

周産期の母体搬送

弁護士 井上 博隆

1、母体搬送1)

(1) 母体搬送とは、妊娠中や分娩時に母体、胎児の状態が悪化したり、悪化することが予測される場合、母児の安全を図るために母体を高次医療機関に搬送したり、分娩後に母体の産褥経過が不良の場合に高次医療機関に搬送し、集中的な管理を行う方法である。

「周産期」(世界保健機関の「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」の定義で、妊娠満22週から生後満7日未満までの期間をいう)は、合併症妊娠や分娩時の新生児仮死など、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がある。これは、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、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、分娩前からの胎児の状態の評価及び管理を行い、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新生児搬送、②分娩立会、③母体(母胎)搬送があるが、

③母体搬送は最も適切な時期に分娩させ、分娩時から児の管理ができ、輸送中の児の悪化のおそれもないため望ましい。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。

(2) 昭和50年～同59年に新生児搬送・分娩立会が行われ、昭和60年～平成7年には、全国的にNICU(新生児集中治療管理室)に収容される超低出生体重児等の重症児の多くは母体搬送されるようになった。初期は重症例の出生前の緊急母体搬送であったが、地域の病院施設と周産期センターの連携が密になるに従い、ハイリスク妊婦や多胎妊婦が紹介により非緊急で来院して分娩する例が増加してきた。

しかし、母体搬送が多くなったことから、高次の医療機関がこれに応じることができない例も増えてきたため、厚生省は、平成8年、周産期医療整備事業を開始した。この事業では、総合周産期母子医療センターを、原則として都道府県に1か所、地域周産期母子医療センターを総合周産期母子医療センター1か所に対し数か所の割合で整備するものとされている。

総合周産期母子医療センターは、相当規模の母体・胎児集中治療管理室を含む産科病棟及び新生児集中治療管理室を含む新生児病棟を備え、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、合併症妊娠、重症妊娠中毒症、切迫早産、胎児異常等母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことの

	緊急母体搬送	非緊急ハイリスク母体搬送
胎児適応	1、児の未熟性によるもの 切迫早産、PROM など 2、胎児仮死 (現在は、Non-reassuring fetal status) 3、子宮内感染症 (絨毛羊膜炎) 4、臍帯下垂・脱出 5、その他	1、多胎妊娠 2、子宮内胎児発育遅延 (IUGR) 3、胎児奇形および付属物の異常 4、胎児水腫 5、血液型不適合妊娠 6、その他
母児適応	1、妊娠中毒症 (現在は、妊娠高血圧症候群) 2、常位胎盤早期剥離 3、その他	1、前置胎盤 2、糖尿病合併妊娠 3、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 4、その他
母体救命	1、産科出血 常位胎盤早期剥離、子宮破裂、弛緩出血、頸管裂傷、前置胎盤など 2、DIC、羊水塞栓、死胎児稽留症候群など 3、ショック 4、その他	

できる医療施設をいうとされている。

また、地域周産期母子医療センターは、産科及び小児科(新生児診療を担当するもの)等を備え、周産期に係る高度な医療行為を行うことができる医療施設をいうとされている。

各都道府県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の整備状況は、社団法人日本産科婦人科医会のホームページに掲載されている。平成20年4月現在、山形県、奈良県、佐賀県は未だ整備されていないようである。2) また、整備されている所でも規模、内容などに差があるようである。

京都府では、京都第一赤十字病院を総合周産期母子医療センターとし、国の地域周産期母子医療センターに相当するものとしてサブセンター2病院と周産期医療二次病院16病院を指定し、一次医療機関から総合周産期母子医療センターに搬送先を問い合わせ、センターが周産期医療情報システムで一元化した空床情報を元に症状に応じた受入病院を指示し、搬送することになっている。

1) 参考文献：

- ・「特集 母体搬送」周産期医学36巻12号1481頁以下東京医学社2006年
- ・小川雄之亮他「新生児学第2版」34頁以下、339頁以下(株)メディカ出版2000年
- ・厚生省平成8年5月10日児発第488号(周産期医療対策整備事業の実施について)、厚生労働省平成17年8月23日雇児発第0823001号、一部改正平成18年10月11日同1011007号(母子保健医療対策等総合支援事業の実施について)

