

第2回 「産科医療補償制度運営組織準備委員会」 会議録

日時：平成19年4月11日（水）午後4時30分～7時21分

場所：山の上ホテル1階 銀河の間

財団法人日本医療機能評価機構

## 1. 開会

○事務局 それでは、定刻になりましたので、これから開始前に資料の確認をさせていただきたいと思います。

まず、お手元の資料でございますが、資料の1、2、3となっております。

資料の1につきましては、本日のヒアリングの関係の資料ということで1～3になってございます。それから資料2、資料3というような順番になってございます。

それから、委員の皆様方のみで恐縮でございますが、本日、持ち込みの資料ということでございまして、緑色の冊子でございますけれども、『助産所業務ガイドライン』という冊子、それから重症心身障害児（者）を守る会のパンフレット。

以上でございます。落丁等ございませんでしょうか。

本日は、お手元の出席一覧のとおりでございまして、21名全委員の皆様方の出席をいただいております。どうもありがとうございます。

また、ご多忙のなか、厚生労働省のほうからも保険局総務課の唐澤課長様並びに医政局岡本参事官、医政局総務課佐原医療安全推進室長にオブザーバーとしても参加いただいております。

それでは、議事進行を委員長にお願い申し上げます。

## 2. 議事

○近藤委員長 それでは、議事に入ります。

きょうは、高久先生、それから野田先生、まだおいでになっておりませんが、全員出席だということで、ありがとうございます。

本日の議事でございますけれども、お手元でございますように、委員の交替、それから2番目に患者家族並びに医師、弁護士等からのヒアリング、それからその後、意見交換をしていただきまして、今後の作業の進め方についてもお願いをしたいと思います。

### (1) 委員交替について

○近藤委員長 まず、委員の交替につきまして、事務局からご報告をお願いいたします。

○上田準備室長（評価機構） それでは、まず、委員の交替につきましてご報告申し上げます。

古橋委員から委員辞退のお申し出がありましたので、新たに日本助産師会専務理事の岡本様に委員のご就任をいただいたところでございます。以上でございます。

○岡本委員（日本助産師会） 日本助産師会の岡本と申します。よろしくお願いいたします。

○近藤委員長 岡本さん、よろしくお願いいたします。

それでは、議事に移りたいと思います。

この委員会で、今後、産科医療補償制度の検討を進めるにあたりまして、よりよい制度をつくりたい、こういうことで、本日は患者家族の方々並びに医療関係者等の方々から参

考人という形でヒアリングをお願いしてございます。

まず、ご発言の順にご紹介を申し上げたいと存じます。

まず、坂口朋子さんでいらっしゃいます。

2番目に、岩城節子さんでいらっしゃいます。

3番目に、我妻 堯さんでいらっしゃいます。

4番目に、加藤良夫さんでいらっしゃいます。

5番目に、石渡 勇さんでいらっしゃいます。

6番目に、山本詩子さんでいらっしゃいます。

7番目に、小西貞行さんでいらっしゃいます。

参考人の方々にはまことに恐縮ですが、各自 10 分程度でご発言をお願いしたいと思います。

では、まず、坂口朋子さんからお願いします。

## (2) 患者家族並びに医師、弁護士等からのヒアリング

○坂口朋子氏（患者家族） 坂口朋子と申します。申し訳ありませんが、座ってお話をさせていただきます。

神奈川県からまいりました坂口朋子と申します。こちらにおりますのが娘です。生まれるときの低酸素状態が原因で、重い障害が残りまして、24 時間の介護が必要になりました。きょうも親から離して留守番をさせることができませんので、連れてまいりました。本人も関係することでもあり、聞かせてやりたいと存じます。時々、思わず声が出るがありますけれども、どうぞご容赦ください。

まず、10 年前のことになりますけれども、娘が生まれたときのことをお話したいと思えます。でも、それを詳しくお話していますと、本日の目的にかないませんので、それは簡単に申し上げます。

私が娘を出産した病院はその地域の中核的な存在の総合病院でしたが、常勤の産科医は一人しかおらず、そのお一人で毎日の外来、分娩を担当していました。助産師はいましたけれども、分娩は担当せず、母親学級や新生児の世話をしていたようです。

分娩中の私には、取扱説明書で決められた以上の量と速度で陣痛促進剤が投与され、その結果、分娩第 2 期には強い陣痛が休みなく続く過強陣痛が起こっていました。

分娩室には私と主人だけで、コールを押すとやってきて内診をした看護師には、その危険性がわからず、さらに私には途中から分娩監視装置もつけられていなかったのです。そのような状況で低酸素状態が長く続いたため、娘は胎児仮死になり、胎便吸引症候群を起こし、Apgar score が 5 分後も 2 点という重症の新生児仮死で生まれ、幸い命は取りとめたものの、食事を飲み込むこともできない、体を動かすこともできない、寝たきりの脳性麻痺になってしまいました。

もし、その当時、この賠償制度があつたら、きっと私は対象者として検討されたのではないかと思います。その私が、この制度ができることをこれからの人のために喜んでいい

はずなのに、本当に意図する目的を果たせるのか心配になるのです。

今、思えば、娘を取り上げたあの産科医にも気の毒な面があると思うことがあります。娘が脳性麻痺になってしまった原因は、産科医療の現状や病院の体制にもあるのではないかと。勤務医個人ではどうにもならない問題をそのまま、何か起こったときは補償制度があるからと、産科医は安心できるでしょうか。私はそうは思えないのです。出産の際に過失があり子どもが脳性麻痺になったのではと思ったら、たとえ金銭的な補償が受けられても、親は決して納得はしません。その原因や責任がはっきりして、それが医療の改善につながらなければ、あきらめがつかないのです。私も、私のせいで娘の人生を変えてしまったと苦しみ抜いた後に、現在のように家族で前向きに生きることができるようになったのは、1通の鑑定書のおかげでした。その鑑定書は、病院、医師の過失を認めるものでした。私はそれを何百回読んだかわかりません。そして、やっと起こったことを受け入れることができるようになったのです。

この補償制度の対象となる人は金銭的補償だけに満足はしないし、その意味で紛争は減らないのではないのでしょうか。どうぞ原因の究明やそれを改善につなげる仕組みをしっかりとつくってください。制度の枠組みに書いてあるように、産科医不足に歯どめをかけたのなら、何か起こったときのためだけの補償制度でなく、安全なお産に見合うような財政的な基盤をつくり、助産師を活用し、産科医の勤務環境を改善するためにも機能する制度にしてください。

もう1点、在宅で脳性麻痺の子どもを療育する親の立場で申し上げます。ここに持ってまいりましたこれが、娘の在宅医療のために1日に必要な医療品です。ものを飲み込むことができませんので、鼻から胃までこのチューブを通して流動食を注入します。その注入食を入れる入れ物がこれです。これを1日に5回行います。1回に1時間から1時間半、1日に7～8時間は見守りが必要になります。これは1つ500円、こちらの携帯用が450円です。その注入の度に、この注射器で、ちゃんと胃までチューブが留置されているかどうかをこの注射器で確認します。注入が終わった後には、この注射器で水を取って、チューブを洗うために水を注入します。それから、飲み込む力が弱いので、のどがゼコゼコしますから、吸引が必要になりますけれども、吸引器にこの吸引カテーテルをつけてのどから痰を取ってやります。

この医療用品に健康保険は利きません。福祉の助成もありません。すべて自費購入です。これらのメーカーの説明には、シングルユース、使い捨てと書いてありますが、経済的にとてもそんなことはできません。不安な気持ちを抱えながら消毒して、ある程度繰り返し使用しています。これ以外にも在宅介護に必要なものは、吸引器、吸入器、消毒液、紙おむつ、お尻拭き、補装具、シャワーチェア、スロープなど、病室を1部屋つくるようなものです。

また、今、娘が座っています車椅子ですが、体や障害に合わせたオーダーメイドで、1台つくるのに20万から30万かかります。それが学校と家庭の両方に必要です。また、室内用の座位保持装置がやはり両方に、さらに自家用の自家用車の座位保持装置が1台、最

低5台が必要になります。体に合わせてつくりますので、成長期の子どもだと2～3年もしないうちに使えなくなります。福祉の助成はありますけれども、新調する度に費用の1割が親の負担となります。親が24時間介護するので介護費用はかかりませんが、家庭で世話をするためには多くの出費があり、どの家庭でもやりくりが大変なのではないでしょうか。

それでも補償制度の対象になる人はまだいいのです。私が思うのは、同じような在宅介護の状況にありながら、原因が対象でないからと、何の補償もないかもしれない人たちのことです。公的な資金を導入するなら、原因は何であれ、困った不便な状況にある人を平等に助ける制度をつくってほしいのです。制度の対象になる人は制度を使わず、制度を使いたい人は制度の対象にせず、ということにならないようにお願いします。この制度により、産科医療事故のデータが収集され、分析され、産科医療がよくなりますようにお願いします。そして、日本が安心して子どもを産める国になりますようにお願いいたします。

きょうはどうもありがとうございました。

○近藤委員長 坂口さん、どうもありがとうございました。

それでは、次に、岩城さんをお願いします。

○岩城節子氏（患者家族） 全国重症心身障害児（者）を守る会からまいりました岩城でございます。

初めにちょっとお断りをさせていただきますが、このような貴重な発言の場をちょうだいいたしましたこと、心より感謝申し上げます、このことが少しでも同じ仲間の声につながればと思っております。

もう1つ、大変だらしのないことなのですが、娘が生まれましたとき、そしてその後の母子手帳、それから育児日誌、写真等が、最近引っ越ししましたために荷物のどこかに入ってしまった、それを解くことができませんでした。本日は、専門家の先生方のお席ですので、もし間違っていたり、発言に失礼がありましたら、どうぞ1人の母親の失言と思ってお許しいただきたく存じます。

それでは、まず、娘のことから紹介させていただきます。

娘は、昭和54年に強度の仮死、Apgar score 1として大変重篤で東京の大学病院で誕生いたしました。体重は2,283グラム、身長・胸囲などの測定はできておりませんでした。娘誕生の8年前に、妊娠9カ月で、第1子を体内死産しておりましたので、私ども夫婦といたしましては、大変この出産ということに言い知れぬ不安をいただいております。そのために大きな大学病院なら安心、だということ、また、1カ月前私をに家事から解放させるためにわざわざ入院をして出産に備えたのです。

病院は2人部屋で、もう1人の方が妊娠7カ月の時、前置胎盤の早産をベッドの上でしてしまったのです。それを私も目撃をしまして、私が看護婦さんにそのことを伝えまして、処置が終わるまで、室外で震えていたのを今も思い出します。

その夜に、突然、陣痛と思われる腹痛に襲われました。ちょうどその同室の方の事故その日に、あと1週間後に私自身が何としても自然分娩は怖いと、ぜひわからない間に子ど

もを産みたいということで、病院、医師と帝王切開の約束を取りました。

その時点で主人の仕事の関係で、署名捺印ができてはおりませんでした。1週間後ということで、私は安心してベッドにおりました。

同室の方の早産を見たことの恐怖感から、私にはそういう早い腹痛、陣痛が来たのではないかと思いました。それからお腹が痛み出しましてから出産まで3分から5分間隔、いわゆるおしるしと言われる症状も一切なくて、ただ私は非常に疲れきっており、それから出産まで全く一睡も夜できませんでした。その夜見てくださる看護師さんに、「私は帝王切開が一週間後にもう決まっているから、この痛みを続けなきゃいけないのだろうか。何とか先生に連絡を取ってほしい」と何度も申し上げたのですが、結局、何となくはっきりお返事のないままに、まあ、それなら大丈夫なのだろうと思われ、そして、「まだまだとても生まれませんよ」と言われながら、翌日の朝8時過ぎに出産いたしました。担がれるように分娩台へ運ばれて。

ただ、本当に睡眠も取れていませんでした。いろいろな思いが自分のなかで交錯しておりましたので、そのときの苦しさ、つらさは覚えていないんです。今でも思い出せません。ただ、非常に力が自分になかったという、力むこともなかなかできなかった、そんな思いでございました。それで、結局、娘を誕生させました。

その娘が誕生したときに一切、医師からも、それから看護師さん助産師さんからも、「生まれました」も「おめでとう」も何も言われな、もちろん性別も。しかも娘は泣かない。私も、何か自分自身に自信がなくて、これはもしかしたら困ったことになっているんじゃないか、そういう緊張感で私は何も聞けなかった。そこへ担当の医師が飛び込んできて、「どうして1人でやったんだ」と出産に立ち会った当直医に大声をあげたこととそれだけはもう本当に一生忘れずに覚えていると思います。

それで、私をそのまま分娩台に置かれたままで、娘の処置をしてくださっていたようです。それから、私のほうに手をかけていただいたときに、もう私はそのまますぐに眠りに入ってしまった。それで、気がついたときは、夕方でした。酸素テントに自分が入って、家族がみんな、見守っていたものですから、これはもしかしたら私もだめなんじゃないかという怖さを感じました。それで、どうも兄弟が泣いたような顔をしているので、これはもう本当に両方だめなんじゃないか、兄弟も家族も一切娘のことは申しませんでした。私もそういう緊張のなかではとても問うことができなかつたのです。

その夜、主人から、残念だが非常に難しい、重篤であり、命については主人は何も言いませんでした。ただ、兄弟の後日談で、もうだめと言われていたと教えてくれました。それで、主人からは、非常に重い仮死であったことと、今、先生たちが懸命にやってくさっているから大丈夫だよと。何しろおかあさんは体を早く回復させてきちっとしておかなければいけない、そういうことで、やっぱりそのときは私のほうから怖くて、病院・医師等に何も聞けません。本当は母として、娘への責任上、きちっと聞かなければいけなかつたのかもしれない。でも、やっぱりそれを聞くことはできませんでした。ただ、娘の回復を祈り続けるしかありませんでした。

それから、しばらく、この辺がちょっと日記がないものですから、多少あいまいなのですが、治療しているからといって、私は全く娘に会わせてもらえませんでした。看護師さんも、本当によくケアはしてくださいました。まず、私自身の心のケアを一生懸命やってくれました。それもわかるだけに、あんまり何か言い出せなかった。

