

わが国の周産期医療体制のありかた —産科医療補償制度の現状と課題—

紫牟田 佳子

- I はじめに
- II 周産期医療体制の変遷
 - 1 周産期死亡
 - 2 周産期医療体制の変遷
- III 周産期医療体制の現状とその問題
 - 1 総合周産期母子センターの設置
 - 2 出生数
 - 3 周産期医療体制の危機といわれる状況
- IV 産科医療補償制度
 - 1 産科医療補償制度の背景
 - 2 産科医療補償制度の内容
 - 3 産科医療補償制度の課題
- V 諸外国における周産期医療制度・無過失補償制度との比較
 - 1 諸外国における周産期医療
 - 2 諸外国の無過失補償制度
 - 3 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
- VI 周産期医療体制と産科医療補償制度の課題
 - 1 医療の質
 - 2 周産期医療に必要なリスクマネジメント体制
 - 3 周産期医療のありかた
- VII おわりに

I はじめに

わが国では、国民皆保険体制によって、医療へのアクセスが保障され、この結果、世界最高水準の保健医療が実現できている。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、①福島県の「福島県立大野病院産婦人科医師逮捕事件」、②奈良県の「大淀町立大淀病院問題」、③横浜市の「堀病院事件」など、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。こうした産科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り、その結果、病院で出産できない妊婦も現れ始めた。現在では、「出産難民」という言葉も登場するようになっている。

2004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、帝王切開中の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。2006年8月奈良県の「大淀町立大淀病院問題」とは、患者の容態が急変したので、搬送先を探したのだが、受け入れ先に手間取り、ようやく受け入れてもらった大阪府内の転送先の病院で男児を出産後、脳内出血のため亡くなった事件である。これと同じことが、2008年10月東京都立墨東病院でもおきている。この背景には、医師不足や周産期救急システムの不備があった。こうしたケースは全国各地でも起こりえることである。2006年8月24日に起きた横浜市の「堀病院事件」とは、本来、内診の資格のない看護師・准看護師に内診をさせていたものである。この背景の底流にあるのは助産師不足ではあるが、開業の産婦人科医師は、このようなことを通常に行っていると聞いている。さらに、2007年9月奈良県橿原市では、救急車搬送の妊婦が、かかりつけ医がいなかったことと母子手帳を所持していなかったために、各病院が受け入れを拒否し、結果的に死産に至った事件が発生した。いわゆる「たらいまわし」という問題である。

産婦人科医師が、出産の現場から次々に離れることが明らかになってきており、産婦人科医師不足の改善や周産期医療体制の確保はいま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て安心して出産できる環境整備の一つとして、産科医療補償制度が創設され、2009年1月1日の出生から実施されている。これは、脳性麻痺児に対する経済補償制度である。

そこで、本論文では、我が国における周産期医療体制の意義と問題点を整理したうえで、諸外国の制度と比較しながら、今後の産科医療補償制度としてはどのようなものが望ましいのかを考察し、周産期医療体制の確立に向けた一助としたいと考える。

II 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になっている¹。わが国の周産期医療は、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、この章では、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＋生後 1 週未満の早期新生児死亡」をあわせたものである²。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³。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。

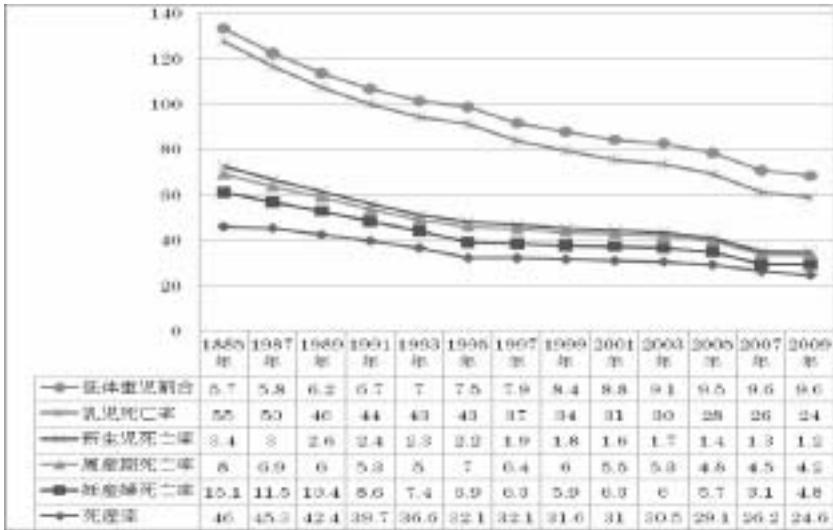
1885 年から 2009 年の低体重児割合・乳児死亡率・新生児死亡率・周産期死亡率・妊産婦死亡率・死産数の年時推移については、表 II-1 に示す通り減少している。周産期医療体制の進歩は、新生児に対する人口呼吸器管理、輸液管理、サーファクタント治療などにより、育成限界とされる妊娠 22 週という未熟児までも生命を救うことができるようになってきたからである。

¹ 松田義雄「疫学からみた早産のリスクファクター」（周産期医学 Vol. 38No. 2, 2008（平成 20 年）135 頁。

² 名取道也「我が国の周産期医療の推移－産科関連の母子保健統計からみて－」（周産期医学 Vol. 38No. 1, 2008（平成 20 年）21 頁。

³ 森恵美『系統看護学講座専門 24 母性看護学 1』（医学書院、2004（平成 16 年）56 頁。

表Ⅱ-1 1885年から2009年の低体重児割合・乳児死亡率・新生児死亡率・周産期死亡率・妊産婦死亡率・死産数の年時推移



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 winet.nwec.jp/toukei/save/xls/L100220.xls - キャッシュ (2011年1月4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Ⅱ-2のようになる。

