

ISSUE BRIEF

産科医療の問題点

国立国会図書館 ISSUE BRIEF NUMBER 575 (2007. 3. 22.)

- I 産婦人科医師の不足・偏在
 - 1 産婦人科医師数の推移
 - 2 出産医療を行う施設の減少
 - 3 産婦人科医師の地域偏在
 - 4 産科救急体制
- II 産婦人科医師の確保策
 - 1 産婦人科医師の集約化
 - 2 診療報酬上の評価
 - 3 女性医師の離職防止・復職支援
- III 助産師の不足
- IV 助産師確保策
 - 1 助産師の養成
 - 2 助産師の復職支援
- V 看護師等による助産行為
- VI 無過失補償制度
- VII 出産医療費

近年、各地で産科を閉鎖する病院が見られ、産婦人科医師の人数も減少している。出産医療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病院が見られるなど、出産医療を取り巻く現状は深刻である。

産婦人科医師が減少している理由としては、過酷な勤務、医療訴訟の増加などがあげられる。助産師の不足も問題となっている。出産・育児などを理由に離職し、現在就業していない助産師も多い。助産師については、業務多忙、助産業務以外の仕事が多く、やりがいを感じられない等、就業環境の問題点が指摘されている。助産師不足を背景に、看護師が助産行為を行っていたことが判明し、社会問題となった。安全で快適な出産医療体制の整備は急務であり、今後の施策が求められる。

社会労働課

おんだ ひろゆき
(恩田 裕之)

調査と情報

第575号

I 産婦人科医師の不足・偏在

1 産婦人科医師数の推移

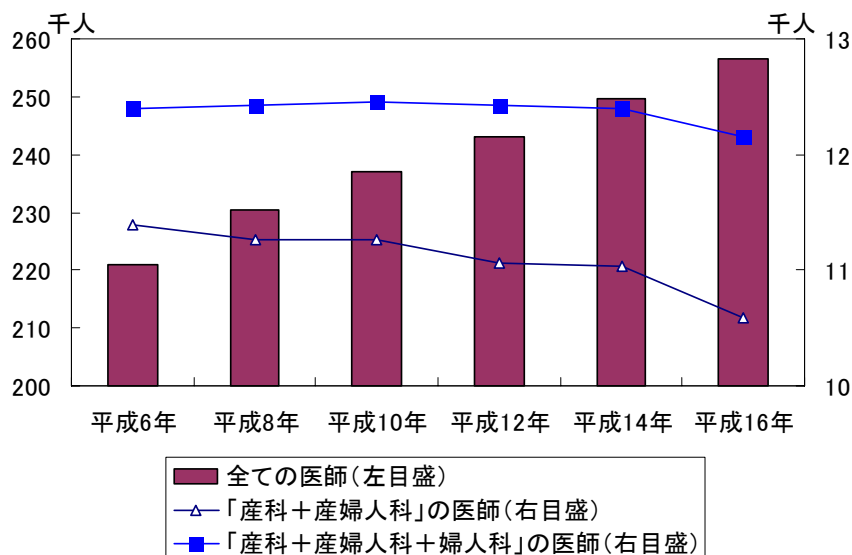
医師のうち、医療施設¹の従事者は256,668人で、増加傾向にある。産婦人科医療施設の従事者²は、12,156人で、減少傾向にある(平成16年)(図1)。

厚生労働省の『「健やか親子21」中間評価報告書』(平成18年3月発表)³は、次のように指摘している。

妊産婦人口に対する産婦人科医師・

助産師の人数は増加している⁴が、①産婦人科医師の減少・地域偏在・施設間偏在・高齢化、②産科診療を休止する病院の増加、③助産師の就業施設の偏在、などにより、実際には不足する事態が発生している。産婦人科医師を増加傾向に転じさせることが、平成22年までの目標に挙げられている⁵。

図1 医師総数と産婦人科医師数の推移



(出典) 厚生労働省『医師・歯科医師・薬剤師調査』平成6-16年より作成。

2 出産医療を行う施設の減少

産婦人科を標榜していても、妊婦健康診査(妊婦健診)のみを行っていたり、不妊治療を専門に行うなどし、分娩を取り扱わない施設が増加している。日本産科婦人科学会(以下「日産婦会」とする。)は、実際に分娩を取り扱っている医療施設の実態調査を、平成17年11月に行った。同調査は、新生児が受ける先天性代謝異常検査の検体を提出している医療施設のうち、実際に分娩を取り扱っていると判断できるものを分娩施設として集

