

第2回産科医療補償制度運営組織準備委員会 資料

1. ヒアリング対象者からの提出資料・・・資料1
2. 産科医療補償制度運営組織準備室検討体制図（案）・・・資料2
3. 産科医療補償制度に関する調査専門委員会について（案）
・・・資料3

(表紙のみ)

いのち
ゆたかに

重症心身障害児(者)への
理解をふかめるために



社会福祉法人
全国重症心身障害児(者)を守る会

(岩城 参考人 持込資料)

医療補償制度運営組織準備委員会における意見陳述の要旨 (2007年4月11日)

産婦人科医： 我 妻 堯

I. 本制度に関連した自分自身の経験：

- 1) 1986年以降現在までに約105件の産科医療訴訟の鑑定書(裁判所依頼：約62件)または私的意見書(主として原告側の依頼：約43件)を執筆した。その中で脳性麻痺に関係する事件は約56件である。(2000年頃より裁判所の鑑定依頼は減少した)
- 2) 以上の経験を「鑑定からみた産科医療訴訟」(65件の事例収録)にまとめて出版した。日本評論社、2002年12月発行。
- 3) これまでに感じたこと。
 - (1) 脳性麻痺に関連した産科訴訟は非常に多く、しかも長期間を要する。
 - (2) 米国でも事情が同じために、防衛的な医療とそれを支援するためにおこなわれたと思われる調査や文献の発表が多い。
 - (3) わが国の産科関連学会は米国の方針・発表をそのまま直訳したような文献を発表することが多く、それらが裁判においてしばしば被告側から引用され主張される。(実例として、「脳性麻痺の原因の?%が先天的な異常である」：この?の根拠が必ずしも明確ではなく、わが国にも調査結果はあるが医療制度が著しく異なり、症例数も少ないから、そのまま用いることには問題がある)。
 - (4) わが国の学会の定義で脳性麻痺と深い関わりのある定義の中には古くて、決定された時期と現在とで医療機器の進歩とかけ離れたものがあり、それでも裁判では古い定義がそのまま主張されることがある。(実例として過強陣痛)。
 - (5) 脳性麻痺の原因の判別・予知・診断・治療には子宮内の胎児の状態を知るための分娩監視装置の観察が欠かせないが、わが国ではその診断基準が米国の定義を直訳したような用語で定められており、判りがたく、また英語の直訳で第三者には判りがたい(例：胎児仮死・胎児ジストレスは誤解を招きやすい用語なので、non-reassuring fetal status と表現すること)。
また、数値で明確に示されるものではなくパターン認識に頼ることが多いので、観察する者の主観に左右されることが多く、裁判では争いの基になっている。
 - (6) 子宮内の胎児に異常が起きた時に、速やかに子宮外に出して十分な酸素を与える必要がある。これを急速遂娩術と呼び、帝王切開手術、鉗子分娩、吸引分娩の三者がある。学会では一応の指針を発表しているが、実施にあたって必ずしも統一した方針は守られていない。これも裁判でもっとも争いの多い場面である。

II. 本制度に要望したいこと。

以上のことから理解されると思うが、

- (1) 最も重要な原因論について、先天性かそうでないかをどのように鑑別されるのか。
- (2) その根拠とするためにわが国、独自の多数例の調査による疫学的データが必要ではないか。
- (3) 学会の諸定義委員会でこの問題に関連する諸定義の再検討、改訂・訂正を速やかに実施することを希望する。古い定義では争いが再燃する。
- (4) 脳性麻痺の児を出産された両親の苦痛は極めて同情に値するもので、従来裁判では極めて長期間に及ぶ。従って本制度の速やかな実現を希望するが、同時に上記の問題点を解決していかないと、判定にあたって裁判と同じような争いが展開される恐れがある。

(参考文献は省略)

第2回産科医療補償制度運営組織準備委員会(2007、4、11)

意見の骨子

加藤良夫

- 1、医療被害者の「5つの願い」(原状回復、真相究明、反省謝罪、再発防止、損害賠償)を踏まえて無過失補償制度を設計する
- 2、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
 - (1)迅速に補償し、過失があれば医療機関が賠償する
 - (2)カルテの記載の改善、記録の充実のための施策をたてる
 - (3)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
 - (4)ピアレビュー(同僚審査)を推進する
 - (5)教訓の共有化を図る
- 3、情報は個人情報を保護しつつ極力公開して教訓が生かされるようにする
- 4、医療機関は患者家族に対し説明責任をはたす
- 5、運営組織は、保険会社や医師会と距離を置いたところに設置される
審査等を試行して問題点を把握し、将来的には取り扱う範囲を拡大して、被害防止・被害救済に特化した、第三者機関を創設する