表Ⅱ-2 周産期医療体制の変遷の区分

第1期の周産期医療体制—1954 (昭和29)年から1963 (昭和38)年
①自宅分娩から産科施設での分娩
②未熟児は養育医療施設に入院
第2期の周産期医療体制—1964 (昭和39)年から1973 (昭和48)年
①ハイリスク妊娠・新生児のケア
②異常児の早期発見・早期治療
③胎児心拍監視装置の普及
第3期の周産期医療体制—1974 (昭和49)年から1983 (昭和58)年
①新生児集中治療の確立
②機械的人口換気療法の導入

<ul style="list-style-type: none"> ③呼吸心拍モニターの普及 ④新生児搬送の導入 ⑤分娩立会い <p>第4期の周産期医療体制—1984（昭和59）年から1993（平成5）年</p> <ul style="list-style-type: none"> ①周産期医療センター化 ②サーファクタント治療 ③母体搬送の普及 ④胎児管理の改善 <p>第5期の周産期医療体制—1994（平成6）年から2003（平成15）年</p> <ul style="list-style-type: none"> ①周産期医療システムの整備 ②総合・地域周産期母子医療センターの整備 ③不妊症治療成績の向上 ④フォローアップ体制の整備（異常児・正常児） <p>第6期の周産期医療体制—2004（平成16）年から現在に至る</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。

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

Ⅲ 周産期医療体制の現状とその問題

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、①癒着胎盤があり出血多量であるとか、②破水時に臍帯脱出と胎児仮死にな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。この章では、日本の周産期医療体制の現状と問題を分析する。

1 総合周産期母子センターの設置

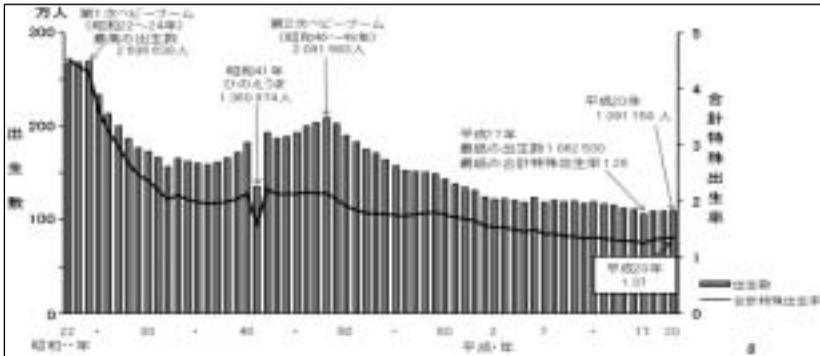
周産期母子センターは、妊娠期の異常、分娩期の異常、胎児・新生児の異常に対し適切に対処するために産科医と小児科医が協力し、24時間体制で患者を受け入れるためにつくられた施設である。設備や規模によって総合周産期母児医療センター、地域周産期母子医療センターに分かれ、前者は、妊婦の集中治療にあたる母体胎児集中治療管理室を6床以上、新生児の集中治療にあたる新生児特定集中治療室を9床以上備えていることが条件であり、医療計画でいえば都道府県単位に相当する3次医療圏をカバーしている。後者は、新生児特定集中治療室（Neonatal Intensive Care Unit）を有し、比較的高度な周産期を提供できる医療機関と定義されている。厚生労働省（当時、厚生省）は、1996

(平成 8) 年、各都道府県に1ヶ所以上の総合周産期母子医療センターの設置を求める通知を発令した。これは、出生数が低下するなか、低体重児 (2,500g未滿) が増加する傾向があることからとられた措置であった。2010 (平成 22) 年 4 月 5 日に山形県の県立中央病院と 8 月 4 日に佐賀県の国立病院機構佐賀病院とに設置されたことにより、ようやく 85 ヶ所で整備されるようになった。

2 出生数

出生数は、表Ⅲ-1 に示すように 1975 (昭和 50) 年以降、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ゆるやかな減少傾向であり少子高齢化が促進している。

表Ⅲ-1 出生数及び合計特殊出生率の年次推移



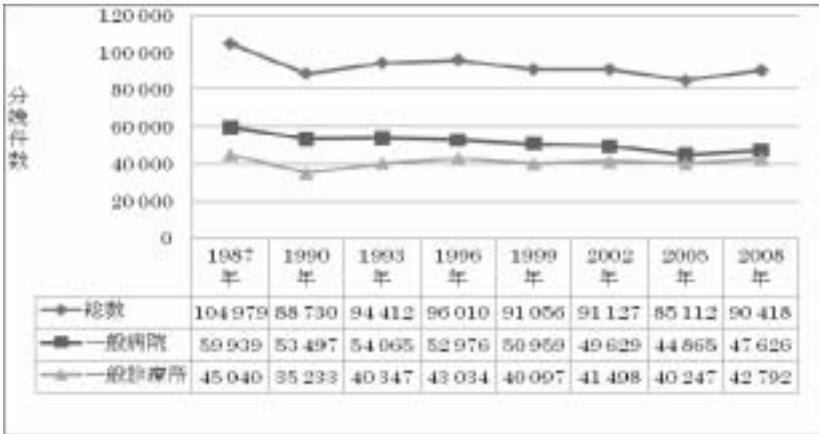
出典：厚生労働省平成 20 年人口動態統計月報年計 (概数) の概況・厚生労働省大臣官房統計情報部の資料 (2010 年 12 月 18 日検索)

3 周産期医療体制の危機といわれる状況

(1) 分娩件数の一般病院と診療所の割合の年次推移

平成20年9月中の分娩 (正常分娩を含む) 件数をみると、一般病院47,926件、一般診療所42,792件、その合計90,418件である。分娩件数は、1987年から減少しており、それに伴い分娩件数の一般病院と診療所の割合の年次推移については、表Ⅲ-2に示すとおり減少している。