それで出産後5日目ぐらいのときに、看護婦さんたちのなかでも非常に話しやすい方に、ぜひ会わせてほしい、会いたいのだと言ったら、もういいかもしれないと言って、紫色のライトがついている、一般にみる保育器ではない、そこに娘が小さな裸のままできて、体中に管があって、それが非常に印象的でした。親ですけれども、母ですけれども、この厳しさというのは、非常につらいものがありました。その晩は、非常な恐怖と、そのとき私は多分初めて泣いたと思います。

それで、娘には新生児科、それから眼科、小児神経の先生、3人がチームを組んで診ていくのだということでした。そのときに大変娘は重かったのですが、そのなかに低血糖が大変問題があると、これが続くとますます厳しくなる。そのときに、低血糖と言われても、医師の話はどれも初めてのことで、私たちにはわからないことばかりでした。本当に。子どもというのは元気に生まれてくる、第1子もだめにしておりましたが、それでも今度こそ元気でと思っておりましたので、そのあたりでもやっぱり、だらしのない母親ですけれども、なかなか問いただしたり、正確なことというのがなかなか聞けないものでした。

それでその低血糖について、先生たちは原因が分からない。膵臓に何か問題があるのかもしれないと言われましたが、幸い自然に血糖値が平常に戻ったのです。ベテランの看護師さんたちに、こんなに小児科で重い子どもを看たのは初めてだと言われるくらいだったのですが、本人の生命力が強かった。もちろん、医学、それから先生や看護師さんたちも懸命なご努力もあったと思います。でも、やっぱり娘本人の言うに言われぬ生命力があったのではないかと、そんな気がいたしました。

2カ月後には思いがけず退院の運びになりました。先ほどのお話にもありましたけれども、やっぱり私も、何かこれは病院に原因があるんじゃないか、本当にいろいろ考えました。でも、もう障害が重いとわかった時点で、お金とか裁判とか、それから時間をそういうことにかけていられないのです。それから、今から28年前ですから、とても今とは時代が違います。それで私たちはしっかり自分たちのなかで決心をして、その金銭や時間、労力を全部この娘を育てることにかけようということまでやってまいりました。ですから、大変でしたけれども、もちろんめめそすることもなく、何しろいつも前向きに前向きに歩いてきたつもりであります。

あれほどに重いと言われた娘が、2ヶ月後の退院のときには、眼科の先生と新生児の小児科の先生は、まあ普通に3倍ぐらいはかかって成長するでしょうと。ただ、小児神経の先生だけが、やはりこれは脳に問題を残していると。すぐに2カ月半で小茂根にあります整肢療護園のほうを紹介されてあちらに行き、それからボイタの訓練を始めました。そのときに痙攣発作等はまだ起きていなかったのですが、もし起きたらこの訓練はあきらめな

ければいけません。親のほうは、訓練をすれば何とかなるといふ思いが大変強かったので、懸命に泣く娘に、本当に頑張らせてやってまいりました。でも、11カ月のときにはしかに なりまして、それからやはり痙攣発作のひどいのが出てまいりました。それで、ボバーズ、 柔らかいほうの訓練に移ってまいりました。その間、そういう生まれ方でしたから、すぐ発熱や下痢などを起こし、すぐに気管支炎、肺炎などになり、朝病院に行って、病院から帰ると、また午後には行かなければならない。しょっちゅう病院通いをしました。それと訓練、そして訓練のための体調を整えることに本当に大変な思いをいたしました。毎日が何かと闘っているといった日々でした。

子供の成長の上に出てくる症状の説明、自宅に帰ってからこういうことが起こるのであろうとか、それから先の見通しというのが、お医者様からやっぱりなかったのですね。それは痙攣発作が伴ってきたなかでどんどん変わっていくからではなかったかと思っております。

私ども、娘を、2カ月で引き取ったときに、病院に行ってお乳をあげたり抱いたりする ときには全く予想もつかなかった育児であり成長の様子でした。

娘は非常に音に過敏であるということ、敏感ではなくて過敏。雨戸の開けたてもできず、それから髭剃りの音も、トイレのドアの開閉など、すべてそういう音に、ものすごい緊張を 起こしまして身体がエビのように反ってしまう。このまま体が折れるんじゃないかと思 うくらい、その度に抱きかかえて、私の浅知恵で、胸のほうをさすればだんだんなじむん じゃないかと、それで一応やってまいりまして、11カ月ごろまでは病院通い、訓練通い。それから子どものミルクの飲めないこと、1日に十何回も1回に20~30ccしか飲んでくれ ずそれを根気よく与えながら、また、ちょっとおけばすぐに泣く、少しも目が離せない、 それで1日20時間以上は抱いておりました。ですから、寝るときも柱とか家具にこう寄り かかりながら。

でも、その当時は、これは余談でございますが、私の体はあざだらけでした。いろんな ところに睡眠不足でぶつかります。それで、子どもが可愛いと思えなかったのです。一生 懸命なのだけれども、つらさのほうが大きくて、この先どうなっていくだろうか。おかげ さまで、でもその11カ月、発作は起きたのですが、そこが何か皮切りのように、娘の日常 の様子が変わってまいりました。発作、緊張等は、もちろんずっとございました。そう いうなかで、なかなかどうやって育てていっていいかわからない毎日でした。全て手探りの・・・。

それから1つ、5~6カ月のときに視力障害が出ました。それまでははっきり目は見え ておりましたが、視力障害です。それは現在まで。そういうふうになりまして現在まで、 今年5月に28歳になります。今はまだもちろん首も座らず、それから話はもちろんできま せん。限られた者とのコミュニケーションというよりも、快・不快がわかる。それから、 おむつ使用、食事、着替えなどで寝たきりで、生活の全てに介助を必要としております。

私もいつも、否定的になって泣きながらだけは育てまいとやってきました。それは子ど もに反映するから。子どもの責任ではなかったわけです。私の責任とも思っておりません が、娘は耳がとてよく、耳から楽しめる世界をつくってやろうとやってまいりまして、



おかげさまでいい音楽や歌なんかで機嫌をよくしてくれる。性格は非常に穏やかだと思っております。意味なくぐずるとか、夜と昼が逆になるとか、もうこれだけは本当に親孝行で、私も楽しく、そして育てやすかった子でした。本当に幸せな重症児だと思っております。

そんな厳しいなかで、やはり親が何よりも、常につきっきりですから、外とのコミュニケーションがとれない、社会参加ができない。そんなときに私の心のよりどころになったのが、きょう、お手元にちょっとお配りいたしました全国重症心身障害児(者)を守る会、この会に2歳からお世話になりまして、本日まで一緒に運動を続けてまいりました。

そのなかで4ページのところに、これは先生方に申し上げるのは大変恐縮なのですが、4ページにあります重症心身障害の1～4のところが子どもたち、5ページにあります超重症児、準超重症児等が大変多く出てきておりますので、そういう者たちもみんな仲間として話すなかにやっぱりうちの子も何かこれは本当に医療側に原因があるのではないかという方が、いらっしやるのです。でも、みんなで、まず目の前にいるこの子を育てることに一生懸命頑張っただけです。

そういうことで、私は、今振り返りますと、病院というのは、私たちはまな板の鯉どころではないのです。母体も生まれる子の命もすべてを先生や助産師さん・看護師さんに託しているのです。そして大きな宝を持って帰りたい。けれども、特に私の場合に、病院側の対応が本当によかったのかということも大きく感じております。

その1つが、同室の方というのが大変変わりがまな人だった。大部屋では皆さんとうまくいかないで、「岩城さんのそばならいいでしょう」と、連れてこられた方であったことも。私も同じ妊婦としていい関係をもつことに、大変気を使いました。なぜ、帝王切開を即刻してもらえなかったのか。そうしたら、元気に生まれたのではないか・・・と考え悩みました。

それから障害であるとか、予知されることの説明、今後のことということの説明に欠けていたと、本当にすべてが手探りでございました。これは、もちろん、1人1人が違うことだとも思います。

それから今後につきまして、この度のこういう問題につきましては、私どももできることなら、脳性麻痺に限らず、同じような立場の人が病名によって決して区別・差別のないように、そして、ましてや今、この日本の社会は子どもの命が非常にむげに絶たれております。そういうことから、命の大切さ、そしてまた、若い、これからの次世代の方たちが希望を持って、夢と希望のなかで子どもを産める、そんな社会にしていきたいと思っております。

どうも失礼いたしました。

○近藤委員長 岩城さん、ありがとうございました。

続きまして、我妻さん、よろしく願いいたします。

○我妻 堯氏(産婦人科医) 我妻でございます。座ったままで失礼いたします。

本日の意見陳述の前に、事務局の方から、項目として本制度に関連した自分自身の経験、

あるいはこれまでに感じたこと、本制度に要望したいこと、などという項目を提示されましたので、まとめてみたのですが、ご承知のように、私は産婦人科の医者でございますので、これから申し上げることは医療関係の方でも本当のお産を扱った方でないと細かくてわからないところが多いかもしれませんけれども、それはご容赦いただくほかないです。私の経験から、これからお話することはかなり細かい問題に限られてくると思いますが、しかし、この本制度を実施するにあたっては、その細かい問題は必ず将来トラブルの原因になりますので、その辺はちょっとご了解いただきたいと思います。

私は、1986年以降、現在までに約105件の産科医療訴訟の鑑定書と私的意見書を執筆いたしました。そのうち62件は裁判所から依頼されたものであり、43件は主として原告側の代理人から依頼された私的意見書でございます。そのなかで脳性麻痺に関係する事件は約56件であります。面白いことに2000年ごろまでは裁判所からの鑑定依頼がかなり多かったので、2000年ごろから裁判所に原告側の代理人が私の名前を指定しても、被告側の弁護士あるいは代理人が、あの先生は偏見があるからだめですということで拒否されるようになったので、鑑定依頼は2000年ごろから減少いたしました。

以上の経験を、私は、鑑定書というものは万人の目に触れてそれで批判を受けるべきであるという信念を持っておりましたので、2002年に『鑑定から見た産科医療訴訟』という膨大な本を書かせていただきました、これをちょっと回してください。このなかには、65件の事件の詳しい経過と、それから私が書いた鑑定書が入っております。これは2002年の12月に発行したものであります。

これまでに感じたことと申しますと、脳性麻痺に関連した訴訟は産科訴訟の中でも非常に多くて、しかも長期間かかって賠償金額も大きいということでございます。これは米国でも事情が同じために、米国ではいわゆる defensive medicine という防衛的な医療、それを支援するためにいろいろな調査や文献を公表しております。

ところが、我が国の産科関連学会は、私自身の学会を批判することになりますけれども、この米国の方針とか委員会の発表、委員会の意見というものを直訳したような文献を公表することが多くて、それが被告側の代理人から裁判において引用されて主張されます。

実例としましては、これからこの制度で非常に問題になると思うのですが、脳性麻痺の原因が、子宮のなかに赤ちゃんが入った状態ですでにその赤ちゃんのほうに異常がある、つまり先天的な異常であるのか、それとも妊娠・出産・分娩の経過のなかで起こったのかという、それが区別できるのかということです。区別できなければどうすればいいのかということは、今後問題になると思います。

我が国でも調査結果はあるのですが、アメリカと日本とでは産科の医療制度というのは非常に違います。私もアメリカに何遍も行きましたし、文献も読んでおりますけれども、日本と非常に違いますので、そういう制度が著しく異なるのに、そういう例を、統計的な事実をそのまま直訳して用いるということには問題があります。

それから、学会の定義が非常に古いものがあります。坂口さんが例えば先ほど、子宮収縮剤でもって非常に強い陣痛が起きたとおっしゃってございましたけれども、恐らく、これ

は裁判のときにはこの陣痛は過強陣痛ではないという学会の定義に当てはまってしまう。つまり、学会の定義というのが定められたのは非常に古いのです。私が医者になって5～6年になったころにできたその過強陣痛、あるいは陣痛微弱という、そういうものがそのまま改定されていないのです。私はこの本のなかでも指摘して、直すべきだということを主張したのですが、この本は不幸にしてあんまり産科のお医者さんはお読みになりませんが、弁護士さんは読んでくださっていますけれども。したがって学会のほうに通達が行っていない。そんなこともございます。

それから、脳性麻痺の原因の判別とか、予知とか、診断とか、治療、こういうものには子宮のなかにいる赤ちゃんの状態を知る、そういう機器が最近ではございます。分娩監視装置というのは新聞なんかでもお読みになったことがあると思いますけれども、しかし、それが発達してきたのにもかかわらず、その学会の定義というものはそれに追いついていない。あるいは、そのアメリカでは割合に防衛的な医療が多いものですから、診断基準をアメリカで定義したようなのを直訳している場合がございます。最近では、胎児ジストレスあるいは胎児仮死と置き換えましたけれども、仮死というのは死につながるからどうも誤解を招きやすいからやめようということで、ここにちょっと書いておきましたけれども、non-reassuring fetal status というのは、これは何だかわかりますか。胎児の状態が安心できない状態であるという、それをもうちょっと立派な日本語に直したらいいと思うのですが、学会では今、non-reassuring fetal status と reassuring fetal status、それをそのまま並べているのです。だから、そういう定義をやっぱり学会のほうできちっと普通の人でもわかるようなものに変えるべきだと思います。

先ほど、Apgar score というのは坂口さんちょっとおっしゃいましたけれども、これについても、Apgar score というのは血液中の、例えばコレステロール値とか、尿酸値とか、そういうものが数字で出てくるものではございませんで、数字で出てくるのはわずかにその生まれたての赤ちゃんの心臓の鼓動の数です。1分間に何回。あとは元気よく泣いたか、あるいはぐったりしているか、色が紫色かピンクか、そういう主観で決めることになるものですから、必ずしもそのお医者さんあるいは助産婦さんが診てそのとおりに書いているとは思えない。それをまた基準にして、先天性のものか後天性のものかを分けているような、実際に裁判の事例がございます。

