

1. 周産期医療再建 WT に関する報告

(1) はじめに

民主党は、いち早く周産期医療の現状に対して警鐘を發し、多年に渡り周産期医療制度の抜本的拡充を訴えてきた。

そうした指摘も受けて、政府・与党は極めて遅ればせながら、周産期医療に対する改善策を講じたとの説明を国会や国民に対して行ってきた。

しかし、このところの一連の周産期救急搬送収容不能事案¹の発生によって、政府・与党のこれまでの取り組みが周産期医療の現場の改善に繋がっていなかったことが明らかになった。すなわち、政府・与党による国会や国民への説明とは裏腹に、講じてきた対策は現場の声を十分踏まえて実施されたものではなかったり、十分な予算の裏付けがなく掛け声倒れに終わっているものも多く見受けられる。

一方、具体的な医療計画を策定し／実施責任を有する各都道府県も厚生労働省からの指示待ちに留まり、十分な実効性をもつ対策を講じてこなかったことも明らかとなった。

民主党は、政府・与党における施策の展開を検証した上で、より実効的に周産期医療の再建のための政策立案を図るため、2008年11月5日の民主党厚生労働部門会議の承認のもと、子ども・男女共同参画調査会の協力を得て、民主党周産期医療再建 WT は発足した。当 WT の主な検討項目は①東京都をはじめとした各地域の周産期医療提供体制等に関する検証、②全国の周産期医療提供体制等の検証、③実効的な改善策の検討である。

(2) 会議の開催

上記の問題意識に基づき、周産期医療再建 WT として、下記の9回にわたり会議を行った。

第1回は厚生労働省医政局、雇用均等・児童家庭局からヒアリングを行った。①一連の周産期救急搬送収容不能事案¹について、②周産期救急医療体制の確保に関する調

¹ 「周産期救急搬送収容不能事案」について、「たらい回し」や「受入拒否」などといった表現がマスコミ等で多用される傾向ではあるが、このような表現は必ずしも現状を正確に把握する物差しとはなりえない。例えば「受入拒否30件で、医療の管理下に搬送するまでの時間20分」「受入拒否

査結果について説明がなされ、質疑応答を行った。

第2回は産科婦人科学会「産婦人科医療提供体制検討委員会」、乳幼児死亡と妊産婦死亡の分析に関する研究「妊産婦死亡班」からヒアリングを行った。両者から、周産期医療の状況及び課題について説明がなされ、質疑応答を行った。

第3回は厚生労働省労働基準局などからヒアリングを行った。①医師の労働実態について、②医師の現在の過剰な勤務に対する労働基準局の見解について、③夜勤と当直に関する政省令および通達など、④医師の労働環境を改善するように勧告する通達などについて説明がなされ、質疑応答を行った。

第4回は総務省自治財政局、消防庁からヒアリングを行った。総務省自治財政局からは2008年11月25日にまとめられた「公立病院に関する財政措置のあり方等検討会報告」などについて説明がなされ、消防庁からは、2008年11月28日にまとめられた「救急医療の搬送状況」などについての説明がなされ、質疑応答を行った。

第5回は長崎県の産科病院の責任者（日本産科婦人科医会会長特別補佐）からヒアリングを行った。医療現場の現状について説明がなされ、質疑応答を行った。

第6回は東京女子医科大学「母子総合医療センター」にヒアリングを行った。新生児医療の実態と今後のあるべき方向について説明がなされ、質疑応答を行った。

第7回は周産期医療再建WTの報告書案について議論を交わした。

第8回は再度、当周産期医療再建WTの報告書案について議論を交わした。

第9回は当周産期医療再建WTの報告書案が示され、了承された。

なお、子ども・男女共同参画調査会と共同で、厚生労働省からヒアリングを行い、出産をめぐる政府の取り組みについて、厚生労働省から、①出産一時金の支給方法、②産科医療補償制度（無過失補償制度）、③費用負担のあり方について、説明がなされ、質疑応答を行ったことも付言する。

2. 周産期医療の現状と問題点

(1) 周産期医療の現状

各種統計資料²に見られる通り、わが国の周産期医療は、確実に進歩し、改善してきている。妊産婦死亡率については、先進国の水準を確保しており、新生児死亡率については世界最高水準にある。かつ、これらは我が国の多くの現場医師の献身的な努力により、多くの医師と医療費を投入することなく達成できている。

周産期救急妊婦の受入までの時間は、地域によって大きく異なる。受入までの時間

3件、医療の管理下に搬送するまでの時間200分」を例にとりて考えれば明らかである。問題は、「搬送受入が出来なかった回数」ではなく、「いかに早く患者さんを搬送することが出来るか」なのである。よって、当WTでは、「周産期救急搬送収容不能事案」と表現する。

² 本論末尾参照。

には、受入先決定までの現場滞在時間と、受入先が決まって実際に現場から医療機関まで搬送する時間が含まれるが、東京都、横浜市、川崎市をはじめとする大都市においては、「現場滞在時間が 30 分を超えるケース」が減少していない都市もある。さらには、「現場滞在時間が 60 分を超えるケース」も 100 件以上あり、その結果として、妊婦死亡、重体事案が発生し、そのことが社会問題化している³。一方、地方においては、受入機関は速やかに決まっても、現場近くに高度な周産期医療機関が存在しなければ、搬送時間は長くなってしまうため、現在、縮小・閉鎖の危機にある各医療圏における高度な周産期医療機関の存続・拡充が喫緊の課題となっている⁴。

大都市圏であれ、地方であれ、周産期医療再建の鍵は、ハイリスク妊婦およびハイリスク新生児を扱う医療機関における NICU の拡充と専門医師の確保である。

現在のNICU必要数は、周産期医療体制整備事業開始に際して 1994 年に推計されたもののままであり⁵、NICU の数は、2005 年現在で 2032 床（1.9 床／1000 出生）（診療報酬届出ベース）となっているが、現状に即したNICUの必要病床数の算定については、2008 年 3 月に出された『NICUの必要病床数の算定に関する研究 平成 19 年度総括・分担研究報告書』が詳しい。当報告書は、高齢出産や不妊治療による多胎妊娠の影響によって基準設定された 1994 年から 2005 年までの約 10 年間で①低出生体重児出生数が約 30%増加⁶し、加えて、②新生児死亡率が 40%改善⁷している結果、NICU に対する需要が増加していることを指摘し、現行のNICU必要病床数 2.1 床／1000 出生から約 3 床／1000 出生に目標基準を変更すべきであると提言している⁸。こうしたことを鑑みたNICUの必要数は約 3000 床であり、現行から約 1000 床増加させることが必要である。

³ 本論末尾参照。

⁴ なお、並行してドクターヘリの配置促進については法整備などが別途進みつつある。「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法」の成立・施行（2007 年 6 月）に伴い、ドクターヘリ運航のための助成金交付事業や、ドクターヘリの全国的な配備のあり方について検討され、「救急医療用ヘリコプターの導入促進に係る諸課題に関する検討会」報告書が 2008 年 8 月 29 日に厚生労働省医政局指導課より出された。

⁵ 1994 年厚生省心身障害研究（ハイリスク児の総合的ケアシステムに関する研究）は、必要 NICU 病床数を、2.1 床／1000 出生と算出した。

⁶ 当報告書によれば、低体重児出生数は 1994 年が 88362 人（出生数全体の 7.1%）で、2005 年が 101272 人（出生数全体の 9.5%）だった。

⁷ 当報告書によれば、低体重児死亡数は 1994 年が 2889 人（出生 1000 対 2.3 人）で、2005 年が 1510 人（出生 1000 対 1.4 人）だった。

⁸ 当報告書によれば、全国で年間約 3 万 6000 例が、NICU において治療が必要とされている。また、NICU に 3 ヶ月以上入院している割合は 18.3%となっており、NICU における長期入院症例の占有率は 3.85%を占める。加えて、緊急入院のための空床の待機病床が、NICU の 8.1%を占めていると指摘されている。

(2) 相次ぐ周産期救急搬送収容不能⁹

2006年8月に奈良県で分娩中に意識を失った妊婦が速やかな受入がなされず、搬送先の大阪府の病院で亡くなった事件は記憶に新しいが、2008年秋になって再び同様の周産期救急搬送収容不能事案が続発した。