表Ⅲ-2 分娩件数の一般病院と診療所の割合の年次推移（各年9月中）



資料：医療施設調査

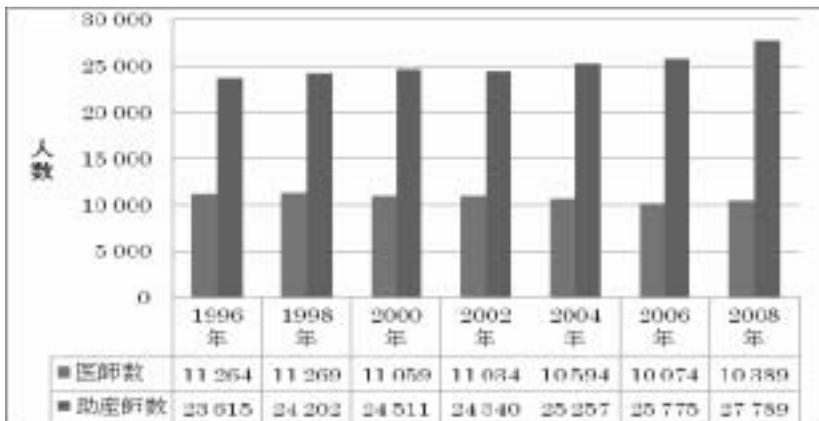
注：各年10月1日現在施設での9月中の分娩件数である。産科娩出術において、帝王切開であれば、双胎であっても1件と計上されている。

出典：厚生労働省平成21年地域保健医療基礎統計を参照して筆者作成

(2) 産科・婦人科医師数・助産師数の年次推移

産科・婦人科医師数・助産師数の年次推移については、表Ⅲ-3で示すとおり産科・婦人科医師数は、減少傾向である。一方、助産師数は、増加傾向である。

表Ⅲ-3 医師数・助産師数の年次推移

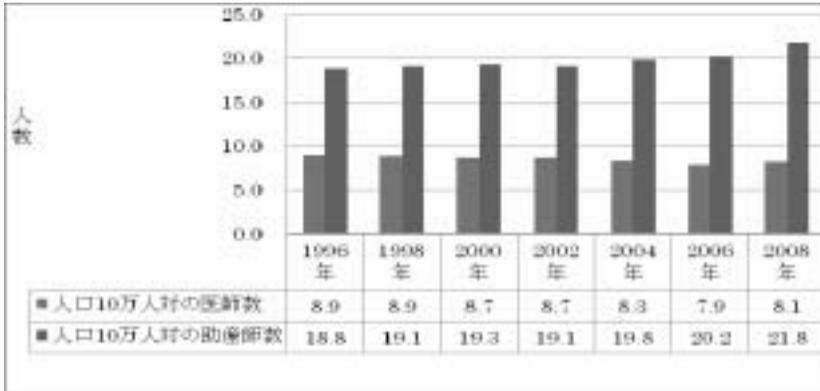


出典：厚生労働省平成21年地域保健医療基礎統計を参照して筆者作成

(3) 人口10万人対の産科・婦人科医師数・助産師数の年次推移

人口10万人対の産科・婦人科医師数・助産師数の年次推移については、表Ⅲ-4で示すとおり産科・婦人科医師数は、減少傾向である。一方、助産師数は、増加傾向である。

表Ⅲ-4 人口10万人対の医師数・助産師数の年次推移



出典：厚生労働省平成21年地域保健医療基礎統計を参照して筆者作成

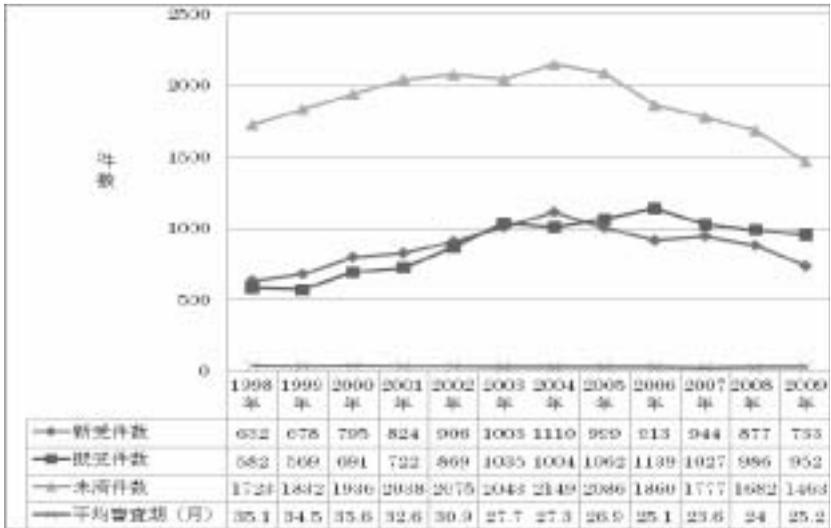
産科・婦人科医師数については、日本では、減少傾向であるだけでなく、アメリカ・ミシガン州に於いても、産科医と家庭医の20%と、助産師の11.9%は、次の5年間で出産を提供することをやめる計画をしているという研究報告がある⁴。

(4) 医療裁判

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-5に示すとおりである。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。

⁴ Xiao 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.

表Ⅲ-5 医事関係訴訟事件の受理件数及び平均審理期間



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、2003（平成16）年までの各数値は、各庁からの報告に基づくものであり概数である。

出典：最高裁判所医事関係訴訟の処理状況及び平均審理期間

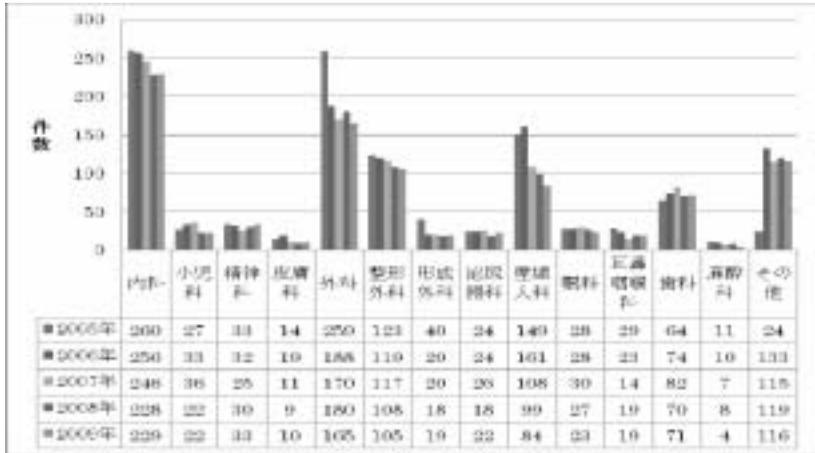
www.courts.go.jp/saikosai/about/iinkai/izikankei/index.html（2011年1月11日検索）を参照して筆者作成