ですから、そういうところも、恐らく将来は判定基準になるのではないかと思いますし、それから子宮のなかの赤ちゃんの状態が低酸素状態になって、これは危ないなというときには、急いで出して酸素を吸わせる必要があります。その方法は急速遂娩なのですが、方法としては吸引分娩か、鉗子分娩か、帝王切開のこの3つでございます。その3つの指針が学会のほうの指針では必ずしも明らかではない。どの時点で鉗子で、しかも最近は鉗子を教えている大学はほとんどなくなりましたね。私の母校の東大だけはまだ教えているようですけれども、ほかの私大では鉗子をかけたことはない、あるいは分娩室に鉗子も置いていないという病院もございます。しかし、吸引はどの時点でかければよいかということは、学会は一応ガイドラインを出しておりますけれども、それが必ずしも守られていない

ので、無理に引っ張って下から出すということによって脳性麻痺になったりということがございます。

非常に細かいことを申し上げましたけれども、したがって本制度に要望したいことは、最も重要な原因論ですね。先天性のものか後天性のものか、これを判別することは、まず、私は不可能だと思います。あるいは非常に多数の疫学的なデータを分析してわかるのかもしれないけれども、現時点では少なくとも分けようがない。だから、そこでどうやってこの制度で判別なさるのかをぜひ考えていただきたい。

それから同時に学会に働きかけて、今、申し上げたような、ここに学会の、日本産婦人科学会ではない、産婦人科医会のほうの副会長の木下先生もおられますから、今までの定義をもう1度見直して、新しく分娩監視装置が入ったこの時点で、もうちょっとそれを使った場合の過強陣痛、強過ぎる陣痛、そういうものの定義を決めて、その定義に当てはまっているかどうかでその分娩経過を判断するというをなさらないと、これはおかしなことになると思います。

脳性麻痺のお子さんを出産されたご両親の苦痛は極めて同情に値します。私もこの65件のほとんど、そのなかで56件ですけれども、脳性麻痺に関連した鑑定書を書きながらいろいろ考えていたのですけれども、非常に長期間に及ぶということもあります。したがって、本制度の速やかな実現を希望いたしますけれども、私が今申し上げたようなものは、非常に細かい点ですけれども、実際に裁判になりますと、争点になります。ですから、そこをどうするかということをおあらかじめご議論なさらないと、実際にこの制度を実施した場合にいろいろな障害にぶつかるのではないかと。それ以外にもいろいろありますけれども、ここではそれ以上詳しくは申し上げません。以上でございます。

○近藤委員長 どうも、我妻さん、ありがとうございました。

次に、加藤さん、お願いいたします。

○加藤良夫氏（南山大学法科大学院教授 弁護士） 皆さんこんにちは。お手元に資料の1-②というのがあると思いますので、それをご覧ください。

私は、1974年（昭和49年）から弁護士をして、その当初より医療事故の被害者の方々の支援をしてまいりました。重大な医療事故を負った方々の共通した思いが、最初に書いてあります5つの願いだらうというふうに思います。

まず、もとの状態に戻してほしいという原状回復の願い。それから真相究明、これはうやむやにされることはとても尊厳を害されることであります。反省すべき点があれば、率直に反省し謝罪もしてもらいたい。そして、何かその尊い犠牲を生かしてその後の医療が改善されて2度とこういうことがないようにという再発防止の願い。そして、いろいろな社会的な支援を求める姿として、あるいは償いを求める姿として、いろいろな思いを込めて損害賠償ということだろうと思います。決して、お金が支払われるならばそれでよいというものでは決してないだろうということは、坂口さんのおっしゃったとおりであります。この被害を受けた方々はそれなりに立ち直りの機会というものを求める、その意味でも、真相究明や再発防止ということは、決しておろそかにできないことだと。そういうものを

きちんと踏まえたうえで無過失補償制度を設定していただきたいというのが第1点であります。

2番目に書いてございますのは、「無過失補償制度の創設・運用は医療の質の向上を阻害するものであってはならない」と書きましたが、これは少し手元で訂正をしておいてください。「医療の質の向上に資するものでなければならない」。言わんとすることは、単にその医療の質の向上を阻害するものであってはならないという消極的なものではなくて、この無過失補償制度の創設・運用が我が国の産科医療の質を高めているということに直結する制度設計をぜひしてほしいという意味合いであります。

まず、迅速に補償すると。そしてそれなりに調査をしていくのに時間がかかりますから、その後、調査をした結果、過失があれば医療機関が賠償するという原則はきちんと残しておく必要があるだろうというふうに考えています。

カルテの記載が大変ずさんで、真相が把握しがたいというようなことがございます。そういうカルテの記載の不備、あるいは記録がきちんとなされていないことによって、真相をきちっと把握できないまま無過失補償制度で補償されていくということは決してあってはならない、モラル・ハザードを生んでいくという側面も見落とすことができない。その意味では、きちっとそのカルテの記載、記録の充実ということを医療側に働きかけるような施策をこの運用のなかで考えていただきたい。診療経過を明らかにして、改善点があれば指摘し改めさせると、こういう役割もこの運営組織は担わなければならないだろうと思います。この「改善点があれば」と書いてありますが、どんなケースでも、多分、必ず改善点というのがあるものだというふうに私は思います。

ピア・レビュー、同僚審査を推進していくということが、これは医療界こそってなすべきことだと思いますが、行政のほうでもきちっとしたこうしたピア・レビューのシステムを医療機関が持っているかどうかということで、保険点数に反映させるなり、いろいろな行政指導をしていただきたい。

それから、教訓の共有化を図る。出てきた教訓を全体のものにすると。なかには制度を改善しなければいけない問題、マンパワーをきちっとつけなければいけない問題など、個々のお医者さんたちの過失ということだけにとどまらない背景なり本質なりを見据えたやはり政策を、改善をしていかなければいけないだろう。

3番目に書いてございますのは、情報というのは、個人情報保護しつつも極力公開して、教訓が生かされるようにしてほしい。医療機関はもちろんのこと、患者家族に対して説明責任は果たしてもらいたい。

この5のところですが、運営組織というのは、保険会社や医師会と距離を置いたところに設置されるべしということです。これは保険会社はどうしても利潤ということを考えるので、出し渋りとかいろいろな問題点があり得ることでもあります。

医師会は、これまで過失の問題についてはディフェンスの立場でいろいろともの言っただけの面がございました。この過失の評価というのは、公的な評価なので、後にそれはなされるものとして、とりあえず審査というのは適切に、問題がどこにあったのか、再

発防止のためにどういうことをすればいいのかということ、法的な評価を抜きになされるということ、を想定してのことですけれども、やはり後には過失の問題を意識してそうしたきちっとした評価をしがたいということになってはいけないというふうに懸念されますので、運営組織は保険会社や医師会と一定の距離を置くこと。これはもう被害を受けたりあるいはこの補償を受けようとする人たちの公平な気持ち、そういうことを考えたときに踏み外してはならない点だと思います。

そして、審査の問題は、実は、我妻先生もご指摘のように、大変難しい問題が残るだろうというふうに想定されます。

例えば、2,200 グラム以下、34 週未満、こういうことで線を引くと、そこにどういう合理性があるのだろうか。場合によれば、2,200 グラム以下で生まれたけれども、分娩の経過を見れば問題があるじゃないか、大いに反省すべき点があるだろう、あるいは場合によれば過失もあるだろうというような場合に、一体それがどういうことになってくるのだろうか。そういう意味で、専門家がピア・レビューの精神で、きちっと事例を医療の質の向上のために審査を行っていくという視点を踏み外さずに、まず、試行を重ねていただく。そういうなかで問題点もより具体化してくるであろうし、将来的には産科の領域に限らず、脳外科あるいは心臓外科等、大変重い重篤な障害が発生している分野はほかにもたくさんございますので、そういうところにも波及し得る限り取り扱っていく範囲を拡大し、将来的にはこの被害防止、被害救済に特化した第三者機関を我が国の英知を集めて創設するというに、ここの委員の皆さんがぜひご尽力をいただきたいということです。

参照として資料を一部つけておきましたが、参照の1については、これはインターネットで見ただけだったらいいと思いますが、きょう、お手元には3の冊子がございます。これはすでに2万5,000部ほど医療関係者の方々を中心にごらん頂いてしているものであります。

そして、きょう、お手元には2007年3月16日付の「医療事故無過失補償制度の創設と基本的な枠組みに関する意見書」というものを日弁連が出しておりますので、ぜひ詳しくは、皆さんに紹介している時間がございませんので、お読みをいただきたい。

以上です。どうも、ご清聴ありがとうございました。

○近藤委員長 どうも、加藤さん、ありがとうございました。

続きます、石渡先生、よろしく願いいたします。

○石渡 勇氏（石渡産婦人科病院院長） 石渡でございます。座らせてご報告させていただきます。

私は産婦人科医の立場で報告させていただきますが、厚生労働科学研究で約2年、それから日本医師会内の分娩に関連する脳性麻痺に対する障害補償制度の制度化に関する検討委員会の委員として3年間、この問題に取り組んでまいりました。

現行の訴訟制度の問題点を検討しまして、1つは医療事故を減少させるという観点から、そして補償を受ける患者の観点から、医療行政の観点から、医療提供者の観点から、そして安心して子どもを産み育てる環境の整備と周産期医療を提供する観点から、本制度のメ

リット・デメリットを検討して、その結果として、この制度は利点が多く、早急に導入することが必要であると考えました。

日本医師会の試案についても報告させていただきます。スライドの原稿がお手元に配られておりますけれども、それに沿って説明させていただきます。

「スライド1」まず、現行の訴訟制度には問題点であります。医療事故を減らすための最適なシステムとしては、まず、医療提供者が事故の報告を積極的にできる。医療事故の真相・原因を究明し防止対策を講ずることができるような機構。能力の劣る者、あるいは危険な医療を行う者、善意に欠ける者、この者を規制する機構が働くということ。いわば自浄作用が発揮できる制度であります。医療提供者に医療過誤を減少させるためのインセンティブを与える、あるいは医療事故を生じたときの迅速・公平かつ妥当な補償制度を有する。医師・患者関係における信頼関係が確保できるという、このことが重要であります。

「スライド2」。また、患者なりその遺族が医療訴訟を起こす理由は、まず被害救済、責任追及、謝罪、事故の究明、そして再発防止であります。しかるに現行の医療訴訟は事故原因の究明も不十分なまま、過失責任が問われて、公平性・迅速性に欠ける、患者遺族の要望にも十分応えていないということがあります。

「スライド3」。脳性麻痺に関する裁判では、原告の約3分の1が賠償を得られない状況であり、賠償額にも格差があります。また、患者側・医療側のいずれにとっても裁判に要する費用や時間の長さが過大な負担になってまいります。より早くより多くの脳性麻痺児が公平に救済される制度の確立が望まれます。

「スライド4」。医療事故を減少させる観点からスウェーデンの現状を検討しました。この制度の導入によって、医療事故が減少したことが推定されます。すなわち、委員会に提議された件数は減少しております。

「スライド5」。処罰された医師は、100人に2人です。実際には警告が多いわけですが、医師免許停止が年間5～10人。これを日本の状況に置き換えてみますと、毎年6,000人の医師が処罰を受けることになり、医師免許停止は70人ほどです。この制度は医師にとっても非常に厳しいものであります。

補償を受ける患者の観点から見まして、補償を受けやすい、多くの患者が補償を受けられる、そして不公平感がない等のメリットがあつて、患者・遺族の満足度が高いと報告されております。

「スライド6」。医療財政の観点。スウェーデンで患者補償にかかったコストの集計は、日本円に換算しますと年間約13億円、脳性麻痺の補償はスウェーデンでは上限が8,000万になります。

「スライド7」。アメリカ・ユタ州はまだ脳性麻痺の無過失補償制度を導入しておりませんが、アメリカのユタ州で導入した場合、60億円になります。現行の制度で裁判によって勝訴で得られた賠償金、このお金をそのまま使うとすれば、患者の約10倍の数、これが補償されることになります。

「スライド8」。安心して子どもを産み育てる環境の整備と周産期医療を提供するという観点から。現在、我が国では少子化傾向が著しく、この対策は国家的急務とされています。少子化対策には出産支援、育児支援、教育支援が検討されていますが、障害児養育支援も極めて重要と考えられます。産科医・分娩機関の減少については、脳性麻痺事例の裁判が分娩機関の減少に大きく影響していることも間違いない事実であります。産科を扱う病院は3年間で9.3%、診療所で12.5%減少しております。

「スライド9」。また、年間4,000～5,000人の医師が増加していますけれども、産婦人科医師の数は減少しております。最近15年間で約10%減少しております。

「スライド10」。これは厚生労働省の研究班の調査ですけれども、我が国産婦人科医の意識調査です。平成元年以降に学会に入会した若い産婦人科医は、産科勤務をしたくない。その理由としては、労働環境が悪くて診療業務が非常に厳しい。さらに医療訴訟が多い、こういうことを挙げております。その対策として、無過失補償制度を挙げているわけです。

「スライド11」。次に、医学生の意識調査。産婦人科医療は非常に訴訟が多い、あるいは先細りと考えている学生が多いわけです。その対策として、やはり訴訟の減少を挙げております。

「スライド12」。出生児体重別の脳性麻痺発生の頻度を1967年にさかのぼって調査したものです。産科医学・医療機器の発達には目覚ましいものがありますが、およそ500分娩に1例の割合で脳性麻痺が発生していることも事実です。成熟児だけを見ても、脳性麻痺の発生頻度は改善されず、出生児1,000に1人の発生率です。

「スライド13」。その理由として、脳性麻痺の原因の多く、これは先天性、あるいは胎生期の異常に起因すると言われていることも明らかであります。しかし、胎児異常があっても、母親がその機能をカバーし、胎児は子宮のなかで守り育てられています。そして、陣痛が起きれば胎児にストレスが加わるわけで、そこで異常が発現してきます。したがって、分娩に立ち会う医師・助産師の過失責任が追及され、そのことがまた裁判で争われる事由にもなり、産科医、分娩機関の心労は測り知れないところがあります。

「スライド14」。無過失補償制度のメリット・デメリットをまとめますと、医療事故を減少させる観点から、理念的には訴訟よりも優れており、事故減少を実現できる可能性が高い。補償を受けるべき患者の観点から見ても、補償を受けやすい。多くの被害者も補償が受けられる。そして、不公平感が弱まるなどの利点があります。