参照

- 1 医療事故情報センターの2006年12月27日付「産科医療における無過失補償制度」に関する意見書
- 2 日本弁護士連合会の2007年3月16日付「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
- 3 「医療被害防止・救済システムの実現をめざす会」(仮称)準備室の冊子「医療事故を防止し被害者を救済するシステムをつくりたい」

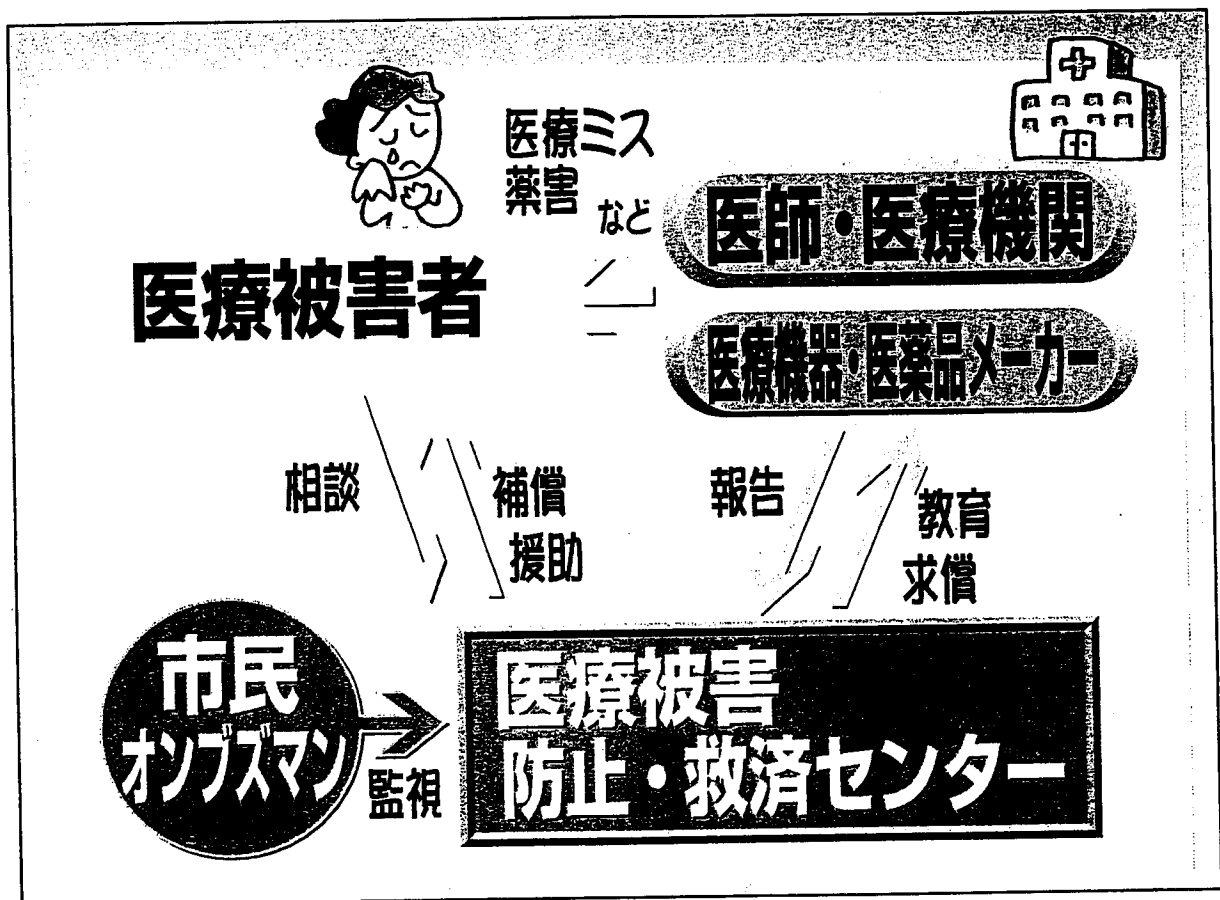
(表紙のみ)

医療事故を防止し被害者を救済するシステムをつくりたい

—「医療被害防止・救済センター」構想の実現をめざして—

南山大学法科大学院教授

弁護士 加藤 良夫



連絡先

□「医療被害防止・救済システムの実現をめざす会」(仮称)準備室
〒461-0001 名古屋市東区泉1丁目1-35
ハイエスト久屋6階 センター気付
TEL 052-951-8810 FAX 052-951-8820
ホームページ <http://homepage2.nifty.com/pcmv/>
E-mail BCC06176@nifty.com