報道や厚生労働省による報告などによれば、2008年10月4日に東京都内で脳内出血を起こした妊婦が、複数の医療機関で受入れられず、最終的に都立墨東病院に収容されて出産されたものの3日後に亡くなられた（都立墨東病院収容まで約1時間15分）が、都立墨東病院も「医師不足で土日は基本的には母体搬送を受入ていない」という理由で、一度は受入をしなかった。都立墨東病院は、東京都東部に位置し、東京都内に9つある総合周産期母子医療センターのひとつであり、同時に「東京ER¹⁰」としての役割を担っている。出産に臨む母子の最後の砦である同病院においてさえ、複数当直体制を組むに足る医師を確保できていなかった。

都立墨東病院では、2003年度に8人いた産婦人科常勤医師が漸減し、2006年11月には産科の外来診療の縮小を行い、救急を除く新規の患者受入を停止した。2008年4月1日現在のデータ¹¹によれば、産科の常勤医師は3名であった。以前より総合周産期母子医療センターの指定返上の声も現場から上がるなど、「医師確保困難からその機能について見直しを図るべき」との意見もあった¹²。

⁹ なお、2008年12月8日に出された雇用均等・児童家庭母子保健課「周産期医療ネットワークに関する実態調査の結果について」によれば、新生児科（NICU）の当直体制は、医師1人の施設が60センターで、医師2人以上の施設が15センターだった。また、産科（MFICU）の当直体制は、医師1人が43センターで、医師2人以上が32センターだった。医療計画の策定者である都道府県および厚生労働省は、上記のような現状に鑑み、複数医療機関による連携なども含め、1人当直体制の速やかな改善に努めるべきである。

¹⁰ 「東京ER」は従来の枠組みを取り払ったものとして石原慎太郎東京都知事によって発案され、2001年11月28日に都立墨東病院に開設されたのが始まりである。現在、都立府中病院、都立広尾病院にも開設されているが、「東京ER」は、必ずしも全ての救急搬送患者に対して十全な治療を行えるわけではない。よって、「東京ER」の設置者である東京都は、「東京ER」が対応できない場合は、東京都自らが責任を持ってトリアージ等を行い、他の医療機関との橋渡しを行うことが必要である。今回の周産期救急搬送収容不能事案を見るかぎり、そのような体制作りが行われていなかった可能性が高い。東京都は2008年1月に出された「第二次都立病院改革実行プログラム」において、「365日24時間の安心」と「患者中心の医療」を掲げていることから、東京都は厚生労働省と連携をとりながら一刻も早い改善を図るべきである。

¹¹ 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課「総合周産期母子医療センターについて（指定施設、病床数、医師数）」（2008年4月1日現在）によれば、都立墨東病院の産科・産婦人科医の常勤は3人で、非常勤が2.3人と表記されている。

¹² 東京都病院経営本部によれば、産科のある都立病院（広尾・大塚・豊島・墨東・府中）の分娩件数は、2003年4706件、2004年4637件、2005年4300件、2006年3787件、2007年2816件であり、毎年度3月1日現在の産科常勤医師数が2003年32人、2004年30人、2005年26人、2006年23人、2007年22人であり、分娩件数・産科常勤医師数ともに漸減している。また、東京都病院経営本部が2008年6月に出した「財団法人東京都保健医療

また、嘔吐等の症状を訴えた 30 代の妊婦が今年 9 月、調布市内の病院に入院中のところ、この病院から 4km 程度の距離にあり東京 23 区外の多摩地域で唯一、総合周産期母子医療センターに指定されている杏林大学病院（三鷹市）をはじめとした複数の病院で受入られず、最終的に 20km 以上離れている都立墨東病院が数時間後に受入、出産および脳内出血の処置を受けた後、まだ意識が戻らない状態であるとの報道や厚生労働省による報告もあった。

さらに、昨年 11 月札幌市北区の 30 代の女性が自宅で早産した未熟児の男児が市立札幌病院など市内の病院に救急搬送されず、最終的に運び込まれた病院で 10 日後に死亡していた（母親はかかりつけの病院に運ばれ無事）ことが 2008 年 12 月に入ってから報じられた。

（3）厚生労働省の杜撰な現状把握

厚生労働省は、一連の周産期救急搬送収容不能報道の前後で、異なった医師数を発表している。例えば、都立墨東病院において、2008 年 4 月 1 日現在¹³では産科・産婦人科医の常勤は 3 人で、非常勤が 2.3 人であり、2008 年 10 月 27 日現在¹⁴では産科・産婦人科医の常勤（研修医、レジデントも含む）は 6 人で、非常勤（実人員）は 9 人だった。初回の調査に比べ、2 回目の調査結果は見かけ上の数字が大きく向上している。

この現状を 2008 年 11 月 6 日に行われた当 WT（第 1 回）で、厚生労働省に対して質したところ、週 32 時間勤務の医師を常勤扱いとしてカウントし直したと厚生労働省は説明したが、医師数の数え方についてすら定見を有しないままに、自らが補助を行っている全国 75 カ所¹⁵の総合周産期母子医療センターの医師数の実態すら把握できていない、ずさんな医療行政が浮き彫りになった。また、NICU の各都道府県別の整備状況についても、その整備においてバラツキが見られる。即ち NICU の増床が進んでいる府県も多い一方で、減床している都県も存在する。厚生労働省が NICU 増床政策について、何ら有効な対応をとっていなかったことが露見している¹⁶。

公社豊島病院（仮称）の医療機能について（公社化検討委員会まとめ）」には、都立豊島病院を「2009 年 4 月 1 日に公社化すること」および「NICU を廃止すること」が謳われている。

¹³ 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課「総合周産期母子医療センターについて（指定施設、病床数、医師数）」

¹⁴ 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課「総合周産期母子医療センターについて【電話等で聞き取った速報値】」

¹⁵ 2008 年 8 月 1 日現在。

¹⁶ 厚生労働省「医療施設静態調査」に基づく NICU の都道府県別整備状況(14 年・17 年比較)については本論末尾参照。

(4) 東京都の不作為

2008年2月に墨東病院の地元医師会等6団体の長(すみだ医師会長、すみだ産婦人科医会長、江東区医師会長、江東区産婦人科医会長、江戸川区医師会長、江戸川区産婦人科医会長)は連名で都立墨東病院及び東京都病院経営本部に対して、文書による要請を行ったことが民主党地方議員の調査によって明らかになった。

同要請で行われた「主力産科医の出身大学病院が東大から日本医大に変わった理由に反省点、改善すべき点があったのではないか、毎年減少している間に補充は何故出来なかったのか」との指摘に対し、東京都からの有意な回答は行われないうちに時が経過していた。

同じく東京都は、都立墨東病院の現場及びそれを支えてきた大学等関係者からの声にも真正面から対応しなかった。前述の通り、総合周産期母子医療センターの看板を下ろそうという声に対して、的確な対応はなされぬままだった。また、2004年4月1日からの臨床研修導入後、都立墨東病院のみならず、多くの都立病院等で医師の離職がさらに深刻化するなかで、2008年3月には「東京都保健医療計画¹⁷⁾」で様々な対策を謳いながら、半年を経てもなお、具体的な医療現場の最悪の状況を改善するに至らなかった¹⁸⁾。

(5) 東京都の迷走

東京都周産期医療協議会は2008年11月28日¹⁹⁾、母体搬送問題の解決策として、母体搬送を「A 妊産褥婦救命が必要」(意識消失など)、「B 産科緊急疾患」(常位胎盤早期剥離など)、「C 胎児・新生児管理のための緊急搬送」に3分類²⁰⁾し、その上で母体

¹⁷⁾ 医療法に基づいて東京都が策定した「東京都保健医療計画」(2008年3月改定)には、「妊婦(胎児)・新生児のリスクを評価し緊急搬送となる事態を予防したり、予測できない緊急搬送を速やかに行えるよう、医療機関同士が紹介や搬送の基準を共有するため、連携ガイドラインを作成します」「引き続き区部も含めたNICUの整備を推進し、併せてNICUの後方病床(GCU)や搬送調整機能等、周産期センターの機能を強化することで、妊婦・新生児の搬送受入体制を強化するとともに、人材確保の困難等により整備が進まない多摩地域の搬送の受入れを都全域でカバーしていきます。また、医療機関の機能分化を進めることで、ミドルリスクの妊婦・新生児の二次医療機関での受入れを促進し、医療資源の効率的な活用を図ります」(p.108.)との記述がある。なお、当医療計画においては2次医療圏ごとの周産期医療についての詳細な検討についてはなされていない。