。「スライド15」。医療財政の観点から、医療事故にかかわるコストが削減できる。医療保険機構が維持できる。アメリカは脳性麻痺の補償によって医療保険機構が崩れております。国民医療費の増加の抑制もできる等の利点があります。また、医療提供者の観点から見ても、訴訟の精神的苦痛から解放され、事故の真相を明らかにできる。また医師・患者の信頼関係が維持できる等の利点があります。しかし、補償ばかりではなく、厳しい規範、あるいは規則を設けることが必要であります。

日本医師会の提言並びに運用面についての案を報告させていただきます。

「スライド16」。無過失補償制度の提言は、日本医師会第11代の武見太郎会長が昭和47



年に提言しております。

「スライド 17」。制度の基本理念は、母性に共感し、支援を行うこと。女性が、妊娠と分娩を不安なく迎えること。分娩に伴い不可避免的に一定割合発生する重度脳性麻痺児あるいはその家族を速やかに社会的に救済を行うこと。そして生きる権利を平等に確保することであります。

「スライド 18」。その目的は、安心して子どもが産める環境整備を行うこと。無過失・無責の産科医師から分娩事故訴訟による精神的あるいは時間的な負担を取り除き、医師と患者の信頼関係に基づく健全な周産期医療を確保することであります。医療安全につながる。これは事故調査ですけれども、それから訴訟が起きがたい制度をつくること。実際的にもこのような分娩時の障害児に対する社会的救済を行う工夫が外国では行われております。そして、患者の方々のご意見、ご意見はほとんどすべて日本医師会の案に含まれていると思います。

「スライド 19 番」。

さて、補償対象ですが、生下時体重 2,200 グラム以上または在胎週数 34 週以上で出産した児であって、脳神経学の専門の小児科医が脳性麻痺で身体障害第 1 級あるいは第 2 級に該当すると診断された者を対象と考えております。

「スライド 20」。運営機関としては、同基金では調査委員会、あるいは裁定委員会、不服審査委員会、医療事故分析安全委員会、訴訟基金運営事務局等を置きます。特にこの医療事故分析安全委員会はこの機構から独立し、事故の分析、医師の過失責任を審査すること、これも案として考えております。

「スライド 21」。日本医師会案は基金を考えております。その根拠は、団体基金を創設して実質的な判定のもとで弾力的に運営ができること、また基金であれば事故原因の分析あるいは再発防止、医療安全に資することができること、そして、基金方式ならば受け皿機関の裁量が強く働くということであります。

民間ベースの例えば損保方式を採用しない。その根拠は、事故の原因の分析ができない。あるいは無過失補償制度のアイデア、これは武見太郎会長が昭和 47 年にあげたわけですが、例えばお産保険とか等々も考えられましたけれども、この長い間、1 つも無過失補償制度に対する民間の、あるいは損保方式の立ち上げということができなかったということがあります。

「スライド 22」。事例に対する補償金額であります。症状が固定する 5 歳までは、一応 2,000 万円を一括払いし、6 歳以降は生存期間にわたり介護料と、それから 18 歳以降は逸失利益とあるいは介護料を年金給付方式として一応試算しております。

「スライド 23」は、基金の総額は対象者が 250 人と見積もっておりますが、5 年までは毎年総額約 50 億円、障害程度 1 級・2 級に分けてあります。1 級と 2 級の割合は、一応 4 対 6。それから、医師賠償責任保険の対象となる件数が 50% と考えて、20 億ほど。これは医師に責任があれば求償するという形になるかと思えます。

「スライド 24」。財源については、基金の財源、これは本来は国の予算措置を要する重

要課題であります。例えば、国の財源から基金総額年間 60 億を支出する、あるいは健康保険を介して国民から出産一時金の一部、これは当初 6,000 円と考えましたが、3 万円増ということにして、これが大体 300 億ぐらい集まります。

「スライド 25」。制度化の意義については、やはり重度障害を持った家庭に確実な補償が約束されるということ、それから医師や助産師にとって医療訴訟による精神的時間的負担が少なくなるということ。そして、産科医を志望する若手医師、それに非常に勇気づけになるのではないかとというふうに考えられます。

「スライド 26」。次に、産科医療における無過失補償制度の枠組みについての費用の流れをここに挙げました。

医療保険者から出産一時金 38 万円を基金に納め、これは代理受領になりますけれども、基金は 3 万円を業務を委託する保険会社に支払い、残る 35 万円を分娩機関に支払う。一方、妊婦さんは基金のほうへ支払いに合意し、補償を受ける権利を有する。

なお、分娩機関は、本制度にほとんどすべての医療機関が加入すると考えております。

出産の喜びと脳性麻痺による障害児を抱えることの落差は余りにも大きく、障害児の支援組織制度がいまだに十分とは言えない我が国において、両親・家族の経済的・精神的負担は極めて大きく、やはりこれを黙視することはできません。効率的かつ公平な障害補償制度の創設は、こうした家庭の救済に役立つと考えられます。

本制度は医療過誤が明らかになった産科医の責任を逃れる、免責するためのものではありません。本制度のもとで故意あるいは重大な過失など、医師の責任が明らかであると認定された場合には、医療側の責任追及が厳しく行われるのは当然であります。そして、我が国でも無過失補償制度の導入を早急に行うことが必要であるというふうに思われます。どうもありがとうございました。

○近藤委員長 石渡さん、どうもありがとうございました。

続きまして、山本さん、よろしく願いいたします。

○山本詩子氏（日本助産師会神奈川県支部長 山本助産院院長） 日本助産師会神奈川県支部の山本と申します。横浜で助産院を開業しております。

この度、産科医療補償制度運営組織準備委員会への出席とヒアリングの機会をお与えいただきましたことに、心より感謝申し上げます。産婦人科医師とともに周産期医療のなかで分娩を取扱う助産院でも例外なく医療事故の発生に直面し、助産師会でも安全対策委員会を組織して、事故対策に取り組んでおります。産科医療における無過失補償制度の枠組みについて拝見し、この制度のなかに開業助産師も参画させていただけることに重ねて感謝申し上げます。

全国には約 270 軒ほどの助産院しかなく、出生数は全体の 1.2 %で、年間 1 万 2,000 人余りとなっております。都道府県によって助産所の地域格差があり、県により助産所が存在しないところもあるため、取り組みにも大きな差が出ています。

私の居住地である神奈川県助産所は 39 カ所あり、昨年 2,036 人が出生し、年々増加傾向にあります。全国平均より多く、2.6 %となっております。ガイドラインを守って分娩

の取扱いをしたとしても、緊急母体搬送が2%、緊急新生児搬送でも0.9%と、約3%の緊急搬送が発生します。

神奈川県は周産期救急システムは、助産所からの搬送も比較的にスムーズに行われております。しかしながら、他県においては産婦人科医師が減少している状況下で、助産所からの搬送まで受けきれないと言われ、搬送を断られる事態も起こっております。助産所からの搬送後に搬送先が訴えられるといった報告は現在のところ聞いておりませんが、産婦人科の医師のなかには、助産所からの搬送を受けたことによって訴訟になる可能性も憂慮されているようです。

妊産婦は等しく安全で快適な分娩環境の提供を受ける権利があります。検討中の無過失補償制度の分娩場所によって、その制度を受けられないといった不平等な制度にならないような仕組みを構築していただけることを切望いたします。

助産所開業者は、分娩取扱いガイドラインの遵守とともに、助産所が安全性を高めるために努力をしております。脳性麻痺は分娩時低酸素症、脳奇形、脳・血管障害など、非常に幅広く、原因不明の場合も多くあり、助産師が分娩取扱いガイドラインを守っていたとしても一定頻度で発生する可能性があるため、賠償保険への加入は必須となっております。

現在、助産所経営者が加入している助産所責任保険は、日本助産師会が契約している損保ジャパン以外にはありません。助産所責任保険では、事故が起きたとき、助産師が有責の場合のみ保険適用となり、助産師に責任のない無責のケースでは障害・死亡ともに賠償金は一切支払われない現状は、医師の賠償責任保険と同じです。

無過失補償制度は、分娩に伴い不可避免的に一定割合発生する重度障害者とその家族を速やかに社会的に救済することにより、女性が妊娠と分娩を不安なく迎えるための環境を整備することや、原因究明の一助になることを期待します。医師または助産師の過失・無過失を問わず障害者を救済するものであり、障害補償金を支給されたとしても訴訟の権利は残してあるとのことですが、件数は激減することが期待されます。

無過失補償制度の基金の財源は、国や直接関係する医師、助産師、妊婦からも応分の拠出を求めるといったことが検討課題となっておりますが、医師、助産師、産婦の新たな金銭負担がないように、国の社会保障制度の一環として分娩一時金、給付金のなかから事務的に差し引かれる方法が妥当であると感じております。

スウェーデンやフィンランドでは、無過失補償制度が社会保障制度として確立しており、イギリスやフランスでは脳性麻痺だけではなく重い障害が起きたケースにも適用され、双方に大きなメリットがあるうえ、導入した国では医療事故も減少傾向にあることがわかっています。

助産所における分娩の対象者は、助産所分娩取扱いガイドラインにのっとり、健康な女性で妊娠経過も問題なく、正常分娩の可能性の高いノーリスクの方を対象にしております。しかしながら、細心の注意を払ってもなお、事故発生の可能性はあります。

日本助産師会では、助産所における第三者機能評価の準備が進んでおり、助産所全体の整備にも取り組んでいるところです。産科医師や助産師の不足が叫ばれ、産婦人科医師の

なり手が少ない状況ですが、助産師になりたい学生は多く、専門教育である助産師教育は周産期に大きく貢献できるものと確信しております。

分娩施設減少により産む場所がなく、助産所にいらっしゃる産婦さんも増加しております。この補償制度が整備されることで、産婦人科医師の負担が軽減されて医療連携がスムーズにいき、助産所での異常事態が発生したときにも早い段階で医師に相談でき、搬送を受けていただけたところが増えることを願っています。

重度障害に遭遇した女性や家族の苦悩は想像に難くなく、単に経済的補償のみで解決できることではなく、医療者側の保身に徹した制度であってはならないと感じております。親御さんはどのような状況であっても、かわいいわが子の誕生を心待ちにしております。助産師は生のスタートラインに立つ職種です。今まで出会った障害を持ったお子さんのお母様やご家族は、みな悲しげで不安な表情をしていました。

しかし、時がたつと、どの親御さんも育児のなかから楽しみや喜びを見出して、意欲的で子育てのなかから得るものも大きく、一緒に成長していくキラキラした姿を拝見することができます。それは何よりの喜びで、助産師である自分自身の成長にもつながっているように感じています。母親が第一歩を踏み出すためには、児が生まれてきたことや、児とともに生きていくことについて、みずからが納得できる意味づけが必要です。

以前は、障害がある子の面倒や、年老いた親は家族が見なければならぬといった理不尽な社会の常識がありました。しかし、介護保険制度以降、家族の責任から社会へ、社会で生きる、育てると、社会全体で支えていこうとする機運が高まり、「障害があっても、あなたはあなたのままでいい。一緒にこの社会で育てていきましょう」という整備が進みました。無過失補償制度はそのあかしでもあり、お子様に与えられた保障のように思います。

助産師たちは地域に戻った子どもたちを、正常児と同様のケアを児のリズムとバランスのなかで、できるだけスムーズに実践していくことが必要だと認識しています。親御さんと同じ目の前の状況から目をそらさず、関心を持ち続けていくことが必要でしょう。助産所側でも分娩取扱いガイドラインをさらに遵守することや、助産所機能評価により助産所全体の整備は急務で、開業助産師は無理せず抱え込まず、「安全に」をスローガンとして、送る側と受ける側のコミュニケーションをよくしていくような努力が必要であると自覚しております。

助産師は、家族の思いを感じる能力やその受けとめ方は助産師自身の人間性に影響されますが、生命の尊重、自然性の尊重、愛智の精神をもって自己研鑽を重ねていきたいと思っております。この無過失補償制度が生まれてきた赤ちゃんのご家族、そして医療者にとって有益であることを心から願い、日ごろ感じていることを含め、発表の機会をいただいたことを心から感謝申し上げます。ありがとうございました。

お手元に緑色の冊子をお配りしましたが、これが助産所の業務ライン、分娩取扱いの業務ラインですので、ご一読ください。どうもありがとうございました。

○近藤委員長 山本さん、どうもありがとうございました。

では、最後になりますが、小西さん、よろしく願いいたします。

○小西貞行氏（弁護士法人小西貞行法律事務所 弁護士） 医療側の代理人ということで発言の機会をいただきました弁護士の小西と申します。座って失礼いたします。

もっぱら医療機関側の代理人ということで、訴訟、交渉、それから法律相談、それから医師会ですとか保険会社の医事紛争関係の委員会というものに関与させていただいております。常時訴訟の案件を30~40件は抱えているんですが、産婦人科関係、今回問題になっております脳性麻痺、あるいはその母体死亡といった案件は必ず一定割合で抱えているという状況でございます。

そういう次第ですので、産婦人科の先生方と接する機会というのも非常に多いのですが、ここ最近、産婦人科の先生方と接すると必ず共通する話題が3つございます。悪い話題が2つ、いい話題が1つ。

悪い話題といますのは、1つは、福島県立大野病院の医師が逮捕された事件。もう1つは、横浜の堀病院で保助看法違反で警察が介入した事件でございます。

もう1つのいい話題、共通する話題というのは、今回の無過失補償制度でございます。

日本医師会から昨年の夏に答申が出されておりますが、その前から産婦人科の先生方から非常に待望論が強い制度でございます。この制度設計上、いろいろ補償の範囲をどこまで広げるか、あるいはその補償の目的をどこに置くかということについて、さまざまな問題点があるかと思いますが、産科の先生方共通してこれほど待望論が強い制度でございますので、一刻も早い立ち上げをお願いしたいというふうに考えております。

もっぱら代理人、あるいはその医療機関側ということで、この制度についていろいろ産科の先生方とお話をするなかで、先生方が懸念される問題等について個別に挙げていきたいと思っております。

まず、過失のある事例で求償がされるということについて、先生方は皆さん非常に懸念をされていらっしゃると思います。当然、重大な過失、あるいは明白な過失について公のお金で補償がされると、それで医師が免責されるということはあるとは思いますが、ただ、公の制度で過失が認定されると、それで補償金が給付されるということになると、それが訴訟費用に化けて、今度は賠償請求訴訟を提起されるのではないかという心配を皆さん共通でおっしゃいます。