□栄法律事務所

〒460-0008 名古屋市中区栄4-15-23 LM1216
TEL 052-263-1303 FAX 052-263-1327
E-mail ykato777@aqua.ocn.ne.jp

(なお、医療事故情報センターのホームページは <http://www3.ocn.ne.jp/~mmic/> です。)

(加藤 良夫 氏 提供資料)

「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

2007年3月16日
日本弁護士連合会

意見の趣旨

日本弁護士連合会は、医療事故の被害者の救済と、より安全で質の高い医療の実現を希求して、次のとおり意見を述べる。

- 1 国は、「被害者の救済」と「医療の安全と質の向上」を目的として、全ての医療事故を対象とした「医療事故無過失補償制度」を創設すべきである。
- 2 「医療事故無過失補償制度」は、次の基本的枠組みの下で制度設計され、運用されなければならない。
 - ア 迅速に、公正かつ適切な補償がなされること
 - イ 医療事故を十分に調査して、事故原因を究明し、同種事故の再発防止策を策定すること
 - ウ 上記調査結果と再発防止策などについて、当該医療事故の当事者らに報告するとともに、可能な限り公表すること
 - エ 運用機関として、市民らが参加する第三者機関を創設すること

意見の理由

第1 はじめに

日本弁護士連合会（以下、「日弁連」という）は、これまで長く、患者の人権および医療事故における被害救済制度について、調査・研究を続けてきた。これらを踏まえ、2001（平成13）年3月には、日弁連内の人権擁護委員会が、『医療事故被害者の人権と救済』を公表した。この中で、「医療事故の被害者を迅速かつ適正に救済するとともに、尊い犠牲から教訓を引き出し医療の場にすみやかに還元し、医療の質の向上や安全な医療システム作りに生かしていくことが求められている」という基本的立場に立って、医療事故における無過失補償制度の創設を提言し、その1つのモデルを提案している。

一方、近時、産婦人科医や小児科医の不足が社会的な問題として取り上げられる中、2005（平成17）年6月、「厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究班」が、産科医療における無過失補償制度の検討の必要性について提言を行った。

さらに、2006（平成18）年8月には、日本医師会が「分娩に関連する脳性麻痺に対する障害補償制度」の原案を作成し、国に対して、障害補償制度の整備を要請した。これは、医療事故に対する公的補償制度のうち、「実現可能で、かつ、わが国の政策課題にも合致し、最も緊急度が高い、『分娩に関連した脳性麻痺に対する補償制度』の先行実施を求める」という課題認識に基づくものとされている。

そして、同年11月29日には、自由民主党の政務調査会社会保障制度調査会医療紛争処理のあり方検討会が「産科医療における無過失補償制度の枠組みについて」と題するレポートを公表したことを受け、本年2月には、産科医療における無過失補償制度の創設に向けた調査・制度設計等の支援をする「産科無過失補償制度支援事業」として、1億1034万円余りを計上した平成18年度補正予算が成立し、同月、厚生労働省は、財団法人日本医療機能評価機構内に、産科医療補償制度運営組織準備委員会を設置させ、産科医療における無過失補償制度創設への取り組みを始めている。

本意見書は、かかる状況の下で、日弁連のこれまでの調査・研究に基づき、一部の診療領域に留まらず広く医療事故全般を対象として、医療事故を減少させて医療の安全と質の向上に貢献する無過失補償制度を創設する必要性と、この制度に必要とされる基本的枠組みについて意見を述べるものである。

第2 医療事故における無過失補償制度創設の必要性とそのあり方

日弁連のこれまでの調査・研究を通じて、医療事故の被害の悲惨な実情が明らかになり、他方で、これを救済するシステムが貧弱な現状も確認されている。

また、諸外国（ニュージーランド、スウェーデン、フィンランドなど）における救済システムの検証結果等に立脚して、医療事故における被害救済制度のあり方を検討した結果、現存の民事訴訟を中心とした医療被害救済制度を改善するとともに、新たに医療事故における無過失補償制度を創設することが必要であると判断した。

1 医療事故の被害者と医療者の願い

医療事故における被害救済制度のあり方を考えるにあたり、まず、医療事故の被害者（医療者（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、助産師などの「医療の担い手」をいう）の過失の有無を問わず、医療に起因して健康被害を受けた患者と遺族をいう、以下同じ）が何を望み、また、医療者が何を願っているのかを十分に認識することが重要である。

(1) 医療事故の被害者の願い

長年にわたる多くの医療事故の被害者との面談を通じて確認できることは、医療事故の被害者が「5つの願い」（原状回復、真相究明、反省・謝罪、再発防止、損害賠償）を有しているということである。

