、内科6ヶ月、外科3ヶ月、救急・麻酔科3ヶ月。2年目に、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療を各1ヶ月。残りは選択科目。
研修体制	大学病院と大学病院以外の研修病院が連携し、地域内でローテーション。	各病院単位。
研修医の配置	都道府県地域医療研修ネットワークが初期研修医の希望を踏まえて研修病院を決定。	臨床研修病院を単位として、マッチングを実施。

(注) 地域医療研修ネットワークは、都道府県単位で設置。都道府県医師会、大学、臨床研修病院、行政、住民代表で構成。

(出典) 社団法人日本医師会「グランドデザイン 2009－国民の幸せを支える医療であるために－」（2009（平成21）年2月）31頁。

また、初期研修医が出身大学のある都道府県の「地域医療研修ネットワーク」に所属し、地域の大学病院や研修病院で基本的な診療能力を身に付ける仕組みも打ち出している。地域医療研修ネットワークは、都道府県単位で設置し、都道府県医師会、大学、臨床研修病院、行政、住民代表で構成される。医師を育成していくためには、医学教育的な見地だけではなく、地域社会の理解と合意も重要であるからである。初期研修医が、医学部教育からの7年間で、出身大学の都道府県に根付いてもらう目的もある。2004（平成16）年度にスタートした新医師臨床研修制度に伴い、専門科を決めない2年間の初期研修が義務化された結果、「約15,000人の実質的な臨床医が減少した。」と指摘する一方、初期研修を1年間に短縮することで供給不足が7,500人に減少すると指摘した。これにより、多くの国民は、医師偏在化・医師不足問題の緩和につながることを期待している。

5. 小括

最重要課題である産婦人科医師の確保などの周産期医療体制の条件整備としては、たらいまわしといった事態を避けるために、周産期医療と救急医療の連携体制の確立や産科合併症以外の疾病をもつ妊産婦の受け入れ先を確保すること、および、医師の確保として、産科を専門にしたいという医師の養成、医療事故が起きたときの補償制度の充実、地域別に開業医の数に医師上限を定めることで中堅医師の流出を防ぐといったような方法が有効な手立てである。ドイツのように、3年ごとに医師の定員数の上限を見直し、需要に沿った柔軟な対応を制度として取り入れることで、成功を収めたような医師定員制を行うことも考えられなくてはならない。このようにすることで、2009（平成21）年の新臨床研修医制度の改定から起る弊害を解決するための2つの効果が期待できよう。1つは、指導できる中堅医師がいないことによる研修医の失望が緩和され、研修先の病院に対する就業率が高まること、もう1つは、今後都市部に若い医師が集中したとしてもそのほとんどが勤務医になるので、いずれ都市部での医師数が飽和状態に近づき、地方への派遣が復活することになるのではないかという期待である。したがって、即効性はないかもしれないが、2009年に研修医数に上限を定めていることを加味すると、この政策が、最も実現可能性が高く、長期的には地域偏在を解消する効果をもつものであるように思われる。開業医定員制度と新臨床研修医制度の改定で、中堅医師の確保と新人医師の確保の2つを実現することができ、長期的には地方に安定的な医師を供給することが実現されるであろう⁵⁶。今後、安定的な医師の配置を目指しつつ、より良い周産期母子医療を提供するために、産婦人科医師を中心として助産師・看護師・コメディカルによるチーム医療を推進して、妊婦健診の一部を近隣の診療所の医師に任せることもしながら、地域全体で周産期医療体制を構築していく必要がある。

¹周産期医療体制整備指針www.jsog.or.jp/news/pdf/20100126_mhlw-2.pdf
（2012年12月12日検索）。

-
- ²森田豊『産科医が消える前に 現役医師が描く危機回避のシナリオ』（朝日新聞出版、2008（平成20）年）74頁。
- ³日本産科婦人科学会産婦人科医療提供体制検討委員会「最終報告書－わが国の産婦人科医の将来像とそれを達成するため具体策の提言－」（2007（平成19）年4月12日）9頁。
- ⁴同上書、13頁。
- ⁵厚生労働省「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会報告書・周産期救急医療における安心と安全の確保に向けて」（2009（平成21）年3月4日）14頁。
- ⁶藤村正哲「総合周産期母子医療センター新生児部門の全国状況」（厚生労働科学研究、アウトカムを指標としベンチマーク手法を用いた質の高いケアを提供する周産期母子センターネットワークの構築に関する研究、2008（平成20）年11月20日）8頁。
- ⁷厚生労働省注(5)、前掲書、14頁。
- ⁸岡嶋道夫「ドイツにおける開業医の需要計画（定員制）について」（2010（平成22）年9月）www.hi-ho.ne.jp/okajimamic/d202.htm（2012年12月22日検索）。
- ⁹三浦洋平・石橋俊介・井上朋紀・野田竜平・水野夏央・吉田麻里子「医師偏在の解消」、（ISFJ日本政策学生会議 政策フォーラム2010（平成22）年発表論文）22頁。
- ¹⁰菅和志・龍岡資隆・平川伸一「海外の医療制度を訪ねて〈第2回～ドイツ・フランス編〉財務総合政策研究所研究部－医療制度研究班－」（ファイナンス、2009（平成21）年11月）36頁（www.mof.go.jp/public_relations/finance/f2111f.pdf（2012年2月19日検索））。
- ¹¹疾病金庫とは、ドイツの公的医療保険制度であり、「社会法典第5編－公的医療保険－」で定められている。2010年現在、約90%の国民が、公的医療保険の保険者である160余の疾病金庫に加入している。疾病金庫の種類には、地区疾病金庫や企業疾病金庫、同業者疾病金庫等があり、被保険者は、加入する疾病金庫を自由に選択することができる。公的医療保険に加入していない者は、民間の医療保険に加入しておかなければならない。ドイツの公的医療保険制度は、頻繁に見直しが行われているが、2009年から施行されている「医療保険競争強化法」で大きな変更が行われている。主な変更の内容は、皆保険制度の導入、従来疾病金庫によって異なっていた保険料率の統一、追加保険料の導入、医療基金の創設である。この医療基金には、各疾病金庫が被保険者から徴収した保険料が納められる。また、医療基金は、連邦からの補助も受ける。医療基金に集約されたこれらの資金は、被保険者の年齢や性別や罹病率を勘案して各疾病金庫に交付される。医療基金から交付される額では足りない疾病金庫は、独自に追加保険料を徴収する仕組みとなっている。
- ¹²菅和志・龍岡資隆・平川伸一注(10)、前掲書、36頁。
- ¹³同上書36頁。
- ¹⁴三浦洋平・石橋俊介・井上朋紀・野田竜平・水野夏央・吉田麻里子注(9)、前掲書、22頁。
- ¹⁵一次医療圏とは、身近な軽度の医療を提供する医療圏のことで、地域保健法5条2項との兼ね合いから市町村単位で決めることになっている。二次医療圏とは、医療法第30条の4第2項第10号で規定されている。特殊な医療を除く一般的な医療サービスを提供する医療圏で、「地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院における入院に係る医療（前条に規定する特殊な医療並びに療養病床及び一般病床以外の病床に係る医療を除く。）を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定すること」（医療法施行規則第30条の29第1項）と規定されている。複数の市町村を一つの単位として認定される。

-
- ¹⁶三浦洋平・石橋俊介・井上朋紀・野田竜平・水野夏央・吉田麻里子注(9)、前掲書、2頁。
- ¹⁷同上書、3頁。
- ¹⁸日本国憲法第25条とは、すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び進に努めなければならない。日本国憲法第25条は、日本国憲法第3章にあり、社会権のひとつである生存権と、国の社会的使命について規定している。
- ¹⁹江口成美「医師確保策－15ヶ国における産科医調査」(2009(平成21)年3月3日)7～8頁。
- ²⁰社団法人日本医師会「医師数増加に関する日本医師会の見解－医学部を新設すべきか－」(2010(平成22)年7月14日)2頁。
- ²¹同上書、5頁。
- ²²同上書、4頁。
- ²³文部科学省「平成22年度医学部入学定員の増員計画について」(2009(平成21)年12月日)(www.mext.go.jp/b_menu/houdou/21/12/attach/1287640.htm(2014年2月5日検索))。
- ²⁴江原朗「調査報告 医師給与の国際比較 日医雑誌第139巻・第1号、2010(平成22)4月の資料」86頁。
- ²⁵同上書、86頁。
- ²⁶同上書、88頁。
- ²⁷同上書、88頁。
- ²⁸三浦洋平・石橋俊介・井上朋紀・野田竜平・水野夏央・吉田麻里子注(9)、前掲書、9頁。
- ²⁹同上書、9頁。
- ³⁰同上書、9頁。
- ³¹同上書、9頁。
- ³²同上書、11頁。
- ³³荒木誠之「社会保障法読本 新版補訂」(有斐閣、2000(平成12)年)48頁。
- ³⁴荒木誠之「医療保険の過去・現在・未来」(健康保険33巻6号、1979(昭和54)年)16頁。
- ³⁵森田豊注(2)、前掲書、175頁。
- ³⁶恩田裕之「産科医療の問題点」(調査と情報第575号、2007(平成19)年)3頁。
- ³⁷森田豊注(2)、前掲書、177から178頁。
- ³⁸日本医師会勤務医委員会「平成20・21年度 勤務医委員会答申 医師の不足、偏在の是正を図るための方策－勤務医の労働環境(過重労働)を改善するために－平成22年3月」の資料、24頁。
- ³⁹荒木誠之注(33)、前掲書、49頁。
- ⁴⁰同上書、50頁。
- ⁴¹三輪勝広「国民健康保険事業の現状と課題について考える～国民皆保険制度を維持するために求められる行動と選択～」2頁。
www.jichiro.gr.jp/jichiken/report/rep_aichi33/.../index.htm(2012年12月25日検索)。
- ⁴²同上書、2頁。
- ⁴³荒木誠之注(33)、前掲書、53～54頁。

-
- ⁴⁴同上書、54 頁。
- ⁴⁵同上書、54 頁。
- ⁴⁶同上書、55 頁。
- ⁴⁷倉田正一「地域医療計画と医療供給体制」『医療保障』（中央法規出版株式会社、1985（昭和 50 年）、18 頁。
- ⁴⁸森 宏一郎「イギリスの医療制度（NHS）改革ーサッチャー政権からブレア政権および現在ー」（日本医師会総合政策研究機構 No. 140、2007年1月31日）1頁。
- ⁴⁹中川秀空「アメリカの高齢者医療制度の現状と課題」（レファレンス、2011（平成 23）年 2 月）6 頁。
- ⁵⁰メディケア・アドバンテージ・プランとは、メディケアと契約を結んだ民間保険会社等が提供する保険のことであり、民間の保険会社が政府からの認可を受けて実施している。アメリカの同じ州内でも、プランの内容や保険料が違うのが普通である。保険会社が、ある地域を対象に出しているメディケア・アドバンテージ・プランを会社側の都合で中止することが時々ある。
- ⁵¹中川秀空注(49)、前掲書、1 頁。
- ⁵²佐分利輝彦「新しい医療供給体制」『医療保障』（中央法規出版株式会社、1985（昭和 50）年）32 頁。
- ⁵³同上書、32 から 33 頁。
- ⁵⁴奥野楓子「日本における公的医療保険制度の未来」（香川大学 経済政策研究 第8号通巻 第8号、2012（平成24）年3月）115から116頁。
www.ec.kagawa-u.ac.jp/~tetsuta/jeps/no8/Okuno.pdf（2013年1月2日検索）。
- ⁵⁵佐分利輝彦注(52)、前掲書、52 頁。
- ⁵⁶三浦洋平・石橋俊介・井上朋紀・野田竜平・水野夏央・吉田麻里子注(9)、前掲書、23 頁。