¹ 医療施設とは、病院と診療所をいう。病院とは「20人以上の患者を入院させるための施設を有するもの」で、診療所とは「患者を入院させるための施設を有しないもの又は19人以下の患者を入院させる施設を有するもの」(医療法第1条の5)である。

² 厚生労働省の統計では、主たる診療科目として「産科」「産婦人科」「婦人科」を標榜する医療施設の従事者数を調査している。一般的に「産婦人科医師数」とは、これら3科の医師数の合計を指す。

³ 雇用均等・児童家庭局母子保健課「みんなで取り組もう! “健やか親子”な国づくり～「健やか親子21」の中間評価と今後の推進に向けて～」『厚生労働』61巻7号, 2006.7, pp.26-28.

⁴ 出生数減少(平成6年:約124万→平成16年:約111万)の影響などから、出生数10万あたりの産婦人科医師数は、増加傾向(平成6年:1001→平成16年:1094)にある。

⁵ 「健やか親子21」は、平成18年まで、妊産婦人口に対する産婦人科医師・助産師の人数を増加させることを目標として掲げていた。

計した。厚生労働省も、病院・診療所からの回答を集計し、分娩を取り扱っている医療施設数を公表した（表1）。

実際に分娩を取り扱っているのは、産科・産婦人科を標榜する医療施設の約半分であり、従事する医師数は、4分の3程度である。特に診療所では、分娩を行っていない、または、とりやめた施設が多い。

表1 分娩実施医療機関の施設数と従事医師数

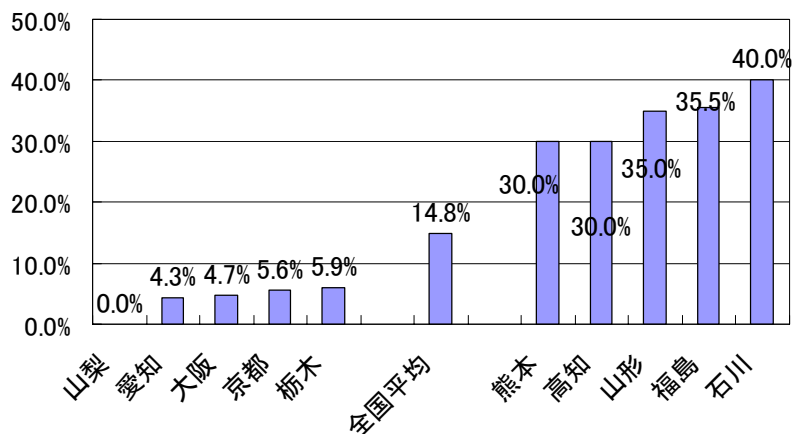
	厚生労働省統計		日産婦会調査
	産科・産婦人科 標榜医療施設	分娩実施 医療施設	分娩実施医療 施設
病院数	1,616	1,321	1,280
診療所数	4,381	1,612	1,783
病院数＋診療所数	5,997	2,933	3,063
従事医師数	10,594	—	7,985

（出典）厚生労働省統計は、『医療施設調査・病院報告』平成17年、『医師・歯科医師・薬剤師調査』平成16年。日本産科婦人科学会調査は、脚注(6)。—は、統計なし。

3 産婦人科医師の地域偏在

産婦人科医師1人あたりの出生数を、都道府県別に見た場合、徳島県（82人）と埼玉県（268人）とで、約3.3倍の格差がある⁶。地域によっては、常勤産婦人科医師1人の病院が、かなり大きな割合を占めている（図2）。有床診療所に限ると、全国の68.7%の施設で、常勤医師は1人となっている。

図2 常勤産婦人科医師1人の病院の割合
（都道府県別上位5県と下位5府県）



（出典）脚注6

平成16年12月、福島県の公立病院で、産科医が癒着胎盤を剥離中、母親が大量出血で死亡する事故が発生した。平成18年1月、この産科医は、業務上過失致死と医師法（異状死体の届け出義務）違反で起訴された。医師に事故が予見できたかどうかなどが争点となっている。

日産婦会は、この事故は、全国的な産婦人科医師不足という医療体制の現状に深く根ざしており、対応は困難だったとの見解を示している。さらに日産婦会は、事故を起こした病院は常勤医師が1人であったことに関連し、ハイリスク分娩を取り扱う公立・公