すなわち、医療事故の被害者が、何より一番に願うことは、その身体が元通り回復すること以外の何ものでもない。しかしながら、ほとんどの場合、それは不可能を求めることになる。それ故、せめて、被害を被った原因を究明してもらいたい、医療者の過失に原因があるなら、反省・謝罪してもらいたい、そして、同じような被害を繰り返さないよう再発防止に取り組んでももらいたいと願っているのである。

なぜこのような被害を受けることになったのか、その経緯や原因がはっきりしないまま、被害を受け容れることは容易でない。そして、その原因に関与し、責任を負うべき医療者には、謝罪し、反省してもらいたいと願うのは自然なことである。その上で、自分がこの被害を背負い続けることが、その後の再発防止に役立つということを確認することによって、かろうじて、この被害を甘受していくきっかけを得ることになる。

世界保健機関（WHO）は、1994年3月の患者の権利に関するヨーロッパ会議において、「ヨーロッパにおける患者の権利に関する宣言」を採択したが、その6-5では、「患者は自分の苦情について徹底的に、公正に、効果的に、そして迅速に調査され、処理され、その結果について情報を提供される権利を有する」とされており、上記被害者の「5つの願い」が普遍的なものであると理解できる。

医療事故の被害者に対する、迅速で、公正かつ適切な金銭的救済が必要であることは言うまでもないが、被害者の「5つの願い」にある「原因究明」や「再発防止」が実現されることによって、はじめて、医療事故の被害者の真の救済につながるといえよう。

(2) 医療者の願い

他方で、長年にわたり多くの医療者にも面談した結果、真摯に医療に取り組みながらも、心ならずも医療事故に関与してしまったときには、被害者の上記の願いと同じ願いを抱いていることも確認できた。医療者らも、同じように事故の原因を究明し、その結果、自らに責任があるときには、謝罪したい、また、この事故を教訓にして、再発防止に努めることによって、今後より安全で質の高い医療の実践に取り組みたい、被害者には、迅速で適切な金銭的救済をしたいと願っているのである。

このことは、例えば、2001（平成13）年4月10日に、日本外科学会を初めとする12学会が明らかにした「診療に関連した『異常死』について」とする声明によっても確認ができる。ここでは、「近年、多くの医療機関において、患者の取り違えや投薬ルートの誤り、異型輸血などの極めて初歩的な注意義務を怠った明らかな過失による医療過誤が起り、患者のかげがえの無い生命を犠牲にし、また、重大な健康被害を与えてしまったことは、広く報道されたところである。医療従事者の一人一人は深くその責任を自覚するとともに、このような現実を真摯に反省し、徹底した事故予防対策に取り組まなければならない。」「医療過誤事件における患者の被害はすみやかに救済されなければならない。また、医療過誤事件の急増する今日、同様の事件の再発を防止するために可能な方策が尽くされなければならない。」「医療過誤の疑いのある患者被害が発生した場合には、広く医療機関や関係者からの報告を受け、必要な措置を勧告し、さらに、医療の質と安全性の問題を調査し、国民一般に対し、必要な情報を公開していく新しい専門的機関と制度を創設すべきである」とされている。

医療事故における被害救済制度のあり方を検討するにあたっては、このような医療事故の被害者や医療者の願いを理解し、これらの願いにかなう制度を設計するという視点を欠かすことができない。

2 現存の医療被害救済制度の限界

上記の被害者や医療者の願いを踏まえて、現存の民事訴訟を中心とした医療被害救済制度を検証すると、金銭賠償と原因究明・再発防止のいずれの点においても制度上の限界があり、十分な機能を果たしていないということが指摘できる。

(1) 現在の医療被害救済制度の限界：金銭賠償の獲得が困難であること

医療によって思いがけない被害を受けるに至ったとき、被害者や家族には、その原因が、医療者の過失にあるのか、不可避的な結果であるのかは、容易にはわからない。医療は、専門性が高く、かつ、密室で実施されることが多いため、いかなる医療が実施されたのかという事実すら、被害者には容易に認識できないからである。このことが、長く、被害者が、損害賠償請求の手続きを取ることを阻害してきた。

さらに、被害者が、医療者の過失によって被害を負った場合であっても、これまで、医療者から進んで賠償がなされることはほとんどなかったと言ってよく、被害者は、重度の障害をかかえながら、長い年月と費用をかけ、損害賠償請求をしなければならないということもあった。民事訴訟手続きを経ないかぎり、賠償金を得られないことも少なくない。