VI. 産科医療保障に果たす医療計画の意義とその問題点

我が国では、各地で出産を担う医療機関が閉鎖する事態が相次ぎ、産婦人科医師の人数も減少している。出産を担う医療機関が減少したことで、妊婦が、遠隔地の病院・診療所で出産するケースや予約制により分娩数を制限する医療機関が見られるなど、周産期医療を取り巻く状況は深刻である。産婦人科医師が不足している理由については、過酷な勤務、医療訴訟の増加などがあると言われている。産婦人科医師の不足は、絶対数の不足と偏在の二つに分けられ、さらに、偏在は、地域偏在と診療科偏在に分類される。産婦人科医師の偏在は、医療需要に関わらず医師数の絶対的不足と診療科による偏りがあることを指すものである。地域偏在とは、地域間で人口に対する医師数にばらつきがあることであり、診療科偏在とは、診療科間で医師数またはその増加率に大きな乖離があることである。その為、医療機関・関係学会などは、産婦人科・小児科(新生児科)医師・助産師などの激減に歯止めをかけたり、全国的に減少している分娩取扱い施設の適正配置を施行したりするなどの働きかけをしている。今後、安心できる周産期医療体制の整備が急務であり、包括的かつ継続的な医療計画を目指すことが求められている。こうした周産期医療の危機に対して、国や都道府県はこれまで様々な対策を講じてきた。医療計画もそうした対策の一つである。医療計画とは、1985(昭和60)年、医療法改正で創設されたものであり、医療機関の適正な配置、医療資源の効率的な活用、病院の機能分化などを図るため、医療圏の設定や病床数の規制、救急体制の整備などについて各都道府県が策定する計画のことである。ここには、当然にして周産期医療の整備が課題に取り上げられる。さらに、最近の「社会保障と税の一体改革」の中にも医療保障が重要な柱の一つとして盛り込まれている。そこで、このVI章では、社会保障と税の一体改革による医療制度改革を概観したあとで、産科医療保障に果たす医療計画の意義や問題点、医療計画の限界などの諸点について考察することにした。

1. 社会保障と税の一体改革による医療制度改革

(1). 社会保障と税の一体改革

①. 社会保障と税の一体改革の目的

社会保障と税の一体改革は、社会保障の充実・安定化と、そのための安定財源確保と財政健全化の同時達成を目指すものであり、2012（平成24）年8月、これに関連する8法案が成立した。その後、社会保障制度改革推進法に基づき、内閣に、社会保障制度改革国民会議が設置された。2013（平成25）年8月にとりまとめられた報告書等に基づいて改革の全体像や進め方を明らかにする法案が提出され、2013（平成25）年12月に成立した。一体改革の財源となる消費税は、2014（平成26）年4月1日より8%、2015（平成27）年10月1日より10%へ段階的に引き上げを行うことになっていた。しかし、消費税率10%への引き上げを2017（平成29）年4月まで1年半延期することになり、同時に、2017（平成29）年4月の消費税率引き上げは、景気判断条項を付したり、再び延期したりすることをせずに確実に実施することになった。社会保障と税の一体改革を行なわなければならない社会・経済の状況は、表VI-1に示す通りである。いまや、日本は少子高齢化や経済成長の停滞など大きく変化しており、社会保障制度は深刻な問題に直面している。

表VI-1 近年の社会・経済の変化

1. 人口減少とともに急激な高齢化になった「少子高齢化」の問題 ①. 高齢化率1970年7.1%→2010年23.0%である ②. 合計特殊出生率1970年2.13→2010年1.39である
2. 少子高齢化などの影響をうけて「経済成長の停滞」の問題 ①. 実質経済成長率1956-73年9.1%→1991-2010年0.9%である
3. 非正規労働者の増加によって「雇用環境の変化」の問題 ①. 非正規の職員・従業員数1984年604万人→2010年1,756万人
4. 三世同居の減少や高齢独居世帯の増加による「家族のあり方の変容」の問題 ①. 世帯主65歳以上の単身・夫婦のみ世帯数、 1970年96万世帯→2010年1,081万世帯

(出典) 財務省 社会保障と税の一体改革ポイント解説
www.mof.go.jp/public_relations/finance/201205b.pdf
(2014年1月26日検索) を参照して筆者作成。

社会保障と税の一体改革の目的は、表VI-2に示す通り日本の社会・経済情勢の変化に対応しながら、安心して持続可能な社会保障制度の実現を目指すこととしている。そのために、消費税をはじめとする税制抜本改革により、社会保障の充実・安定化と財政健全化を同時に達成させることへの第一歩として実施するものである。

表VI-2 社会保障と税の一体改革の目的

- | |
|--|
| <p>1. 消費税をはじめとする税制の抜本改革で安定財源の確保を図る</p> <ul style="list-style-type: none">①. 社会保障の充実・安定化を図る。待機児童問題、産科・小児科・救急医療や在宅医療の充実、介護問題などへの対応を行う。高齢化により毎年急増する現行の社会保障の安定化をめざすとともに安定した財源確保を図る。②. 財政健全化目標の達成をめざす。諸外国で最悪の財政状況から脱出するために「2015（平成27）年に赤字半減、2020（平成32）年に黒字化」をめざす。日本発のマーケット危機を回避するために消費税率を国・地方あわせて10%へと段階的に引上げを2015（平成27）年10月に予定していたが、2017（平成29）年4月に変更した。 |
|--|

(出典) 財務省 社会保障と税の一体改革ポイント解説
www.mof.go.jp/public_relations/finance/201205b.pdf (2015年8月26日検索) を参照して筆者作成。

社会保障の充実・安定化としては、待機児童問題、産科医療、小児科医療、救急医療、在宅医療、子ども・子育て政策、介護問題などに対応することが必要だとされている。また、高齢化によって毎年急増する現行の社会保障の安定化を図り安定財源を確保することとしている。特に、産科と小児科の医療の整備と充実が目標に掲げられていることに注目したい。また、財政の健全化については、2010（平成22）年6月に閣議決定した財政運営戦略の中で基礎的財政収支（プライマリー・バランス）の目標として、2015（平成27）年度までに赤字

(対GDP比)を半減し、2020(平成32)年度までに黒字化することを掲げている。国際的な信用を得るためには、この目標の実現に向けて取り組んでいくことが必要だと言われている。国は、社会保障と税一体改革大綱を受けて、急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組むことにしている。地域包括ケアシステムについては、できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステム(医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援)の構築にも取り組むことにしている。病院・病床機能の分化・強化については、急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図り推進している。また、病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病棟における長期入院の適正化を推進することにしている。在宅医療については、拠点となる医療機関の趣旨及び役割を明確化するとともに、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に記載すべきことを明確化するなどにより、在宅医療を充実させることにしている。

②. 社会保障と税の一体改革の主な内容

社会保障と税の一体改革の基本的な主な内容としては、表VI-3に示す通りである。この基本的な考え方について述べるならば、第1には、全世代対応型の社会保障制度の実現である。給付を受けるのは高齢世代中心、負担は現役世代中心という現在の制度の見直しをしなければ制度を維持できなくなってしまったのである。給付と負担の両面で世代間・世代内の公平を図ることで、現役世代の受益感覚が得られる納得感のある全世代対応型へと制度を再構築することである。そして、第2には、将来世代への負担の先送りを減らしながら安定した社会保障制度を実現することである。高齢化で毎年増え続ける社会保障のための安定財源を確保し、持続可能性のある社会保障制度を目指すものである。今後、将来世代に対しての負担を軽減するものである。そして、年金国庫負担2分の1などに必要な財源を確保することにより、社会保障に必要な費用の先送りに歯止めをかける必要がある。

表VI-3 社会保障と税の一体改革の主な内容

項目	社会保障と税の一体改革の主な内容	費用
子ども 子育て	1. 子ども・子育て支援の充実 (待機児童を解消などの量的拡充と質の向上) ①. 子ども・子育て支援新制度の実施。幼児教育・保育 と地域の子ども・子育て支援の総合的推進・充実 ②. 待機児童解消加速プランの実施 ③. 新制度への円滑な移行を図る為の保育緊急確保事業 ④. 社会的養護の充実など	0.7 兆円
医療と 介護等	1. 医療・介護サービスの提供体制改革 ①. 病床の機能分化・連携、在宅医療の推進など ②. 地域包括システムの構築 2. 難病、小児慢性特定疾患に係る公平かつ安定的な制度の 確立 3. 医療・介護保険制度の改革など	1.5 兆円
年金	1. 現行制度の改善 ①. 低所得高齢者・障害者などへの福祉的給付 ②. 受給資格期間の短縮 ③. 遺族年金の父子家庭への拡大など	0.6 兆円

(出典) 厚生労働省 社会保障・税一体改革

www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/ (2015年9月21日検索) を参照して筆者作成。

(2). 社会障と税の一体改革が目指す医療・介護機能の再編

2012(平成24)年度の診療報酬・介護報酬の同時改定は、「社会保障と税一体改革」の方針に沿って行われた。そこでは、病床機能分化のスタート年である2025(平成37)年へ向けてということ踏まえて、まず、現状の診療報酬上の病床区分の見直しを進めることになった。社会保障と税の一体改革が目指す2025(平成37)年の病床数は、表VI-4に示す通り、①看護7対1病床を削減すること、②13対1や15対1の出来高病床と亜急性期入院管理料病床や回復期リハビリテーション病棟の整理をすること、③機能の強化と充実を図ることなどを目指すものである。

表VI-4 社会保障と税の一体改革が目指す2025（平成37）年の病床数

2010（平成22）年		2025（平成37）年のイメージ	
7対1	328,518床	高度急性期	18万床
10対1	246,606床	一般急性期	35万床
13対1	3,668床	亜急性期等	26万床
15対1	66,822床	長期療養	28万床
療養病棟	213,462床		

（出典）社会保障・税一体改革で変わる医療連携

www.nissoken.com/jyohoshi/tr/5-6mihon/1.pdf（2014年1月26日検索）を参照して筆者作成。

社会保障と税の一体改革を実現するには、「施設から地域へ、医療から介護へ」をめざす必要がある。医療と介護他との機能強化と徹底した効率化を行いながら、情報を共有して連携を図る必要があり、そのことが、まさに「一体改革」と言える。2025（平成37）年を目指した社会保障と税の一体改革をこれから実際に動かしていくためには、都道府県ごとに一体改革の趣旨に沿った施策や数値目標が設定されなくてはならない。その際を中心となるのは、医療法に基づく医療計画であろう。医療計画とは都道府県が5年に一度作成する医療提供体制の基本計画のことである。この医療計画の見直しが、「医療計画の見直し等に関する検討会」で2010（平成22）年から1年間にわたって進められた。厚生労働省第14回「医療計画の見直し等に関する検討会」資料によると、医療連携体制の状況については、特定の区域ごとだけでなく、主要な事業ごとに医療連携体制に関わる医療機関の所在地と医療機能（医師・看護師の配置、医療機器の保有数、社会保険事務局に届出された施設基準等、公費負担医療の実施、地域連携クリティカルパスの使用状況など）を医療計画上明らかにすると示されている。この方針にそって、今後、一層、地域の医療機関の連携が進むものと思われる。なお、これをもとに、国（厚生労働省）の次期医療計画の作成指針が取りまとめられ、2012（平成24）年3月30日に各都道府県知事あてに通知されている¹。