¹⁸⁾ 東京都は、都立病院の産科医不足解消に向け、2008年度から年収を最大約300万円増やしているが、都立墨東病院では、依然として常勤産科医は増えていない。

¹⁹⁾ 橋本佳子「救急医療の危機◆Vol.14 都が《スーパー総合周産期センター》構想打ち出す」『医療維新』(ソネット・エムスリー、2008年12月1日)などを参照しながら記述している。

²⁰⁾ 「都内の総合周産期センターへの母体搬送は、9施設全体で年間約1400件。うち約90%

救命が最優先される患者を受入る「スーパー総合周産期母子医療センター」として位置づける構想を打ち出した。

従来はCのルートで搬送されるのが一般的だったが、AやBのルートも想定、都内に9カ所ある総合周産期センターのうち、3～4カ所を「スーパー総合周産期母子医療センター」とし、「ベッド満床や手術中などにかかわらず、まずすべて受入る」という体制を目指すという。

現状では「スーパー総合周産期母子医療センター」設置の方向で検討されているが、現場からは既に疑問の声が上がっている。

この協議会に参加した1人は、現状でも多忙である中、「スーパー総合周産期母子医療センター」でさらなる受入が可能なのかを懸念する。

さらに「スーパー総合周産期母子医療センターが機能するか否かよりも、貴重な現場の医師が疲弊して、傷つき、やめていくことの方が問題。現場の人間が本音で議論すれば、解決策は見いだせるはず」との声も現場から上がっている²¹。

(6) 省内縦割行政による問題の放置

①後回しとなった周産期医療と救急医療の連携²²

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整備は、各都道府県知事あて厚生省児童家庭局長通知である「周産期医療対策整備事業の実施について」²³によって、1996年から始まった。医療機関、都道府県の努力で整備は進んだものの、国からは総合周産期母子医療センター1カ所平均1000万円程度の補助にとどまっている。

周産期医療についての担当部署は雇用均等・児童家庭局母子保健課であり、他の医療提供体制や保健医療に関わることを担当するのは医政局である。このことによって例えば「脳や心臓の治療が緊急に必要な」「妊婦」への対応策をどちらの局が責任をもつのかあいまいなままに今日に至っている。一連の周産期救急搬送収容不能事案は、まさに省内の縦割り行政の弊害により問題が先送りされてきた分野において発生して

はCに該当し、Aは1-2%、Bが8%という割合。Bのうち、重症例で緊急搬送が必要なのは、その半分もない」との想定が、東京都周産期医療協議会における議論でなされている。

²¹例えば、産婦人科医が搬送先探しに電話をかけるなどの手間が結構かかるという問題がある。「周産期センターでなくても、妊娠35、36週であれば、地域の分娩を行う医療機関での受入が基本的に可能。きめ細かく地域の医療機関の情報を把握・更新し、産婦人科医の指示を仰ぎながら、搬送先を探すスタッフを基幹施設などに配置するなど、現実的な策はある」との指摘もある。

²² 民主党は厚生労働大臣に対し、2005年7月11日参議院行政監視委員会において、NICUに関する質問を行っているが、大きな改善はなされなかった。

²³ 1996年5月10日・児発第488号

いるのである。

2008年度予算で厚生労働省は、「小児科・産科をはじめとする病院勤務医の勤務環境の整備等」に53億円を計上し、2008年4月からの診療報酬改定では、「周産期医療を担う地域のネットワークの支援」として、救急搬送とされた妊産婦の受入に対して、「妊産婦緊急搬送入院加算5000点（入院初日）」が新設されてはいるものの、周産期医療ネットワークと救急医療ネットワークの連携については、以前より学会などから指摘があったにもかかわらず、何ら実効ある対応がなされていなかった。

例えば、医療法改正に基づいて厚生労働省医政局指導課が2007年7月20日付けで各都道府県衛生主管部長宛てに発出した「疾病又は事業ごとの医療体制について」²⁴では、医療計画における各事業について都道府県で検討し、盛り込むべきことが詳細に述べられているにもかかわらず、救急医療の項において、周産期医療や母体救急への対応について触れられておらず、周産期医療の項でも、母体の救命救急や救命救急センターとの連携に関し、何ら盛り込まれていない²⁵。

②長年放置された過剰な勤務実態²⁶

労働基準局と雇用均等・児童家庭局及び医政局との連携も十分には取れていない。労働基準法によれば、時間外・休日労働を行うには、①労働外労働または休日労働をさせる必要のある具体的事由、②業務の種類、③労働者数、④1日および1週間を超える一定の期間について延長することができる時間または労働させることのできる休日、⑤労使協定の有効期間（労使協約による場合を除く）について、36協定として定め、労働基準監督署長に届け出ることが必要である。なお、④の延長時間については、時間外労働の限度基準が設けられており、1週間15時間、1ヶ月45時間、1年間360時間等の一定期間に対応した限度時間を超えないものとされている²⁷。

²⁴ 2007年7月20日・医政指発第0720001号

²⁵ なお、奈良県における周産期救急搬送収容不能事案は2006年8月に起こっていたことを付言しておく。

²⁶ 民主党は、参院本会議で安倍首相(当時)に対して2006年10月4日、「医師不足や医療現場の労働基準法違反の実態を調査し直すように厳命をしていただきたい」と要請し、総理は快諾したが、厚生労働省は未だに動いていない。

²⁷ (時間外及び休日の労働)労働基準法第36条 使用者は、当該事業場に、労働者の過半数で組織する労働組合がある場合においてはその労働組合、労働者の過半数で組織する労働組合がない場合においては労働者の過半数を代表する者との書面による協定をし、これを行政官庁に届け出た場合においては、第32条から第32条の5まで若しくは第40条の労働時間(以下この条において「労働時間」という。)又は前条の休日(以下この項において「休日」という。)に関する規定にかかわらず、その協定で定めるところによつて労働時間を延長し、又は休日に労働させることができる。ただし、坑内労働その他厚生労働省令で定める健康上特に有害な業務の労働時間の延長は、1日について2時間を超えてはならない。

2 厚生労働大臣は、労働時間の延長を適正なものとするため、前項の協定で定める労働

また、宿日直勤務²⁸の許可については、労働基準監督署長の許可を得た場合には、労働基準法上の労働時間、休憩、休日に関する規定は適用が除外されるが、一般的許可基準として、勤務の態様は、常態としてほとんど労働する必要のない勤務、原則として通常の労働の継続は許可されないとされている。また、宿直については週1回、日直については月1回を限度とされており、宿直については、相当の睡眠設備を備えているものとされている。

2002年3月19日に発出された「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について（抜粋）」²⁹によれば、医療機関において宿日直勤務を行う場合における基準が示されている。そこには、「通常の勤務時間の拘束から完全に開放された後のものであること」「夜間に従事する業務は一般の宿直業務以外には、病室の定時巡回、異常患者の医師への報告あるいは少数の要注意患者の定時検脈、検温等特殊の措置を要しない軽度の、又は短時間の業務に限ること。従って（中略）昼間と同態様の業務は含まれないこと」「夜間に充分睡眠がとりうること」とあり、本来「昼間と同態様の労働に従事することが常態であるようなものについては、宿直の許可を与える限りではない」となっている。

こうした法令・通達がありながら、実際の周産期の医療の現場においては、長年、過剰勤務の実態が放置され続けてきた。

2006年3月に出された「医師需給に係る医師の勤務状況調査」によれば、病院常勤医師の平均滞在時間は週当たり63.3時間³⁰であり、労働基準法の基準を上回る労働実態となっていることは、厚生労働省はすでにこの時点で把握していた。

2007年5月31日に政府・与党から出された「緊急医師確保対策について」によれば、「病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備等」として、「病院勤務医の過重な労働を解消するため、交代勤務制など医師の働きやすい勤務環境の整備、

時間の延長の限度その他の必要な事項について、労働者の福祉、時間外労働の動向その他の事情を考慮して基準を定めることができる。

3 第1項の協定をする使用者及び労働組合又は労働者の過半数を代表する者は、当該協定で労働時間の延長を定めるに当たり、当該協定の内容が前項の基準に適合したものとなるようにしなければならない。

4 行政官庁は、第2項の基準に関し、第1項の協定をする使用者及び労働組合又は労働者の過半数を代表する者に対し、必要な助言及び指導を行うことができる。

²⁸（労働時間等に関する規定の適用除外）労働基準法第41条 この章、第6章及び第6章の2で定める労働時間、休憩及び休日に関する規定は、次の各号の一に該当する労働者については適用しない。