そして、その民事訴訟手続においては、事故の事実の確定や過失と因果関係の有無を、医学的かつ法律的な側面から検討することが不可欠であるから、判断までには一定の時間を要する。近年、民事訴訟法が改正され、裁判所や弁護士会が協力して、医事関係訴訟の審理のあり方の見直しが続けられるなどして、審理期間が短縮化されつつあるものの、司法統計によれば、医事関係訴訟の平成17年度の第一審の平均審理期間は26.8月（同年度の通常訴訟の平均審理期間は8.4月である）である。しかも、医療者の法的責任の有無の判断が容易でないことも少なくない。

このように、重い障害を抱えながら、被害者と家族が、長い年月と多くの苦難を重ねても損害賠償金を得られないこともあるというのが、現存の医療被害救済制度による被害救済の現状である。

これらの実情からは、医療事故の被害者に迅速かつ適切な金銭的救済がなされているとは到底評価できず、現存の民事訴訟を中心とした医療被害救済制度には限界がある。

(2) 現在の医療被害救済制度の限界：原因究明・再発防止の視点の欠如

さらに、一つの医療事故について、その原因を調査して究明するときには、そこには、同種事故を防止するための多くの教訓が残されている。しかしながら、民事訴訟を中心とした現存の医療被害救済制度では、事故から再発防止のための教訓を引き出したり、その教訓を広くすみやかに、医療現場に還元して、再発防止に有効に役立てることが困難である。なぜなら、そもそも、民事訴訟では、損害賠償請求権の存否が争われ、請求原因となる個々の医療行為についての過失や因果関係の有無が審理されるに留まるから、その背景にある医療体制や医療環境の問題は、審

理の直接の対象とはなりえない。また、判決は、すべてが公刊されるわけではない上、事故後、判決が明らかにされるまでには、数年を要するため、判決が明らかになったころには、すでに、医療水準が大きく変化していることも少なくない。それ故、これまで、全国の医療機関で、同じような事故が繰り返され、同じような被害を生み続けてきたのである。

こうして民事訴訟を中心とした現在の医療被害救済制度は、事故の原因究明や広く医療現場に向けた再発防止策の策定という側面においては、なおさら、制度上の限界があるということを指摘せざるをえない。

(3) 無過失補償の必要性

一方で、医療者に法的な責任を認めることができない要因によって被害が発生したときには、過失責任の原則から、被害者は損害賠償が受けられないだけでなく、現在では、何らの補償も受けられない。医療の提供によって、我々市民の大多数が受ける恩恵は多大なものがあるが、他方で、医療体制や医療技術自体の持つ危険性や限界などによって必然的に発生する一部の被害にも目を向けなければならない。

医療によって被害を受けた被害者の負担を、医療によって恩恵を受け得るすべての者が支える仕組みがあつてしかるべきである。

例えば、現在、我が国では、労働災害補償保険法、公害健康被害の補償等に関する法律、予防接種法などによって定められた無過失補償の仕組みがある。医薬品・生物由来製品による健康被害については、独立行政法人医薬品医療機器総合機構が、無過失補償制度による救済事業を実施している。

そして、かかる不可避的な被害を生む危険性の高い医療を実施する医師も、医療現場で、不幸にも被害を受けてしまった患者を前に、何とか救済の仕組みがないものと苦悩してきており、かかる仕組みの創設を希望し続けているのである。

例えば、日本医師会は、既に1972年（昭和47）年に明らかにした「『医療事故の法的処理とその基礎理論』に関する報告書」の中で、「医師として過失がないのに不可避的に生ずる重大な被害に対しては、国家的規模で損害補償制度を創設し救済を図る」ことを提言している。

諸外国では、スウェーデン、ニュージーランド、フィンランド、ノルウェー、デンマークでは、医療事故における無過失補償制度が実施され、イギリス、フランス、アメリカフロリダ州、ヴァージニア州では、一部が実施され、アイルランド、スイス、カナダ、ドイツ、オーストラリア、オランダ、アメリカニューヨーク州、ユタ州などが、その実施を検討し

ていると言われている。

3 「被害救済」と「再発防止」のための無過失補償制度創設の必要性

以上の検討の結果として、医療事故の被害救済のためには、過失、無過失を問わず、公正な手続きによって、迅速かつ適切に被害を補償する無過失補償制度の創設が必要であるといえることができる。

さらに、この無過失補償制度は、同時に、医療事故を調査し、原因を究明した上で、再発防止に結びつけ、医療の安全と質の向上に寄与する仕組みを持つものであることが必要である。