また、過失の認定、あるいはその過失の認定以上に難しいのは、因果関係の認定につきまして非常にシビア、ナーバスな判断を迫られるなかにあります。過失あるいはその因果関係が認定されるというケースが多いということになりますと、現場の産婦人科の先生方のこの制度に対する信頼というものが揺らぐ可能性があると思っております。

したがって、求償に関しましては、明白あるいは重大な過失に限ると。具体的には、医薬品医療機器総合機構の健康被害救済制度に倣ったような運用がされるとよいのではないかと考えております。

それから、次、例外なくすべての事例で適用されるケースであってほしいと。

今回の制度に関しましては、「分娩の経過に係る麻痺」ということが対象になっておりますが、訴訟の場合におきましては、これは「分娩の経過において発生した麻痺」なのか「先

天性の麻痺」なのかということについて争われるということが非常に多いということでございます。

したがって、ここで明確な線引きをするということもかなり難しいというのが現状だと思いますので、その点についてもご配慮いただきたい。「あらゆる分娩の結果発生した脳性麻痺」について適用される制度であってもらいたいというふうに考えております。

それから、金銭の補償につきましては、一時金と定期金と2つに分けて考えられるものではありますが、定期金部分を厚くしていただきたいと。

これは非常に残念なことなのですが、一部訴訟で、原告のご両親、いろいろ訴訟を通じてわかることなのですが、申し上げにくいことではございますが、新生児、お子さんをどこかの施設に預けて、もう全然会いに行っていないと。だけでも訴訟は提起するというケースがございます。この制度のお金は、究極的には子どもさんの福祉のために使われるものだというふうに考えますので、定期金を厚くしていただきたいというふうに考えております。

もう1つ、訴訟を通じて患者さん側の代理人、あるいはその患者さんからよく質問がされるのが、医療機関、あるいは各種援助制度、補償制度の紹介、装具の紹介、あるいはヘルパーさんを紹介してもらえないかという具体的な現実的な問題を質問されたことがございます。もちろん、お金という形で補償をするということも必要ではございますが、実際に患者さん側、ご両親が困っていらっしゃるの日常のお世話でございますので、そういう部分に対するケアということも必要なのではないかとこのように思っております。

それから、当然、この補償制度が立ち上がりますと、事故事例というものが機構のほうに集まってまいりますので、事例分析、それから再発防止策を策定するということについて、当然期待をしたいと思っております。

それから、最後でございますが、この制度、いろいろ制度設計をされるに当たりましては、現場のお医者さん方が安心してかつ誇りを持って分娩に臨める制度に立ち上げていただきたいというふうに思います。

私もこれまで分娩に関する訴訟、何件か関与してまいりましたが、この訴訟が契機となって分娩を実際に取りやめられたという医療施設を3件ほど経験いたしております。もちろん、責任を認めたからということではありませんが、自分の施設で救えなかった、あるいは障害を残してしまったということで、そもそも自分はその分娩を扱うこと自体が適格性がないのではないかとこのように、お医者さん方は非常に自分を責められます。現場のお医者さん方がどのような思いをもって分娩に当たっていらっしゃるか、1つ事例を紹介したいと思います。

これは、今年、私がいただいた年賀状をちょっと読み上げさせていただきたいのですが、今回問題になっている新生児の脳性麻痺とはちょっと違いますが、VBAC（帝王切開後の経膈分娩）後の子宮破裂で母体死亡というふうになった事例でございます。事故は平成12年6月でございますので、かれこれ7年近く前の事故でございます。読み上げさせていただきます。

あれから数年の時間が過ぎてきました。  
私はこの場で自分ができること、  
やってよいと思えることをやっています。  
お産の度にTさんの笑顔を思い出し、  
お母さんを知らずにすやすや眠っていたSちゃんのことを思います。  
自分は本当にこれでいいのかと問い続けながら頑張っていくつもりです。  
先生のお話を伺いたいといつも思うのです。  
だれかに何かを言ってもらいたいと思うのです。  
お体を大切に。

現場の先生方も、分娩の麻痺を生じてしまったということについて、本当に自責の念を持っていらっしゃると思います。どのお医者さんもこのような事故が起きないで母児ともに健康で、笑顔で退院してもらいたいということを強く願って日常の診療に当たっていらっしゃる。この制度の立ち上げに当たりましては、お医者さん方が誇りを持って診療に当たれるような、そういうような制度設計をお願いしたいと思います。以上でございます。

○近藤委員長 先生、どうもありがとうございました。

7人の参考人の方、本当に貴重なご意見、本当にありがとうございました。ぜひとも私どもの委員会で検討する際に参考にさせていただきたいと存じます。

それでは、ヒアリングは一応終わりましたので、これから意見交換に入りたいと思います。参考人の方もまだ言い足りないことがあるかと思しますので、ご参加をお願いしますし、参考人に対するご質問等も含めて意見交換をいたしたいと思しますので、どうぞよろしく願います。

それでは、どなたからでも結構でございますので、ご発言をお願いいたします。

### (3) 意見交換

○宮澤委員 委員の宮澤でございます。

非常に身につまされるお話もありまして、この制度の重大性を感じるわけでございますけれども、そのなかで1点、今回の対象になるかどうかという面で、「先天性の異常」が含まれるかどうか、これは我妻参考人のお話にありました、実際これは不可能ではないのかという面、それと小西参考人のほうからお話がありまして、これはなかなか難しいということもあったのですが、我妻参考人にお伺いしたいのですが、「先天性の異常」というのは判断が難しいということは、「先天性の異常である」というふうに認められた例はないということなんでしょうか。あるんだけど、判断が難しい、ある時期に判断はできるということなんでしょうか。この辺のところを少しお教えいただけますでしょうか。

○我妻 堯氏（産婦人科医） お答えいたします。私の言葉が足りなかったのかもしれませんが、判断が可能なものと不可能なものがあるということでございます。

可能なものは、例えばこのなかにも、参考資料のなかにも書いてありますが、染色体異常等、そういうものは、明らかにこれは先天性ということがあると思うのですけれども、そ

うでない場合、そういうものがない場合には、その脳性麻痺で生まれた赤ちゃんが先天性であるかそうでないかということは裁判で争われて、決着がつかない問題です。

○宮澤委員 どうもありがとうございました。

そうすると、「先天性の異常」というものは、ある一定部分クリアなものは存在すると。非常に判断の難しいものはあるけれども、「先天性の異常」というものを確実に判断できるものもまた存在するというふうに理解してよろしいでしょうか。

○我妻 堯氏（産婦人科医） 私もそちらのほうの専門ではございませんから。

ただ、明らかにこれは先天性だというものは、むしろ少ないと思います。

それから、可能性としては、非常に多数の出産例を集めまして、そのなかから疫学的な事実を見つけて、何%ぐらいは先天性であり、そうでないだろうというふうに、統計を取ることとは不可能ではないと思いますけれども、まだ、日本では殊にそういう全国的に統計というのは取れないような医療制度になっておりますので、将来の問題としてはやはり考えておかなきゃならないと思います。

○宮澤委員 どうもありがとうございました。

○勝村委員 よろしいですか。

○近藤委員長 はい、どうぞ。

○勝村委員 皆さんからもっとたくさんいろいろ教えていただきたいと思っておるんですけども、とりあえず質問のなんですけれども、小西さんのところで、医薬品の救済機構に倣った運用というのがありましたけれども、医薬品の救済機構というのは、薬害を起こす側の、薬害を起こす可能性を持っている製薬企業のほうが保険料のお金を出しているということで、交通事故なんかでも事故を起こす可能性のある運転者のほうが保険を掛けるわけですけれども、この医療事故に関する、今、議論されている救済システムの原案は、今、事故を起こすかもしれない医療側ではなしに、患者側がお金も出すことになっているますよね。その点が大きく違うというふうに僕は認識しておったんですけども、そのあたりはどうお考えかということをお聞きしたいと思います。それと、事件事例収集と再発防止に期待をしたいんだということをおっしゃられましたけど、これは、この点において、これまでも数多く医療側に対して問題にされてということで、この制度を待たなくてもそういうことをすべきじゃないか、してほしいという声も、もうずいぶん前からあったと思うんですけども、なぜそれができなかったのか、なされていないのかという点、その辺の、これまでもいろいろ医事紛争処理とか、今でも医賠償の保険とか、いろいろ事件事例は収集されていると思うんですが、それらの情報でお手持ちのものをこういう場に示していただけるということとはできないものかという点をお伺いしたいと思います。

○小西貞行氏（弁護士法人小西貞行法律事務所 弁護士） 小西でございます。

まず、1点目の費用負担の点で、健康被害救済制度と今回のスキームとは違うのではないかとございます。確かに、表面的に出どころは同じというふうには言えると思うのですが、健康被害救済制度も制度上は製薬会社が資金を拠出しているということでございますけれども、究極的には最終的な価格に上乗せされるという形で、見えない形



で消費者の方が負担されていると。あるいは、その自動車事故に関しましても、トラック運送業等、保険料を払っているのはトラック会社かもしれませんが、最終的な価格に上乘せられているという点では、究極的には最終消費者の方が費用負担をされているという点で相違ないのではないかとこのように考えております。

それから、事例収集あるいはその再発防止策について、この制度を待つまでもなく実施することができるはずではないかと、なぜこれも今日までできていないのかという点につきましては、医療側代理人といたしましても同じような思いを持っております。

ただ、実際問題として見てまいりますと、責任を追及されるということについて、非常に医療側で恐怖心、おそれを抱いているという部分、その点から脱却しないとなかなかきちんとした事例収集、事故防止策の策定というものはできないのではないかと。

ただ、この無過失補償制度が立ち上がりまして、機械的に多くの事例が集まってまいりますと、個別の事案を離れたところで事例を収集して事故原因の分析と再発防止策にもつなげていかれるのではないかとこの点で、事故防止策の策定というものについてもこの制度に期待をしたいというふうに考えております。以上でございます。

○勝村委員 どうもありがとうございました。

最終的に消費者に転嫁されるのではないかとこのことなんですけれども、普通に考えればそうだとすると、第一次的には企業側が払うということで、企業側にできるだけそういう薬害を起こさないようにしようというインセンティブが働くということが大切だと思うのですけれども、一方で、もう最初から消費者が払うのであれば、そういったインセンティブが働きにくいという点は明らかではないかというふうに思いますので、実はそのあたりをお聞きしたかったのですが、それと、2点目ですけれども、これは、今回の制度は何といっても一言で言うと新たな保険の制度をつくらうということですので、これまでの保険がどうだったのかという蓄積があるにもかかわらず、その情報を知らないまま議論するというのは非常によくないと思うので、できればそういうことの一端でも、できればそれとして持っておられる情報のすべてをこういう場に出していただくことはできないものかと思うのですが、これまでのその責任を追及するという話ではなくて、これから本当にいい制度をつくり、保険のシステムをつくっていくうえで、これまでの保険制度がどうだったのか、どこに問題があったのかということも含め、その点は、とても大事だと思うのですが、そういう情報はそもそも蓄積されていないのでしょうか。そのあたり、ちょっとお伺いできたらと思っています。

○小西貞行氏（弁護士法人小西貞行法律事務所 弁護士） 小西でございます。

これまでの民間の保険会社の運営しております医師賠償責任保険で、事例収集、それから原因分析、再発防止策の策定ということがなされてきていなかったのではないかと。ご指摘のとおり、十分なものは少なかったのではないかとこのことは言わざるを得ません。端的には、保険会社ですので、もちろん、収益を究極的な目的としているというなかでこの事故防止策の策定、あるいはその原因究明といったところは2次的な位置付けになっていたのではないかとこのことは否めないと思うのですが、ただ、最近、いろいろ聞くところ

ろによりますと、事故件数の多寡によって保険料が変わるですとか、あるいはその事故防止のセミナーを受けた医療機関については保険料を割り引くというような形で、間接的ながらインセンティブもかかるようになってきたというようなお話は伺っております。

今回の制度も、自民党の案では保険制度を利用するというのが言われておるようですが、全く民間の保険会社が収益を目的として運営するというものではなく、もっと公的な使命を担うということで立ち上がれば、事例収集から事故防止策の策定というところまでつなげていけるのではないかと、そういう点で私はこの制度に大変期待をしたいというふうに考えております。

○山口委員 よろしいですか。座ったままで失礼します。

私は、日本医師会におきまして日医医賠償保険、その調査委員会の委員長をやらせていただきました。日医医賠償といいますのは、患者さん、被害者と言ってもいいのでしょうか、患者さん側から医師に対してその責任を問う、賠償責任を問うという事例について検討し、それを審査会上げまして、審査会において医師に責任があるかないかということ判断していただいて、それによって事後処理をするという立場にあるわけです。でありますから、今、勝村委員からご指摘がありましたそのような事例につきましては、全部集積はあるわけであります。

しかし、そのときに、我々こういう制度を考えました大きなきっかけは、双方からその真相といいますか、真相という用語弊がありますけれども、いわゆる医学的に分析可能な情報を最大限に漏らさずいただきたいわけですね。しかし、それはなかなか難しい。そのことはこの制度の要点のなかに書いてありますが、したがって、できますならば無過失制度が成り立った場合には、その後、その別途に第三者機関でその事例の分析を十分に果たして、そして医師に対して責任あるものであれば、医師がその責任を負うということを確認すべきではないかということを考えてわけです。

であります。先ほど、情報が出せないのかというお話でありますけれども、これはなかなか難しいことは先生方ご承知のとおりだと思うのです。しかし、ある部分、それから、また、公表してもよいような部分というのはあるわけありますから、これは我々としても今後十分に検討して、木下委員がおられますけれども、検討したうえで先生方に提出できるものならば提出するし、またそれが役に立つかどうかということであるならば検討させていただきたいと、そう思います。

○勝村委員 もう1つ聞きたいことがあるのですけれども、例えばいろいろ情報があるわけですから、それらの情報と一緒にこの議論をしていく必要があると思ったわけです。

例えば、ほんの1つの事例とすれば、同じお医者さんが何度もその保険を使っているというケースがどの割合であるのかみたいなことなんか大変重要だと思うわけです。今からつくる保険の制度の制定と同時に、どういうシステムにするのか、その保険をどういう仕組みにするのかという、その仕組みをつくるときのいろいろな条件を検討していこうということなんです。そのためにこれまでの保険制度から学び、それを改善していくという点は非常に重要だと思いますので、ここはできる限りの情報を出していただくべきだ