2. 医療計画の実施責任と医療計画の意義

(1). 医療計画の目的

医療計画の目的は、医療提供の整備目標の設定及び連携体制の確保である。日本の医療機関の経営主体は、民間法人が大きなウエイトを占めている。都道府県は、各医療機関の機能を勝手に割り振ることはできないが、地域医療の将来のビジョンについて、医療関係者や住民が共通の認識を持つことは重要である。医療計画には、重要な課題が3つあると考えられる。1つ目は、都道府県が、医療計画の策定に当たって自らの病院の利益を優先させることなく、公平・中立の立場を堅持することである。2つ目は、医療法上、一般病床には、地域医療支援病院及び特定機能病院が含まれているが、療養病床と精神病床は含まれていないことである²。今後の一般病床の機能分化のあるべき方向として、高度急性期病床や亜急性期病床、回復期リハビリ病床等の概念を設けるにしても、それは、あくまでも病院の機能分化の方向性を示すための説明であり、概念としての役割にすぎないのであり、この区分に従ってそれぞれに画一的・機械的な承認要件を設定することは好ましくないのではないかとと言える。3つ目は、医療機関の統合や再編成や必要な医療機関の整備をする為の手法といえるということである。つまり、医療機関の好ましい体系図を描いたとしても、その推進手段がなくては絵に描いた餅になってしまう。そのための具体的な計画推進施策として医療計画は存在するのである。医療保障のための基盤整備、特に救急医療や産科・小児科の整備は緊急性が高い上に、将来目に見える投資である為、消費税の使途として国民の理解が比較的得られやすいと言える³。

(2). 医療提供体制と二次医療圏との関係

医療圏とは、社会環境の変化に対応した新たな医療体制を構築するものであり、①基準病床数、②二次医療圏・三次医療圏の設定、③地域医療支援病院整備、④病院・診療所・薬局等の機能および連携の推進、⑤僻地医療・救急療の確保、⑥医療従事者の確保、⑦その他医療供給体制の確保についての計画作

成などの7項目が含まれている。医療計画は、都道府県ごとに、「計画の地理的範囲となる医療圏の設定、医療圏ごとの必要病床数の設定、医療圏ごとの医療提供体制の整備の目標」に関して定めることが義務づけられている。医療圏は、医療法第30条4で定められており、都道府県が病床の整備を図る地域的単位のことであり、日常生活圏で医療を確保するため、二次医療機関を単位とし地域医療の効率化・体系化をはかることになっている。一次医療圏・二次医療圏・三次医療圏については、表VI-5に示す通りである。

表VI-5 一次医療圏・二次医療圏・三次医療圏について

一次医療圏	地域保健法で規定されている 身近な医療を提供する医療圏である。一般的に市町村が対応する
二次医療圏	医療法第30条の4第2項第10号で規定されている 特殊な医療を除く一般的な医療サービスを提供する医療圏である
三次医療圏	医療法第30条の4第2項第11号で規定されている 最先端、高度な技術を提供する特殊な医療を行う医療圏である

(出典) 筆者作成。

二次医療圏・三次医療圏という概念は、政策上、単純で有用である。しかし、医療機能の中には、二次医療圏と三次医療圏の中間、すなわち、三次医療圏では少なすぎ、二次医療圏では多すぎるという機能や二次医療圏内では複数必要である機能も存在する。しかも、それらが技術の発展と普及によって求められる圏域がしばしば変化する。この問題についても計画策定時に柔軟な対応が求められる⁴。2012(平成24)年3月、厚生労働省医政局指導課は、「医療計画の見直しに関する都道府県説明会資料(1)二次医療圏・PDCAサイクル」の中で、医療圏について表VI-6の通り示している。

表VI-6 医療圏

三次医療圏 52医療圏(平成22年4月1日現在都道府県ごとに1つ。北海道のみ6医療圏。)	二次医療圏 349医療圏 2011(平成23)年4月1日現在
---	--------------------------------------

<p>医療圏設定の考え方</p> <p>都道府県の区域を単位として設定、ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、複数の区域又は都道府県をまたがる区域を設定することができる。三次医療圏は、特殊な医療を提供する。</p>	<p>医療圏設定の考え方</p> <p>一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定する。その際、地理的条件等の自然的条件、日常生活の需要の充足状況、交通事情、などの社会的条件を考慮する。二次医療圏は、一般の入院医療を提供する。</p>
--	--

(出典) 平成24年3月厚生労働省 医政局指導課「医療計画の見直しに関する都道府県説明会資料(1) 二次医療圏・PDCAサイクル」2頁を参照。

三次医療圏の特殊な医療とは、①臓器移植等の先進的技術を必要とする医療、②高圧酸素療法等特殊な医療機器の使用を必要とする医療、③先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に関する医療、④広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療などである⁵。一つの県でも、地域によって特性があり、しかも、特性と一口に言っても、人口、年齢、疾病をはじめとする生物学的特性、都市と農村、価値観、教育といった社会的特性、文化的特性、さらには、行政的特性・経済的特性などがあり、医療施設の医療面の特性もある。医療圏ごとに医療計画が策定されるが、国は、初発努力とその方向づけを行うものとする。医療資源の量や質、配分や開発、効率と有効性について、目標に向かい長期に渡り展開を続けることになるのであるが、それには、都道府県が自らの力で医療をコントロールしていくことにあり、勿論、そこではセルフケアを中心とする住民全体の医療への参加こそが望まれる⁶。今後、地域医療は、基幹病院とその機能を補完する地域医療機関との連携を軸にしていくことになるが、二次医療圏の現在の枠組みは、実情に合わなくなっている部分もあり、基幹病院を軸にした地域医療連携の動きに合わせて二次医療圏の線引きをし直す必要がある。国に要望する一方で、新たな二次医療圏の決定へと自治体、住民、医療機関が連携して地域の医療体制再構築をしなければならない時期に来ていると思われる。今後、安定した医療提供体制をつくるとともに、体制が阻害される要因を生み出さないようにすることが重要であろう。周産期

医療も、複雑な医療提供体制の中の一部を構成している。周産期医療のみを視野に入れた全国画一的な対応では問題の解決が困難であることを自覚し、医療提供体制全体を捉えた上で、机上の空論に陥らず現状を十分に踏まえた解決方法を、個別の都道府県および医療圏ごとに模索していかなければならない。国は、日本全体を見据えた方向性を都道府県に示す責務があり、それを受けて、都道府県は、医療提供体制の具体化・実現化の責任を果さなくてはならない。もちろん、国は、医療現場に過度の負担がかかることのないよう、厳しい財政状況ではあるが、財源確保に努めつつ、必要な財政支援や診療報酬上の措置等の対策を検討すべきであることはいうまでもないことである。

(3)．医療計画の意義

医療計画の作成については、医療や行政の関係者が医療の現状について共通の認識を持ち、一体となって、課題の解決に向け、協議・検討を行うことが重要である。課題として、第1に、医療圏の設定に関しては、地域住民にとって医療を受けることは、日常の一部であるから、一通りの包括医療の提供は住民の日常生活と一致させることが望ましく、医療圏設定の基礎もこれと同じであるということである。医療圏は、行政単位とは別に設定されなければならない、少なくとも住民の生活行動の空間を中心として地域のさまざまな特性を勘案して設定されるべきものであるから、都道府県がこれを担うべきである。国が、地域ごとの事情を調査・把握しにくい為、国にこの役割を任せるのは難しいと言える。第2に、医療提供に関しては、①セルフケアを含む一次レベル、②専門性のある外来・入院を含む二次レベル、③高度に専門化した医療である三次レベルに分けられている。三次レベルについては、いくつかの医療圏を合わせた圏域で考えるというものである⁷。地域に存在する医療機関の機能を具体的に洗い出した上で、必要な医療機関像を形成していく必要があり、医療計画は、こうしたプロセスの枠組みを提供し、関係者の対話を通じて機能分化を進めて補完・統合していく意義をもつと言える。

(4)．医療計画実施の責任

医療計画において、厚生労働大臣は、医療計画の作成の手法その他医療計画の作成上、重要な技術的事項について都道府県に対し必要な助言をすることができる（医療法第30条の8）。国は、医療計画の達成を推進するため、都道府県に対し、予算の範囲内で、医療計画に基づく事業に要する費用の一部を補助することができる（医療法第30条の9）。国及び地方公共団体は、医療計画の達成を推進するため、病院又は診療所の不足している地域における病院又は診療所の整備その他必要な措置を講ずるように努めるものとする（医療法第30条10の1）。しかし、医療計画通り実施できなかった時に国と都道府県に対して、医療計画の基盤を整備する法的責任があるのかないのかを問うのは厳しい。それが、裁判において現実に問い得るものでなければ、実施責任は抽象的・観念的なことに留まることになる。この点については、計画が達成できない場合に、その計画未達成という事実自体についての都道府県の責任を裁判で問うことは、医療計画の具体的事件発生性という点から考えてみても、困難であると言える。しかし、そのことに対して、計画未達成のため個別の給付が受けられなかった結果、何らかの損害が発生したとしたら、都道府県に損害賠償を求めることで間接的に整備責任を問う余地は、理論的にあり得る。だが、これも実際には、計画の未達成と個別サービスの不受給との因果関係との立証の困難性や国と都道府県の医療計画の具体的な責任を問い得る可能性は現実にはかなり少ないといわなくてはならない。そうだとすると計画策定に基づく国と都道府県に基盤整備責任は、基本的には法的責任ではなく政治的ないし社会的責任をどこまでどのように問い得るのかという問題に帰着するものと考えられる。その場合、国と都道府県は、医療計画の策定については法的責任を持っているのに対して、その実施については観念的・抽象的な責任に留まっている。そして、医療計画実施についての国と都道府県の政治的責任と社会的責任の増減に、法的責任はあまり影響を及ぼさないと言えるであろう⁸。

3. 周産期医療体制整備計画

(1). 周産期医療体制整備

①. 周産期医療体制整備計画

都道府県は、周産期医療協議会の意見を聴いて、周産期医療体制整備計画を策定する。周産期医療体制整備計画は医療法第30条の4第1項に規定する医療計画の一部として定めることができるものである。この場合においては、医療計画に、周産期医療体制に関する基本的な内容を記載した上で、個別具体的な内容は周産期医療体制整備計画に定める旨を記載することとし、当該医療計画を受けた周産期医療体制に関する個別具体的な内容を周産期医療体制整備計画に定める。都道府県は、周産期医療体制整備計画を策定したときは、遅滞なく厚生労働省に提出しなければならない。周産期医療体制整備計画には、現在の医療資源を踏まえた内容とともに、中長期的な観点から、地域の医療需要に見合う十分な医療を提供することを目標とした医療施設や医療従事者に関する整備・確保方針を盛り込むものとする。周産期医療体制整備計画の内容は、表VI-7に掲げる事項を定めるものとされている。

表VI-7 周産期医療体制整備計画の内容

1. 周産期医療体制整備計画の内容

- ①. 総合周産期母子医療センターの設置数及び設置施設並びに各センターの診療機能、病床数（そのうちMFICU、NICU及びGCUの各病床数）及び確保すべき医療従事者
- ②. 地域周産期母子医療センターの設置数及び設置施設並びに各センターの診療機能、病床数（そのうちMFICU、NICU及びGCUの各病床数）、及び、確保すべき医療従事者
- ③. 地域周産期医療関連施設（総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターを除く。）の施設数並びに各施設の診療機能、病床数、及び、確保すべき医療従事者
- ④. 母体及び新生児の搬送及び受入れ（県域を越えた搬送及び受入れを含む。）を円滑に行う為の総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設、救命救急センター等の連携体制
- ⑤. 周産期医療情報センター（周産期救急情報システムを含む。）の機能、

及び、体制

- ⑥. 搬送コーディネーターの機能及び体制
- ⑦. 地域周産期医療関連施設等の周産期医療関係者に対する研修の対象、及び、内容
- ⑧. その他周産期医療体制の整備に関し必要な事項

2. 注意事項

①. N I C Uの整備

低出生体重児の増加等によって、N I C Uの病床数が不足傾向にあることから、都道府県は、出生1万人対25床から30床を目標として、地域の実情に応じたN I C Uの整備を進めるものとする