すなわち、無過失補償制度の下では、民事訴訟などの現存の被害救済制度や現行の事故報告制度に比し膨大な医療事故情報が集積されることになる。ところが、無過失補償制度では、その事故がどのような原因であろうとも、あるいは、医療者の過失、無過失に関わらず、被害は等しく補償されることになるから、補償の適否の判断に合わせ、事故原因を究明して、再発防止策を策定し、広く医療現場に還元する仕組みがない限り、金銭的な補償だけによって満足し、あるいは満足させられ、自主的な事故原因の究明や再発防止への取り組みは疎かになりかねない。すると、補償の適否を判断するために、膨大な事故情報が集積されることになるのに、それが教訓へと結びつけられることなく、事故の再発防止への手がかりが失われることを意味する。被害者が身体を、時には生命すらかけて残した「教訓」が生かされず、同種事故の再発を阻止する機会を失うことになりかねない。これは、医療を受ける立場となるすべての市民にとって、大きな損失である。

この点、2005（平成17）年6月23日には、日本学術会議は、「異常死等について—日本学術会議の見解と提言」と題する報告において、第三者機関を設置して、医療行為に関連した死亡、重大な後遺症を含めた広範な事例を集積し、その原因分析と通じ医療事故の再発防止に資するとともに、医学的に公正な裁定を確保し、被害者側への有効で迅速な救済措置実施のために裁判以外の紛争解決促進制度（ADR）の導入や労働者災害補償保険制度に類似した被害補償制度の構築を図るべきと提言している。ここでは、「今日、国民の医療に関してこのような第三者機関が存在しないことは、我が国の医療体制の脆弱性を表すもの」であるとして、関係機関に対して、その実現のためのイニシアティブを強く期待すると提言をまとめている。

原因究明と再発防止が、被害者と医療者の願いでもあることは、上記1に記載したとおりである。

無過失補償制度の運営過程で集積された医療事故情報に基づいて、その事故原因を究明するとともに、再発防止策を策定して、広く医療現場に還元する仕組みが併設されることが不可欠である。無過失補償制度においては、補償システムと事故を調査して再発防止に生かすシステムが、いわば車の両輪として、一つの制度として設計されなくてはならないのである。

4 医療安全・無過失補償制度創設における国の責務

無過失補償制度の創設は国の責務でもある。

現在の我が国において、医療を受けることなく人生を終える市民は皆無と言ってよい。医療を受ける立場にあるすべての市民が、医療事故の被害者となる可能性があり、その被害の救済は、すべての市民の問題である。

発生した医療事故が調査され、教訓化され、同種事故の再発防止が進められることによって、より安全で質の高い医療の提供を受けられるようになることは、医療を受ける立場であるすべての市民の強い願いである。そして、これは、医療を提供する立場に立ち、真摯に医療に携わる医療者の願いでもある。

他方、国には、良質かつ適切な医療を提供する体制を確保するよう努めるべき責務がある（医療法第1条の2）。

医療事故が相次ぐ中、2001（平成13）年5月、厚生労働省医政局長及び医薬局長の私的検討会として医療安全対策検討会議が設置され、2002（平成14）年4月には、同会議が今後の医療安全対策の方向性と緊急課題についての「医療安全推進総合対策」をとりまとめるなど、医療の安全確保は、我が国の医療政策における最重要課題の1つと位置づけられている。2003（平成15）年12月24日には、厚生労働大臣が、「厚生労働大臣 医療事故対策緊急アピール」を发出して、安全対策の一層の推進を指示している。さらに、前記医療安全対策検討会議は、2005（平成17）年5月にも「今後の医療安全対策について」とする報告書を取りまとめ、その中で、「医療の質と安全性の向上」「医療事故等事例の原因究明・分析に基づく再発防止対策の徹底」「患者、国民との情報共有と患者、国民の主體的参加の促進」を医療安全の3つの柱として掲げ、「医療事故の届出、原因分析、裁判外紛争処理および患者救済等の制度の確立」が目標の一つとされている。

そして、かかる政策の一環として、2006（平成18）年6月に成立した「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」によって、国には、医療の安全の確保に関して必要な措置を講

ずるよう努めるべき責務が定められた（医療法6条の9）。また、同法の成立にあたって、衆議院厚生労働委員会は、「安全で質の高い医療の確保・充実に関する件」とする付帯決議をする中で、「医療事故等の問題が生じた際に、医療行為について第三者的な立場による調査に基づく公正な判断と問題解決がいつでも得られるような仕組み等環境を整備する必要がある」とした。参議院厚生労働委員会も同旨の付帯決議をしている。

これらのことから、国には、医療被害を真に救済し、医療の安全と質の向上に寄与する医療事故の無過失補償制度の創設に向けて、真摯な取り組みをすることが求められていると言える。