と。本来はそうあるべきだと考えております。

ちょっと話が変わりますが、坂口さんと岩城さんのお話のなかで、坂口さんのほうでは、公的資金を使うならば、その理由にかかわらず同じような状態のお子さんを抱えている方すべてに生かされるようなものになってほしいというお話がありました。岩城さんからそういうお話があったかと思えます。

今回の制度の提案は、本当になれば基本的に考えれば、そういう障害を持っている方に福祉という観点できっちり社会全体で支えていく形がやはり理想なんだけれども、それができていないからという理由になってしまうのかなというふうに思うんですけども、そのあたりちょっと坂口さんも岩城さんも、一言ずつ時間の関係でお話も窮屈だったかと思えますので、福祉のあり方、それからそれが欠けているからこの補償制度に期待するのか、本来の福祉のあり方や医療のあり方について、もう少しそのお立場からその理想をどういうふうに考えておられるかをお聞かせいただければと思います。

○坂口朋子氏（患者家族） 生まれた子どもがたまたま障害を持つようになったというときに、その原因というのは余り、育てていくうえでは……何て言ったらいいのかちょっと難しいんですけども、娘は養護学校に行っていて、学校のお友達のなかにはいろいろな方がいます。そのなかで、ある人はたまたますごく、私が思うには対象が狭いように思いますが、この制度で補償が受けられて、それ以外の人は受けられない。このままで行くと、現実の生活、その介護生活というのは大変な落差があると思います。福祉でそれを何とかする現状がないということもありますし、出産するすべての人から、すべてのケースから負担を求めるのであれば、もっと内容を考えていただきたいなど。無過失といいながら、普通の分娩だとか、それから何キログラム以上だとか、そういう検討をされるとすごく対象が狭くなると思いますが、その点がすごく心配です。

先ほどお話を伺った石渡先生の資料のなかにもありましたスウェーデンの制度の「スライド4」ですけども、処罰された医師は100人に3人とか、大変厳しい制度だというふうに説明されていましたが、この制度の対象の決め方がどういうものであるか、そういうことをよく調べて知らせていただきたいというふうに思います。今までは余りにも家族間の格差ができて気の毒だというふうに感じます。とりとめがなくて申し訳ありません。

○岩城節子氏（患者家族） 岩城でございます。

ただいまのご質問ですが、例えば現実には、これも福祉の面のことになりますが、脳性麻痺家族介護という福祉の手当がございます。でも、脳性麻痺じゃなくても同じように、またはそれよりさらにもっと介護が大変な方が、該当しない例もあります。これをまたその家族、そして、また、その周辺の者が、これはぜひ福祉事務所等に「日々の介護は病名に限らず、ぜひ家庭を訪問してみてその実態を見てほしい。その結果、これを受けている方もいらっしゃると思います。

ややもしますと、特に在宅の場合ですと、日々本当に介護に明け暮れてしまう。もう介護の苦しさを声に出していくことすらできない、そしてまた制度を知らない、こういうこ

とがありますので、本当にこのあたりの落ちがないように。

それで、このところ、ちょっと最近ございました出産を控えた主婦が、たらい回しのようになされて、結局亡くなって、お子さんだけ誕生した例もございました。私たちはああいふ事件がありますと、大変大きな衝撃を受けます。それは、日本のなかで1人であれ、あっていけないことはやっぱり避けなければいけない。

そして、ちょっと先ほどの話では足りなかったんですが、この制度を本当に、先生方ももちろん、これがあるから安心なんっていうことは絶対ないはずですよ。やはり親たちも、家庭も、双方が、本当にこれはもう私たちにしたら、すべてをお任せしきって頼りきって信頼しきっているところに、子どもというのは誕生しているわけです。ですから、そのあたりで、本当に厳しく言えば、そういう科学的ないろいろな数値のうえで物事は決められるかもしれない。でも、人の命というのはそんなに軽いものではないと思うのです。そのあたりで、ぜひとも、一番弱い立場にある人を救える制度になっていってほしいと思います。お答えになりましたか。

○飯田委員 飯田です。

今いろいろお話を伺いまして、非常に私も身につまされるというか、本当に。私も学生時代を思い出したのですが、医学部の学生時代にいろいろ、遺伝から、小児科、産科から講義を受けたら、結婚するのが怖くなりました。なぜかという、いろいろな障害、先天異常を含めてですが、まともに生まれてくる子どもがほとんどいないのではないかというふうに、本当に怖くなりました。

ところが、実際は、障害を持った方は非常にご不幸なのですが、重なって出てくるわけです。ですから、学校でもらった統計のデータを全部足すと非常に大きくなるのですが、実際には人数からするとそんなに多くない。

きょうのお話を伺って、非常にお気の毒だと思います。そういう方にしわ寄せが来ると。そういう方に対する福祉が重要だということは非常にわかりますが、この委員会の席は、福祉を考慮しながらも、福祉の問題をやるのではなくて、それに対してその結果としていろいろな不幸な事態が起こったときに、患者さんあるいは患者の家族、もちろん医療従事者も安心できるような救済措置をつくるのが目的ですよ。やはりここでは福祉の問題を大上段に構えては何もできないと思います。それは別のテーブルでやっていただかなくてはいけないと思います。ここでは福祉ということをよく考えたうえで、この救済、無過失賠償をどうするかということに議論を絞ってやっていただかないと、話はできないだろうと思います。ですから、福祉は必要ないというのではなくて、大事ですが、別のテーブルでやっていただきたいと思います。ぜひそれをお願いします。

特に、この無過失賠償というのは非常に大事であって、これが無過失でなければ、やはり原因の究明がなかなかしにくいのです。

それから民事と刑事というのは、これは別々に議論するのは、当たり前です。明らかな刑事に関しては、もう何があってもこれは追及すべきだし、責任を取らせなくてはなりません。しかし、民事の場合でも、この無過失賠償でも申請し、それとは別に民事事件でも

きるとなれば、真実は絶対に出てきません。ですから、これはきちっと分けてやっていただかなくてはいけないと思います。今、議論があっちに行ったりこっちに行ったりしているように聞こえていましたので、それをきちっと明確に分けて議論をお願いしたいと思います。

○勝村委員 この制度が、一定の条件にかなった者だけ、つまり脳性麻痺の子どもに限るということでスタートしようとしている、そのことに関して、それはなぜかということの説明責任は一定この委員会にはあるというふうに思っているわけです。

今、実際にそういう脳性麻痺のお子さんを抱えておられる方から、それだけでよいのかという声が上がっていることは真摯に受けとめるべきであって、その点、先ほどの小西さんのお話では、産科医は皆この制度を歓迎しているということだったんですけども、その当事者、抱えておられる方からでは、これだけでは逆に同じように子どもを抱えておられる方のなかでその格差ができてしまうのではないかという、そういう危惧があるという声なんかは、僕は非常に大事なことなんじゃないかなというふうに感じたということです。

さらにちょっと、きょう、来られている方にご質問したいんですけども、坂口さんは、やっぱり原因や責任がはっきりして医療の改善につながらなければ納得できないから、この制度では紛争が減らないのではないかということをお話されていますし、だから真実がやっぱり知りたいという意味で裁判をされたんだということだったと思います。

岩城さんの場合は、脳性麻痺の子どもを抱え、その子に全力を尽くしたいから、少し医療の経過をもっと知りたい、本当のことを知りたいな、もっと事情をわかりたいな、という気持ちがあったけれども、それよりも子育てを優先したんだというお話がありました。

本当のことを知っていくということに関して、この制度では、委員の皆さんが、事実や、事故の中身を明らかにしていくんだということ、概念としては皆さん共通でおっしゃられていると思うんですけど、その具体化というのが、やっぱり非常に大事だと思うんです。

我妻先生にお聞きしたいんですけど、本制度に要望したいことということで、そのあたりが非常に難しいんじゃないか、特に我妻先生のレジュメの(4)番では、判定にあたって裁判と同じような争いが展開されるおそれがあるだろうということも話されておるわけですが、学会のほうがもっときちんとその定義を検討していくとか、先ほどもありました、これまでの事故からもっと学んでいくというのは、率先して学会が先行してやっていくべきだと私も思うわけですが、そういう話がありました。

我妻先生と加藤先生に、事故を、事実を明らかにしていくという当事者たちの声に応えていくために、ちょっと難しい質問かもしれませんが、この制度の運用が実際に始まった場合、どういう具体的なメンバーで、具体的な形でどういうふうに検討していくことによってその辺が担保されるというふうに思われるかを、お2人にちょっとお聞かせいただければと思うんですが。

○我妻 堯氏（産婦人科医） ちょっとご質問の意味が余りよくわからないんですけども、私のほうからどういう人を委員にしるとか、そういうことは私の立場ではちょっと申

し上げる立場ではないと思うんですけれども。

ただ、そうですね、1つ1つの事例が上がってきた場合に、それを判断してどういうふうになったかという、その議論の内容はすべて公開にすべきだと私は思います。

それから、先ほどちょっと日医の保険のことが出ましたのでつけ加えさせていただきますけれども、いろいろな裁判にかかわっておりますと、例えば私の教え子で、これは脳性麻痺ではございませんけれども、生まれた後で訴訟になって、結局その彼のほうが過失賠償を払うことになったんですけれども、あとで「大変だったんじゃないの」と言ったら、「いや、100万円が免責で、あとは全部医師会が払ってくれましたから」と言って笑っているんですね。

そういう今までの日医の無過失賠償というか、それは医師会費を払えばそのなかに保険料が含まれているから、100万円を超えたものは全部医師会のその保険のほうから払ってもらえるという、それが私はやっぱりそのドクターの負担を軽くしてしまって、さっきちょっとお話が出ていたリピーターというのがあります。、3件ぐらいの事件を次々と抱えていらっしゃるドクターが実際にいるんですね。そういう方に対して、日本では保険料を上げるとか、処罰はとんでもない話で、保険料を上げるというようなことさえ今までは行われておりません。ですから、これが実際に実施された場合に、そういう点はどうかということもちょっと心配なんですけれども。

その勝村さんのご質問でうまく答えられないのですけれども、やはり事例を1つ1つ公開することが大変なことでしょうけれども、大事だと思います。

それから、スウェーデンやフィンランドの例が出ましたけれども、あそこの医師会は私は知りません。ドイツしか知らないんですけれども、ドイツの医師会は医師に対して処罰ができます。免許証も取り上げられるし、それと日本の医師会とでは全く比較にならない。だから、そういう点が、この制度とちょっと別になりますけれども、いろいろな点でまた改めるべきことはあるんじゃないかという感じがいたします。

○加藤良夫氏（南山大学法科大学院教授 弁護士） まず、これまでの日医の医賠償保険の審査というのは、有責・無責を基本的に判断する。その結果だけが関係者に知らされて、そのなかの詳しいレポートが渡るといいう仕組みが全くなかったんですね。そういうそのありようというものは全く違った形で、その1例1例の事例集積、そしてその反省すべき点、改善すべき点というものを、過失があるないにかかわらずきちっと透明化していくという作業が、まず必要なんだというふうに思うんですね。

一定規模の病院では、この事故が起きたときには事故調査、分娩の場面でも不具合な事象が生じたというときには、その事故調査をしていくという、ある意味でそうした病院内できちっと外部委員を入れた事故調査ができていくという、足腰を強くしていく、そういう医療界であってほしいと思っていますし、もし、その医療機関でやれない場合は、学会内で事故調査をする。それも外部委員を入れてやると。

この運営組織のなかで審査をするときは、一定の形式的な審査によって、早く補償する

ということをまず先行するんでしょうが、一定の基準を設けたうえで、何か問題点がありそうだとした場合ですね、そういう場合でも、きちっとその患者側で日ごろ医療問題に取り組んでいる代理人、そういう経験のある人を入れるとか、もちろん産科の専門家が中心になるわけですが、市民の参加もぜひそのなかには加えていただきたい。

そういうなかで、その審査の結論が外から見ても公正ななかで展開されたというふうにならざるを得るような、そういう今度は運営組織自体が社会に対して説明責任を果たすということが求められることになるので、きちっとそのレポートの形で1例1例出していくという営みをし、そのことを公開していくということが大事なんだろうというふうに思っています。

○石渡 勇氏（石渡産婦人科病院院長） 先ほどちょっとスウェーデンのことのお話があったので。

実は、スウェーデンは非常にこの制度が進んでいる国の1つで、先ほど脳性麻痺児のことだけかというお話がありましたが、実は全部の医療に伴う障害についてカバーしています。ただ、そのなかでスウェーデンでも非常に重要視していることは、いわゆる補償というだけの問題ではなくて、その医療の事故分析、そしてその事故分析の結果、医師の過失に対するペナルティを全部で5段階に分けるわけですけれども、そのなかで一番重いのは医師免許の取り消しです。この制度のなかで、特に医療事故の分析のほうは「医療規範制御機構」というのでしょうか、「MRB」と呼ばれる機構で、かなり厳しい判断が下されま

す。スウェーデン、日本を比較した場合、人口と医師の数だけで単純に計算したので、これが1つ1つの事象に、例えば脳性麻痺だけに特化した場合には果たして本当にこうなるのかどうか、そこはちょっとわかりませんが、多分、もっと厳しい制度ではないかと思っております。

それからもう1つは、いわゆる事故の分析、それから収集、そして医療安全につなげるその対策については、日本産婦人科医会、日母といえますけれども、そこで今全国47都道府県の支部が中心になって偶発的に起こってくる事象について、毎年集計を取っているわけです。大体分娩数でいいますと60～70万ですから、ほぼ半数以上のところの事象が集まってくると思うのですが、そのなかで特に妊婦死亡であるとか、新生児死亡であるとか、あるいはまた脳性麻痺であるとか、そういう事象について今分析して、これ医療安全への対策を立てるための1つの資料として考えているわけで、また、この制度も2年、3年ぐらい前から行っている調査・分析なんですけれども、今は会員だけに医療安全のために資料として提供しているわけですけれども、それも少しずつ公開していくような形に将来はなってくるのではないかと思っています。