1. 別表第1第6号（林業を除く。）又は第7号に掲げる事業に従事する者
2. 事業の種類にかかわらず監督若しくは管理の地位にある者又は機密の事務を取り扱う者
3. 監視又は断続的労働に従事する者で、使用者が行政官庁の許可を受けたもの

²⁹ 2002年3月19日・基発第0319007号

³⁰ 回答常勤医師数6650人・無床診療所医師473人。なお、当調査の結果は2008年11月27日民主党周産期医療再建WTにおいて厚生労働省労働基準局が提出した資料にも含まれていた。

医師、看護師等の業務分担の見直し、助産師や医療補助者等の活用を図る。また、特に勤務が過重で、深刻な医師不足の現状にある地域医療を支える病院への支援を充実する。さらに、一次救急を含めて地域医療を担う総合医の在り方について検討する」と謳われている。

また、2007年12月28日に医政局長が各都道府県知事宛てに発出した「医師および医療関係職と事務職員等との間での役割分担の推進について」³¹によれば、「近年、医師の業務については、病院に勤務する若年・中堅層の医師を中心に極めて厳しい労働環境に置かれている」と述べられている。

さらに2008年3月21日に医政局長と保健局長の連名で各都道府県知事宛てに発出された「病院勤務医の労働環境改善の推進について」³²も、「近年、病院に勤務する医師については、若年・中堅層の医師を中心に極めて厳しい勤務環境に置かれており、病院勤務医の勤務環境の改善は喫緊の課題である」と述べられている。

しかしながら、2008年5月の「宿日直許可を受けている医療機関に対する監督結果」によれば、労働基準法の逸脱が甚だしいとして監督実施が行われた事案は、公立病院も含んで596件に達している。

こうした中、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2008年10月30日に「産婦人科勤務医・在院時間調査 第2回中間集計結果を発表したが、その報告と解説（修正版）」³³によれば、当直体制の病院における医師の月間在院時間は、平均301時間、最大428時間であり、著しい労働基準法の逸脱が広範かつ長期に行われていながら、有効な解決が図られないまま放置されている。

(7) 現場にさらなる混乱を招く厚生労働省の対応

2008年10月30日に「新たな経済対策に関する政府・与党会議、経済対策閣僚会議合同会議」より出された「生活対策」によれば、「生活安心確保対策」の一環として「安心・安全な出産の確保」を掲げ、「妊婦健診の無料化等に向けた取組の推進」が謳われている。同日に内閣官房より出された「生活対策－国民の経済対策の概要－」によれば、「生活者対策」として、「妊婦健診の無料化（14回分）」と具体的に表記されている。妊婦健診の無料化は、今まで妊婦検診をしたことのない妊婦が駆け込んで出産するというリスクを軽減できる上でも効果的であると、我々も評価している。

厚生労働省の平成21年度概算予算要求においては「救急医療を担う医師の支援（新規）」として40.9億円で「救急医療の中でも特に過酷な夜間・休日の救急を担う勤務医の手当への財政的支援を行う」とし、「産科医療を担う医師の支援（新規）」として

³¹ 2007年12月28日・医政発第1228001号

³² 2008年3月21日・医政発0321001号、保発0321001号

³³ N=172 平均年齢41歳、http://www.jsog.or.jp/news/html/announce_20081031.html

36.7 億円で「地域でお産を支えている産科医の手当への財政的支援を行う」としている。文部科学省からも国立大学付属病院での NICU 増床、総務省からは周産期医療を担っている公立病院への財政措置の充実方針が示された。これらのことは方向として一定の評価はできるが、問題は、それを実効あらしめるための十分な予算が確保されるか否にある。

一方、2008 年 8 月 22 日の会見などで厚生労働省が示した「出産育児一時金³⁴に地域格差を設ける」「出産分娩を医療保険に適用するとの方針³⁵」は、日本産婦人科医会や日本産科婦人科学会などからの反発を招いている。2008 年 11 月 27 日には、厚生労働大臣と関係 10 団体³⁶との出産育児一時金に関する意見交換会³⁷が行われ、「一時金を都道府県ごとに設定するかどうか」、「医療機関に一時金を直接支払う形に制度を見直すべきか」が論じられた。

出産育児一時金について、厚生労働省は当初、「分娩費用の実態を踏まえ、各都道府県の支給額を決める方針」だった。しかし、「出産における地域間格差を固定化することになり、善意に基づく制度であっても結果的に地方の産科医療の崩壊を促進する危険がある³⁸」という日本産科婦人科学会の意見、同じく日本医師会の「都道府県ごとの設定は地域格差を生む」といった反対意見を受けて、舛添厚生労働大臣は「出産育児一時金については、全国一律の方向とし、38 万円の水準からさらなる支給額の増額を国の財源を以て支給する方針とし、財務省との折衝に当たりたい。なお、施設への直接支給のスキームは施設に負荷のかからないシンプルなものとしたい」との見解を表明

³⁴ 現在、妊婦が出産費用をいったん医療機関に支払ったのち、出産後に保険者に請求して一時金（全国一律 35 万円、2009 年 1 月からは 38 万円）を受け取る仕組みとなっている。

³⁵ 健康保険の診療報酬の枠組みに出産分娩を入れると、私費診療で分娩費用設定が自由という環境下で分娩を行ってきた産科開業医に、多くの場合、収入減を招くことが予想される。都会では、今まで分娩を扱ってきた医師が不妊治療や婦人科部門に流れ、分娩に携わる医師がいなくなることが懸念される。絶対的医師不足の中で、何か規制や強制をすればするほど、産科医は、どんどん分娩から立ち去っていく。徴兵制的発想は、自由主義の国では、そもそも成り立たない。必要なのは、産科医に対する「尊敬とインセンティブ」であると民主党は考える。

³⁶ 健康保険組合連合会、全国健康保険協会、全国市長会、全国町村会、日本医師会、日本経済団体連合会、日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会、日本助産師会、日本労働組合総連合会。

³⁷ 「出産育児一時金引き上げで予算折衝へ」『CB ニュース』（キャリアブレイン、2008 年 11 月 28 日）などを参照。

³⁸ 都道府県ごとに標準的な金額を定めて差額分を公費で上乗せて支給を行おうとすれば、現状の分娩費用が低額の地域はそれで固定されることになる。すなわち、分娩取扱業務への拡大・新規参入のインセンティブは全く働かなくなり、地域における分娩施設確保はほとんど不可能になる。それどころか、公費投入の少ない地域の分娩施設が公費投入の多い地域に産科医が移動してしまう。ただでさえ地方には産科医が少ない傾向にあるにもかかわらず、ますます、標準的な分娩金額の高い都市部に産科医を流出させることとなり、地方の産科医療の崩壊を招いてしまう可能性がある。

し事態は収束をみたが³⁹、こうした厚生労働省の現場を無視した思いつきの政策の打ち上げによって、現場をさらに混乱させ、現場関係者の貴重な時間と労力を徒に浪費させたことは大いに問題である。

3. 周産期医療現場の変革に向けた基本的考え方

1996年から周産期医療対策整備事業がスタートし、総合周産期医療センターを中核、地域周産期センターを補完とし、周産期医療の重点化と集約化がねらわれた結果、わが国の周産期死亡率と新生児死亡率は更なる低下を見た。

このような中、2006年は大阪で、2008年には東京で、周産期救急搬送収容不能事案が報道され、妊産婦や新生児の救急搬送の「最後の砦」とされている周産期母子医療センターが、必ずしも、母体救急疾患に対応できないことが指摘された。

産婦人科医数、特に実際に分娩を取り扱う医師数の減少は、過酷な勤務や医療訴訟の多さが原因であるといわれている。医療レベルの向上により、疾患あたりに必要な医師数が増加していることも医師不足の原因である。さらに、2004年4月1日からの新卒後研修医制度によって、現場の医師不足が顕著に現れた。

このような現状を鑑み、改正医療法、関連政省令・通達等に記されている「医療計画」のあり方、診療報酬のあり方、補助金のあり方などを厚生労働省および各都道府県が抜本的に見直した上で、都道府県や医療圏の枠を超え近隣の大学や救命救急センターなどとのネットワークを考慮した、制度としての周産期医療の再構築とそれを実行あらしめる十分な予算の確保が必要である。