なお、国には、重い障害を負った被害者の医療や介護のための施設整備にも取り組む必要があることもまた、言を俟たない。

5 第三者機関による運用の必要性と「医療被害防止・救済機構」の概要

以上のとおり、医療事故の被害者を迅速かつ適正に救済するとともに、尊い犠牲から教訓を引き出し医療の場にすみやかに還元し、医療の質や安全性を高めるシステムとして、無過失補償制度の創設が必要である。

そして、この制度に期待される役割から考えると、この制度の運用に特化し、医療者のみならず、市民らが参加した公正中立な第三者機関が創設されることが必要である。

日弁連人権擁護委員会が、2001（平成13）年3月に提案した「医療被害防止・救済機構」は、かかる第三者機関の一つのモデルであり、その概要は以下のとおりである。

① 目的と活動

「医療被害防止・救済機構」は、補償による医療被害者の早期救済を図ると同時に医療現場等へ再発防止策をフィードバックさせること、併せて診療レベルの向上、医療制度の改善、患者の権利の確立等に役立つ活動をするを目的とする。

そのため、機構は、すみやかな補償を行なうだけでなく、併せて事故情報を分析検討して、再発防止策を策定した上で、医学教育、看護教育、医療現場、メーカー等への教訓として生かすべく活動する。

② 組織－市民参加

「医療被害防止・救済機構」の理事の過半数は患者・市民とし、医療を受ける側の人たちの声が反映されるような仕組みとする。

③ 制度運用－陪審制と透明性・公正さの確保

相談を受けてから6か月以内に補償の適否を判断することを目途とし

判定は陪審制による。陪審チームは予め選挙人名簿の中から選定される市民から構成され、専門家の意見を参考にしながら救済すべきかどうかの判定をする。

また、判定の透明性・公正さの確保の観点から、当事者のプライバシーを考慮しつつ、出来る限り事実をオープンにしていくようにする。

またホームページを開設し、そこには、再発防止策や教訓など最新の情報を提供することとし、事故情報は隠蔽されるものではないこと、「過ちから学ぶ」ということを「文化」としてつくり上げていくことに努める。

④ 財源

財源については、国庫負担のほか、医療事故の被害回復を図る互助の精神から、患者の一部負担金、医療側・医療機器メーカー等も利益の一部を拠出して基金を創設する。

⑤ メリットシステムの導入

医師、看護師、医療機関、製薬会社、医療機器メーカー等に過失があっても、事故後、事故調査に協力し、再発防止策を実施するなど誠実な対応をしたケースについて、機構は加害者に対し求償しないというメリットシステムを採用する。但し、拠出金の負担割合を増大させることはできるものとする。また、事故後に隠蔽を図ろうとするなどした悪質なケースについては、事案の概要とともに、その行為者名を公表するものとする。

第3 医事関係訴訟などを巡る現状

上記のとおり、医療事故における無過失補償制度の創設が必要であるが、産科医療の一部について、無過失補償制度の制度整備が進められようとしている現時点では、次の現状を踏まえて制度設計される必要がある。

1 医事関係訴訟の増加とその原因

司法統計によれば、この10年間で医事関係訴訟の新受件数は約2倍に増加している（平成8年の新受件数は575件であるのに対して、平成17年は999件）。しかしながら、このように訴訟件数が増加する中、被害者側の勝訴率が大幅に減少したという事実はない（平成8年の既済件数・500件のうち終局判決による認容率は14.4%（認容判決が72件）、平成17年の既済件数・1047件のうち終局判決による認容率は14.1%（認容判決が148件））。この司

法統計からは、被害者らが、やみくもに訴訟を提起するようになったために医事関係訴訟が増加したということはない。

他方、多数の下級審判決の累積を踏まえ、最高裁判決（平成12年2月29日第3小法廷判決（民集54巻2号582頁）、平成13年11月27日第3小法廷判決（民集55巻6号1154頁）、平成14年9月24日判決（判例時報1803号28頁）、平成17年9月8日第1小法廷判決（判例時報1912号16頁）、平成18年10月27日第2小法廷判決（最高裁HP）など）において、インフォームド・コンセントなどの患者の権利や医師の説明義務が確立されてきた。

これらを踏まえると、医事関係訴訟の増加の原因は、司法の場での努力の積み重ねなどにより、医師と患者の関係を対等なものとするようになったことにより、これまで不服を申し立てることができなかった被害者が、ようやく少しずつ声をあげられるようになったことに認めることができる。医事関係訴訟件数は、より安全で質の高い医療が実現され、医療事故が減少すれば、結果として減少するであろう。