⁶ 日本産科婦人科学会「全国周産期医療データベースに関する実態調査の結果報告」平成18年6月14日（調査時期は平成17年11月～平成18年6月）
〈http://www.jsog.or.jp/news/html/announce_14JUN2006.html〉

的病院は、3人以上の産婦人科医師の常勤を原則とする、との緊急提言を行った⁷。公立・公的病院に限らず、医師が1人の場合、異常分娩時など緊急時の判断・対応などに問題が発生しうることから、産婦人科医師確保のための対策が急がれる。

4 産科救急体制

緊急時の搬送先となる医療施設の不足など、産科の救急医療体制の整備も十分とはいえない。平成18年8月、奈良県の病院で意識不明になった妊婦の救急搬送先が見つからず、死亡する事故が起きた。厚生労働省は、全都道府県に対して、平成20年3月までに、総合周産期母子医療センターを中心とした周産期医療ネットワークの整備を求めている。同省の構想では、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。地域の病院・診療所・助産所は、ハイリスク妊婦（糖尿病など）や人工呼吸器が必要なケースなどには、地域周産期母子医療センターへの搬送を行い、切迫早産等の重症母子については、さらに総合周産期母子医療センターへ搬送する。平成18年7月時点で、奈良県など8県が未整備である⁸。

II 産婦人科医師の確保策

1 産婦人科医師の集約化

「地域医療に関する関係省庁連絡会議」は、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た。特に、産科を中心とした病院の集約化・重点化が必要である。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、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、遠方への妊婦の搬送が予想される。現状でも、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「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、妊婦やその家族に不便を強いる可能性がある⁹。

病院の集約化は、地域の診療所や助産所にも影響を与える。医師の少ない地域の産科診療所や助産所は、救急時に搬送先を確保できない状態では、出産医療を担えないとして、廃業に追い込まれるケースも見られる。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、救急時の搬送体制の整備が求められる¹⁰。

2 診療報酬上の評価

平成18年度の診療報酬改定では、産科関係に新たな点数を設定するなど重点化が図

⁷ 日本産科婦人科学会「県立大野病院事件に対する考え」2006.5.17.

(http://www.jsog.or.jp/news/html/announce_17MAY2006.html)

⁸ 「母子医療センター 4県で計画未策定 国の産科整備に遅れ」『毎日新聞』2006.10.22.

⁹ 和田勉「“出産難民”の深層と解決策」『健康保険』60巻12号, 2006.12, p.75.

¹⁰ 恩田裕之「7 医療提供体制の整備と医療従事者確保（当面する厚生労働分野の諸課題—第166回国会—）」『調査と情報—ISSUE BRIEF—』562号, 2007.2.6, p.7.

られた。平成 20 年度の診療報酬改定でも、小児科・産科への配分を手厚くすべきとの議論がなされている。産科における診療報酬の新設や点数の増加は、産科医不足の解決に役立つと考えられるが、効果は、限定的であるとの見方もある。その理由としては、以下の点が挙げられる¹¹。

- ① 産科医療の大部分が自由診療であり、診療報酬による収入への影響は限られている。
- ② 多くの場合、医師は初期研修修了時に希望の診療科を決定するため、診療報酬が増額されたからといって、他科の開業医師が、診療科を変更する可能性は低い。

①については、分娩費用を補填するものとして、妊婦に出産育児一時金を給付している¹²ことから、診療報酬だけでなく、出産育児一時金の増額を含めた議論を行うことで、金銭的インセンティブが働く可能性がある。②については、医師が卒後臨床研修を選択する段階の施策が必要となる。産科など不足する診療分野を選択した場合には、研修医としての給与を優遇するなどの対策が考えられる。

3 女性医師の離職防止・復職支援

女性医師は、医師全体の 16.4%を占める。産婦人科医師に限ると、女性医師の割合は 22.2%となっており、診療科別に見た場合、比較的割合が大きい(表 2)。

女性医師の場合、出産・育児を機に医療の現場から離れることが多い。特に産婦人科では、35～40 歳の女性医師の離職が多い(図 3)。出産医療における不規則・長時間労働が、出産・育児を行う女性医師の離職原因と見られている。自治医科大学を卒業した女性医師を対象とした調査によると、第一子の育児休暇を取得した女性医師は 45.6%であり、女性医師が産休時に代替要員がなかったケースが、52.8%にのぼる(表 3)。出産・育児の時期の休暇取得の困難さを訴える女性医師も多い。