以上、周産期医療体制に関する実態について俯瞰してきたが、周産期医療崩壊の原因は、周産期医療を支えるべき厚生労働省や各都道府県の行政のあり方にある。

周産期医療について、現場で何が起きているのかについての事実を周産期医療にかかわる全ての人々が共有し、立場を超えて、日本の周産期医療の再建のために熟議を積み重ねることが求められている。

まずは、今まで周産期医療の問題を直視しようとしてこなかった厚生労働省および各都道府県に対しては猛省を促したい。そのうえで、情報隠蔽・操作の一掃を行い、実効性の高い政策を実現していくことが肝要である。

³⁹ なお、一部の出席者から「今回を契機に出産に係る費用の現物給付の導入を早急に行なって欲しい」との意見があったが、日本産科婦人科学会から「産科医療の窮状を認識されてない。拙速な導入は産科医療の崩壊を決定的にする」との反対意見があげられた。一方、医療機関に直接一時金を支払う形に対しては、日本助産師会から「公立病院の費用未払いを防止する意味で重要」など前向きな意見が大勢を占めた。

4. 民主党周産期医療再建 WT からの提言

以上の問題意識および具体的事実に基づき、民主党周産期医療再建 WT は以下の提言を行う。

(提言) NICU 等を 2000 床から 3000 床に増床 (当面、まず 2500 床) することで、周産期救急搬送収容不能の最大の要因の解消を実現する。

高齢出産や、不妊治療による多胎出産によって、低体重児が実数・割合ともに増え続けている。一方、現在のNICU必要数は1994年の周産期医療体制整備事業開始時に推計されたもの⁴⁰であり、NICU満床が母体搬送受入不能の最大の要因となっている。よって、NICUの病床数が需要に見合っていないことは明らかである。

よって、NICU等(一部MFICU等を含む)の抜本的拡充を図り、現行約2000床を8年から10年程度かけて最終的には1000床増やし、3000床体制を目指す⁴¹。

まずは、現状の周産期医療体制を鑑み、まず500床を早急に増やす⁴²。

その際には、以下の点について併せて実施するものとする。

①NICU等増床の前に、医師・看護師不足によって閉鎖しているNICU等の分布について調査すること。(厚生労働省、各都道府県)

②公立病院の定員の在り方を改め、必要に応じて増員を図ること⁴³。(補助金充実、総務省、厚生労働省、各都道府県)

⁴⁰ 1994年厚生省心身障害研究(ハイリスク児の総合的ケアシステムに関する研究)は、必要NICU病床数を、2.1床/1000出生と算出した。

⁴¹ 国立大学病院において、NICUを新規に増床することを含む計画を2008年12月5日に文部科学省が発表したところである。民主党は、まず当面は、既にNICUを有する医療機関における増床を図ることから着手するのがより現実的であると考え。なお、その際には、地域の実情を鑑み、公立病院等における医師定員拡充等NICU増床に伴って医師が就業しやすくなるよう、都道府県及び厚生労働省は、NICUを増床しようとする医療機関に対して十分な後方支援を行うべきである。

⁴² 藤村正哲・楠田聡ほか『NICUの必要病床数の算定に関する研究』(厚生労働科学研究費補助金平成19年度総括・分担報告書、2008年3月)においても同様の指摘がなされている。

⁴³ 都立墨東病院NICUに限っていえば、「できるだけ交代制にしている、院内保育がある、女性医師が働きやすく多いなどから、昔から医師の人气が高く、他の病院から異動したい医師、非常勤から常勤になりたい医師が常に待っている状態」との医療現場からの証言もある。にもかかわらず、医師を増やさず、NICUを一部閉鎖したままであるのは、東京都の「定員」がボトルネックだからである。医師を増やせる目処がある墨東のNICUを増やせば、広域搬送も受けているため、関東全域のメリットともいえる。

- ③NICU 等増床と医師増のタイムラグが起きないように人材募集と設備設置を進めていくとともに、看護師の積極的な活用を推進すること。（補助金充実、厚生労働省、文部科学省、各都道府県）

（提言）NICU 後方支援病床等の拡充を行うことで、限りある NICU の有効活用を図る。

周産期医療を適切に運営していくための「出口」としての施策は以下のとおりである。

- ①療育施設の充実および施設連携および後方支援病床に関する診療報酬の引き上げなど、NICU の後方病床を増加させる。（補助金、各都道府県）
- ③地域レベルでの重症児の把握、医療福祉制度の運用、急性期医療と慢性期医療の役割分担についての広報などを行い、都道府県の主導によってNICUから後方病床等につなぐ役割を果たす「コーディネーター⁴⁴」の設置・配置などを行い、在宅療養を支える地域の社会システムを整備する。（補助金、厚生労働省、各都道府県）
- ④NICU から直接、最終施設である重症心身障害児施設に行く場合、児が社会性を獲得するチャンスが失われる可能性が高い。そこで、超重症児が NICU を出た後、収容されるべき施設としての「中間施設」としての小児病棟を充実させ、重症心身障害児施設よりも少し開かれた施設として的小児病棟がその役割も担えるようにする。そのために、小児 HCU を病院全体とは別枠とし、多めに設置できるようにしたり、重症小児病棟加算のようなより看護師の配置を厚くできる仕掛けを作ることなどが考えられる。（診療報酬改定・補助金、厚生労働省）

（提言）NICU 長期入院患児の実態把握を行うことで、児の生涯が最大限全うできる環境を実現する。

長期入院患児の実態と対応について、政府は、これまで 1999 年度の周産期医療体制

44 基本的にコーディネーターは、都道府県の責任において、職責を十全に果たせる人材を配することがベストと考えられる。コーディネーターは、ノーマライゼーションという基本理念の下、どのような重症児であっても家族の一員として生活できることを目標に支援を行い、その上で、その児に最も適した療養環境への移行を推進することが求められると民主党は考える。

に関する研究など、厚生労働科学研究費等により、これまで延べ 5 課題の研究が行われ、既に、その実態と課題等が明らかにされてきた。しかしながら、そうした課題に対して、政府は、これまで具体的な対応策をほとんどとってこなかった。

その後、2006 年の奈良県における妊婦死亡事件後の対応として、2007 年 12 月 26 日に各都道府県知事に宛てて発出された「新生児集中治療管理室等に長期入院している児童に対する適切な療養・療育環境の確保等の取組について」⁴⁵では、長期入院児の把握等を要請しているが、未だ、その実態については明らかになっておらず、後方支援病床や重症心身障害児施設など、今後整備が必要な事項等に関する把握もされていない⁴⁶。

よって、速やかに各都道府県の長期入院児の実態を把握し、公表し、不足する病床等の整備計画を作成する。(厚生労働省、各都道府県)

その際には、①病院や療育の両方の機能を持った中間施設など新しい概念の医療施設等の検討、②長期入院児についてはその治療のみならず長期入院の発達援助および家族への対応など、その児の生が最大限全できる環境を追求していく。

(提言) 周産期母子医療センターのもつ機能の明確化・再分類・整備拡充を行うこと⁴⁷で、救急搬送時のミスマッチ根絶を実現する。

救急搬送時にミスマッチが起きないように、周産期母子医療センターを再分類し、地域周産期医療において果たしている役割が国民に明示されるように医療計画に明記する。各都道府県は、それに基づいて周産期医療ネットワークの再構築を行う。(省令、医療計画、補助金、厚生労働省、各都道府県)

以下に、入口を潤滑化させるための周産期母子医療センターの再分類案を示す⁴⁸。

⁴⁵ 医政発第 1226006 号、雇児発第 1226004 号、社援発第 1226002 号、保発第 1226001 号

⁴⁶ 同通知では、各都道府県における長期入院児や既存資源の状況や不足する病床の整備計画について、平成 20 年 3 月末までに厚生労働省に情報提供を求めている。その内容について民主党は資料要求したが、厚生労働省は公表を前提にしたものではないと拒否している。

⁴⁷ 2008 年 12 月に関東地方知事会から出された「医師確保対策と周産期医療体制整備を求める緊急アピール」には以下の記述がある。「総合周産期母子医療センターにおいて必要十分な医師、看護師を確保できるよう、診療報酬の見直しや運営費補助の基準の見直しを行うこと。また、地域周産期母子医療センターに対する診療報酬を充実するとともに、運営費補助制度を創設すること」

⁴⁸ N はハイリスク新生児を対象とするもの、M はハイリスク妊婦を対象とするものとする。すなわち、MN 型とはハイリスク新生児およびハイリスク妊婦を同時に受入るのに十分な体制が整えられているもののことである。なお、補助金の額については、あくまでも一例である。