- ### ②. N I C Uを退院した児童が生活の場で療育・療養できる環境の整備
- N I C Uに長期入院している児童に対し、一人一人の児童にふさわしい療育・療養環境を確保するため、都道府県は、地域の実情に応じ、G C U、重症児に対応できる一般小児科病床、重症心身障害児施設等の整備を図るものとする、また、在宅の重症児の療育・療養を支援するため、訪問看護やレスパイト入院等の支援が効果的に実施される体制の整備を図るものとする

(出典) 周産期医療体制整備指針

www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryu/.../sankou2.pdf (2014年1月26日検索)。

②. 総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの指定・認定及び取り消し

指定及び認定については、都道府県が、周産期医療体制整備計画を踏まえ、医療施設として総合周産期母子医療センターを指定し地域周産期母子医療センターを認定するものである。総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターは、周産期医療体制整備指針の定める機能、診療科目、設備等を満たさなくなった場合は、その旨を速やかに都道府県に報告するようになっている。当該報告を受けた都道府県は、当該医療施設に対して適切な支援及び指導を行うものとする。なお、都道府県による支援及び指導が実施された後も総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターが改善しない場合は、都道府県は、当該医療施設の総合周産期母子医療センターの指定又は地域

周産期母子医療センターの認定を取り消すことができるようになっている。

③. 周産期医療体制整備計画の推進と見直し

都道府県は、表VI-8の通り、適切な条件整備、医療施設間の機能分担及び連携、近隣の都道府県等との連携、関連施策との連携、輸血の確保などに留意しながら、周産期医療体制整備計画を推進するものである。なお、周産期医療体制整備計画については、おおむね5年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があると認める場合には、周産期医療体制整備計画を変更することになっている。

表VI-8 周産期医療体制整備計画の推進

1. 適切な条件整備

都道府県は、周産期医療体制整備計画の推進に当たっては、医療施設の整備、医療従事者の養成、関係団体との連携・協力、財政的な支援等の条件整備に十分留意するものとする

2. 医療施設間の機能分担及び連携

都道府県は、オープンシステム・セミオープンシステム等を活用し、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等との間の緊密な連携を図ることにより、各施設の果たしている機能に応じて適切な医療が提供されるよう配慮するものとする、特に、総合周産期母子医療センターの負担軽減と必要な空床の確保を図るため、総合周産期母子医療センターの受け入れた母体及び新生児の状態が改善した際に、当該母体及び新生児を地域周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等が受け入れる体制の確保を図るものとする

3. 近隣の都道府県等との連携

都道府県は、母体及び新生児の搬送及び受入れの状況を踏まえ、近隣の都道府県等との広域搬送・相互支援体制の構築等、県域を越えた母体及び新生児の搬送及び受入れが円滑に行われるための措置を講ずるものとする、なお、この場合においては、切迫早産の治療が継続するときは母体の戻り搬送が必要となること、新生児は、家族が児に接する機会を増やすため、戻り搬送の必要性が高いことに配慮する必要がある。

4. 関連施策との連携

都道府県は、周産期医療体制整備計画の推進に当たっては、医療従事者の確保、救急医療、母子保健、児童福祉その他周産期医療と密接な関連を有する施策との連携を図るよう配慮するものとする

5. 輸血の確保

都道府県は、周産期医療体制整備計画の推進に当たっては、地域の関係機関との連携を図り、血小板等輸血用血液製剤が緊急時の大量使用の場合も含め安定的に供給されるよう努めなければならない

(出典) 周産期医療体制整備指針

www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/.../sankou2.pdf (2014年1月26日検索)。

④. 医療施設間の機能分担及び連携

医療施設間の機能分担及び連携として、周産期の母体搬送がある。母体・胎児や新生児の生命に関わる事態が発生する可能性というのは、妊娠中に予測できる場合もあり、分娩時や分娩後に判明することもある。ハイリスク妊婦やハイリスク児が妊娠中や分娩時に予測される場合には、一次医療機関は、その施設での能力に応じた管理を行いながらも高次の医療機関での対処が必要と判断された場合、速やかに母体搬送を行う必要がある。胎児の場合には、分娩前からの胎児の状態の評価及び管理を行なうとともに分娩後も継続して集中的な新生児医療を行うことが望ましい。そのためには、①新生児の搬送をすること、②分娩時に医師・助産師・看護師などが立ち会うこと、③母体を搬送することなどがある。母体搬送をする理由は、①最も適切な時期に分娩をさせることで分娩時から児の管理ができること、②輸送中の児の悪化のおそれもないため望ましいことなどである。一方、妊娠中や分娩時には児の異常が予測できずに分娩後に症状が出現するような場合は新生児搬送が必要になる。搬送する行為については、転送義務があることを踏まえておく必要がある。結果回避義務としての転送義務について、最近は、「医師は、自ら医療水準に応じた診療をすることができないときは、医療水準に応じた診療をすることができる医療機関へ患者を転送する、又は、転医のための説明(転医勧告、指示等を含む。)をすべき義務を負い、これが診療契約に基づく医師の債務の内容となる。」とするなど転送義務と転医説明義務を含めて転医義務、転送義務等といている。これによ

り、「患者は、最初に診療を求めた医師、または、医療機関を通じて、その医師の専門分野、所属の医療機関、地域の医療環境等の制約はあるものの、その医師の下で又は転送先の医療機関において、診療当時の医療水準に応じた診療を受けることができることとなり、医療水準に応じた診療を受けることが法システムにより保障されている。」ということになる。この転送義務は、診療契約の性質から求めることができるが、明文の根拠としては、医療法1条の4、健康保険法72条を受けた保険医療機関及び保険医療養担当規則16条をあげることができ、母体搬送の考え方と同じである⁹。母体搬送には、表VI-9の通り、緊急母体搬送と非緊急母体搬送（ハイリスク妊婦紹介）があり、その適応によって、①胎児適応（母体には危険がないが、未熟児や異常児の出生が予測される場合）、②母児適応（母児ともに危険がある場合）、③母体救命（母体に危険がある場合）などに分類される¹⁰。

表VI-9 緊急母体搬送と非緊急母体搬送

適応	緊急母体搬送	非緊急ハイリスク母体搬送
1. 胎児	児の未熟性によるもの、切迫早産、前期破水、胎児仮死、子宮内感染症（絨毛羊膜炎）、臍帯下垂・脱出、その他	多胎妊娠 子宮内発育遅延 胎児奇形および付属物の異常、胎児水腫、血液型不適合妊娠、その他
2. 母体	妊娠高血圧症候群、常位胎盤早期剥離、その他	前置胎盤、糖尿病合併妊娠、その他の母体合併症（心疾患、腎疾患、肝疾患、血液疾患、内分泌疾患、膠原病、感染症などの合併）、その他
3. 母体救命	産科出血（常位胎盤早期剥離、子宮破裂、弛緩出血、前置胎盤など）、羊水塞栓、ショック、播種性血管内凝固症候群、その他	

（出典）井上博隆「周産期の母体搬送」

www.oike-law.gr.jp/wp-content/uploads/oike28-08.pdf（2015年8月8日検索）を参照して筆者作成。

母体搬送義務違反が争点となった裁判として、緊急母体搬送義務が争点となった裁判例は、表VI-10の通りである。

表VI-10 緊急母体搬送義務（胎児適応・母児適応）が争点となった裁判例

1. 裁判例

骨盤位（逆子）のため助産院で外回転術を受けたが性器出血があり、訪れた病院で常位胎盤早期剥離と診断され帝王切開で分娩したところ新生児仮死があったためNICUに新生児搬送されたが脳性麻痺となった事例である。

判決

外回転術は、熟練した医師が行うこと等が条件となる。外回転術は、胎盤早期剥離の危険を伴う処置であり母体・胎児の死亡の原因となり早期発見・早期治療が必要とされる。術後、もし性器出血・腹痛等の症状が生じた場合は、緊急に胎盤早期剥離に対処できる病院で診療を受けるよう指示すべきであり、また、外回転術後に性器出血があった旨の報告を受けた場合には、直ちに、同様の指示をすべきであったとして、助産師の母体搬送説明・指示義務違反を認めた。

2. 裁判例

帝王切開を受け娩出したが胎児は既に死亡していた事例である。

判決

分娩監視装置が装着された時点で、性器出血や腹痛という常位胎盤早期剥離の典型的症状がみられ、超音波検査から前置胎盤の可能性が排除されていた。その後、きわめて深刻な遅発一過性徐脈がみられるなど、常位胎盤早期剥離の発生が極めて濃厚に疑われる状況にあったから、直ちに帝王切開を決断し、緊急に母体搬送するか、自院で帝王切開する義務があった。当時被告病院では、母体搬送体制の充実に努め、夜間休日を問わず複数の母体搬送先を確保していたとして病院の責任を認めた。

（出典）井上博隆「周産期の母体搬送」

www.oike-law.gr.jp/wp-content/uploads/oike28-08.pdf（2015年8月8日検索）を参照して筆者作成。

また、2001（平成13）年以降、2008（平成20）年7月31日迄に公開された裁判

例で非緊急母体搬送義務が争点となった2つの裁判例は、表VI-11の通りである。

表VI-11 非緊急母体搬送義務が争点となった裁判例

1. 裁判例

事故日は、1991（平成3）年9月、非緊急母体搬送義務が争点となった事例である。対称性子宮内発育不全（IUGR）と診断された児が、出産後予め待機していた小児科医師により蘇生術がなされたところ新生児仮死状態であったため、NICUに搬送されたが、精神遅滞等の後遺症を負った事例である。

判決

母体搬送義務違反を認めた。その理由は、下記①から③である。

- ①. IUGR児の分娩前管理においては、胎児の健康状態（well-being）を常時監視する必要がある、そのためにはNST検査のみならず、これを補佐するバックアップテスト（臍帯血管の血流診断、BPS、臍帯血ガス分析など）を実施することが不可欠である。しかし、これらのテストを実施することは被告病院では不可能であり、また、IUGR児の分娩に当たっては緊急時に30分以内に帝王切開術を施行できる体制にあることが必要であるが、被告病院では緊急時に1時間も帝王切開の準備に時間を要する体制であったこと。
- ②. これらのテストや緊急時に30分以内に帝王切開術を施行することは、周産期センターレベルの医療機関においては実施が可能であり、医療水準として確立していたこと。
- ③. 被告病院が所在する神奈川県においては、当時においても緊急時以外にも母体搬送を受け入れる産科緊急システムが確立されていた。被告病院においても同システムの利用が可能であり、かつ、同システムによればバックアップテスト等の実施が可能な被告病院より上位の周産期センターレベルの医療機関に搬送される蓋然性が高く、かつ、その搬送も容易であったこと。但し、本件では、高度医療機関に転送したとしても後遺症が残らなかったことが高度の蓋然性をもって推認することはできないとして因果関係を否定した上、後遺症が軽減された相当程度の可能性が認められるとして慰謝料の請求を認めた。

2. 裁判例

多胎（三つ子）で出生し、その後新生児搬送されたが、精神遅滞等の後遺症を負った事例である。

判決

多胎分娩においては、母体管理又は手術する医師の他、胎児1名ごとに管理する医師が1名ずつ必要であるが、被告医院では多胎分娩や帝王切開に必要な人的準備を行うことは不可能であった。小児科医や多数の助産師、看護師が勤務する人的・物的設備の整った病院で出産すべきことを事前に説明・勧告すべき義務があった。また、出産後も、医師が1名で、小児科医もいなかったの直ちに新生児搬送すべきであったとして医院の母体搬送義務、新生児搬送義務を認めた。