出産・育児の時期等に、必要な休暇を取得できるようにしたり、休職可能な体制を整備するなど、女性医師が働きやすい環境整備を行うことが、女性医師確保のために効果的であると見られている。女性医師の離職を防いだり、スムーズな復職を促すために、病院独自の対策を取っているところもある。以下に事例を挙げる¹³。

表 2 診療科別女性医師の割合

診療科目名	医師数	うち女性	女性の割合
総数	256,668	42,040	16.4%
眼科	12,452	4,585	36.8%
小児科	14,677	4,572	31.2%
産婦人科	12,156	2,695	22.2%
精神科	12,151	2,245	18.5%
内科	73,670	10,921	14.8%
消化器科	10,352	1,082	10.5%
外科	23,240	1,080	4.6%
整形外科	18,771	684	3.6%

(出典) 『医師・歯科医師・薬剤師調査』平成 16 年。
医師数が 1 万人以上の診療科目のみ抽出。

¹¹ 「安倍首相 08 年改定でも産科・小児科を手厚く」『日刊薬業』2007.2.15.; 岩崎榮『標榜診療科別の医師の偏在解消のための諸外国の医療政策に関する研究 研究成果報告書 平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)』, 2003, p.16.

¹² 社会保障審議会医療保険部会「保険給付のあり方について」平成 17 年 7 月 29 日
(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/dl/s0729-9d.pdf>)

¹³ 「始まった「働きやすい環境」づくり」『日経メディカル』35 巻 10 号, 2006.10, pp.56-59.

- ① フレックス制を導入（例：大阪厚生年金病院：週 30 時間の勤務で常勤医として雇用）
- ② 院内に保育所を設置（例：倉敷中央病院：24 時間保育）
- ③ 欠員時の体制確保（例：聖隷三方原病院（浜松市）：総合診療部などに多めに医師を配置し、欠員時にサポートに回る）

こうした取り組み事例は、今後の女性医師確保に役立つものと考えられる。

図3 年齢階層別の女性医師の増加率¹⁴

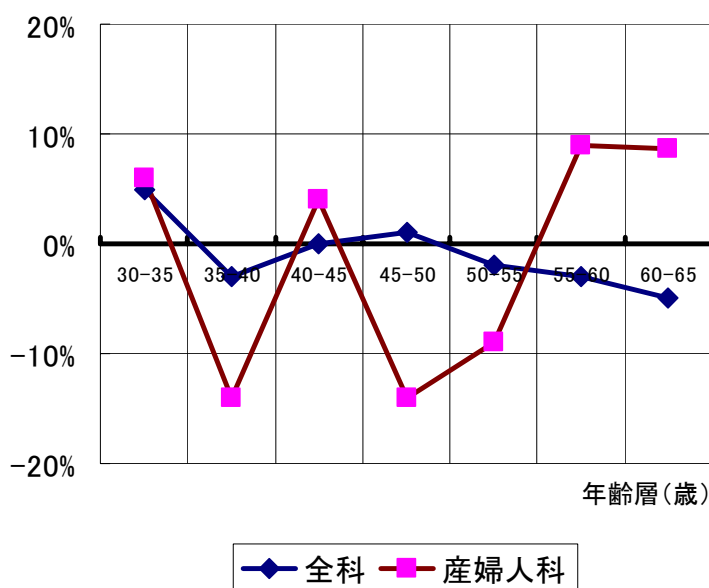


表3 産休代替要員を誰が探したか

代替医師なし	52.8%
勤務施設	18.9%
県人会 ¹⁵	15.1%
市町村	7.5%
県庁	7.5%

(出典) 大木いずみ「女性医師調査—地域医療を担う人材を応援するために—」『日本医事新報』4302号,2006.10.7, p.70.

(出典) 長瀬啓介「女性のキャリア事情～診療科別の就労状況とその傾向～」『性差と医療』2巻9号, 2005.9, pp.1095-1100.より作成。

III 助産師の不足

『「健やか親子 21」中間評価報告書』は、助産師数は増加傾向にある（平成 12 年：24,511 人、平成 16 年：25,257 人）が、就業施設に偏在が見られる、と指摘している。厚生労働省が平成 17 年 12 月に公表した「第六次看護職員需給見通しに関する検討会報告書」（以下、「検討会報告書」）¹⁶では、平成 18 年の助産師の需要見通しが 27,700 人であるのに対し、供給見通しが 26,000 人で、1,700 人の不足が見られる。平成 22 年までの見通しでは、助産師の需要は毎年 400～500 人の増加、供給は毎年 600～700 人程度の増加を見込んでいる（新卒就業者数 1,300 人/年、再就職者数 1,700～1,900 人/年、退職者数 2,300～2,600 人/年）。