①N型総合周産期母子医療センター：

1. 現行の総合周産期母子医療センターの施設基準を満たす

②MN型総合周産期母子医療センター：補助金をN型の1.2倍程度に評価する。

1. 現行の総合周産期母子医療センターの施設基準を満たす
2. +24時間体制の麻酔科、救命救急センターの対応（必須）
3. +脳神経外科 and/or 心臓外科の対応（optional）
4. 母体救急症例への対応に関する院内連携体制の整備（必須）

③M型周産期母子医療センター：補助金をN型の0.8倍として評価する。

1. 現行の地域周産期母子医療センターの施設基準を満たす
2. +24時間体制の麻酔科、救命救急センターの対応（必須）
3. +脳神経外科 and/or 心臓外科の対応（optional）
4. 母体救急症例への対応に関する院内連携体制の整備（必須）

④M型周産期母子医療施設群：補助金をN型の0.8倍として評価する。

1. M型周産期母子医療センターの機能を複数医療機関が連携して果たす

（提言）専任の専門医師確保が容易でない産科病院のネットワーク化と協働を推進することで、地域における安全で十分な医療を実現する。

地域住民サービスや医療リスクの観点から考えると、産科における一人医長の病院を放置しておくことは望ましいことではない。医師配置に対して現在は大学医局が大きな力を有しているが、もし一人医長の病院から大学医局が医師を引き上げたとしても、それは大学医局が責めを負うべき問題ではなく、安全で十分な医療を提供することから考えると一概に不適切であるとは言いがたい。

よって、複数の十分な数の産科医師を配置することが望ましい形であるが、それができなければ、一定範囲の地域内で積極的な産科医療ネットワーク化を推進し、周産期母子医療施設群を整備する。そのために、病院間の医師の相互協力を法的に可能とするとともに、ネットワーク化を積極的に推進した地域や医療機関へは、補助金の交付等の支援を行う積極的な財政措置を行う。（法律、省令、補助金、厚生労働省、各都道府県）

(提言) 都道府県の責任で周産期情報システムおよび搬送先照会システムの改善のための人的体制整備を行うことで、より円滑な妊産婦受入を実現する。

周産期救急医療体制を刷新し、迅速かつ適切に機能するようにするためには、救急医療体制の「入口」機能の強化を行うことが必要である。そこで、周産期情報システムおよび搬送先照会システムの改善のため、各都道府県は以下について定めることとする。(医療計画、厚生労働省、総務省、各都道府県)

①消防機関と医療機関との連携

周産期医療も含め、救急搬送全般について、地域の医療資源の実情等に応じて、傷病者の状態に応じた搬送・受入を円滑に行うためのルールを策定することが必要である。

このため、消防機関と医療機関が連携する協議会を都道府県に設置し、客観的なデータに基づいた検証とそれに基づいたルールの策定を行う必要があり、これを確実に実施するための法的な手当てを講じる必要がある。

②応需情報等の更新・搬送先照会業務の責任の明確化

周産期情報システムにおける応需情報等の更新、広域搬送や戻り搬送等を含めた搬送先照会の実務は原則として行政の責任で行い、コーディネーターを配置することを医療計画に明記する。なお、このことにより、医療機関側が提供する情報を受け身で待つのではなく、積極的に情報を求め更新する姿勢を情報システムの管理者側が負うことが明確となる。

その結果、現場の医師及び医療スタッフが、システムの円滑な運用に積極的に協力しつつ、患者の診療に集中することができる体制を整備することができる。

③周産期情報システムと救急情報システムの連携

周産期情報システムは現行では基本的に都道府県単位で整備されており、また、救急医療情報システムも都道府県単位で整備されているが、救急医療情報システムにおける医療機関情報がリアルタイムに更新されていないことから、実際には、救急医療機関情報の収集は、基本的に東京都以外では市町村単位で行われているのが現状である。

民主党は中期的には救急業務の市町村から都道府県への移管を行うこととしているが、まずは都道府県が主導して、周産期医療機関も救急隊も双方の情報が即座に確認できる体制の構築の必要性について医療計画に明記し、その整備に努める。なお、周産期情報システム情報は該当地域内のすべての周産期医療機関及び

救急隊に対して開示されるものとする。

④周産期情報システムの広域化

都道府県ごとに専任の周産期情報システム担当者を24時間体制で整備することは、症例数の面から合理性がない。

よって、医療計画において、地域の実情に応じた広域の周産期情報システムのありかたについて明記し、i) 県境を超えた総合周産期母子医療センター相互の情報開示・連携システム、ii) 周産期医療システムとその運用状況を一般の妊婦および国民に開示する情報提供システムを導入する。

⑤母体救命救急に係る尺度

母体救命救急については、病院受入が不能だった件数で測るという尺度をあらため、母体救命救急の必要性が生じてから、搬入先で医療行為にいたるまでの時間を考慮することを新たな尺度とする。

(提言) 出産に対する正しい知識と理解の普及を行うことで、ハイリスク出産の増加抑制を実現する。

NICU の需要増加の原因のひとつとして低出生体重児出生率の上昇があるが、これは、高齢出産、不妊治療による多胎、母体の喫煙、歯周病などの母体側の基礎疾患等が影響するといわれている。

そこで、「妊娠高血圧症候群などのハイリスクケースの年齢階級別確率」などに基づいた「周産期に対する正しい知識と理解の普及」に関する教育の充実、妊婦検診に関する啓発活動、出産に関するリスク管理の重要性に関する啓発活動などを広く行うことによって⁴⁹、社会全体における正しい知識と理解の普及、出産育児に対するより暖かい社会の実現を目指す。(厚生労働省、文部科学省、総務省、各都道府県)

(提言) 出産一時金に加え、出産1人当たり20万円の産時助成金を交付することで、ほぼ自己負担なしの出産を実現する。

出産しようとする人が、ほぼ自己負担なしに出産できるようにするため、出産一時

⁴⁹ たとえば、初等中等教育の現場はもちろんのこと、大学をはじめとした高等教育の現場、保健所、公民館などの社会教育施設や、行政窓口など幅広い機会をとらえて取り組む。

金⁵⁰に加え、国庫を財源として、出生児1人あたり20万円の出産時助成金を給付する⁵¹。なお、出産一時金については医療機関に交付し、出産時助成金については、出産した人に交付する。(国庫、厚生労働省)

(提言) 周産期医療現場における労働基準法の遵守につとめることで、周産期医療現場の安心・安全を実現する。

日本産科婦人科学会「産婦人科医療提供体制検討委員会」が2008年10月30日に発表した「産婦人科勤務医・在院時間調査 第2回中間集計結果 報告と解説(修正版)」⁵²によれば、当直体制の病院における月間在院時間は平均301時間、最大428時間であり、労働基準法の規定をはるかに超えている。

①様々な医療現場(科別、勤務医・経営者など)のそれぞれの意見が民主的プロセスを経て集約されること、②現在の医療現場に対して最大限の配慮をもつこと、上記2点を担保し、医師と労働法制のあり方について大いに議論した上での抜本的な労働環境の是正が必要である。

以下の点について実施していく必要がある。

- ①36協定の適用除外とされてきた国立高度医療センター及び国立ハンセン病療養所を適用対象とする。(労働基準法、省令、厚生労働省)
- ②36協定のありかたの抜本の見直し⁵³を行い、それらを踏まえ、医療計画を再び策定しなおす。(労働基準法、省令、医療計画、厚生労働省、各都道府県)
- ③夜間勤務と宿直の峻別を適正に行い、見合った報酬を得られるようにし、不払い残業をなくす⁵⁴。(労働基準法、省令、厚生労働省)

⁵⁰ 現在、妊婦が出産費用をいったん医療機関に支払ったのち、出産後に保険者に請求して一時金(全国一律35万円、2009年1月からは38万円)を受け取る仕組みとなっている。

⁵¹ 民主党「政策インデックス」に同様の記載がある。

⁵² N=172、平均年齢41歳、http://www.jsog.or.jp/news/html/announce_20081031.html

⁵³ たとえば、36協定の特例として、残業時間は月45時間までという取り決めを5年後見直しで70時間にした上でタイムカードの導入を義務付けることなどが考えられるが、いずれにしても今後十分な検討・研究を行う。