一応、医会としては非常に努力しているところなんですけど、この脳性麻痺の無過失補償制度というのが立ち上がってきますと、もっと分析等々、資料も集まりやすくなりますし、医療安全にさらにつなげるのではないかと思っておりますので、この制度の成立を望んでいるわけでありまして。

○五阿弥委員 五阿弥です。意見と質問がございます。

まず、意見ですけれども、医賠償保険については各委員の方からも意見が出ていますが、実は、私が以前、この取材をしようと思って医師会の方に聞いたら、総額も出せないと言うんですね。あと何件あるかも出せない。それはおかしいんじゃないかということで、ずいぶんやり合った記憶があります。

今回議論している制度のなかでは、その賠償とともにその原因究明、そしてまた再発防止という仕組みが入ってくるわけですが、やはり医賠償保険のほうも、先ほど山口委員のほうからは、出せるものは出していくと、もうぜひそういうことをやっていただきたい。考え方の基本に、医療の安全こそ要するに医療の質の中核なんだというものを基本に据えていただければ、多分出せるものは結構あるんじゃないかと。多分、プライバシーにかかわるようなものは確かに出せないと思うんですが、出せるものはやはり出していくような、そういうことをやっていただければと思います。

質問なんですが、これは加藤先生に質問したいんですけれども、加藤先生は、この医療被害防止救済センター構想、これ、ずうっと前から提唱なさっていて、今回の仕組みをある意味で非常に先取りされた形だったと思うのですが、一方で、これはもう30年以上前に武見太郎さんが、医療者側からの立場ではありますが、やはり無過失補償制度というものを提唱なさっている。なぜ日本ではこれほどこうした制度の立ち上げが後れてしまったのか。何がネックだったのか。加藤先生のほうはどう考えていらっしゃるかお聞きしたいし、そのネックなるものが、じゃあ現在は解消されつつあるのかどうか。ご意見をお聞きできればと思います。

○加藤良夫氏（南山大学法科大学院教授 弁護士） まず、いろいろなところで私の「医療被害防止救済センター」構想をお話ししてきたんですけれども、多くの医療従事者の方々は、とてもいいアイデアだというふうに賛同をされるわけですね。こういうその「医療被害防止救済センター」のようなものができていけば、医療の安全ということも、それから被害者の救済ということも同時的に行われると。

しかしながら、一番その心配されるのは財源問題なんじゃないか。私は、最初のころの構想は、比較的軽微なものも全部その補償対象とするというふうに考えていたんですが、最近では、その財源というものをにらんで、重篤なものから制度設計、具体化していけばいいんじゃないかというふうにお話をしてまいりました。

例えば、薬の問題に関しては、従来、その「医薬品機構」と言われていた、今は「総合機構」ですね、そういうところでやっているなかに、ヒューマンファクターによる医療事故の部分も加えていくというふうに設計していけば、比較的实现可能性があるんじゃないかというふうなアドバイスを、行政法の学者などから受けております。

やはりその考え方においては、過失があるケースについてはきちっと過失の責任が果たされるべきである。つまり、そここのところをうやむやにして、問題のあるケースも問題のないケースもあいまいな形で、その無過失補償という形で、ある意味で、お茶を濁すという言葉は余りよくないんですけれども、ごっちゃにしてしまって、きちっと責任を果たす



べきものが果たさないというままの制度設計に対しては、非常に一部抵抗があるわけですし、無過失補償が実現していくプロセスでは、やはりその補償の対象をどこまで広げるのか、それにふさわしい財源をどう調達するのか、そのところが一番問題。

もう1つは、先ほど言ったモラルハザードのような問題をどういうふうに克服するのかというようなことが、講演会のときに質問されたりする大きな点だろうというふうに理解をしております。

○近藤委員長 よろしゅうございましょうか。もう大分時間も経過いたしましたので。はい、どうぞ。短くお願いいたします。

○勝村委員 ちょっと私ばかりで恐縮ですが、もう一点だけお願いします。

この間の議論を、皆さんのお話をお聞きしながら一生懸命それなりに考えておったんですけども、やはりちょっと1つ不安なのは、今回、この制度をきっかけにして事故の中身を明らかにして再発防止に役立てるということがうたわれているんですけども、それが本当になされるのか、また実現可能なのか、という点の問題があるかと思えます。

最後にもう1点、僕は我妻先生の本などを読ませていただいたことはありますが、こういう場でちゃんとご意見をお伺いするのは初めてだったので、是非もう1点お聞きしたいのですが、私も自分自身産科の医療裁判をし、20ぐらいの方の産科医療の裁判を見てきたつもりですが、我妻さんはけた違いにやっぱり医療裁判を、産科医療の裁判を本当の意味で知っておられる方で、そういう方は他にはほとんどおられないと思いますので、その点である意味非常に具体的なお話もいただいて、本当に事故を減らしていくというか、そういう形の事故は、医療事故は減らしていくという形で疫学的なデータが必要ではないかというご提言を頂きました。さらに、議論を公開すべきという意見をいただきましたけれども、この制度をきっかけにして本当に事故をなくしていくために、この制度と同時に、今、スウェーデンだったらそういう話とかがありましたけれども、さらに長年にわたり、実際に産科医としていろいろと経験され、訴訟も鑑定として数多く見てこられて、こういう点とこういう点と、もしつけ加えがありましたら、僕はぜひ参考にさせていただきたいと思うので、感じられている点があれば、ちょっと教えていただきたいと思います。お願いします。

○我妻 堯氏（産婦人科医） 委員会のほうの時間を使ってしまって申し訳ないんですけども、今まで議論が出ていないことで1つだけ指摘しておきたいのは、日本の産科医療というのは、例えばフィンランドとかスウェーデンと、あるいはアメリカと比較にならない。おわかりになるかどうかわかりませんが、20床未満の診療所で1年間に生まれる数と、20床以上の病院ですね、病院で生まれる出産数とは、ほとんど50%50%です。最近は少し病院が増えていると思いますけれども、これはどういうふうにそれをしたらいいとか、そういうことは日本医師会なり日本産婦人科医会が考える問題ですし、今、実際に、産婦人科医会もそういう点では追い詰められていると思いますけれども、20床未満の産婦人科診療所でお産をしているところだけが事故が多いわけじゃありません。

だけれども、それは非常に特徴的な日本の姿で、それは余り議論にならないんです。私、

20年前からそれを指摘しているんですけども、このままで行ったら医療訴訟が増えて、大変おもしろくないことだけれども、医師会側が何とかする前に医療事故の被害者の力でもってそれを変えざるを得なくなるんじゃないかということ、20年前から私は発表しております。医事法学会に出しているものですから、お医者さんはあんまり読んでいないんですけども、それがやっぱり日本で議論されるときに、その特殊性ですね、だから、診療所は事故が多いと申し上げているんじゃないんですよ。

だけれども、例えば加藤先生が言われたように、何か事故があったときに事故調査委員会をつくる、院長1人で医師1人看護師さん数人の診療所で、そんなことができますか。だから、疫学的な調査といっても、病院に全部アンケートを出したって、集まってくるのは50%なんです。それも頭に入れておいてこれからのこの制度を議論していただかないと、肝心なところは抜けると思いますし、今までその議論が全然出ていないんですよ。

もちろん、助産所もいいと思います。助産所の場合でも、救急搬送のネットワークというのは公的には決まっていますよね。だから、それはたまたま顧問医がゴルフに行っちゃったというケースもあり得るわけですし、その場合の責任問題で刑事事件になったことは、まだ日本ではないと思いますけれども、そのうちなるかもしれません、そのことは勝村さんに対するお答えにならないかもしれないけれども、今までの議論のなかでは、やっぱりそれは認識しておいていただきたいと思います。よろしいですか。

○勝村委員 はい、ありがとうございます。

○石渡 勇氏（石渡産婦人科病院院長） 今、我妻先生から厳しい指摘がございましたけれども、実は、日本の周産期医療というのは、今、世界で非常に優れた医療を国民に提供しているのは事実なんです。

例えば、周産期死亡率を見ても、あるいは新生児死亡率を見ても、日本が世界で一番低いんですよ。非常にいい医療を提供していることは間違いない事実でありますし、それから、いわゆる診療所、19床以下の診療所、ここは大体47%の分娩を担っています。52%ぐらいはいわゆる20床以上の病院が担っているわけですけども、戦後、産科診療所というところで分娩が多くなされてきたわけです。そこでは医師1人あるいは医師2人、助産師が数人というぐらいの、非常に人的マンパワーの少ないところでやっています。

ただ、日本のお産の一番いいところは、産科医療機関が点在しているということなんです。つまり、お産というのは、日本のお産文化というのは、陣痛が始まってから医療機関に行きますから、近くにそういうお産をする場所がなければ、例えば80キロ、100キロ先にお産に行くとすれば、途中の自家用車のなかで生まれてしまう場合もあるわけです。これが非常に危険なので、やはり日本の周産期の今後のあり方というのは、地域地域にお産できる場所が点在している、散在しているということが非常に重要ではないかと思います。

今まで日本がそういうふうに来てきたところで世界一の医療を提供してきたという、私たちは自負を持っているわけなので、必ずしも大病院が安全なお産ということではないんです。それは、もちろん、助産所のことについても言えると思います。

○近藤委員長 意見も尽きないと思いますけれども、時間がまいりまして、しかも次にまだ議題が残っております。

○勝村委員 ちょっとすみません、1点だけちょっと言わせてください。

周産期死亡率のことだけ1点だけ言っておきたいと思うんですけども、私の子どもは陣痛促進剤による過強陣痛を訴えても放置され、帝王切開が遅れ、取り出されたときは既に心拍も呼吸もゼロでしたが、30分後に心臓だけ動いて9日間だけ尿も出ないまま生きたので、周産期死亡率に入っていないんですよ。でも、ほとんどの僕の知っている人は、重症脳性麻痺で長く生きるか、2～3歳で死ぬ。そのころにやっぱり死亡率が下がるんですね。

だからどうだとまでは僕は言い切りませんが、同じようにその周産期死亡率のデータを基に日本の産科医療はいいんだと言われると、自分の子どもは全く問題なかった、事故じゃなかったのかということになるので、その点だけは常に指摘させていただきたいと思っていますので、それだけは同じような話のないように、ぜひほかの委員にもお願いしたいと思います。

○近藤委員長 事が事だけにいろいろご意見があり、非常に重い課題だということで、これからも私ども、きょうの参考人の先生方のご意見も十分頭に入れさせていただきまして検討させてもらいたいと思います。

まだ議事がございますので、いらっしゃっても結構でございますが、参考人の方、一応、意見交換を終わりましたので、お引き取りいただいても結構でございます。聞いていただいても結構でございますので、どうぞ。

それでは、今後の作業の進め方につきまして、事務局からご説明をお願いいたします。

#### (4) 今後の作業の進め方について

○上田準備室長（評価機構） それでは、座ったまま失礼いたします。

「検討体制」につきまして、私ども事務局のほうからご説明を申し上げます。資料2をお願いいたします。これに基づきましてご説明いたします。

まず、第一に、前回の委員会で「総合調整部会を設置する」と、このように申し上げましたが、実は、この点につきまして修正したいと考えております。

もともとは、準備委員会の皆さん方、大変多忙な方が多くいらっしゃいます。したがって、議論のすべての過程にご参加いただくのは極めて困難であるのではないかと、このように考えまして、当初はその下部組織として「総合調整部会」を設置しまして、そしてその部会で鋭意検討することを考えておりました。

しかしながら、前回の議論におきましては、準備委員会では下部組織で議論し尽くして、すでにおおむね決まった事項の承認を行うのではなく、準備委員会であらかじめ問題点を提示して十分な時間をかけて準備委員会で討議したいと、このようなご意見がございましたので、その方向で了承されました。

この趣旨を踏まえますと、あえて下部組織を置く必要もなくなります。すなわち、本日

のように準備委員会でそれぞれの課題につきまして議論していただきたいというふうに考えております。したがって、こういった流れのなかで、準備委員会での議論を行う課題につきましては、私どもの準備室で体制を整えまして、検討課題ごとに案を策定しまして、準備委員会にお諮りをするということを考えております。そういう意味では、大変ご多忙な皆様方には大変恐縮でございますが、準備委員会でご審議いただきたいということで、ご協力を賜わりたく考えております。これが1点でございます。

そして、この資料2を見ていただきたいのですが、第二に、今後の作業でございますが、前回の委員会でいろいろご審議いただき、そしてまた私どもも精査いたしました。いろいろなご指摘もいただきましたので、そのご指摘も踏まえながら、大きくはこの資料2にございますように、制度設計。これは本補償制度全体の基本的な設計でございます。

それから、調査。これは脳性麻痺の発生率等の調査であります。

そして審査体制。これは本制度を利用する方の受付、審査体制であります。

財務。財務につきましては、制度設計に基づき金銭の受け取り面での業務手順ですとかキャッシュフロー等の技術的な問題を整理するわけでございます。

そして、5点目が原因分析、安全対策。きょうも多くの議論がなされておりますが、事故の原因を分析し、2度と同じような事故が起こらないようにするような対策を提示するという設定でございます。この点につきましては、皆さん方も大変ご関心も高く、重要な作業項目であるというふうに認識しております。

こういった項目について準備をしながら、これらの項目を準備委員会でご審議をしていただきたいと考えております。

もう1点、ご説明させていただきます。資料2で、調査のところが「専門委員会設置」が、このように記載しております。この点につきまして、ご説明申し上げたいと思います。

調査につきましては、やはり医学的・専門的・学術的な問題がございますので、事務局というよりも、「専門委員会の設置」を考えて、そこでこの医学的な検討といえますか、調査を行いたいと考えております。

この点につきましては資料3をお願いしたいんですが、今、申し上げましたような考えで、専門委員会を設置したいと考えておりまして、これは案でございますが、目的は、これまで議論がございましたように、補償基準の決定ですとか、あるいはその対象者数の推計ですとか、あるいは補償制度の設計に必要な医学的な資料を作成するための調査ということでございます。