（出典）井上博隆「周産期の母体搬送」

www.oike-law.gr.jp/wp-content/uploads/oike28-08.pdf（2015年8月8日検索）を参照して筆者作成。

裁判例で考えると、表VI-10のように緊急母体搬送義務が認められた裁判例は、従前からあったのであるが、表VI-11のように非緊急母体搬送義務が認められた裁判例は、近年になってからであると言われている。従前は、母体搬送義務や新生児搬送義務が争点となると、とくに大都市部以外においては必ずといってよいほど搬送先の確保の困難さが主張されていたようである。母体搬送義務が認められた裁判例のように、その医療機関の努力や地域で形成された周産期医療システムがあることが前提となっていたと考えられる。しかし周産期医療体制整備が充実されるに従い、母体救命の緊急母体搬送だけでなく、胎児適応・母児適応の緊急母体搬送や非緊急母体搬送が争点となる裁判例が増えるのではないかと考えられる。胎児適応・母児適応の緊急母体搬送で搬送義務を認めた判決は、いずれも、母体搬送の基準に該当する症状の認識を欠いていた事例である。今日、分娩の半数は、一次医療機関である診療所で行われており、一次医療機関の更なる研鑽が必要とされるのではないかと考えられる。また、母体搬送する際の情報提供の様式も用意されており、スムーズに母体搬送が行われることができるようになっている。従って、情報提供に重要な誤りがあった場合は、この点に過失が問われることも起こりうるということになる。

それは、総合周産期母子医療センターが受入病院を指示し、搬送することになっているので、適切な情報提供があったのに指示に誤りがあった場合は、この点の過失が問題となることも起こりうる可能性があるということである。

周産期医療体制の整備では、総合及び地域周産期母子医療センターは産科と新生児診療を担当する小児科を備えることが要件となっている。従って、これらに、脳外科等を備えていない医療施設も指定されている場合もある。京都の場合は、周産期医療システムでは母体の脳出血に対応できる施設の検索はできず、救急救命センターの情報で検索することになっている。今後は、これらにより一元的な対応も検討される必要があると考えられる。何よりも、周産期医療システムが整備されていないことにより不幸な転帰になることのないようにより安全な周産期医療体制の整備が行われることが望まれる¹¹。

(2) 熊本県の周産期医療体制整備計画

周産期医療の基盤整備及び周産期医療情報システム（周産期応需情報）等については、熊本県周産期医療協議会において協議し、周産期医療体制の確立を図ることになっている。第5次熊本県保健医療計画（平成20年度～24年度）の主な施策の方向と内容については、表VI-12の通りであった。

表VI-12 周産期医療の施策の方向と内容

施策	内容
早産予防対策	早産予防のための方策を行政、産科医療機関、歯科医療機関が協働で実施し、早産のリスクと予防に対する啓発を広く県民に普及する。
地域連携	妊婦が安心して安全な分娩に臨めるよう周産期医療ネットワークの充実を図り、迅速な救急対応が必要とされる妊婦に対する産科医療を行う地域産科中核病院と地域の医療機関等の円滑な連携を支援する。
未受診妊婦対策	妊娠・出産に関する情報や啓発を行うと共に、性と生に関する正しい知識の普及のために思春期保健に取り組む。 ハイリスク未受診妊婦に対する関係機関の役割分担等の連携を図

	る。
資質向上	医療従事者の周産期医療の基本的知識・技術に加え、新生児蘇生法等の専門的知識・技術の習得の為の研修を実施する。
集約化と重点化	産婦人科医師等の確保が困難な地域については、緊急時の対応が可能な医療提供を確保する為、必要に応じて産科医療機関の集約化・重点化について検討を行う。

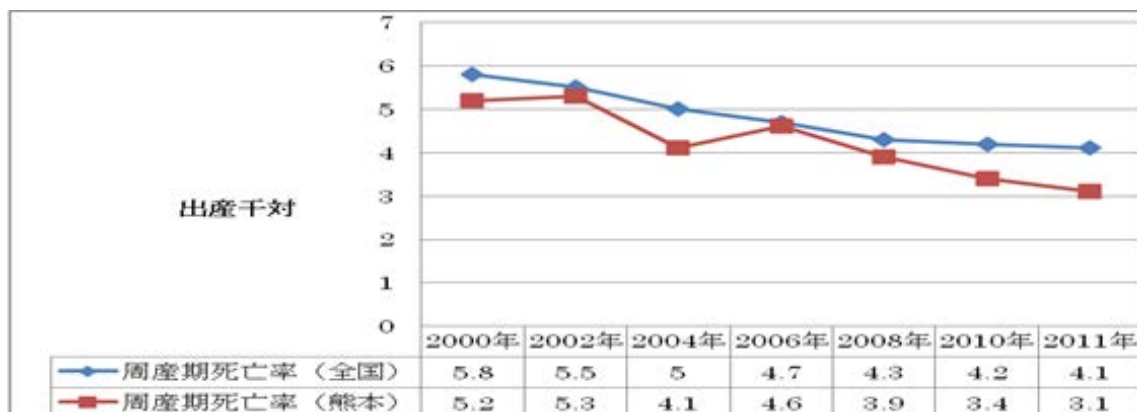
(出典) 熊本県『第5次熊本県保健医療計画(平成20年度～24年度)20健、医政②001、』52頁を参照して筆者作成。

(3) 熊本県の周産期医療体制の評価指標

① 熊本県と全国平均との周産期死亡率・妊産婦死亡率・新生児死亡率の推移の比較

周産期死亡率については、2011(平成23)年の周産期死亡数は4,315人で、妊娠満22週以後の死産数が3,491胎、早期新生児死亡数が824人である。表VI-13に示す通り、全国の周産期死亡率は4.1、熊本県の周産期死亡率は3.1となっており、周産期死亡率は少しずつ減少している。

表VI-13 熊本県と全国平均との周産期死亡率の推移

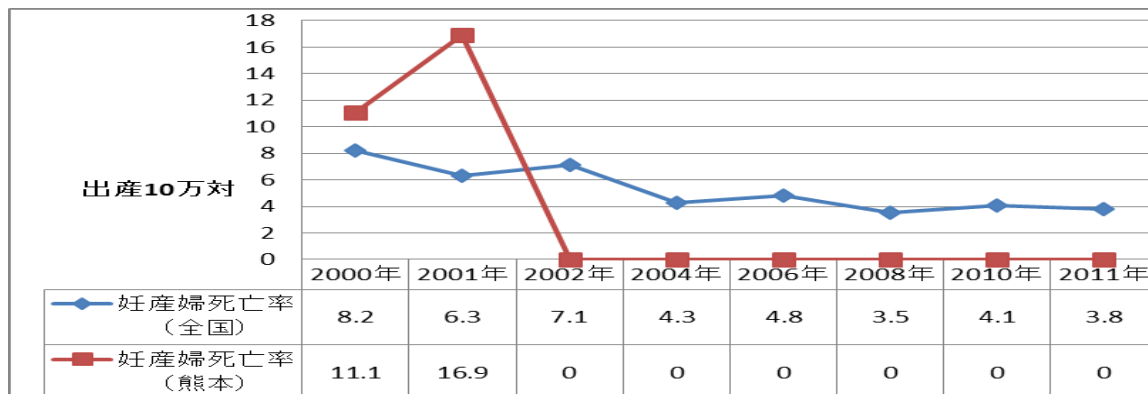


(出典) 熊本県「第2期熊本県周産期医療体制整備計画 平成25年3月」8頁を参照して筆者作成。

妊産婦死亡率については、表VI-14に示す通り、2004(平成16)年以降の妊娠産褥期の母体管理や分娩管理が影響するものであり、熊本県では、2001(平

成13)年に全国平均を大きく上回る16.9をピークに、その後、改善して2006(平成18)年以降、妊産婦死亡事例の発生は無くゼロで推移している。

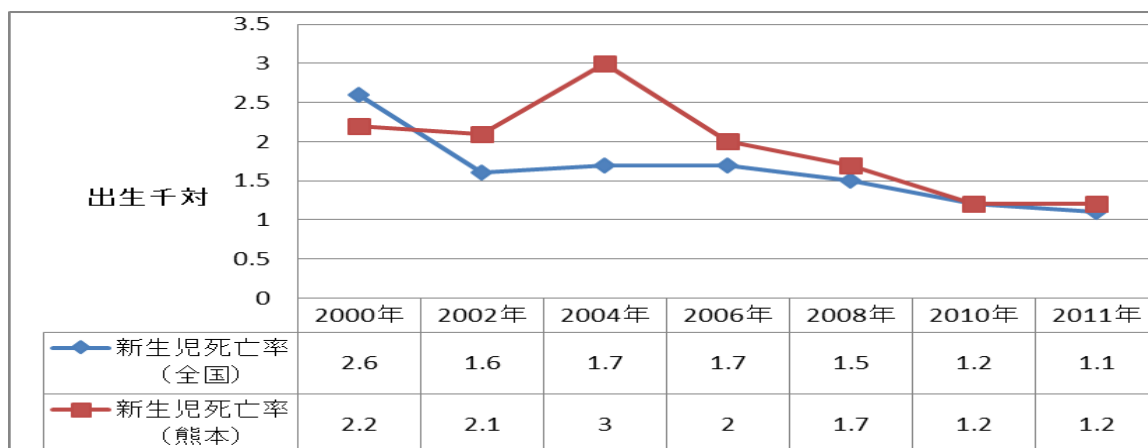
表VI-14 熊本県と全国平均との妊産婦死亡率の推移



(出典) 熊本県「第2期熊本県周産期医療体制整備計画 平成25年3月」9頁を参照して筆者作成。

新生児死亡率については、表VI-15に示す通り、2002(平成14)年、熊本県の新生児死亡率が全国で最も高い値を記録した。県内の周産期医療を担う関係者は、大きな衝撃を受けたが、2002(平成14)年以降、新生児死亡率は徐々に低下する傾向が認められ、2011(平成23)年は、0.8%と全国平均1.1%を下回ることができた。

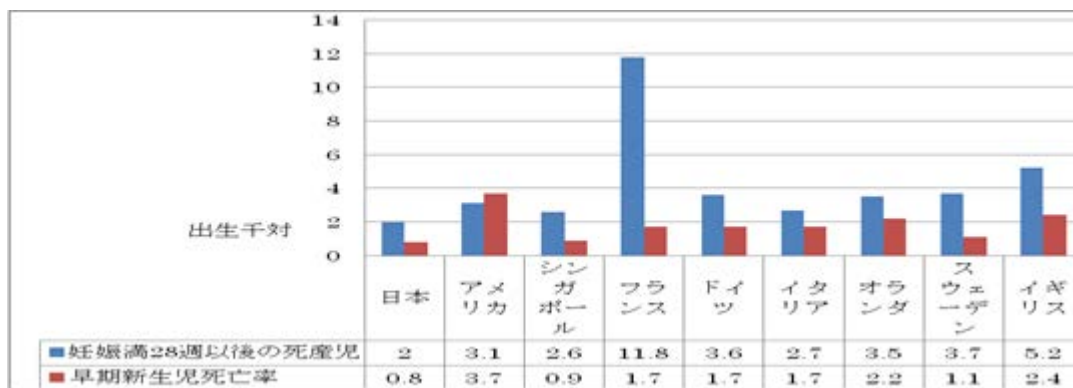
表VI-15 熊本県と全国平均との新生児死亡率の推移



(出典) 熊本県「第2期熊本県周産期医療体制整備計画 平成25年3月10」頁を参照して筆者作成。

周産期死亡とは、妊娠満22週以後の死産に早期新生児死亡を加えたものであり、周産期死亡率は、出産（出生数と妊娠満22週以後の死産数の合計）千対の率である。周産期死亡について、我が国の周産期死亡率を諸外国と比較してみると、表VI-16に示す通り妊娠満28週以後の死産比と早期新生児死亡率は低くなっている¹²。

表VI-16 周産期死亡率を諸外国と比較



(注) 諸外国との比較では、妊娠28週以後の死産数の出生千対の比である。

(出典) 厚生労働省 平成25年我が国の人口動態（平成23年までの動向）29頁、
www.mhlw.go.jp/toukei/list/d1/81-1a2.pdf（2014年1月26日検索）。