2) <http://www.jaog.or.jp/japanese/jigyo/JYOSEL/center.htm>

2、母体搬送基準

母体搬送には、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)に分類される。

平成11年1月、社団法人日本母性保護産婦人科学会は、一次医療機関から高次医療機関(周産期センターなど)への母体搬送の適応疾患(母体搬送及び紹介基準)とそのタイミング・留意点をまとめた。これは、「日母の資料(研修ノート、医療事故防止のために、など)、日母茨城支部作成の母体搬送マニュアル及び日産婦学会その他の学会の見解及び指針を参考とし、一般的、広域的な視点でまとめたものである」とされている。3)4)

母体搬送及び紹介基準は下表の通りである。

従って、妊娠中・分娩時から胎児適応・母児適応の症状が予測される場合は、それに対応した設備・人材などの整った高次の医療機関に母体搬送されることが望まれる。

- 3) 社団法人日本母性保護産婦人科学会「母体搬送のタイミング」2頁平成11年1月
- 4) 前掲注1)「特集 母体搬送」36巻12号1485頁以下及び1531頁以下は、注3)の基準を引用して、更に詳細に母体搬送の適応やタイミングなどについて解説している。

3、母体搬送義務

(1) 転送義務と母体搬送義務

結果回避義務としての転送義務について、最近では、「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し、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。5)とするなど転送義務と転医説明義務を含めて転医義務、転送義務等といっている。6)

これにより、「患者は、最初に診療を求めた医師(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ことになる。7)

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費担当規則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。

(2) 母体搬送義務が認められる要件

転送義務が認められる要件は、一般に①患者の疾患について、自己の医療機関においては人的・物的設備態勢、対応能力等から検査・診療することが困難なこと、②患者の疾患に対してより適切な検査・診療方法が存在し、患者の疾患が当該検査・診療方法の適応状況にあり、それが医療水準上は認められること、③患者の状態や地理的環境的要因等により適切な転送先が存在すること、とされている。8)

従って、母体搬送についても、これらの要件が

満たされるときは、母体搬送義務を怠ったということになる。

- 5) 松並重雄「最判平成15年11月11日民集57巻10号1466頁の解説」最高裁判所判例解説民事篇平成15年度629頁
- 6) 三浦潤「転医義務(1)」裁判実務大系第17巻医療過誤訴訟法213頁(株)青林書院1990年、小林昭彦「医師の転医指示義務」現代民事裁判の課題9巻新日本法規出版(株)318頁平成3年、山之内紀之「転医勧告義務」民事弁護と裁判実務⑥損害賠償Ⅱ(医療事件・製造物責任)235頁(株)ぎょうせい1996年、平沼高明「転医させる義務」現代裁判法大系7巻(医療過誤)146頁新日本法規出版(株)平成10年。なお、小山他編「専門訴訟体系第1巻医療訴訟」27頁(株)青林書院2007年は、患者の自己決定権に基づく転医説明義務を「転医勧告義務」としている。
- 7) 前掲注5)松並630頁
- 8) 西野喜一「説明義務、転医の勧奨、患者の承諾、自己決定権」判タ686号85頁平成1年、松山恒昭「転医義務(2)」裁判実務大系第17巻医療過誤訴訟法225頁(株)青林書院1990年、前掲注6)小林328頁、前掲注6)山之内237頁、前掲注6)平沼152頁

4. 母体搬送義務違反が争点となった最近の裁判例

平成13年(事故日は同3年9月)以降同20年7月31日までの公開された裁判例で母体搬送義務が争点となった裁判例は、以下の通りである。

(1) 非緊急母体搬送義務が争点となった事例

ア、判決[1](後記判決一覧表、以下同じ)：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

判決は、①IUGR 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が、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態勢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態勢であったこと、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て、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を理由として、母体搬送義務違反を認めた。