基本的な考え方。実は、私ども、その後、いろいろ検討いたしました。いろいろな文献も当たり、あるいは何人かの専門家の先生にもご意見を伺いました。そうしますと、幾つかの地域においてかなり詳細な調査が行われ、その結果の医学文献があります。

したがって、既存の資料や、国内外の文献等を活用して、得られたデータを、専門家による評価・分析を行って、この制度設計に必要な医学的資料を作成するという提案でございます。

また、この制度設計については、かなり限られた時間で進めざるを得ない面もあります。

新たに調査を実施することになりますと、かなりその準備、あるいは実施ということになりますと、かなり年単位の時間を要することになります。

それから、近年、個人情報保護法の関係から、なかなか詳細な個別のデータを調査することは困難な面もありまして、今、申し上げたような考え方で進めたいという提案でございます。

方法については、イメージ図ということで、ここに図がありますが、調査専門委員会を設置し、ここには6名程度の専門家からなるメンバーが構成されます。そして、この委員会では、調査項目を決定し、明らかにしまして、それを調査者にお願ひします。それぞれの調査者から報告を出していただき、それをそれぞれの立場で評価・分析を行って、医学的な資料を提出していただく考えでございます。

調査者については、それぞれみずから調査をされておられます、そういった経験、データ、そして併せて国内外の文献、こういうものを合わせながら報告書を作成していただくことになります。この図にありますように、3つのグループを考えておりますが、それぞれ調査を行って、そして調査委員会で評価をしながら検討していく考えでございます。

次のページでございます。

調査項目につきましては、ここがございますように、与党から発表されています無過失補償制度の枠組みで記載されております「通常の妊娠、分娩」基準の考え方でございますが、こういった基準について、さらに医学的に、例えば出生体重、在胎週数とか、その他のいろいろな基準とか、あるいは先天奇形、染色体異常、先ほど我妻先生からもいろいろな課題などのご指摘もあります。こういった点を明らかにして、具体的な考え方を示してほしいと考えています。もちろん、対象者数とか、発生数なども併せてお願いすることにしていきます。

それから、今後、一時的なその補償なのか、年金的というか、いろいろな考え方がございます。そこで重度の障害児の生存曲線をお願いしたいと考えています。

それから、診断できる時期として、医学的に診断が可能な時期、あるいはいわゆる症状固定時期の特定など、診断に関しての項目を考えております。

調査委員会の委員につきましては、池ノ上先生、小林先生につきましては、この準備委員会の委員をされておりますが、公衆衛生、疫学という立場で、それから岡先生、鴨下先生、田村先生、三池先生、それぞれの立場でございます。

なお、委員長につきましては、鴨下先生がこれまでのご経験、これまでも無過失の補償に関してもいろいろ研究などを行っておられまして、委員長をお願いしたいと思います。

調査者につきましては、沖縄の小児発達センターで、昭和58年からかなり全県的な調査・データなどの分析が行われています。したがって、落合先生を初め3人の方。それから東京都立東大和療育センターの鈴木先生も、東京の多摩地域で広域における調査をされています。それから、姫路市の総合福祉通園センターの小寺澤先生が姫路という1つの地域での調査をされています。したがって、この3グループに調査者としてレポー

トをお願いしたいと考えております。

そして、今後のスケジュールですが、本来ですと、もっと十分時間をかけながら皆さんにご意見をいただくところでございますが、実は、この調査結果が今後の制度設計に当たってかなり基本になりますし、ある意味では、できるだけ早く進めざるを得ないため、きょうはこんな形で提案させていただき、皆さんのご理解、またご意見をいただきたいと思っております。第1回の調査委員会を開いて、先ほど申しました調査者に対しての調査事項の確定と、それをできたら6月末を目途に出していただく考えであります。そして、もう1度調査委員会を開きまして、調査者に集まっていただいてさらに具体的に詰めていくことにしています。そして、6月末に報告書を提出していただいたものを第3回以降の調査委員会で議論します。当然、必要であれば4回、5回となっていきます。このように専門家による評価・分析、あるいは結果の取りまとめを考えております。以上、3点申し上げましたが、この点について皆さんのご意見、ご理解をいただきたいと思っております。

○近藤委員長 ただいま事務局から説明しましたのは、総合調整部会をつくらないと。それで、産科補償制度、この委員会で全部を仕切っていくと。

それでその作業項目を考えているわけでございますが、そのうえで一番基礎的なデータになります対象者の推計等につきまして、これは調査ということでございますけれども、これはもう専門家の方の力を借りなければどうにもならない。ズバリ使えるような統計はないと。したがって、幾つかあるデータを総合的に勘案して、ある程度推計値をつくっていくと、こういう作業に頼らざるを得ないということでこういう案を考えただけでございます。ご意見をいただきたいと存じます。

○加藤（尚）委員 この調査項目についてですけれども、本日の参考人のご意見を伺ったうえで、この調査項目の内容をもう一遍ちょっと見直す必要もあるし、調査項目を増やす必要もあるんじゃないかと思っておりますので、ぜひその辺の検討も含めていただきたいと思っております。

○上田準備室長（評価機構） その点を含めて、検討します。

○近藤委員長 ほかにございませんでしょうか。

○勝村委員 明らかにするとともに根拠を示すということなので、そのあたりの情報公開に関する方針等はどのような感じでしょうか。

○上田準備室長（評価機構） まず、基本的には、先ほど、学術的な立場で調査をして分析をしていただくと申し上げました。あくまでも医学的な資料を出すということで、最終的な判断は、準備委員会でさせていただくことが、まず基本でございます。

と同時に、この調査専門委員会において、ただいま勝村さんがおっしゃられましたように、専門家だけじゃなくて、被害者といいますか、第三者の立場の方も議論に参加することも大事だと思っております。この点については、これから調査委員会で議論をしながら、その点についてはもう少し弾力的に考えたいと思っております。公開性という問題もあると思っておりますが、ただ、当初は、医学的にきちんと進めていき、何回かの委員会を考えておりますので、状況をここでご報告させていただきながら、できるだけ皆さん方のご理解をいただ

けるような形で私ども取り組んでいきたいと思っております。

○勝村委員 「調査専門委員会」は公開にされるのでしょうか。

○上田準備室長 ですから、今、申しあげましたように、まず医学的などところで、基本的にはこのメンバーで、いわば当初はクローズドで進めていきたいというふうに考えております。

ただ、最終的には、この準備委員会で皆様にもご検討いただくわけでありますので、調査専門委員会の後半の進め方については、皆様にご意見をいただきたいと思っております。専門家だけではなくて外部の方も加えてほしいとか、あるいは公開の問題もありますが、当面は調査専門委員会に関してはクローズドにさせていただいて、しかし準備委員会でご報告させていただき、その取扱いについては検討していきたいと考えております。

○野田委員 きょうのこうした議論の記録をどうされるかということをお聞かせ下さい。これから制度ができましたときには、きょう、言われたようなことは、制度をまた再検討する際に非常に参考になると思うのですけれども、委員全部にその逐語訳を配ってほしいとまでは申しませんが、きちっとした逐語訳の記録を、正式な記録としてはお残しいただきたいと思っております。というのは、法制審議会でも、どういう議論がされたかというようなことは、あとでその制度を評価するときに非常に重要な資料になると思っておりますので、それはちょっとお願いしておきたいと思っております。

○上田準備室長（評価機構） 調査専門委員会については、クローズドと申しあげましたが、そういう議論の過程を報告してほしいというご指摘かなと思っております。考えたいと思っております。

○勝村委員 ちょっと確認なんですけれども、たとえその場をクローズドで開催されても、今おっしゃるように、その調査結果、調査者という方から調査結果が出て、それらを基に一定議論をして何らかの結論を出すという、その議論の過程は、きちんと議事録として事後報告がされるということをお願いしたいと思っております。

○上田準備室長 私、最初クローズドと申しあげました。それで、野田先生のほうから、クローズドでというのではなく、やはりプロセスも大事なので、議事録といいますか、その要約といいますか、こういう議論がされた、その要約などをこの準備委員会にも、お伝えし、当然、最終的にはここで審議していただくわけですので、そういうプロセスも見せて欲しいというご指摘かと思って、お見せすると申しあげました。

○行天委員 今、野田先生がおっしゃったのは、今までのやつでしょう。

○野田委員 正式にはかなり詳しいものを残しておかれて、委員にお配りになるのは要約でもよろしいですけれどもということなんです。

○行天委員 そうですね。

○上田準備室長（評価機構） そうですか。それでその記録は残すことにします。

○野田委員 残しておいていただきたいのです。

○上田準備室長（評価機構） 失礼しました。これからお話ししようと思いましたが、実は、第1回の2月23日に開催しました委員会の資料と議事録については、3月中に評価機

構のホームページに掲載しておりますので、その議事録はそこで公開しております。

○野田委員 そういう議事録はそれで結構なんですが、私が申し上げる趣旨はちょっと違うんですけれども。そういちいち詳しいことを全部をお配りいただかなくても結構ですけども、この機構としては、正式ないろいろな議論もきちっと逐語訳を残しておいていただく方がいいのではないかとということなんです。皆さん、ちょうどいろいろなニュアンスのある議論をしておられますから。

○近藤委員長 それは残っているんでしょう。

○野田委員 テープを取っていらっしゃるから。それを会議の要約でお配りになるのは結構だと思うんですよ。それを皆さんに、そんな全部の議論を細かくお配り下さらなくても結構です。後日、いろいろニュアンスのある議論を知りたい時、そういうものを機構としては、分かるようにして残しておいていただく方がいいのではないですかということをお願いしました。

○小林委員 委員の小林です。今回、調査専門委員会のほうに指名されておりますので、一言だけ。

今回、時間的な制約で、前向きで、疫学的にいうと、バイアスの少ないような調査を行う期間がありませんので、過去の調査をさかのぼって、その調査に関してバイアス、偏りがなくどうかとか、あるいは十分な母集団が得られているかどうかということ、あるいはその脳性麻痺の定義なり診断基準がどのような形で行われているかということを確認する作業をして、それで、資料をつけた形で報告書を出すような形になると思います。

恐らく、過去の調査をさかのぼる場合に、実際に調査者を呼んで、具体的に例えばどの医療機関でいつ発生したかというような質問をすることも出てくると思うんですが、そうすると、場合によっては個人が特定されるような事態も出てきます。ですので、第1の理由としては、プライバシー保護ということがありますので、とりあえず公開でない形で進めていくのが妥当じゃないかと思います。

ただ、公開の原則といいますか、アカウントビリティを担保する意味で、この委員会のメンバーには調査専門委員会の日時をお教えして、もしご都合がつくようであれば出てもらうというような形で進めてもいいのではないかとこのふうに、個人的には思っています。

ただ、私は委員長ではありませんので、またそれは委員長にご意見を伺ってというふう考えています。

○加藤（尚）委員 野田委員のおっしゃったことは記録を残すということであって、必ずしも公開するということじゃないんですよ。

○野田委員 公開と違います。記録を残す。

○加藤（尚）委員 ですから、今のような記録は多分残していただいて、アメリカの議会なんかですと、個人のメモまで回収して、ちゃんと文書に保管してアルヒーフに入れていますから、そういうことは日本ではほとんど行われていないので、制度の見直しがアメリカと比べて非常にレベルが低いという状況は明らかにあるんですね。ですから、元の記録をしっかりと残すという、それから公開できるものは公開するということだと思います。



○行天委員 先生、1つよろしゅうございますか。

○近藤委員長 ああ、どうぞ。

○行天委員 今の小林先生のおっしゃったのは、ちょっと私も実は伺いたいと思っていたんですが、公開という意味が、この委員の方は、今度の、もうすぐでございますよね、4月13日でしょう。ですから、それに参加していいかどうか、あるいはそれはちょっと別にするかというのだけお決めいただければ、これは大事だと思うんです。意見はもちろん言わないで、専門委員の方たちのお話を聞いてということはできるかどうか。

○上田準備室長 わかりました。そうしましたら、鴨下委員長と相談してその結果を、13日ですから、もう日にちがございませんけれども、委員の皆さんには、もしご希望があればご参加ということでご案内します。委員長と相談して至急ご連絡いたします。

○近藤委員長 それでは、まだ意見があるかと思えますけれども、まだありますか。

○勝村委員 簡単に申し上げます。

僕は不信があって言っているのではなくて、やっぱり良識を持って議論されていると社会から思ってもらったほうがいいと思うからなのです。この委員会自体も最初は非公開でやられるという予定であって、1回目の議論のなかでやはり公開していこうじゃないかということになったということで、今、小林先生のほうからも、できるだけ根本的には資料も添えてというふうにおっしゃっていただいて、つまりそのプライバシーを侵害しない範囲でできる限りちゃんと、せつかくきちんとやっておられるんだから、そういう経過を発表して載せていく、みんなの目に触れられるようにできるという形で、できる限りの形を、前回の議論の延長として、踏まえてやっていただきたいというお願いです。

○近藤委員長 それでは、もう大分時間を経過いたしましたので。先ほど事務局から説明したなかで、なるべく人の目に触れられるような形の運営にするという形で進めていただきたいと思えます。そのほか、事務局から。

○上田準備室長（評価機構） 1点お願いがございます。

まず、資料2を見ていただきたいのですが、次回の委員会につきましては、5月中旬に予定を考えております。議題につきましては、本日のヒアリングあるいは意見交換を踏まえまして、引き続き委員の皆様方から制度設計等のためのご意見をいただきたいと考えております。

次回、さらに引き続きご意見をいただくわけでありますが、この委員会に対しまして、皆さんからも資料などの提出がございますようでありましたら、事務局に申し出ていただければ、次回の議論の際にも配付させていただき、議論を深めるようにしていきたいと思えますので、どうかよろしく申し上げます。

また、次の議論を深める意味でも、本日の議論につきましては至急整理しまして、事前に皆さんに送付させていただきます。

つきましては、次の開催日候補につきましては、お手元に日程調整表を配付しておりますので、よろしく申し上げます。以上です。

### 3. 閉会

○近藤委員長 これをもちまして第2回の準備委員会を終了させていただきます。どうもありがとうございました。参考人の先生方には大変、最後までお付き合いいただきまして、ありがとうございます。貴重な意見、本当にありがとうございました。十分参考にさせていただきたいと思います。どうもありがとうございました。

(了)