¹⁴ 厚生労働省『医師・歯科医師・薬剤師調査』平成 12 年による各年齢層の女性医師の数から、平成 14 年の各年齢層の女性医師の数を推測し、平成 14 年の同資料による実測値と比較した数値。マイナスが大きいほど離職率が高い。

¹⁵ 同じ県出身で義務履行をする医師の会。

¹⁶ 厚生労働省「第六次看護職員需給見通しに関する検討会報告書」2005 年 12 月 26 日
(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/s1226-5.html>)

一方、日産婦会が平成 17 年 12 月に行った「助産師充足状況実態調査」（以下、「日産婦会調査」とする）¹⁷によると、全国で分娩を取り扱っている病院の 66.9%、診療所の 81.0% で、助産師の充足率が 100%に達しておらず、充足率 30%未満の施設の割合は病院で 6.8%、診療所で 44.9%、充足率 0%の施設の割合は病院で 1.2%、診療所で 18.6%であった。助産師の不足数は 6,718 人である。全ての助産師が労働基準法を遵守する労働環境で勤務（週 40 時間勤務等）するには、23,466 人の助産師が必要である、と報告した。

検討会報告書、日産婦会調査いずれも、助産師不足を指摘しているが、両者の数値には差が見られる。差が見られる原因としては、検討会報告書は、「採用を見込んでいるところは少数であり、助産師が不足しているとする都道府県は少なかった」としているのに対し、助産師を募集しても採用できない実態や看護師に助産行為をさせている事例¹⁸が見られることが挙げられる。産科医療の現場では、検討会報告書が示した以上に厳しい助産師不足が発生している可能性がある。

IV 助産師確保策

日本看護協会、日本助産師会などは、平成 18 年 9 月、厚生労働省に対して、「安心、安全で満足のいくお産の確保に向けた助産体制の整備に関する緊急要望書」を提出した。同要望書は、助産師確保策として、以下の 5 点を挙げている。①助産師教育充実の推進、②助産師養成数の確保の推進、③潜在助産師の復職支援対策の推進、④助産師確保困難医療機関への助産師の就業促進対策の推進、⑤へき地など助産師が絶対的に不足している地域の産科医療機関に対する国や県の支援対策の推進。あわせて地域の周産期医療体制を確立するため、「助産師外来」「院内助産」など、助産師を有効に活用する仕組みの構築の推進を提言している。

1 助産師の養成

助産師の国家資格を取得するためには、国家試験に合格する必要がある。国家試験の受験には、①看護専門学校（多くは 3 年）などを卒業し看護師の資格を取った後、助産師養成所（1 年）を卒業する、②四年制大学等で助産師課程を修了する、の 2 つの方法がある。②の四年制大学の場合には、4 年間で看護師としての基礎教育と助産師としての教育を受ける。いずれの場合でも、修了までに実習が必要となるが、近年、実習生を受け入れる施設が確保できないケースが見られる。横浜市の神奈川県立看護専門学校助産師学科は、定員 40 名に対し毎年 250 人程度の受験者がいる¹⁹が、実習生を受け入れる施設が確保できないために、平成 18 年の入学者は 28 人であった。少子化の影響で、実習生を受け入れていた施設が閉鎖されたり、1 施設あたりの出産件数が増加して、分娩に携わる助産師が多忙になり、実習生を受け入れられない、などの事情があると見られる。助産師を養成する学校で、定員数の学生を入学させられない状況が続くと、ます

¹⁷ 「「助産師充足状況緊急調査」結果報告」『日本産婦人科医会報』58 巻 7 号, 2006.7, p.6.; 「助産師 6700 人不足」『読売新聞』2006.5.1.

¹⁸ 「無資格助産不起訴へ」『朝日新聞』2007.2.1.