②. 熊本県における周産期医療体制の評価指標

熊本県における周産期医療体制の評価指標は、『第5次熊本県保健医療計画（平成20年度～24年度）20健 医政②001』によると、表VI-17の通りであった。

表VI-17 周産期医療体制の評価指標

指標名	現状	目標 (H24年度)	目標設定の考え方
周産期死亡率	全国 4.7%、 熊本 4.7% H18年度	全国平均以下の維持	母体と胎児の健康状態を反映し、出生をめぐる死亡として周産期医療の状況の最適な評価となる指標として設定。
周産期母子医療センター	3 機関 H19年4月	4 機関	総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの設置数。安心

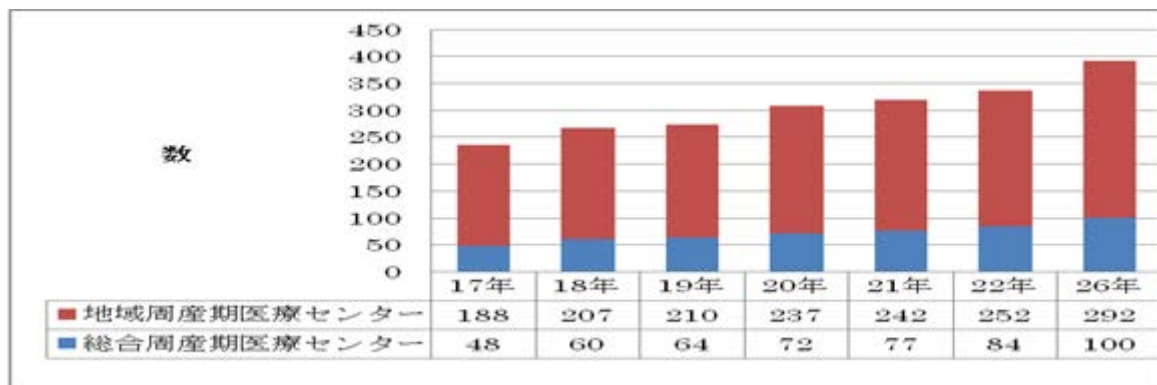
ンター数			して子供を産み育てることができる周産期医療体制の整備の指標として設定。
N I C U 数	33床 H19年11月	38床	身体の機能が未熟なまま産まれた児や先天性の障害等により集中治療を必要とする新生児のための設備整備。安心して子供を産み育てることができる体制整備の指標としても設定。

(注) N I C U数は、診療報酬上の加算対象でない3床を含む。

(出典) 熊本県『第5次熊本県保健医療計画（平成20年度～24年度）20 健医政②001』52頁。

安心して、分娩ができる環境作りのため、わが国の総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センター数は、表VI-18に示す通り増加してきた。

表VI-18 総合周産期母子医療センター数と地域周産期母子医療センター数



(出典) www.mhlw.go.jp/shingi/2009/07/dl/s0708-16f_0004.pdf

周産期医療体制—厚生労働省（2014年1月5日検索）を参照して筆者作成。

そして、センター数の増加とともに総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、高度・先進・特殊医療機関、地域の産科の中核となる病院、産科医療機関、助産所などの各関係機関の役割分担と連携により、周産期医療ネットワークの充実がすすんできている。総合周産期母子医療センターの機能については、可能であれば自施設又は他施設の関係診療科と連携して産科合併症以外の合併症を有する母体に対応している。さらに、新生児集中治療管理室（N I C U）について、2014（平成26）年度までに出生1万人当たり25

～30 床を目標に更なる整備を進めることとしていたのであるが、2012（平成24）8月現在、熊本県の確保すべき最低病床数である54床を上回る57床が確保されている。熊本県だけでなくこの結果からも我が国の周産期医療については、総合周産期母子医療センターや地域周産期母子医療センターの整備等が進んできたことで改善が図られてきたとすることができよう。

③. 熊本県における周産期医療体制の整備

医療法第30条の4第2項第5号ニの規定により、都道府県は、周産期医療の確保に必要な事業を医療計画に定めなくてはならないことになっている。この趣旨や母子保健法第20条の2に規定する国及び地方公共団体における周産期医療施設医療施設の整備に係る責務を受けて、国は、「医療提供体制の確保に関する基本方針」に即した「周産期医療体制整備指針」（平成22年1月26日改訂）を策定している。熊本県は、この「周産期医療体制整備指針」に基づき、「熊本県周産期医療体制整備計画」を策定している。「周産期医療体制整備指針」には、「周産期医療体制は、充実した周産期医療に対する需要の増加に対応するため、地域の実情に応じ、保健医療関係機関・団体の合意に基づきその基本的方向を定め、周産期に係る保健医療の総合的なサービスを提供するものとして整備される必要がある。」と記されている。また、「周産期医療体制整備計画は医療計画の一部とし、医療計画を受けた周産期医療体制に関する個別具体的な内容を定めることができる。」と示されている。これらの指針の趣旨を踏まえ、熊本県において、第2期計画を第6次熊本県保健医療計画の具体的な推進方策や戦略を明記した行動計画として位置づけており、計画の期間は、2013（平成25）年度～2017（平成29）年度の5年間である¹³。

熊本県においては、三次医療を担うものとして周産期母子医療センター（熊本市民病院、熊本大学医学部附属病院、医療法人愛育会福田病院、熊本赤十字病院）がある。また、各周産期の医療圏域においては、比較的安定した母体や新生児の管理や周産期母子医療センターでの治療後に地域での管理・受け入れ等を担う地域周産期中核病院があり、地域において分娩を取り扱う医療施設によって、分娩のリスクや新生児の状態に対応して相互に連携する周産期医療体

制を構築されている。地域周産期中核病院としては、地域産科中核病院7施設と地域新生児中核病院3施設がある。分娩を取り扱う医療施設(病院・診療所)は、2012(平成24)年9月末現在、42施設である。また、致命的な状態を有する新生児の救命率が向上する一方で、重い障がいを残し、高度な医療的ケアを要する児が増える傾向にあることから、重い障がいを持つ児やその家族が在宅で安心して療養生活を送れるよう、医療、福祉サービス等相互に連携した体制の確立を目指している¹⁴。

④. 熊本県の周産期母子医療センターの状況

熊本県の周産期母子医療センターの状況としては、表VI-19に示す通り、熊本県の周産期母子医療センターは、2011(平成23)年3月に熊本大学医学部附属病院を高度・先進・特殊医療を担う総合周産期母子医療センターとして位置づけており、このことによって4センター体制となった。また、周産期母子医療センターにおけるNICUの総病床数としては、熊本県の確保すべき最低病床数である54床を上回る57床が確保されているのであるが、看護師等の人員確保が難しく、これらの全病床を稼働することは困難な状況である。熊本県では、国の医療提供体制推進事業費補助金等を活用して周産期母子医療センターへの運営費に関する補助等によって体制の確保に努めている¹⁵。

表VI-19 熊本県周産期母子医療センターの病床の状況

医療機関名	N I C U	M F I C U	G C U	周産期母子センターの区分
熊本市民病院	18 (18)	6 (6)	24	総合
熊本大学医学部 附属病院	12 (12)	6 (6)	12	総合(高度・先進・ 特殊医療)
医療法人愛育会 福田病院	24 (18)	—	41	地域
熊本赤十字病院	3 (0)	—	—	地域
合計	57 (48)	12 (12)	77	

(注) ①病床()は、総合周産期特定集中治療室管理料及び新生児特定集中治療室管理料1の届出病床を再掲。

(出典) 厚生労働省周産期医療提供体制調査(平成24年8月)

熊本県「第2期熊本県周産期医療体制整備計画 平成25年3月」26頁。

N I C U とは、Neonatal Intensive Care Unit の略で、新生児特定集中治療室のことである、早産児や低出生体重児、または何らかの疾患のある新生児を集中的に治療する病床であり、国が定める周産期医療体制整備指針の設備基準を満たし、診療報酬上の新生児特定集中治療室管理料が算定される病床である。低出生体重児の出生数が増加する現状から、N I C U 病床は満床状態が続く傾向がある。厚生労働省の周産期医療体制整備指針では、N I C U 病床の必要数を出生1万対25～30床を目標とするよう定められている。

M F I C U とは、Maternal Fetal Intensive Care Unit の略で、母体胎児集中治療室又は母体胎児集中治療管理室のことである。重い妊娠高血圧症候群、前置胎盤、合併症妊娠、切迫早産や胎児異常など、ハイリスク出産の危険度が高い母体・胎児に対応するための設備と医療スタッフを備えた集中治療室であり、国が定める周産期医療体制整備指針の設備基準を満たし、診療報酬上の「総合周産期特定集中治療室管理料」が算定される病床である。

G C U とは、Growing Care Unit の略で、継続保育室、回復治療室、発育支援室等と呼ばれる病床のことである。N I C U 病床で治療を受け、状態が安定してきた児が、引き続き入院する病床であり、診療報酬の算定にかかわらずN I C U 病床の後方病床として整備される病床である。N I C U から退出する新生児の医療ケアの充実のためG C U 病床は大変重要な病床となっていることに鑑みて、G C U 病床の維持・整備に努めていくことが求められる。

⑤. 周産期母子医療センターの役割分担と周産期医療のネットワーク

熊本県には、総合周産期母子医療センターが2ヶ所、地域周産期母子医療センターが2ヶ所あり、地域と連携した診療体制を構築しているが、母体や新生児を他県に搬送し受け入れを依頼しているケースもある。これらの周産期母子医療センターの役割は、表VI-20の通りである。

表VI-20 周産期母子医療センターの医療機能別の役割分担

医療機関名	医療機能別の役割分担	
	母体側	新生児側
熊本市民病院	救命救急管理を要する異常妊娠・分娩・合併症妊娠	超低出生体重児、心疾患等の他科合併症を有する児

熊本大学医学部 附属病院	救命・救急管理を要する異常 妊娠・分娩・合併症妊娠、 集学的治療を要する妊産婦	重症新生児仮死、 先天性代謝異常等、 特殊疾患又は他科合併症を 有する児
医療法人愛育会 福田病院と 熊本赤十字病院	救命・救急管理を要しない異 常妊娠・分娩・合併症妊娠	合併症のない早産児、 状態が安定している早産児

(出典) 熊本県「第2期熊本県周産期医療体制整備計画 平成25年3月」27頁。

分娩を取り扱う医療機関数が減少してきている一方、低出生体重児の増加や出産年齢の高齢化などハイリスクの分娩の増加に伴い、妊産婦及び新生児の状態に応じた医療の提供が求められている。そのため、特に、高度な医療を必要とする分娩については、周産期母子医療センターなどの医療機関に集中する傾向にある。また、妊婦健診の受診歴が無く、また、かかりつけ医の無い妊婦というのは、救急搬送時に受入医療機関の選定困難事案となりやすいため、消防機関等において患者の状況に応じた適切な搬送先を選定する必要がある。さらに、周産期母子医療センターのNICU病床を確保するため、長期入院児に対しては、周産期医療施設等と連携して人工呼吸器の管理が必要な児や気管切開等のある児の受入れを確保する必要がある。そして、訪問看護ステーション等福祉サービス事業者及び自治体等と医療、保健及び福祉サービスを調整し、適切に療育・療養できる体制を提供することが求められる。

ハイリスクの妊婦・新生児への対応をしていくためには、周産期医療を担う人材の資質向上に対する研修の充実を図る必要がある。産婦人科医師・助産師が不足している中で、安心して安全な分娩環境を確保するため、状況の変化に応じて搬送体制の整備がより重要となってきている。熊本県では、2009（平成21）年5月から専用の通信機器（PHS）を周産期母子医療センターである熊本市市民病院、熊本大学医学部附属病院、医療法人愛育会福田病院、熊本赤十字病院、及び地域産科中核病院である熊本労災病院を中心にして、各々の産科と小児科に配備し、各医療機関の搬送責任者（産科医、新生児科/小児科医）が常時携帯することで、迅速に搬送受入先を確保する「周産期医療ホットライン事業」を実施している。これを導入してからの3年間の実績としては、表VI-21の通り、