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。

同様に、発達予後が比較的良好とされる非対称性IUGRで胎児の心拍停止後緊急母体搬送されたが、胎児が死亡した事例で、IUGRを予見できたのにこれを見落としIUGRの検査・治療を怠ったとして産科医院(岡山市内のような)の責任を認めた判決[2]がある。この事例も、医院の地域の周産期システムの状況によっては、判決[1]のように母体搬送義務違反も争点となったのではないかと考えられる。判決[2]では経母体的治療は有用とされているが、今日これは「一般的には有用性が否定されている。したがって、胎児well-beingをフォローアップし、できるだけ適切なタイミングで娩出することが重要である。」とされている。9)今後、判決[1]の判断が重要視されるものと考えられる。

イ、判決[3]：品胎(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

判決は、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り、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・勧告するべき義務があったとし、また、出産後も、医師が1名で小児科医もいなかったため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。

ウ、この他、前置胎盤で入院後帝王切開で31週4日、出生体重1,716gで出産し未熟児室に搬送されたが呼吸不全があり脳性麻痺となった事例で、判決[4]は、前置胎盤の場合、大量出血し

たときは直ちに帝王切開による娩出を要するところ、少量出血しか見られないのに、日曜日に大量出血した場合には病院の体制から緊急手術に対応しにくいと考え、帝王切開をし、肺機能や脳室周囲血管の未熟なまま娩出させた過失等があると判断した。この事例でできるだけ成熟をまって帝王切開したが大量出血による事故が発生した場合等は、母体搬送義務が争点になると考えられる(判決によるとこの病院は地域の基幹的医療施設ではあったが、現在、総合、地域いずれの周産期母子医療センターでもないようである)。

エ、判決[1][3]ともに前記母体搬送基準の胎児適応・非緊急ハイリスク母体搬送に該当するものであり、どちらも物的設備・態勢と人的態勢が整っていないとされた事例である。判決[4]は前記母体搬送基準の母児適応・非緊急ハイリスク母体搬送に該当するものであり人的態勢に問題があった事例である。判決[1][2]のIUGRの場合、well-beingを評価して異常がある場合は直ちに母体搬送を行うとされている¹⁰⁾。しかし、判決[1]は、この評価ができない医療機関はこの評価できる医療機関に搬送すべきであるとしており、その意味でより早い搬送時期を求めている。

- 9) 日本産科婦人科学会・日本産科婦人科学会編産婦人科診療ガイドライン産科編2008・88頁平成20年
10) 砂川空広他「胎児奇形、胎児発育異常」前掲注1)「特集 母体搬送」1562頁

(2)緊急母体搬送義務(胎児適応・母児適応)が争点となった事例

ア、判決[5]：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

判決は、外回転術は熟練した医師が行うこと等が条件となとした上、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から、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。

イ、判決[6]：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

判決は、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おり、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り、当時被告病院では母体搬送態勢の充実に努め、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。

ウ、この他、手術適応のない子宮頸管縫縮術が行われ子宮内感染による発熱などが起こったことから母体搬送を行い帝王切開後分娩したが、児は脳性麻痺、母は子宮壊死を起こし子宮全摘出された事例で、判決[7]は、児の脳性麻痺についてより早期の母体搬送義務があったという主張に対し、子宮頸管縫縮術の実施による過失とこれによる子宮内感染を認めて、脳性麻痺・子宮摘出という結果に対する責任を認め、早期の母体搬送の主張に対する判断をしていない。この件は、胎児適応の緊急母体搬送に該当し、手術適応の子宮頸管縫縮術がなされた場合などは、裁判所の判断を要する争点となりうることが考えられる。

エ、また、臍帯脱出を起こし吸引分娩で娩出したが、新生児仮死であったため新生児搬送したが死亡した事例で、判決[8]は、臍帯脱出約20分乃至25分前の看護師の胎児仮死と診断できる遷延一過性徐脈の見落とし及び出生直後の蘇生処置義務違反と大阪府内の新生児診療相互援助システムによる新生児搬送義務違反を認めた。

胎児仮死と臍帯脱出は胎児適応・緊急母体搬送基準に該当するが、高度徐脈の持続等の搬送する時間的余裕のない胎児仮死の場合や臍帯脱出の場合は一次施設で新生児搬送が望まれるとされている。¹¹⁾本件はこれに当たることが考えられる。ただ、「一次施設での娩出をする場合でもNICUへの搬送依頼と早期娩出が望まれる」とされ、また、「時間的余裕のあるときで、低