¹⁹ 日本助産師会の公表では、全国で助産師養成機関志願者は、定員の約 6.3 倍とみられている。

ます助産師不足が深刻化すると予想される²⁰。

一方、ここ数年、助産師課程を設置する大学が急増し、助産師養成所は減少する傾向にある。このため、現在看護師として働いている人が、助産師となる機会が失われつつある。こうした事態を解決するため、日産婦会は、各地の医師会立看護学校の校舎を活用する形で、全国 30 か所に夜間助産師養成所を作り、今後 10 年間で 6,000 人の助産師の養成を目指している。水戸市などで、夜間助産師養成所が設置される見通しとなったが、助産師不足、助産師の多忙の影響を受け、教員となる助産師を確保できないなどの問題が発生している²¹。

2 助産師の復職支援

就業助産師数は約 26,000 人である。助産師業務に従事していない潜在助産師を含むと助産師総数は約 55,000 人にのぼる²²。潜在助産師が復職すれば、助産師不足は解消されると見られる。助産師の退職理由と現在就業していない主な理由は、①家庭の事情、②仕事内容に対する不満、の 2 つである (表 4)。①については、出産・育児の時期に退職するケースも多いと見られ、II 章に挙げた、女性医師の確保と同様の対策が求められる。②については、助産師が出産に関与していないなど、本来の助産業務に就いていない²³ことが助産師の不満を高めている。正常妊産婦のケアに関して、助産師と産科医師等との間で、助産師の役割を明確化・共有化させることが、助産師の就労意欲を高めることになると考えられる²⁴。

表 4 助産師の退職理由と現在就業していない理由

退職理由		就業していない理由	
家事や育児に専念	57.6%	家事や育児に専念	48.5%
仕事内容に不満 仕事が認められない	27.3%	配偶者の都合 家族の協力が得られない	27.3%
配偶者の都合・転勤	21.2%	充電期間中 キャリアアップのための勉強	21.2%
夜勤ができない 夜勤回数への不満	21.2%	条件のあう職場がない	15.2%
夜間・休日の呼出が多い 助産師業務以外の仕事が多い	18.2%	夜勤ができない	12.1%

(出典) 下敷領須美子ほか「偏在する助産師就業と助産師確保の課題—鹿児島県助産師等実態調査を基に—」『周産期医学』35 巻 1 号, 2005.1, pp.71-75. (調査は複数回答)

²⁰ 「助産師養成、負の連鎖 お産の施設が減少 専門校、定員採れず」『朝日新聞』(神奈川県) 2006.9.9.

²¹ 「【解説】無資格助産に起訴猶予」『読売新聞』2007.2.2.

²² 日本看護協会、日本助産師会「安全な出産を保証する助産体制に関する意見」2005.11.9.
(<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/teigen/2005pdf/iken20051109.pdf>)

²³ 病院に就業する助産師 17,753 人のうち 3,327 人、診療所に就業する助産師 4,680 人のうち 546 人が、助産師業務についていないとされている (平成 17 年 10 月に厚生労働省医政局看護課が行った調査を基に日本看護協会が行った推計値)。

(<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/teigen/2006pdf/jyosansikakuho.pdf>)

²⁴ 日本助産師会「堀病院事件の起訴猶予処分に関する本会の見解」2007.2.5.
(<http://www.midwife.or.jp/pdf/kenkai190205.pdf>)

V 看護師等による助産行為

平成 18 年 11 月、神奈川県横浜市の病院で、助産師資格を持たない看護師、准看護師に、内診などの助産行為を行わせたとして、院長らが書類送検された。過去にも、同様の事件が諸所で発生しており、厚生労働省は、これまで 2 度の通知を行っている（表 5）。

表 5 無資格助産行為のこれまでの経緯

平成 14 年 4 月	鹿児島県鹿屋市の病院で、看護師が内診を行っていたことが判明。同県警は、院長らを保健師助産師看護師法（保助看法）違反容疑で書類送検。その後起訴猶予。
同 11 月	厚生労働省が通知「助産師の業務について」を出す。内診は助産行為に当たり、医師・助産師以外の者が行ってはならないと通知。
平成 15 年 8 月	千葉県茂原市の産院で、准看護師が内診を行っていたことが判明。同県警は、院長らを書類送検。院長は罰金刑。准看護師は起訴猶予。
同 12 月	神奈川県横浜市の病院で、院長の指示で准看護師らが内診。内診を受けた女性が、大量出血で平成 16 年 1 月に死亡。
平成 16 年 9 月	厚生労働省が通知「産婦に対する看護師業務について」を出す。内診は保助看法第 5 条に規定する「診療の補助」には当たらず、看護師が行ってはならないと通知。
同 11 月	日本医師会、日本産婦人科医会、日本産科婦人科学会は、内診の一部（分娩経過観察における子宮口の開大度と児頭下降度の確認）を、一定の教育を受けた看護師にも認めるべきと厚生労働省に訴えた。
平成 17 年 4 月	厚生労働省が「医療安全の確保に向けた保助看法等のあり方に関する検討会」を設置。11 月に、看護師等の内診問題に、賛成・反対両論併記の報告書が出された。
平成 18 年 10 月	愛知県豊橋市の病院で、看護師らが内診を行っていたことが判明。同県警が、院長らを書類送検。その後起訴猶予。
同 11 月	神奈川県警は、同県横浜市の病院の院長らを書類送検。その後起訴猶予。