(5) 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-6に示すとおり、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⁵。

⁵ 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。

表III-6 医事関係訴訟事件（地裁）の診療科目別既済件数



注：複数の診療科目に該当する場合は、そのうちの主要な一科目に計上している。本表の数値は、各診療科における医療事故の起こりやすさを表すものではない。

出典：最高裁判所医事関係訴訟の処理状況及び平均審理期間

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

アメリカ・ミシガン州に於いても、産婦人科医師の37.5%、家庭医師の51.2%は、産科医療処置をするかどうか決定の際に、医療過誤訴訟のリスクという観点が大きな影響を与えているという研究報告がある⁶。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。

(6) 産婦人科医師を取りまく過酷な状況

医療事故が起きた場合、患者・家族と医療側の考え方には隔たりがある。医療従事者は、医療には限界があるだけではなく、危険(侵襲的)であり、適切な医療が施されても、結果として患者に傷害を招く恐れがあり、稀には死を招くこともあり、医療事故は予測できないこともあるし、それは医療に内在する危険であると認識している。その一方で、患者や家族は、医療行為が適切であれ

⁶ Xiao 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.

ば、病気は確実に診断されて、最終的には治癒するものと思いがちである⁷。特に、周産期における医療事故には、以下の特徴がある。

- ① 母と子の2つの生命に関連した問題が発生する可能性がある。
- ② リスクのない妊娠・分娩はない。妊娠・分娩期は刻々と変化しており、ある時点から急激に正常から異常へと移行することも稀ではない。
- ③ 「お産は安全であって当たり前」という認識が一般的であり、予期していない突然の不幸があった場合、家族の動揺は非常に大きい。
- ④ 妊娠・分娩・産褥のプロセスは非常に個人差が大きいうえに、妊娠・分娩・産褥期の女性は特殊な心理状態にあり、通常のサービスや対応では満足できない場合がある。スタッフの何気ない言葉や態度に傷つき、トラブルになることもある。
- ⑤ 分娩件数のコントロールはできないために、人手が少ない夜間に、入院・分娩・手術が集中すると、格段に医療事故発生リスクが高くなる。
- ⑥ 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い。2009年アメリカの調査によると、医師は、平均的に見て、賠償責任保険に総所得の約18.0%の支出していることが報告されている⁸。分娩時の後遺症に関するトラブルは、高額な損害賠償に繋がることが多い。

だからこそ、産科医師不足の解消と医療訴訟の解決などを急ぐとともに、産科医療補償制度が期待されているのである。

IV 産科医療補償制度

産婦人科医師は、医事紛争が多いことや過重労働などが原因になって、その数が年々減少し、いまでは分娩の取扱いをやめる施設や産科医療の提供が十分でない地域がでてきている。当然、産婦人科医師になることを希望する若手の医師も減少してきている。日本の産科医療における重要な課題は、安心できる

⁷ 小松秀樹『医療崩壊「立ち去り型サボージュ」とは何か』(朝日新聞社、2006(平成18年)5頁)。

⁸ Jeffrey 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)。

周産期医療体制の確立と産婦人科医師不足の改善である。この改善策のひとつとして産科医療補償制度があげられる。以下、産科医療補償制度の概要、意義、問題点について論じることしよう。

1 産科医療補償制度の背景

産科医療補償制度の背景には、2006(平成18)年、福島県立大野病院産科医師逮捕事件があるといえる。そこから、医療法21条の異状死届出制度に関する議論と医療事故に対する医師の刑事訴追をどう考えるかという議論がおり、これをきっかけに医療現場から産科医師が去る原因になってしまった。例えば、2008(平成20)年産科医師に対する医事関係訴訟事件の診療科目別既済件数をみると、産科人科医1,000人あたり9.9件、であり、これは、内科医1,000人2.5件と比較すると約4倍となっている⁹。産婦人科医師数は、ここ数年減少しており、しかも医師の高齢化がすすんでいる。地方においては、このことはもっと深刻であり、妊婦のたらいまわし現象や産科医師がいないため子供を産めない地域がふえてきた。そこで、周産期医療が、崩壊しないよう産婦人科医師不足に対応するために、民事訴訟と切り離された無過失責任保険制度としての産科医療補償制度の構築が急務の課題とされたのである。医療訴訟が起これば、患者と医師の両当事者が、証拠をもとに情報と意見を主張しあうし、その結果事故の原因究明に資する機能も果たす役割がある。新たに始まった産科医療補償制度には、医療事故において訴訟の役割を縮減させると同時に、医療の透明性と公平性を確保するという機能も期待されている。あくまでも、この制度は、医療者側による法的責任の回避に向けた制度として利用されるのではなく、より良い産科医療の補償を目指して事故の原因究明や平等な救済をする方法のひとつとして認識されることが求められている。

2 産科医療補償制度の内容

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に対する補償

⁹ 我が国の医療安全施策の動向医事関係訴訟事件の診療科目別既済件数(平成20年)
www.hosp.med.osaka-u.ac.jp/home/hp-cqm/ingai/instructionalprojects/seminar/2010/005_watanabe_koseirodo.pdf (2011年1月20日検索)。

の機能と脳性麻痺の原因分析・再発防止の機能を併せ持つ制度として創設されたものである¹⁰。

(1) 脳性麻痺 (cerebral palsy)