⁵⁴ 自宅待機は当直扱いとする、不払い残業の取締りを強化するなどといった措置を行い、法と実態のダブルスタンダードをなくしていく。なお、現在の医療現場を鑑み、年俸制やフレックス制の導入、派遣業法の緩和等、対象の限定(例えば、勤務医のみに限定、研修医は含めないなど)潤滑な制度移行に努めることが必要である。

- ④中長期的には「主治医制⁵⁵」から「交代勤務制」への移行を促進する（労働基準法、診療報酬改定、厚生労働省）。

（提言）周産期医療に従事する医療者へのインセンティブを確保し、正当な評価を行うことで、医療人材の十分な確保を実現する。

周産期医療の充実を限られた人的資源の中で行うためには、適切なインセンティブの付与が必要である。よって、以下の通りインセンティブを確保し、かつ、正当な評価を行うものとする。

- ①産科・新生児科医を養成する教育システムの充実をはかるために 大学医学部に新生児科学講座・産科学講座を設置し、新生児科⁵⁶を標榜科として認めること。（省令改正、文部科学省、厚生労働省）
- ②勤務実態に応じた正当な評価に基づき、医療従事者に報酬を支払っている医療機関に対し、母体搬送および新生児搬送の受入実績を評価し、症例数に応じて補助金に上乘せする。未受診妊婦受入実績、母体救命救急症例受入実績、ハイリスク妊婦紹介受入れ実績も評価の対象とする⁵⁷。（補助金、診療報酬改定、厚生労働省、各都道府県）
- ③母体救命救急に関連した教育・研修の充実のために、地域の分娩を担当する産婦人科医、周産期センターで受入を担当する産婦人科医などの希望者に対して地域の周産期医療および救急医療の実情を考慮したうえで、母体救命救急に関連した教育・研修を奨励し、それに基づくネットワーク機能の強化を行う。（補助金、医療計画、厚生労働省、各都道府県）
- ④救急搬送患者の診療費用の未払いの問題は、救急医療を担う医療機関に悪影響を

⁵⁵ 日本の病院では「主治医制」が当然と考えられてきた。これは、24時間すべてが待機時間といっても過言ではなく、勤務時間を考慮すると勤務体系として非常に大きな問題をはらんでいる。現在の先進国では珍しい制度であり、また病院勤務医の疲弊につながっていることも否めない。

⁵⁶ 現状、新生児科学は、小児科学、産婦人科学の一部、という位置づけになっている。

⁵⁷ ここで得られた補助金から、帝王切開・母体搬送・救急対応に対して、担当した医師（産婦人科医、小児科医、麻酔科医、救急医、脳外科医、心臓外科医等）個人に症例ごとに手当を支給することについては各医療機関が行う。

与えている⁵⁸。つまり、救急医療体制の一翼を担うことが直接病院の不利益につながることとなり、未受診妊婦受入促進の大きな障害となっている。この問題については出産一時金を医療機関に直接渡すことによって解消される。(厚生労働省)

- ⑤たとえば、総合母子周産期医療センターでいったん受入、入院した患者をその病院の救命救急センターに移して治療した場合、救命救急加算の対象とならない等の問題を解決することにより院内相互連携を深める。(診療報酬改定、厚生労働省)

(提言) 周産期医療に関わる医師・助産師・看護師の業務範囲の見直し、研修の充実により協働体制(スキルミックス)の促進を行うことで、高度な周産期医療機関における人材確保を実現する。

産科医が助産師に対して研修を行う際のインセンティブなども考慮したうえで、高度周産期医療拠点において、分娩時における胎児心拍数モニタリングを基に協働管理を行うこと、各分娩施設における教育の充実、医療団体や地方自治体などの講習会などを積極的に行い、医師・助産師・看護師の3職種の相互連携を図る。(省令、補助金、厚生労働省、各都道府県)

(提言) 国立大学病院運営費交付金および私学助成金等の抜本的拡充を行うことで、地域医療の活性化と優秀な医師の育成を実現する。

「医療計画について」⁵⁹において「医療計画の推進を図るに当たっては、大学における医学又は歯学に関する教育又は研究に支障を来さないよう十分配慮すること。なお、同項の「当該病院の医療業務」には、大学附属病院における当該大学の教育又は研究が含まれること」と記されているところである。

そこで、以下について進めていくこととする。

- ①2004年以来、毎年15%ずつ削減され続けてきた国立大学病院運営費交付金⁶⁰およ

⁵⁸たとえば、「陣痛発来後の健診未受診の妊婦を受入、結果的に正常産となり、その費用が未収となった場合」、医療機関側は(保険診療の場合は7割を確保できることが多いが)全額が未収となってしまう。

⁵⁹ 2007年7月20日医政発第0720003号、各都道府県知事あて厚生労働省医政局長通知

⁶⁰ 2004年度584億円、2005年度499億円(-14.55%)、2006年度予算額425億円(-14.83%)、2007年度予算額367億円(-13.65%)、2008年度予算額309億円(-15.80%)。

び私学助成金等の抜本的な拡充を行う。(補助金、文部科学省、厚生労働省、総務省、各都道府県)

②地域の周産期医療の充実に対して協力的な大学病院に対しては、国公立を問わず、別途、実績に応じてインセンティブを付与する。(補助金、文部科学省、厚生労働省、総務省、各都道府県)

(提言) 産科に限らない無過失補償制度の創設もふくめた多角的検討を行うことで、ハイリスク診療科における医師不足や萎縮医療を早急な改善を実現する。

来年度から始まる産科医療補償制度⁶¹では、補償対象となる疾病が限られており(脳性麻痺)、母体死亡はその対象でないなど疑問点が多い。

また対象となる脳性麻痺の有病率から計算すると、これに必要な補償額は年間 150 億円程度であると予想され、年間保険料収入が 300 億円以上になることを考えると 100 億円以上の余剰金をどうするのかなど、制度の運営方法は非常に不明朗である。

よって、ハイリスク診療科における医師不足や萎縮医療を早急に改善するために、母体も含めた、産科はもとより全診療科目での無過失補償制度を公的に創設することも含めた多角的検討を行い、国民的議論を喚起する。(厚生労働省)

(提言) 専門性・信頼性・中立性を担保した妊産婦死亡の評価システムを構築することで、ハイリスク診療科における医師不足や萎縮医療を早急な改善を実現する。

2006年2月、福島県立大野病院において産婦人科医師が業務上過失致死罪および医師法(異状死届出義務)違反のため逮捕され、帝王切開術の手技という医療行為が刑事裁判の対象として裁かれたこの事件は、医療界のみでなく国民の大きな関心を引き、ハイリスク診療科における医師不足や萎縮医療を招いた。

現在、厚生労働省において「医療安全調査委員会(仮称)」法案が現在検討され、診療行為に関連した死因究明等の在り方に関する検討会の第三次試案・大綱案が提出されているところであるが、その案が実現してしまった場合、医療現場の更なる悪化が予想される。

よって、周産期医療現場に更なる萎縮をもたらす虞のある上記案を是正し、民主党が現在検討をすすめている案に大きく転換した上で、「いかに透明性を担保するか」と

⁶¹ 民主党は患者およびその家族の早期救済、萎縮医療の解決を目的として「産科に限らない無過失補償制度」を検討中である。

いう点に着目した、専門性・信頼性・中立性を担保した妊産婦死亡の評価システムを構築する。(厚生労働省)

(提言) 周産期医療および妊産婦医療における患者の登録を行い、実態を把握すること⁶²で、疾患発生の抑止を実現する。

病と闘うにはその全体像を知ることが先決となる。日本において、周産期医療や妊産婦医療がどのように必要とされているのかについて、まずは実態を正確に把握しなければならない。そのためにも患者登録は不可欠である。

個人情報保護をしながら、得られたデータを活用し、疾患と正面から向き合い、その克服を目指す。

また、妊産婦死亡例において、病態と死との関連を考案し、正確な死因を究明するためには、解剖検査(剖検)が必須である。しかし、わが国において、妊産婦死亡という稀で比較的特殊な領域において、必ずしも全ての病理医および法医が十分な知識を持ち合わせているとは限らない。

そこで、日本産科婦人学会、日本産婦人科医会、日本病理学会および日本法医学会と協調して、妊産婦死亡に対する剖検率を上げるとともに、さまざまな妊産婦死亡事例の原因に関するデータを集積し、妊産婦死亡の減少につなげる⁶³。たとえば、母子手帳制度の電子化等などの機能強化をはかることとあわせ、死亡診断書に妊娠チェック欄⁶⁴を設け、レコードリンケージ法⁶⁵も導入する。(省令、補助金、厚生労働省)