（出典）脚注 26 などをもとに作成。

名古屋地検豊橋支部は、豊橋市の事件に対して、犯意が希薄なうえ、内診行為そのものによる健康被害の危険性が認められないとし、起訴猶予処分とした。横浜地検は、横浜市の事件に対して、一般予防の見地からすると処罰は相当ではなく、母体や胎児に危険を及ぼすことも証拠上認められないとして、起訴猶予処分とした²⁵。全国の多くの医療機関でも、看護師らによる無資格助産行為が行われており、助産師不足の現状で起訴に踏み切れれば、出産医療に影響を与えかねないとの判断があったとされる。厚生労働省は、これらの起訴猶予処分以降も、内診は診療の補助とは言えず、看護師が行うことは違法であるとの見解を示している。助産行為は、生命にかかわる問題であることから、看護師が内診を行うことには反対論も強い。一方で、横浜市の病院の院長は、助産師を

²⁵ 「無資格助産不起訴へ」『朝日新聞』2007.2.1.

募集しても集めることができず、訓練された看護師が内診をすれば問題ないと判断した、という。産科医療の安全確保のためには、助産師の充足が急がれると共に、看護師等の内診について、適否の基準作りが求められている。

VI 無過失補償制度

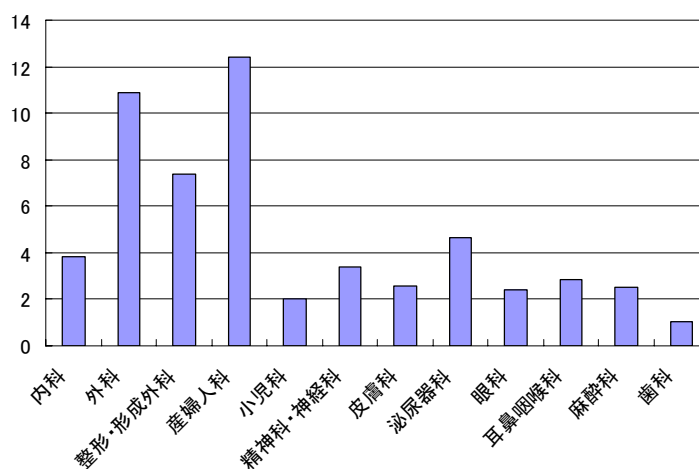
産科は、医療事故が訴訟に至ることが多い診療科目である（図4）。医療訴訟の多さを背景に、産科を敬遠する医学生もおり、産科医の不足を引き起こす原因のひとつとされている。出産に伴う医療紛争を早期に解決するため、医師側に過失が認められない場合は、患者に金銭の補償を行う「無過失補償制度」が導入される見込みである²⁶。

日本医師会は、平成18年8月に、「分娩に関連する脳性麻痺に対する障害補償制度」²⁷を提案した。脳性麻痺になった場合、補償金額を生後5歳までは一括で2000万円、6歳から17歳は、介護料219万円（年額）、18歳以上は介護料＋遺失利益＝609万円（年額）とした。脳性麻痺の事例は、年間250件と推定されることから、日本医師会は、制度開始後20年目までの基金総額として年間60億円が必要²⁸と試算した。

脳性麻痺は原因の特定が難しく、過失の有無の判断が困難であるため、無過失補償制度発足後、当面は、脳性麻痺を対象とすると見られる。脳性麻痺の子を持つ親にとっては、介護などの経済的負担が重いことから、訴訟を経ずに解決できる制度として評価する向きもある。その一方で、以下のような懸念や課題が指摘されている²⁹。

- ① 脳性麻痺以外の障害についても、救済すべきである。
- ② 今後、補償額の議論がなされると見られるが、金額が少なく設定された場合、訴訟件数を減らす効果は疑問である。
- ③ 事故の原因究明や再発防止の妨げにならないよう、制度設計すべきである。
- ④ 補償対象疾病を拡大すれば、財源の確保が困難になる（厚生労働省）。
- ⑤ 財源として医師拠出の保険料を多くすると、医師の産婦人科離れが進む（日本医師会）。

図4 診療科別医師千人当たり医療訴訟新受件数



（出典）最高裁判所「医事関係訴訟事件の診療科目別新受件数」平成16年を基に算出。

²⁶ 同制度設計のため、平成18年度補正予算案に1億1000万円、平成19年度予算案に1000万円が計上されている。

²⁷ 「脳性麻痺への障害補償制度案を発表」『日本医事新報』4295号、2006.8.19, pp.8-9.