1968年の厚生省脳性麻痺研究班は、脳性麻痺について、「受胎から新生児期までの間に生じた脳の非進行性病変に基づく、永続的なしかし変化しうる運動および姿勢の異常である¹¹。進行性疾患や一過性運動障害または運動発達遅滞は除外される¹²。その症状は満2歳までに発現する¹³。」と定義している。日本では、脳性麻痺の発生頻度に関する全国調査は行われていないが、1955(昭和30)年頃に行われた都道府県規模の調査では、鳥取県で出生1,000に対して2.4、岡山県で6歳未満の小児1,000対1.9であり、現在は、平均すると1,000に対して2人である¹⁴。

従来、脳性麻痺の多くは分娩時の窒息 (asphyxia) に起因すると考えられていた時期もあった¹⁵。しかし、しだいに脳性麻痺の原因は、三大原因として核黄疸、仮死、未熟児といわれるようになってきている¹⁶。現在では、脳性麻痺の原因には、単一ではなく脳障害の病因発生の時期に応じて、出生前 (20～30%)・周生期 (70～80%)・出生後 (10～20%) に分けられるといわれている¹⁷。

(2) 産科医療補償制度の仕組みとその対象者

産科医療補償制度は、分娩に係る医療事故により脳性麻痺の児が出生した場合に、あらかじめ分娩機関と妊産婦との間で取り交わした補償契約に基づいて当該分娩機関から当該児に補償金を支払う制度である。

¹⁰ 財団法人日本医療機能評価機構産科医療補償制度運営部 www.sanka-hp.jcqhcc.or.jp/-6k (2010年10月20日検索)。

¹¹ 平田直『看護のための最新医学講座14 新生児・小児科疾患』(中山書店、2001(平成13)年) 335頁。

¹² 奈良間美保『系統看護学講座専門23 小児看護学2』(医学書院、2008(平成20)年) 369頁。

¹³ 平田直注11、前掲書、335頁。

¹⁴ 二志田博司『新生児学入門』(医学書院、2007(平成19)年) 334頁。

¹⁵ 関真人「児の予後からみた産科リスク因子 脳性麻痺」(産科と婦人科 Vol. 73No. 10、2006(平成18)年) 1247～1249頁。

¹⁶ 平田直注11、前掲書、335頁。

¹⁷ 奥村隆男『凶節・臨床看護医学12 小児』(同明舎、1998(平成10)年) 286頁。

わが国には、全国的な脳性麻痺の児の登録制度がないことから、制度を発足させるに当たって、脳性麻痺の発生率等を把握するため、特定の地域において最近の悉皆的な調査実績のある沖縄県・姫路市・東京都の3地域(沖縄小児発達センター常山潤及び常山真弓、姫路市総合福祉通園センター小寺澤敬子、東京都立東大和療育センター鈴木文昭)の協力を得ることになった。わが国の産科医療補償制度の対象者は以下の通りである。

① 出生体重・在胎週数による基準

出生体重2,000g以上かつ在胎週数33週以上で脳性麻痺になった場合である。

② 個別審査

臓器・生理機能などの発達が未熟なために医療を行っても脳性麻痺となるリスクを回避できる可能性が医学的にきわめて少ない児については、分娩に係る医療事故に該当するとはおよそ考えにくいことから、原則として個別審査の対象としない。

③ 重症度

補償対象とする重症者の重症度については、具体的には身体障害者等級の1級と2級相当とすることが適当である¹⁸。

(3) 産科医療補償制度の補償金額の水準

補償金と損害賠償金の二重給付を避ける必要があることから、受給者は見本人とする¹⁹。補償金額は、表IV-1に示す通りである。

表IV-1 補償金額

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ための資金）	1回	600万円
補償分割金（看護・介護費用として毎年定期的 に支給）	20回	120万円/年

¹⁸ 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）7頁。

¹⁹ 財団法人日本医療機能評価機構産科医療補償制度運営部
<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp>（2011年1月1日検索）。

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、本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、不幸にも、新生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。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²⁰。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-2に示す通りである。

表IV-2 保険金が支払われない主な場合

制度区分	産科医療補償制度		その他
金銭 区分	(産科医療補償責任保険金) 分娩機関が補償金を支払うために、損害保険会社が分娩機関に支払うもの。	(補償金) 分娩機関が補償約款に基づきを補償請求者に支払うもの	(医師賠償責任保険金) 医療機関が損害賠償金を支払うために、損害保険会社が医療機関に支払うもの。
免責事由			
分娩機関の故意がある場合	免責になる。既に補償金として支払われた保険金は、自費で返納しなければならない。	支払責任がある。補償約款の規定により支払った補償金は損害賠償金に充当される。	免責になる。
分娩機関の過失がある場合	免責になる。既に補償金として支払われた保険金は、医師賠償責任保険金等(注)の保険金をもって返納しなければならない。		損害賠償金に対して支払われる。

注：医師賠償責任保険金等とは、医師賠償責任保険および、助産所賠償責任保険をいう。

分娩機関が医師賠償責任保険等に加入していない場合には、分娩機関は、「分娩機関の故意」の場合と同様に自費で保険金を返納しなければならない。

出典：財団法人日本医療評価機能評価機構が保険会社と締結する保険契約の概要を参照して筆者作成

²⁰ 小松秀樹『医療の限界』（新潮社、2007（平成19）年）60～61頁。

3 産科医療補償制度の課題

日本の産科医療補償制度は、2009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た。もちろん現行制度には幾つかの課題がある。それをまとめたのが以下の表Ⅳ-3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、補償財源を増やすことになり、その結果、保険料が高くなる欠点がある。

表Ⅳ-3 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	産科医療補償制度に加入している分娩機関で産まれた脳性麻痺の児が、補償の対象になる。医療保険の加入は条件ではない。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。また、長期間の看護を要する。	先天性の障害が含まれていないことに反対意見もあるが、「無過失」の制度の意味からすると妥当である。 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さまざまな意見がある。
財源	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する。妊産婦の負担が増す可能性があることから、無過失補償制度の発足時に、出産育児一時金を引き上げがある。	現時点で、加入の意思を示していない医療機関がある点と民間保険会社が運営する点に対しては、「なぜ医療者だけが負担するのか」といった反発や、民同企業の関与で営利優先の制度になることへの懸念がある。
金額	補償額は患者一人につき3000万円が想定されている。	脳性麻痺の児の生涯の看護や介護にかかる費用は足りるのかという意見がある。
調査	補償の適否の判断や、原因の分析は第三者調査機関が行うことになっている。	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	産科医療補償制度は、医療訴訟を減らす効果が期待され産科医療補償制度で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。	日本の法制度では、訴訟を制限することはできない。