⁶² なお、現場の医師にさらなる負担を課すことがないように、制度設計を行う際には十分に留意する必要があることを付言する。

⁶³ ただし、例えば仮に AVM (脳動静脈奇形) が妊産婦の脳出血を起こす大きな原因だと判明したとしても、妊婦検診に脳 MRI 検査を導入することは胎児や母体へのリスクや費用などを考慮すると現実的ではなく、妊産婦死亡事例のデータを今後どう生かしていくのが検討課題である。

⁶⁴ 記載例：

女性死亡の場合

死亡前 1 年間妊娠なし 死亡前 42 日間に妊娠

死亡前 43 日～1 年間に妊娠 死亡時妊娠 死亡前 1 年間妊娠かどうか不明

⁶⁵ レコードリンケージ法とは、妊産婦死亡統計の補助手段として、アメリカをはじめとした先進諸国で普及している手法である。この方法は、妊孕性を持つ年代の女性の死亡(一般に 10～49 歳)と、その死亡からさか上って 1 年間の出生届または死産届との間で、名前や生年月日などの項目をリンクした上で抽出し、その後さらに同一人物であるか否か、また妊産婦死亡か否かを決定する方法である。

(提言) 医療計画の策定のありかたの抜本的見直しを行うことで、充実した周産期医療体制を実現する。

都道府県は単に厚生労働省からの指示を待つのではなく、自ら主体的に地域の実情に応じた医療計画を策定し、それを実施すべきである。

「医療計画」の根拠となっている「医療法」には「都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画（以下「医療計画」という。）を定めるものとする」との記述がある。その中には、当然、周産期医療の確保に必要な事業（救急医療等確保事業）に関する事項も含まれる。かつ、「医療連携体制の構築の内容が、医療提供施設及び居宅等において提供される保健医療サービスと福祉サービスとの連携を含むものであること」「医療連携体制が、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者、介護保険法に規定する介護サービス事業者、住民その他の地域の関係者による協議を経て構築されること」も定められている。また、「都道府県は、医療計画を作成するに当たって、当該都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし必要があると認めるときは、関係都道府県と連絡調整を行うものとする」とも定められている⁶⁶。

例えば、前出の「医療計画について」において、「4 疾病及び5 事業に係る医療連携体制の構築など事業の内容によっては、より広域的な対応が求められることから、都道府県内における自己完結にこだわることなく、当該都道府県の境界周辺の地域における医療を確保するために、必要に応じて隣接県等との連携を図ることが求められたものである」との記述がある。これは、民主党周産期医療再建 WT が提言として列挙したもののひとつである（「(提言) 周産期情報システムおよび搬送先照会システムの改善を行うこと－(ウ) 周産期情報システムの広域化」にも記されている通りである。

上記のことからも明らかな通り、民主党周産期医療再建 WT が提言として列挙したものの多くは、現行の「医療法」及び「医療計画」制度のもとで、十分に実現できるものである。厚生労働省、都道府県はすみやかに適切な対応をとるとともに、その実現に十分な予算を確保すべきである。（医療計画、厚生労働省、各都道府県）

⁶⁶ 「医療法施行規則の一部を改正する省令」（2007年3月30日厚生労働省令39）、「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」2007年3月30日医政発第0330010号、各都道府県知事あて厚生労働省医政局長通知、「医療提供体制の確保に関する基本方針」（2007年3月30日厚生労働省告示第70号）、「医療計画について」（2007年7月20日医政発第0720003号、各都道府県知事あて厚生労働省医政局長通知）、「疾病又は事業ごとの医療体制について」2007年7月20日医政発第0720001号、各都道府県衛生主管部（局）長あて厚生労働省医政局指導課長通知）などは「医療法」に基づいたものである。

提言実施に伴い必要となる主な予算額

1. NICU を 2000 床から 3000 床に増床（第一段階は 500 床増床）（150 億円）

NICU 一床あたり年間費用 3000 万円（≒1 日 8000 点×365 日）×500 床=150 億円（診療報酬改定、補助金）

2. 出産一時金 35 万に加え、出産 1 人当たり 20 万円の出産助成金を交付（2000 億円）

20 万円×100 万分娩=2000 億円（国庫）

3. 都道府県の責任で周産期情報システムおよび搬送先照会システムの改善のための人的体制整備（5 億円）

1000 万円×50 人=5 億円（補助金）

4. 周産期母子医療センターのもつ機能の明確化・再分類・整備拡充（12 億円）

N 型の基準は、総合周産期母子医療センターに対する現在の行政からの補助金による（総合周産期に 1 カ所につき MFICU12 床以上の運営の場合 69499000 円、12 未満の場合 5791000 円を 1 床あたり減額することとなっている。事業期間が 1 年未満の場合には、月数で割る。補助率は、国 3 分 1、都道府県 3 分の 1）。最終的に各都道府県でどのように地域連携を組むかによって変わってくるが、施設数試算としては、以下のとおりである。

MN=総合周産期母子医療センターand 救急救命センター施設 52 施設

N =総合周産期母子医療センターwithout 救急救命センター 23 施設

M1=地域周産期母子医療センターand 救急救命センター74 施設

M2=周産期母子医療センターと救命救急センターが両方ある病院のない県（群馬県、徳島県）の救急救命センター4 病院

以上に加え、周産期母子医療センターが指定されていない県（山形県、佐賀県）の救急救命センター4 病院がある。

既に補助金をもらっている総合周産期母子医療センターは、MN 型に相当する施設が 20%増となる。これまで国からの補助金は全く出していない地域周産期母子医療センターについては年間 4000 万円とし（大体 80%に相当）、M2 施設には 2000 万円ずつとして試算すると追加の補助金は 3,559,512,800 円となる。しかし、国の負担分は 3 分の 1 であるため、おおむね、12 億円程度となる。

5. NICU 後方支援病床の拡充（診療報酬改正 162 億円）

これは診療報酬改正に基づくもので、補助金の支出はない。

超重症児はNICUでは年間多くて300人くらいである。仮にPICUも同数と仮定し、入院期間が平均2年とすると必要病床数は1200床になる。

4対1看護を実現するためのHCU加算は1日3700点であり、これに365と1200をかけると全部で162億円になる。

これで、それだけの病院が看護師を必要数確保できるという仮定にもとづけば、重症心身障害児施設待機児童がNICUと在宅の狭間で、切り捨てられ、不安な状態になることを防止するとともに、NICU不足問題の相当部分を永遠に解決できる。

6. 医療機関を通じたインセンティブを確保（100億円）

- ・ 周産期医療にかかわる医師を5000人と仮定した場合、一人当たり100万円の収入増で50億円
- ・ 低体重児出生数約10万件×一件5万円のインセンティブ＝50億円

7. 国立大学病院運営費交付金および私学助成金等の抜本的拡充（280億円+α）

- ・ 国立大学病院運営費交付金を2004年の水準に戻す 280億円
- ・ 私学助成金の拡充 私立大学病院〇〇件×〇〇円＝〇〇億円

8. 周産期医療に関わる医師・助産師・看護師の協働体制（スキルミックス）を促進（7億500万円）

総合周産期母子医療センター75か所×1000万円＝7億5000万円（研修費および諸手当）

9. 産科に限らない無過失補償制度⁶⁷の創設に伴う公費負担（500億円 ※検討中）

1000億円－491億円≒500億円程度⁶⁸

10. 専門性・信頼性・中立性を担保した妊産婦死亡の評価システムを構築し、妊産婦死亡に対する正確な死因究明を確立（2億円）

- ・ 1件100万円⁶⁹×妊産婦死亡年間50件＝5000万円
- ・ 登録・データ整備で1億5000万円

⁶⁷ 厚生労働省医政局総務課医療安全推進室の試算によれば、事故届出システムにおいてへ2007年に273病院（14万4736床）から142件の届け出があったことから、無過失補償制度の年間利用件数は、2000件程度と予測されている。

⁶⁸ 医療訴訟における敗訴確定金額を1000億円と仮定すれば、そこから491億円を引いたものが、公費負担分とする。なお、491億円というのは、平成16年換算で医療費の患者負担分の約1%にあたる。

⁶⁹ 医療事故モデル事業で大体1件100万円。

1 1 . 医療計画のありかたの抜本的見直し (15 億円)

3000 万円×47 都道府県≒15 億円