²⁸ 日本医師会の試算では、医師に過失がある場合の医師賠償責任保険の対象額の控除、障害者年金等の公的支給額の控除等が勘案されている。

²⁹ 「出産事故過失無くとも補償」『読売新聞』2007.1.29.

無過失補償制度は、患者救済に向けた第一歩となるが、上記の①～⑤の課題への対応も必要となる。

VII 出産医療費

未来こども財団の調査³⁰によると、出産医療にかかる費用は、分娩・入院費用が364,618円、妊婦健康検査（妊婦健診）が90,215円、妊娠期間中の出産準備費用（妊婦用衣類など）が48,849円で、合計約50万円を要する。出産時に健康保険から支給される出産育児一時金は35万円であり、超過分は自己負担となっている³¹。近年、国民の所得格差が拡大していることの影響を受け、特に低所得者を中心に、安全に出産する場が失われつつあるなど、出産においても格差が生じている。

少子化のため、出産は人生に一度と考え、多少費用が高くても質を求めるケースも見られる。分娩費用が約90万円かかる東京都中央区の病院でも、分娩希望が増加している。こうした病院では、医師・助産師などのスタッフの数を手厚くし、ホテル並みの個室を有するなど、安全・快適に出産できる環境を整えている³²。

一方、生活保護世帯や市町村民税非課税世帯などは、児童福祉法第22条で定める入院助産制度があり、無料（もしくは低額の自己負担）で出産することができる（国と自治体が費用を負担する）。入院助産制度を利用する人の中には、経済的理由等から妊婦健診を受けず、陣痛が起きて初めて来院し、危険な出産となるケースも多い。医療施設にとっては、高額な費用を払っても質の高いケアを求める妊婦を受け入れることで経営が成り立つことから、こうしたリスクを避けるために、入院助産制度の取り扱いをやめる医療施設が出てきている³³。

福岡県内で行った調査³⁴によると、必要な妊婦健診を受診していない（5回以下）母子の状況は、早産児が24.2%（妊婦健診を受診した妊婦を含む平均値約5%）、低出生体重児が28.8%（同9%未満）、周産期死亡4.4%（同0.5%）であった。感染症や母体合併症を有していても適切な治療などを受けていないケースも見られた。妊婦健診を受診しないことは妊婦・胎児にとって危険なケースが多い。ただ、必要な妊婦健診を受診しない妊婦の場合でも、妊娠確認のための受診行動を取っているケースもあり、その後の未受診には、経済的理由も考えられる。厚生労働省は、平成19年2月、市町村ごとに実施している無料健診の回数を、現在の2回程度から、5回程度に増やすことが望ましいと、都道府県や政令市に提案した³⁵。無料検診の回数は市町村ごとにばらつきがあり、全ての妊婦健診（通常14回程度）を無料とする自治体もある³⁶。出産医療をより安全にするためにも、全ての母子が必要な妊婦健診を受診できる体制を作ることが重要であると考えられる。

³⁰ 『子育てコストに関する調査研究』（児童環境づくり等総合調査研究事業報告書 平成14年度）こども未来財団、平成15年3月

³¹ このほか、異常分娩の場合などには医療保険からの給付がある。

³² 「[お産・ひずむ現場から](1)格差の果て「墜落出産」『読売新聞』（大阪）2006.11.19.

³³ 厚生労働省『社会福祉行政業務報告』平成7～17年度によると、全国の助産制度の利用者は増加しているが（平成7年度入所者：2,770人→平成17年度入所者：6,301人）、助産制度の認可施設は減少している（平成7年度末：583施設→平成17年度末：494施設）。

³⁴ 後藤智子ほか「福岡県内における飛び込み分娩の実態」『母性衛生』47巻1号、2006.1、pp.197-204.

³⁵ 「妊婦無料健診5回に 厚生労働省、回数増を提案」『東京新聞』2007.2.3.

³⁶ 「妊婦健診を「無料化」矢祭町が来月から、全回数に助成」『朝日新聞』（福島）2006.3.5.