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²¹。産科医療補

²¹ 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。

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、分娩機関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することになっている。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、制度発足初年度は、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考えられる²²。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。

V 諸外国における周産期医療体制・無過失補償制度との比較

日本の周産期医療は、これまで世界的にも極めて高い水準であった。このことで、「日本では、お産は上手くいって当たり前」が常識ようになってきた。そのため、いったんこの常識が覆った場合、すなわち医療事故が起こった場合、驚愕した家族は直ちに医師の責任追及をすることになるだろうし、医師がそれを認めなければ訴訟という事態に至ることになる。ただし、訴訟になったときに、「医師側に過失がある」ことが立証されれば、医師賠償責任保険制度から賠償金が支払われることになるが、「医師側に過失がない」となれば、患者側に何の補償もない結果となってしまう。そうなると、患者とその家族は、障害をかかえて児童を養育していくことになる。これを救済する制度が「産科医療補償

²² 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。

制度」である。そこで、この章では、諸外国の無過失補償制度と日本の産科医療補償制度とを比較しながら、日本の産科医療補償制度のありかたを考察することにしたい。

1 諸外国における周産期医療

周産期医療の代表的な指標には、周産期死亡率、妊産婦死亡率、乳児死亡率等がある。日本と諸外国の周産期死亡率、妊産婦死亡率、乳児死亡率を比較したものが、表V-1である。

表V-1 諸外国の周産期死亡率、妊産婦死亡率、乳児死亡率

	①周産期死亡率 2004年	②妊産婦死亡率 2004年	③乳児死亡率 2003年
日本(2006年)	3.1	4.9	2.6
フランス	6.6	6.5	4.4**
スウェーデン	5.3	3.3	3.1
ニュージーランド	6.0	8.8	5.6*2004年
アメリカ	5.6	10.0	6.9
イギリス	6.8	1.4	5.3**

注：周産期死亡率は、2004年の数値で国際比較のため旧定義（妊娠28週以降の死産数に早期新生児死亡数を加えた数値、出生1,000対）を用いている。妊産婦死亡率は、2004年の数値、出生100,000対。

出典：①②は、箕浦茂樹「産科医療従事者からみた周産期医療の変遷—周産期医療はどのように向上したか」（東京医学社 Vol. 38 No. 3、2008（平成20）年）280～281頁。

③は、UN, Population and Vital Statistics Report, Series A (<http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/>) による。日本は、厚生労働省統計情報部『人口動態統計』による。乳児死亡率は、出生数1,000に対する0歳児死亡数の比率。

* **は概数。*は発生時ではなく登録時によって集計されたデータ。以上を参考に筆者作成

2 諸外国の無過失補償制度

(1) 無過失補償制度を実施している諸外国

社会保障制度の一環として無過失補償（NFC：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、ノルウェー、フ

インランド、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、イギリスでは、事故による重篤な障害についてのみ適応され、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（CP：Cerebral Palsy を含む）にのみ、無過失補償制度が適用されている²³。

(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V-2である。

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PCI（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。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、補償をえることが、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。PCI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。MRB（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²⁴。

²³ 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。

²⁴ 岡井崇注23、前掲書、1013頁。

表V-2 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
導入の時期	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、親が負担する出産費用に上乗せする。	公費と医療従事者の保険料。	疾病保険などから拠出。
支給の判断	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・調停委員会が判断。
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%が補償である ²⁵ 。	2004年は、3553件。補償されたのは、約200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：財団法人日本医療機能評価機構 産科医療補償制度運営部

www.sanka-hp.jcqh.or.jp (2008年10月5日検索)

www.yomiuri.co.jp/iryuu/news/iryuu_news/20070129ik0f.htm (2008年5月5日検索) を参照して筆者作成

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

²⁵ 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。

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²⁶。補償される損害の条件と基準は、表V-3に示すとおりである。

表V-3 スウェーデンにおける補償される損害の条件と基準

必要条件	不適切な医療によっておきてしまい、それは避けられなかったはずの損害（医療行為の直接的な結果である可能性50%閾値がある）
適応条件	1 治療行為による損害（純粋に医学的に正当化されないもの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）
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により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. 73No. 8, 2006（平成18）年）1013頁

(3) 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、かかった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²⁷。そこで、2002

²⁶ 小松秀樹『医療崩壊』（朝日新聞社、2006年）242～243頁。

²⁷ 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-gi-jutsu.org/vol15/5_122.pdf（2008年12月11日検索）。

年、包括的な医療事故被害者を救済するものとして、「患者の権利及び保健衛生システムの質に関する法律」が制定され、これによって患者への補償制度が導入された。この制度では、医師による一定範囲以上の被害について、地方医療事故損害賠償・調停委員会が過失の有無を判断することになっている。医師側に過失がある場合、地方医療事故損害賠償・調停委員会が和解を促し、この和解が成立すれば、各自が加入する賠償保険で支払うが、医師側に過失がない場合は、「全国医療事故補償局」(ONIAM)が患者を公費で救済する。財源は、法律で定める疾病保険からの総枠予算で賄われる。2005年の補償総額は、調停中の事案も含め、556件で2275万ユーロ(約35億円)であった。また、金銭補償をする組織とは別に医師や医療機関に過失があるかどうかを判断して、医師の処分を検討する組織が設けられている²⁸。

3 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・再発防止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・医療提供側の指導・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、意見が分かれるのだが、医療事故を減少のために、事故を起こす医療提供者側に対しては、その都度、保険料が上がるしくみ(メリット制)を導入し、医療提供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、医療提供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²⁹。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

²⁸ www.yomiuri.co.jp/iryuu/news/iryuu_news/20070129ik0f.htm 2007年1月29日読売新聞(2008年11月19日検索)。