出生体重児の分娩または新生児仮死が予想される場合、母体搬送が望ましい」とされている。11)。更に「臍帯下垂で胎児心拍数に異常のある場合、臍帯脱出となることが差し迫っている場合は母体搬送の適応となる」としている。12)このような事情のある場合は母体搬送が争点となりうる。

オ、判決[5][6]いずれも、前記母体搬送基準の母児適応・緊急母体搬送に該当する常位胎盤早期剥離の事例であるが、母体搬送の前提となる、常位胎盤早期剥離の認識を欠いていた事例である。

判決[5]の外回転術について「操作前後の胎児心拍モニター実施に加え、緊急帝王切開が可能な施設であること、早期に外回転を実施する場合には、もし出産となった場合でも自施設でその児の管理が可能であることを確認する。」とされている。13)このような医療機関でない医療機関が外回転術を行った場合は母体搬送が争点となりうる。

カ、従前にも、緊急母体搬送義務(胎児適応・母児適応)が争点となった事例があり、東京地判平成4年5月26日判タ798号230頁(事故日昭和63年)が重症妊娠中毒症による脳出血で死亡した事例で搬送義務を認めている。また、名古屋高判平成4年11月26日判時1474号79頁(事故日昭和52年)は遷延分娩の事例で帝王切開術を施行する態勢になかった医院はできるだけ早期に手術決定の判断を下し、転送する義務があるとしている。

- 11) 注3)母体搬送のタイミング5頁
 12) 前掲注4)「特集 母体搬送」1488頁
 13) 前掲注9)産婦人科診療ガイドライン産科編108頁

(3)緊急母体搬送義務(母体救命)を認めた事例

ア、母体搬送が争点となったものは7判決(6事例)ある。①判決[9]、②判決[10]、③判決[11]、④判決[12]、⑤判決[13]、⑥判決[14]・判決[15]である。このうち、3判決(判決[12][13][15])が母体搬送義務を認めている。

②以外の5事例は産科出血に関するものであり、その詳細は紙数の関係で省略する。②は軽度妊娠中毒症に対する適切な治療が行われていたところ、硬直性痙攣があったため帝王切開を受け分娩したが、自発呼吸が停止し検査の結果

妊娠中毒症によって起こる子癇による脳出血で死亡した事例である。

イ、産科出血は、従前から争点とされ、転送義務が議論されてきた(浦和地判昭和57年3月12日判タ469号230頁(事故日昭和51年)、大阪地判昭和57年12月24日判時1079号71頁(事故日昭和53年)、大阪地判昭和62年5月8日判時1280号106頁(昭和52年)等、都築民枝「産婦人科(1)産婦の出血死」裁判実務体系第17巻医療過誤訴訟法(株)青林書院1990年等)。①乃至⑥についても、いずれも搬送時期が問題となったものであり、その意味では、従前の裁判例と異なるところはない。

ウ、搬送したことの是非が争点となった裁判例

判決[16]は、胎児死亡で分娩後出血傾向が続いたため搬送したが出血性ショックで死亡した事例で、原告は、搬送せずに病院で治療してMAP(赤血球濃厚液)を行うべきであったと主張したが、出血の原因は弛緩出血でなく羊水塞栓等に基づくDICでありDICの治療にMAP投与は直接的に必要ではなく、また、被告病院では検査室の業務が終了していたからDICの治療に必要な凝固系・線溶系の検査を行うことが困難であり、FFP等の血液製剤も保有しておらず、DICに対する治療が可能な病院に搬送したことは妥当であり、適切な時期に搬送したものと認められると判断した。転送したことの過失が争点となった事例は、前記昭和57年浦和地判があり、同様の結論である。

判決一覧表

- [1] 横浜地判平成18年1月25日TKC文献番号28110460(事故日平成6年)
 [2] 東京地判平成14年2月25日TKC文献番号28071490(同平成11年)
 [3] 新潟地裁長岡支部判平成14年7月17日TKC文献番号28072936(同平成7年)
 [4] 大阪高判平成17年9月13日判時1917号51頁(同平成4年)
 [5] 横浜地判平成13年4月26日判タ1123号221頁(同平成10年)
 [6] 東京地判平成14年12月18日判タ1182号295頁(同平成10年)
 [7] 広島地判平成16年12月21日TKC文献番号28100640(同平成10年)
 [8] 大阪地判平成18年7月14日TKC文献番号28111580(同平成14年)