2009（平成21）年では、月平均113.5件、年間1,249件であり、毎年増加していて、2011（平成23）年では、月平均137.6件、年間1,652件であった。

表VI-21 周産期医療ホットライン事業

	2009（平成21）年	2010（平成22）年	2011（平成23）年
利用件数	1,249件	1,832件	1,652件
月平均利用件数	113.5件	152.7件	137.6件

（出典）熊本県「第2期熊本県周産期医療体制整備計画 平成25年3月」279頁。

周産期医療ホットライン事業を導入してからの3年間の利用実績は、月平均135.2件、年間平均約1,577件である。また、年間約600件にのぼる緊急時の搬送の調整に活用されており、搬送先の確保が迅速にできるようになっている。熊本県独自の周産期医療ネットワークは、周産期医療関係者や消防機関から高い評価を得ており、引き続き、この体制の確保に努めていくことになっている。

4. 医療計画の問題点

(1). 医療法の改正

医療法は、1948（昭和23）年に荒廃した医療施設を整備することを目的に、病院と診療所の区分、そして、病院における医療従事者や設備等の基準を定める法律として制定された。その後、1950（昭和25）年に個人病院の法人格取得を容易にする医療法人制度が設けられ、1962（昭和37）年に公的病院の新設や病床数の増加を規制する改正が行われたが、それ以降は大きな改正は行われていなかった。この間、民間医療機関を中心に病院・病床数が増加した。また、医師不足の問題に対しては、一県一医大の設置や医学部入学定員の増加などで、1980年代後半には将来の過剰が懸念される状態にまで増加した。しかし、医療機関や医師数は地域ごとに過不足の差が大きく、その是正が求められるようになった。また、従来の医療施設が感染症等の急性期疾患への対応に重点がおかれてきたのに対して、国民の疾病構造が変化したり、慢性期疾患の長期入院患者が増加したりしたので、そうした状況への対応が必要とされた¹⁶。1983（昭和58）年、医師会が要求していた医師一人でも医

療法人を設立できる「一人法人制」を認めることを狙った1985（昭和60）年改正法案が成立しており、この「第一次医療法改正」で、医療計画の策定に先立っていわゆる駆け込み増床の申請が急増するという状況もみられた。その後は、各都道府県で医療計画が策定されて医療施設の整備が進められた¹⁷。医療法の改正の主な経緯については、表VI-22に示す通りである。

表VI-22 医療法の改正の主な経緯について

改正年	改正の趣旨等	主な改正内容等
昭和23年 医療法 制定	終戦後、医療機関の量的整備が急務とされる中で、医療水準の確保を図るため、病院の施設基準等を整備したものの	①病院の施設基準を創設
昭和60年 第一次 改正	医療施設の量的整備が全国的にほぼ達成されたことに伴い、医療資源の地域偏在の是正と医療施設の連携の推進を目指したものの	①医療計画制度の導入、二次医療圏ごとに必要病床数を設定
平成4年 第二次 改正	人口の高齢化等に対応し、患者の症状に応じた適切な医療を効率的に提供するための医療施設機能の体系化、患者サービスの向上を図るための患者に対する必要な情報提供等を行ったものの	①特定機能病院の制度化 ②療養型病床群の制度化 ③地域医療支援病院制度の創設
平成9年 第三次 改正	要介護者の増大等に対し、介護体制の整備、日常生活圏における医療需要に対する医療提供、患者の立場に立った情報提供体制、医療機関の役割分担の明確化及び連携の促進等を行ったものの	①診療所への療養型病床群の設置②地域医療支援病院制度の創設③医療計画制度の充実。二次医療圏ごとに以下の内容を記載。地域医療支援病院、療養型病床群の整備目標。医療関係施設間の機能分担、業務連携
平成12年 第四次 改正	高齢化の進展等に伴う疾病構造の変化等を踏まえ良質な医療を効率的に提供する体制を確立するため、入院医療を提供する体制の整備等を行ったものの	①療養病床、一般病床の創設②医療計画制度の見直し、基準病床数へ名称を変更
平成18年 第五次 改正	質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築するため、医療に関する情報提供の推進、医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進、地域や診療科によ	①都道府県の医療対策協議会制度化②医療計画制度の見直し、4疾病5事業の具体的な医療連携体制を位置付け

	る医師不足問題への対応等を行ったもの	
平成 26 第六次改 正	医療・介護サービスの需要は今後も増大すると見込まれている	①病院・病床機能の分化と連携の推進

(出典) 厚生労働省 「医療計画の概要について 資料3」
www.mhlw.go.jp/stf/shingi/...att/2r9852000000zc72.pdf
(2013年5月19日検索) を参照して筆者作成。

1948(昭和23)年医療法が制定されてから、第四次改正までをみると医療機関の人員基準や設備基準の規定が中心であったが、第五次医療法改正では、質が高く効率的な医療提供体制の確立に大幅に踏み込んだ内容になっている。これまで、医療安全に関する規定が医療法の政省令にみられたものの、第五次医療法改正ではこれを法律上明記している。まず、医療法第1条の目的規定が改正され、医療を受ける者の利益の保護および良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を目指すことが明記された。これに伴って、医療の安全確保に関する内容が加わり医療安全支援センターの設置、すべての医療機関を対象とする医療安全管理体制の整備義務、医薬品・医療機器の安全管理体制の安全管理体制の整備義務などが定められている。この他にも、医療機関の有する医療機能情報のうち医療安全対策や院内感染対策の実施に関する情報を各都道府県が提供する医療機能情報提供が制度化された。また、都道府県が定める医療計画では、記載事項として医療安全の確保に関する事項が新たに追加されたことにより、各医療機関内における医療安全への取り組みが地域住民にみえやすくわかりやすいかたちになった¹⁸。

(2). 医療計画の意義

医療機関は、自由に立地することができ、提供する医療内容も独自に選択することができる。医療は、医学が進歩し医療技術が進歩するに従って専門分化し、複雑性を増し、しかも対応するマンパワーの不足と莫大な費用から個々の機関でこれら全てを提供することは不可能になってきた。一方、医療需要側も人口構造・疾病構造・生活水準等の変化する中で、健康の価値も変わり、需要量は増大し、かつ、多様化してきた。そこで、これに対応していくためには、

これまでのように医療機関がばらばらに医療を提供していくのではなく、これからは、医療の質を保ちながら、包括性、継続性の認識のもとにお互い連携して計画的な医療提供を行うことと医療提供のシステム化を指向していくほかに途はない¹⁹。諸外国でも、医療に対する政府の関与が強大になってきた。その理由は、何といても非効率的な医療提供に対する反省、例えば、医療提供の重複、過剰な病床数、医療提供者の効率に対する見直しなどが緊急の課題とされたことであり、それに加えて、政府の医療関係支出が膨大となり、これを抑制する必要に迫られていることである。医療提供の偏在もその理由にあげられている。医療に対する政府の支出増大は、医療費のコントロール強化に進み、これが診療や医療従事者の行動のコントロールをもたらしている。しかし、医療費上昇の主因は、効率の問題だけではなく、提供する医療の拡大によるものでもあり、これを求めたのは、国民であり費用を支出しているのも政府ではなく国民であるということも忘れてはならない²⁰。

(3)．医療情報のシステム化

現在、周産期から乳幼児、学童、成人、老人にいたる個人の生涯にわたって各種の検診があり、これに加えて、がんや結核・職場健診までである。しかし、これらの検診の行政上の所管は現在のところばらばらで、縦割行政の中に埋没しており、そのデータは分断され、個人の生涯ファイルとして利用することができていない。今後、システム化して生涯データとして比較できるようにする必要があると言える²¹。地域医療にも医療情報のシステムを導入して情報を共有すれば、診療を効率的・迅速的に行うことができるとともに、医療施設間の連携にも繋がる。

(4)．医療計画の問題点

遠隔地医療・救急医療・産科医療・小児科医療などは、不採算医療といわれる分野である。未だに、医療計画が計画どおり進まないのは、患者が専門診療科の揃っている病院を選ぶことや、医療者の高度な設備志向による2次医療圏の病院が三次医療化してしまっていることも考えられる。一次医療と二次医療と

三次医療の一通りの医療という漠然とした定義しか存在しないことも曖昧さを助長させている。また、自律性と裁量権を有する医師同士の関係、すなわち、各病院・各大学・各専門学会を調整することが難しいと言われている。こうなると、既存の医療機関が多数存在する中での医療計画の策定実施につき、需給双方の利害を調整することが困難となる。例えば複数の自治体病院を統廃合して1つの基幹病院を建設しようとしても、どこに立地させるかについて住民の合意を得ることは難しい状況である。医療計画の目的の一つに、医療費の抑制やベッド数を抑制することで医療費の抑制を図ろうとする目的がある。しかし、各都道府県の作成した医療計画には具体的な計画目標を含めた方法が明示されておらず、知事の責任などすべてにおいて明確にされることなく、最終的には民間医療機関も開設や増床以外の規制は全く受けることなく現在まできているというのが実情である。その結果、高価な高度医療機器などの購入が地域内で重複して行われている。非効率性が、赤字の要因ならばそれを解決すべきではないか。費用構造の異なる地域では、異なるサービス価格をつけるべきであり、社会保険診療報酬、薬価基準も地域における費用構造の差異を反映した規則にかえていくべきである。不採算医療といわれている分野については、効率的なサービスを行うことが前提であるが、これも、サービスを提供することにより採算がとれるように社会保険診療報酬、薬価基準を改定していくべきである²²。医師数抑制政策、医療費抑制政策、新医師臨床研修制度などのさまざまな医療政策がなされたことで、その結果、現実には、医師不足、診療科の偏在、地域の偏在という状況になってしまっている。また、2004（平成16）年、福島県立大野病院産科医逮捕事件のように医師が通常の医療行為における過失で逮捕され、刑事訴追されるならば、そのような危険のある産婦人科職を選ばないのは当然である。不確定要素の多い医療の現場で、厳密に過失の有無を追及されるならば、リスクの低い診療科を選択する方向に傾くのは必然である。医療へのアクセス、医療の質をより高く求めながら医療費を抑制した結果、現在は、特に勤務医の長時間労働、残業手当も出ないような過酷な勤務のうえに医療が成り立っている。この自己犠牲を強いる日本の医療体制に若手医師が気づき、経済合理性によって移動し始めたため、地域での偏在、診療科での偏在が生じた

のである。医療費抑制策を継続する限り、この偏在は今後とも進行すると考えられる。医療の3要素である医療へのアクセスの良さ、医療の質の向上、医療費の抑制についてのすべてを同時に満足させることはできないのではないかとと言える²³

5. 小括

今後の周産期医療体制を整備するには、限られた病院の病床数で分娩をみていくための受け皿としての診療所・一般病院の整備が必要になる。無駄のない効率的な周産期医療を実現する為、医療計画を作成して医療施設及びマンパワーの適正水準を確保する必要がある²⁴。医療計画によって医療提供の適正化が進むほど、これまでの個人病院に象徴される「家業」をベースとする一般病院の理解では済まなくなる。一般病床が公的に統制されることにより、「公共性」が高まるわけであり、医療と経営の分離等の近代化が促進されるといえる。これからは、一般病院の売却、買い取りなどにも営利企業が関与する可能性も大きくなると考えられ、それとともに、各都道府県の医療審議会における権限と責任の強化と明確化を進めていく必要がある。そのために、病床過剰、病床不足を含めた地域における医療提供の情報開示と新規参入などに関するガイドラインの提示などが重要であり、資金の投入を含めた医療計画という公的規制の下における適正な競争を担保する条件の整備がもとめられている²⁵。今日、医療計画による病床の抑制、適正化が進められていくであろうし、同時に、医療提供の量と共に質に関する保障と向上も問われている。医療計画の見直しや情報提供体制の整備など近年の施策により、自由開業制を基調とした医療提供体制システムは大きく変化しようとしている。