²⁹ 岡井崇注23、前掲書、1017頁。

で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³⁰。わが国では、医療提供者を提訴し、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や第三機関厳正な審判が受けられることでも利点がある³¹。

VI 周産期医療体制と産科医療補償制度の課題

1 医療の質

わが国の医療は、国民皆保険制度により、すべての国民が平等に医療を受けることができるような体制になっている。しかしながら、最近では、高齢者医療費の増大を背景として、医療費抑制が緊急の課題となっている。それに加えて、医療情報提供の方法、医療安全対策と危機管理、患者中心医療とインフォームドコンセントなど多様な問題も出てくるようになった。現在、日本の医療機関は、医療費抑制と安全管理という一見すると相矛盾するような二つの課題を背負わされている。一方、国民の医療に対するニーズは多様化しており、医療の質に関してもより高いレベルを要求するようになってきた。ひょっとしたら従来のように医療の均一的整備ということよりも、今、医療の質を高めていく時代へと変化しているのかもしれない。しかし、どこにいても一定の最低限度の医療水準が得られるという要求は、これからも維持していかなければならないことであり、この要求と医療に質を高めていくという要求を同時に満たすことが必要である。だとすれば、まず基本的には、公的医療保険で「ナショナルミニマム」としての最低限度の医療を保障しなければならないが、それ以上の水準については、患者の選択、つまり自己負担でこれを受けることができるような仕組みをもった新たな医療保険制度が創設されていく必要があるのではないかと思われる。

³⁰ 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。

³¹ 岡井崇注23、前掲書、1011頁。

2 周産期医療に必要なリスクマネジメント体制

ほとんどの医療施設では、日本看護協会や厚生労働省の指針にしたがってリスクマネージャーが設置されている。母体の変化やリスクを負う胎児を管理しながらも、分娩が進行するプロセスでは、医療事故が避けられない場合もあるかもしれない。しかし、事故の発生率を0%にすることが課題であり、そのためには、医療事故の減少に向けた努力を引き続き行う必要がある。訴訟を減らす取り組みには、医師・助産師ならびに病院で働く他職種と妊婦とが、妊娠期から信頼関係を確立して家族の満足度・安心度を高めておくことも必要であろう。また、現場で働く医師・助産師・看護師が、お互い信頼関係を構築できていないと個々人が疲弊し、サービス低下や医療事故などのリスクを招くことになる。職場の良い雰囲気也不可欠であり、先輩・後輩の関係はもとより、職種の違いにとらわれず、質問や疑問をいつでも口に出せて、失敗を共有でき、学べる雰囲気をつくり、それによってスタッフ間のサポート体制を確立しておくことが重要である³²。

3 周産期医療のありかた

まず第一に、周産期医療に限らず、医療においては、利便性より安全性がより重視されるべきである。そのため、緊急事態への対応を図るために、産科医師の配置が可能となるように、産科医療を提供する医療機関の重点化・集約化を進める必要がある。その際、集約される側の医療機関の役割と地域の医療提供体制のあり方にも十分配慮する必要がある。都道府県においては、地域偏在や特定診療科の医師不足問題については、都道府県の設置する地域医療対策協議会で対応することになっており、現在、この協議会において、地域の実情に応じて、独自の医師確保対策、地域の医療機関との調整等の努力が進められている。しかし、県を越える医療機関の偏在の調整、診療科偏在の改善、病院・診療所のバランス等については、都道府県レベルでの対応は困難であり、国レベルでの制度的対応が、早急に進められるべきだと考える。そこで、最も重要なことは、「国は、病院を守るのではなく、国民の医療を守るという視点にた

³² 長谷川素美「ペリネイタルケア新春増刊通巻331号」(メディカ出版、2007(平成19年)52頁。

ち、医療供給体制を実効性あるものとするために医師需給を管理し、全国的に医師の配置を調整する機能を国の責任において整備する必要がある。」ということである。

第二として、産科だけでなく医療補償制度については、医療過誤・医療事故は、どんなに注意しても一定の率で起きるものであるのに、これまでは、その原因を調査する機関や医療費全体の中から損害を補償するような国の制度がこれまで存在しなかった点である。これを早期に確立すべきである³³。現代の医療は、日進月歩、すさまじい勢いで進展しており、そこには、現代科学技術の粋を集めた器材と医薬品が用いられ、多様な専門領域を有する医療関係者が関与して医療が実施されている。こうした、高度な技術と知識が集約した現代医療の性質上、ミスがおこる可能性は否定できず、ひとたび小さなミスが生じれば、それがきっかけとなって重大な結果をもたらす可能性もある。

諸外国では、無過失補償の考え方を取り入れた補償制度がつくられており、既に、フランス、スウェーデン、ニュージーランド等でおこなわれてきた。医療過誤・医療事故がおきた場合、刑事責任の追及になりがちであるが、そうなることで、医療関係者が自己保身に走るため、かえって事故原因の解明が困難になったり、萎縮医療に陥ったりしてしまうことにもなりかねない。また、個人責任を追及する刑法は、組織的な医療行為に対する責任のあり方に適応していないなどの問題もある。被害を受けた患者とその家族は、医療の現場が不透明であることに不満がある。重要なことは、医療の現場における透明性の確保、患者の救済、原因の究明と再発防止策の実施、責任追及である。そこで、わが国においても、産科医療の崩壊を一刻も早く防止する方策の一つとして、産科医療補償制度が2009年1月から開始された。まずは、訴訟の多い新生児の脳性麻痺を対象として導入されるが、追って他の症例や他科へ拡大され、しかも、制度の細則が整備されていくべきと考える。

第三に、産婦人科医師と助産師の連携、助産所と医療施設他の連携を密にすることである。現在も分娩は、助産院で1～2%で行われている。これからの周産期医療システムにおいて助産師のみの助産所の分娩がどのように変遷するか