- [9]水戸地裁土浦支部判平成13年11月20日判タ1185号282頁(同平成6年)
- [10]福岡地判平成14年11月11日判タ1208号270頁(同平成8年)
- [11]甲府地判平成16年1月20日判時1848号119頁(同平成9年)
- [12]名古屋地判平成18年9月14日TKC文献番号28112502(同平成12年)
- [13]東京地判平成15年10月9日TKC文献番号28091723(同平成13年)
- [14]東京地判平成17年9月30日TKC文献番号28102085(同平成14年)
- [15]東京高判平成19年3月27日判タ1250号266頁([14]の控訴審判決)
- [16]東京地判平成17年6月10日TKC文献番号28101324(同平成14年)

(4)母体搬送の方法

搬送させる場合、「患者の今までの容態、診療経過等を説明し、転医先に求める医療行為の内容等を告知し、さらに患者が転送先まで安全に到達しうよう適切な措置(必要に応じ医師、看護師の同行等も考慮)を取ることが医師に求められる注意義務」とされている。14) 前記平成4年名古屋高判や横浜地判昭和61年5月8日判時1218号104号もこれを認めている。

前掲注3)の「母体搬送のタイミング」では、母体搬送時の留意点として「救急車を利用し、医師または助産婦、看護婦が付き添う(医師が望ましい)」「母児のバイタルサインのチェック」等を上げ、また「最低限必要な情報をまとめたも」であるとして「母体搬送救急診療情報提供書」を記載し、これに記載して携行することが望ましいとしている。京都府の場合も同様の「母体搬送情報提供書」の様式が定められている。

14) 前掲注8)松山237頁。

5、今後の母体搬送について

- (1) 前掲注3)の「母体搬送のタイミング」は、「一般の医療水準を示すものではない。」としている。しかし、これからほぼ10年近く経過し、前記の通り、厚生労働省の周産期医療整備事業も大多数の都道府県で一応整い、周産期医療事故がマスコミで騒がれることが多くなった今日、その作成経緯も考えると、前記母体搬送・紹介基準とそのタイミングは医療水準であると考えられるのではないかと

考えられる。現に、前記母体搬送義務を認めた裁判例も、この基準にも合致していると考えられる。

- (2) 裁判例で考えると、前記の通り、緊急母体搬送義務が認められた事例は、従前からあったが、非緊急母体搬送義務が認められた事例は、近年になってからである。従前は母体搬送義務や新生児搬送義務が争点となると、特に大都市部以外においては必ずといってよほど搬送先の確保の困難さが主張された。15)母体搬送義務が認められた事例は、判決[1]や判決[6]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ると考えられる。今後、周産期医療整備事業が充実されるに従い、緊急母体搬送(母体救命)だけではなく、緊急母体搬送(胎児適応・母児適応)や非緊急母体搬送が争点となる事例が増えるのではないかと考えられる。
- (3) 緊急母体搬送(胎児適応・母児適応)で搬送義務を認めた判決[5][6]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。
- (4) 前記の通り、今日では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きている。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。
- (5) 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、適切に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。
- (6) 周産期医療整備事業では、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、これらの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。
- (7) 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、前掲注15)のような不幸な転帰になることのないよう、より安全な周産期医療が

行われることが望まれる。

- 15) 公刊物非搭載の京都地判平成18年6月28日(事故日平成9年)は、京都府の周産期医療システムが決定される直前に、一絨性二羊膜双胎で、在胎週数27週6日1212gで出産し脳性麻痺となった事例で、判決は、NICUを有する病院で母胎管理することが望ましかったが、京都府北部ではNICUを有する病院が存在しなかったこと、当時被告病院でこのような児を受け入れていたことなどから母体搬送義務を否定した。また、松山地判平成7年1月18日判夕881号238頁(事故日昭和58年)は愛媛県での受入先の少なさを理由に新生児搬送義務を否定している。