政府の最近の社会保障制度改革案では、医療提供体制の今後のあり方として、病院・病床の機能分化を促進し、急性期医療を中心に人員配置を強化するとともに、地域間・診療科間の偏在の是正や在宅医療の推進を図るといった方針が繰り返し示されており、それならば、なおさらそれが実現可能となるような施策の展開が必要であろう。医療供給の機能分化は、現在の一般病床のみによる

必要病床数の算定を変更することに当然つながるものであり、この点については、医療提供の適正化の観点からさらなる検討が重要と言える。また、医療サービスの提供には、医療従事者の存在が不可欠であり、我が国は、医師や看護師など医療従事者の資格を定めると共に、病院や診療所などの医療提供施設に関する人員配置基準や施設基準を定めることによって一定水準の医療の確保が図られてきた。さらに医療保障の観点からは、医療へのアクセスや医療機関の適正配置、良質な医療の確保などが要請されることになるが、これらは医療機関や医療従事者に対する規則のみでは実現が困難である²⁶。このため、今後も都道府県が策定する医療計画や診療報酬による医療機関の誘導、補助金の交付などの手段を用いて医療提供体制の整備が行うことが求められる。国民も、要求するばかりでなく、健康も医療も自ら支え、守るものであるという意識をもつ必要がある。我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長、国民生活や意識の変化等医療を取り巻く様々な環境が変化してきており、国民皆保険を堅持し続けていくためには、国民の生活の質の維持及び向上を確保していかなければならない。今後、医療に要する費用が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する医療計画の策定とその確実な実現が求められている。

¹社会保障・税一体改革で変わる医療連携

www.nissoken.com/jyohoshi/tr/5-6mihon/1.pdf (2014年1月26日検索)。

²地域医療支援病院とは、1996（平成8年）4月に始まった制度である。当初地域医療支援病院に承認された多くは医師会立病院であった。医師会立病院はその多くが、外来を持たず、診療所からの検査（主にCTやMRIなど）を請け負う地方に建てられた病院である。そういった点から地域医療支援病院として承認されやすい環境であった。近年、診療報酬の削減が進む中、200床以上の急性期民間病院が、地域医療支援病院になることによって得る医療収入の増加を見込んで地域医療支援病院を目指した。地域医療支援病院の政策の実施により、紹介状を持たない初診患者に対する特定療養費の徴収による外来抑制・外来部門を付属クリニックとして分離し外来を抑制・高度検査機器の導入による検査紹介患者の拡大・救急車による搬送患者受け入れ体制ができる民間病院が地域医療支援病院の承認を受ける。特定機能病院とは、高度の医療を提供・評価・開発・研修することができること、内科・外科など主要な診療科が10以上あること、病床（ベッド）数

が 400 以上あること、集中治療室などの高度な医療機器・施設があること、医師・看護師・薬剤師らが特定数以上いることなどの条件を全て満たし、厚生労働大臣の承認を得た病院である。

- ³島崎謙治『日本の医療 制度と政策』（財団法人東京大学出版会、2011（平成 23）年）375～377 頁。
- ⁴長谷川敏彦「地域医療計画の効果と課題」387 頁。
www.ipss.go.jp/.../..%5C..%5Cdata%5Cpdf%5C00330406.pdf（2013 年 4 月 14 日検索）。
- ⁵厚生労働省 医政局指導課「医療計画の見直しに関する都道府県説明会 資料（1）二次医療圏・PDCA サイクル」平成 24 年 3 月、2 頁。
- ⁶倉田正一「地域医療計画と医療供給体制」『医療保障 明日の医療⑧』（中央法規出版株式会社、1985（昭和 60）年）21 から 22 頁。
- ⁷同上書、20 から 21 頁。
- ⁸新田秀樹『社会保障改革の視座』信山社出版会社、2000（平成 12）年、258～259 頁。
- ⁹井上博隆「周産期の母体搬送」
www.oike-law.gr.jp/wp-content/uploads/oike28-08.pdf（2014 年 8 月 8 日検索）。
- ¹⁰同上書。
- ¹¹同上書。
- ¹²厚生労働省 平成 25 年我が国の人口動態（平成 23 年までの動向）29 頁、
www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/81-1a2.pdf（2014 年 1 月 26 日検索）。
- ¹³熊本県「第 2 期熊本県周産期医療体制整備計画 平成 25 年 3 月」3 頁。
- ¹⁴同上書、24 頁。
- ¹⁵同上書、26 頁。
- ¹⁶国立社会保障・人口問題研究所「日本社会保障資料Ⅳ医療法の改正」
www.ipss.go.jp/publication/j/shiryuu/no.13/data/.../05.html（2013 年 5 月 19 日検索）。
- ¹⁷同上書。
- ¹⁸原田啓次郎「医療安全対策の展開と課題－医療サービスの質と安全性の向上に向けて－」
『虐待・暴力に対する法制度/医療制度改革 社会保障法第 26 号』（法律文化社 2011（平成 23）年）171 頁。
- ¹⁹倉田正一注(6)、前掲書、16 頁。
- ²⁰同上書、17 頁。
- ²¹同上書、28 頁。
- ²²貝塚啓明『医療制度改革の研究－持続可能な制度の構造計画に向けて－』（中央経済社 2010（成 21））262 から 263 頁。
- ²³日本医師会勤務医委員会「平成20・21年度勤務医委員会答申医師の不足、偏在の是正を図るための方策－勤務医の労働環境（過重労働）を改善するために－」平成22年3月、19頁。
- ²⁴倉田正一注(6)、前掲書、24 から 25 頁。
- ²⁵高木安雄「医療計画による医療供給体制の変化と問題点－医療過剰医療健の変容と一般病院の新規参入に関する研究－」398 頁。
www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/sh310410.pdf（2013 年 8 月 30 日検索）。
- ²⁶日本社会保障学会編『新・講座社会保障法第 1 巻これからの医療と年金』（法律分化社、2012（平成 24）年）172 頁。

Ⅶ. おわりに

これまで、わが国の周産期医療体制の危機的状況を打開するために、産科医療補償制度、医療計画、産科医確保のための方策、山間地における産科医療の確保といったさまざまな問題について検討してきた。特に本論文では、産科医療補償を、出産時の医療事故による被害者の生活保障という観点からだけでなく、産科医の確保・定着といった医療提供体制の整備の面からとらえ直そうという試みを行ってきた。また、それだけでは問題は解決しないので、そもそも医療事故がおきないようにするための危機的管理制度の充実、あるいは、医療計画も含めて医療提供体制を整備するためのさまざまな政策や、厚生労働省による試みについても取り上げてきた。

2015（平成 27）年 11 月 19 日に厚生労働省から、2014（平成 26）年の医療施設調査の結果が発表された。それによると、産婦人科や産科を掲げている全国の病院は、2014（平成 26）年 10 月時点で 1,361 施設（前年比 14 施設減）であり、それは、現在の形で統計を取り始めた 1972（昭和 47）年以降、過少最少であることが報告されている。また、小児科も前年より 24 施設少ない 2,656 施設で、21 年連続して減少している。減少の原因としては、少子化による出生数の減少や、夜間・休日対応が多いなど厳しい勤務環境による産婦人科医の不足が背景にあり、さらに地域の産科の集約化、重点化が進んでいることも影響しているとみられる（2015（平成 27）年 11 月 20 付け熊本日日新聞）。産科医師の不足は一層深刻化しており、産科医療保障体制の整備はいまや放置できない最重要課題となっている。

緊急を要する課題である「周産期医療保障の確立とそのための条件整備」について、上記の産科医療補償制度、事故防止、医療計画、産科医師確保のための諸政策の課題を指摘していくことで本論を終えたいと思う。

産科医療補償制度については、2009（平成 21）年 1 月 1 日以降に出生した重度脳性麻痺児から適用され、一部見直されたものが 2015（平成 27）年 1 月から実施されている。産科医師の補償責任を軽減し、産科医師の確保を図るという点で一定の意義が認められるが、それでも幾つかの課題は残されている。対象者については、重度脳性麻痺児が対象となっているが、産科医療という危険を

ともなった行為のなかで他の疾病で障害をもつ児もあろうし、先天性の障害やその他の原因の障害の児に対する補償はどうするかということである。また、財源については、民間保険会社が運営していることで、営利優先の制度になることへの懸念や出産育児一時金の引き上げにより公的健康保険から賄われていると言え、今後もそれを財源としていくのかということである。さらには、このことが、産婦人科医師不足や訴訟の解決になるのか、無過失補償制度であれば、全診療科にも必要ではないか、幅広く補償する場合はその分の保険料は当然高くなり誰が負担すべきなかとといったように課題は山積している。

医療計画については、産科医療も含めて医療圏ごとに策定されるが二次医療圏の枠組が、実情に合わなくなっている部分もあり、基幹病院を軸にした地域医療連携の動きに合う二次医療圏に修正して、医療機関の統合や再編成や必要な医療機関の整備をする必要がある。医療は、保健・福祉・地域包括ケアシステムも補完するものだから、基幹病院と地域医療機関との再編やネットワーク化を軸にするためには、医療圏の線引きそのものが、医療供給体制の整備に対して、阻害する要因としてではなく、推し進める要因になるようにすることが重要であろう。周産期医療も含めて、現在の医療制度には、安全性、経済性、利便性が要求されているが、この3つは、形式的にみた場合には、相反する価値であり、これらの対立する価値をどのように調和させるのかについては、医療計画に課せられた課題でもある。病院の役割分担を明確にして、お互いに連携し合うことで経済性や利便性が確保できる。特に産科医療については、救急医療体制の整備も特に必要とされよう。熊本県においては、ドクターヘリと防災消防ヘリの救急搬送体制が行われ、これによって、地域のネットワークとセーフティネットが形成されている。

医師不足については、養成数の増加が行われて、厚生労働省が公表した2014（平成26）年病院報告によると、人口10万人当たり勤務医数は165.3人、前年比3.0人増である（2015（平成27）年11月20付け熊本日日新聞）。しかし、今もなお、産科医確保のための方策や山間地における産科医療の確保は解決を見ていない。

次に、医療事故防止との関連での課題であるが、産科医療は、緊急帝王切開30分ルールという言葉もあるように、母体と胎児の監視を十分に行ない、即座

に処置をしなければならない場合も多くある。しかも、医師は、外来患者と入院患者の診療、手術、当直、拘束時間、急な呼び出し、病院内の勉強会、学会、専門医や認定医になるための試験なども併せて行っている。多忙が続けば、注意力が途切れてしまい、記憶ミス、確認ミス、判断ミスが起こりやすく医療事故を誘発する危険性が高い。このことから、医師の労働環境を改善することがぜひとも必要である。なお、医師の地域偏在や診療科偏在については、国民皆保険がある以上、医療が受けられない地域があるという状況は避けなければならない、国が、医師の調整配置を主導する必要がある。これについて、職業選択の自由（憲法 22 条）との関係で疑義があるという議論をしていますが、いつまでたっても解決の糸口が見いだせない。

周産期医療保障体制の整備は、次世代育成のための重要な政策課題である。産科医師の確保のための産科医療補償制度の一層の拡充・充実、国による産科医師養成のための具体的な方策、産科医療の地域的偏在を解消するためのネットワークの確立、その基礎となる医療計画の内容、医療事故調査制度の開始を始めとする産科医療事故防止のための細部にわたるマニュアルの作成など、「安心して産み育てられる」周産期医療体制を確立していくことは、多方面にわたって国の強力なリーダーシップなしには実現できない。周産期医療保障体制の整備に向けて、国のリーダーシップが問われるところである。