³³ 田辺功注30、前掲書、92頁。

については不明であるが、母児の安全が第一とされ、母児に何らかのトラブルがあれば医療訴訟になる最近の社会的状況からみると、今後助産所における分娩が飛躍的に増加するとは考えられない³⁴。医師管理群と助産師管理群の比較研究をみても、米国での1998年Mac Dormanの研究では、「低・中等度リスク妊婦の管理に関して助産師は十分対応できる。」ということと、英国での1994年Hundleyの研究では「助産師管理の分娩は母体の行動制限や医療介入が少なく、また母体・新生児罹患率をあげることもなかった」ということが報告されている。ただ、これには助産師管理群の中から、母体の異常・胎児異常・胎盤異常が発見されれば、その時点で医師管理群が持続的に管理するというものになっているのだが、助産師管理群の活動いかんによっては、予後を悪化させることなく、医療介入が減少していること、及び、こうすることで一様に妊産婦の満足度が高いことが報告されている。最終的に全分娩の30%は助産師のみで分娩まで行うことが可能と予想される³⁵。

また、紛争が頻発することをさけるために、2008年4月日本産婦人科学会・日本産婦人科医会共同で「産婦人科診療ガイドライン—産科編2008」が出版された。これによって訴訟減が期待されている。これと同じように、助産師編というものを作成すれば、知識・技術のレベルを保持しつつ助産師と産婦人科医師との連携が上手く図ることができると考える。分娩の一部を助産師が担当していることと産婦人科医師が不足している現状においては、産婦人科医師と助産師の連携、また、助産所と産科医療施設他の協力体制はなおさら必要となる。

VII おわりに

わが国の周産期医療体制は、さまざまな問題をかかえている。産科医師が、帝王切開による出産にかかわる事故を理由とした刑事事件の容疑者（業務上過失致死および異常死の届け出義務違反）として逮捕される事件があったことか

³⁴ 中林正雄「これからの周産期医療における産科医・助産師・看護師の役割—助産師の新しい役割を中心として—」（周産期医学、Vol. 38 No. 3 2008（平成20）年）259頁。

³⁵ 水上尚典「我が国の周産期医療の問題点とその解決—産科医療—」（周産期医学Vol. 38 No. 1、2008（平成20）年）103頁。

ら、産婦人科医師が少なからず病院をやめていく事態を招いてしまった。医師個人の問題ではなく、1人医師体制という病院の体制や地域連携のありかたにも問題があることをわれわれは認識しなくてはならない。さらに日本には、医療事故に対しての十分な救済基金や救済制度がないために、個々の医療機関と医師個人あるいは看護師個人に対する損害賠償請求にならざるをえない。そこで、2009年に脳性麻痺の児に対する産科医療補償制度が始まることになった。脳性麻痺以外の障害には適応しないことや、産婦人科医師不足や訴訟の解決になるのかという多くの課題が残るが、しかし、一定の意義は認められる。医師不足に対して、厚生労働省が、2005（平成17）年12月12日に発表した第10回医師の需給に関する検討会資料「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化に関するワーキンググループとりまとめ」では、小児科・産科医師確保が困難な地域における当面の対応として、小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進をあげている。小児科・産科医療を政策医療と位置づけるなら医療の効率化という点で極めて合理的な施策といえる。しかし、医療改革では、官から民への路線が敷かれており、多くの公立病院は、企業倫理に従い経済効率を重視し法人化の道をとらざるを得ない状況にある。公立病院勤務医師は、公務員規定でしぼられる一方で、経営改善を求められるという矛盾のために、開業医を志向する者が増えてきている。産科医療における集約化・重点化が結果として後方施設としての病院の産科部門の縮小や廃止につながった例も少なくない³⁶。

現在の医療では、総合的な意味での安全性と経済性が要求されるが、この2つは現実的には相反することが多い³⁷。ハイリスク妊娠・出産では、既往帝王切開後の分娩、既往子宮手術、プロスタグランジン製剤などによる分娩誘発、ヘルプ症候群、感染、多胎、児頭骨盤不適合、臍帯脱出など様々あり、稀ではあってもひとたび起これば、極めて重篤で児の生命にかかわるばかりか母体死亡に至ることもありうる³⁸。とくに緊急の帝王切開の場合は、妊産婦と新生児

³⁶ 中村肇「周産期救急医療体制の現状と課題」（産婦人科治療 Vol. 94No. 2、2007（平成19）年）143頁。

³⁷ 中井祐一郎「緊急帝王切開術に要する時間の実態—大阪府下病院調査より—」（産婦人科治療 Vol. 94No. 2、2007（平成19）年）200頁。

³⁸ 木村芳孝「子宮破裂」（産婦人科治療 Vol. 94No. 2、2007（平成19）年）190頁。

の安全な救命が最優先される。これを両立させるには、一定の技能をもつ医療者の待機を図るほかにないが、そのためには、コストの負担システムの確立を図る以外にはない。したがって24時間体制で30分ルールを担保できるのは、大規模NICUを併設し、年間1,000件以上の分娩を扱っている施設である。周産期医療における安全性と経済性、そして、利便性をどのように調和させるのか、いま日本の医療体制が問われている課題である。そのために、医療従事者は、医療資源の現状を明らかにして提示すると共に、現在可能なこと・不可能なことを明らかにしていくことが責務の一つでもある³⁹。

最後に、安全で安心な産科医療制度の確立のために、課題を3点だけ指摘して、本論を終えたいと思う。第一に、国民の医療と健康を守るためには、医療供給体制を実効性あるものとするべく、医師需給を管理し全国的に医師の配置を調整する体制を国の責任において整備する必要がある。

第二に、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児に対する産科医療補償制度を適切に運用していき、将来は診療科全般に適応できる制度にすることである。

第三に、医師・助産師・保健師・看護師・薬剤師など医療関係者の連携、病院同士の連携をつくることである。これらは、世界的にトップレベルを維持してきた日本の周産期医療を保持していくために必要であり、また、国民の医療と健康を守る上で、安定して医療供給を確保する鍵になるものと考えられる。

³⁹ 中井祐一郎注37、前掲書、200頁。