2 産婦人科医・小児科医不足への取り組み

冒頭で述べたとおり、昨今、産婦人科医や小児科医の不足が大きな社会問題となっている。この問題については、平成14年度から16年度まで、厚生労働科学研究（子ども家庭総合研究事業）「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究」において研究されているところ、2005（平成17）年6月に公表された報告書において、産婦人科医や小児科医を適正に確保するためには、厳しい労働環境の改善や女性医師の就労環境の整備、診療報酬上の手厚い評価、臨床研修システムのあり方、コメディカルスタッフによるサポート体制の構築、ひいては、産科や小児科医療体制自体を改革することなど多岐にわたる抜本的対策が必要であると指摘されている。同報告書によっても、分娩に関する医療訴訟が多いことは、「分娩に医師は不要」というイメージが医師の中にあることや、労働量や責任に対して報酬が低いことと並んで、産科志望者の減少の原因の一つとされているにすぎない。

以上の点は、これまで多くの医師が真摯にそして繰り返し指摘しているところでもある。最近の例をあげると、本年2月には、日本小児科学会など約20の小児医療の関連学会のメンバーらでつくる日本小児医療政策研究会が、全国の医科大学内に小児科病院を設置すること、小児医療の診療報酬の是正、女性医師の就労環境の整備などの小児科医不足を解消するための提言を発表しているし、時を同じくして、日本産科婦人科学会の医療

提供体制検討委員会が、産婦人科医不足への対応として、医療事故の事実関係や責任の所在を解明する「原因究明機構」と「無過失救済制度」を含めた国による医療被害救済システムの早期構築、24時間救急対応できる「地域産婦人科センター」の設置などを提言する中間報告をまとめている。

産婦人科医・小児科医の不足については、無過失補償制度の創設が、その解消の一助になるとしても、上記のとおり、国を中心として抜本的対策に真摯に取り組むことなくして解決できないことは明らかである。

3 医師賠償責任保険の現状

医師賠償責任保険は、1963（昭和38）年にはじめて営業認可がされ、1973（昭和48）年には日本医師会の医師賠償責任保険制度が発足して、長く、医療事故の被害救済に寄与してきた。

この賠償保険制度においては、当該保険金の支払いの可否を審査するために、医師らから事故報告書がカルテなどの資料を添えて提出されることから、大量の医療事故情報が、保険会社を集積されていることになる。ところが、これまで、その情報が明らかにされたり、分析されて、再発防止策につなげられるなど、事故防止のために、十分生かされてはこなかった。

また、事故事例が多発しているためか、審査に長期間を要すること、医療機関側には法的な責任がないとの判断された場合、その理由や根拠が明らかにされない場合があること、あるいは、当該保険において医療機関側に法的責任がないと判断されながら、訴訟手続きでは、賠償責任が認められるケースが散見されることなどの問題点も指摘されている。

無過失補償制度は、これらの現状も踏まえて制度設計される必要がある。

第4 結論

以上の検討を踏まえ、国において、産科の一部の領域における医療事故の無過失補償制度の創設が検討されている今、日弁連は、医療事故の被害者をより広く、真に救済するとともに、医療を受ける立場に立つ全ての市民にとって必要な、より安全で質の高い医療の実現に資する制度として、国に対し、次の通り「医療事故無過失補償制度」の創設を求めるものである。

そして、日弁連は、国はもちろん、「医療の安全と質の向上」を願う全ての市民並びに全ての医療者と手を携えて、「医療事故無過失補償制度」の早期実現にむけて、今後とも、取り組んでいく決意である。

- 1 国は、「被害者の救済」とともに「医療の安全と質の向上」を目的とし

て、全ての医療事故を対象とした「医療事故無過失補償制度」を創設すべきである。

上述のように、医療事故の被害者は「5つの願い」（原状回復、真相究明、反省・謝罪、再発防止、損害賠償）を有している。

医療事故の被害者は、単に金銭的救済だけを求めている訳ではない。真相を究明し、反省すべき点があれば反省し、謝罪すべき点があれば謝罪し、同じような医療事故の再発を防止して欲しいと強く願っているのである。これは、医療者の願いでもある。

したがって、無過失補償制度は、医療者の過失の有無を問わず、すみやかに補償がなされるとともに、補償手続きの中で、集積された事故情報について、十分な調査・分析がなされ、事故原因が究明されることによって、再発防止に資するものでなければならない。

医療事故における無過失補償制度は、「被害者の救済」と「医療の安全と質の向上」の二つのいずれもをその制度目的とした上で、制度設計がなされなければならない。

分娩に関連した脳性麻痺の被害は、非常に重大で深刻であることから、まずは、この部分から、無過失補償制度の制度整備を始めようとすることは十分理解できる。しかし、産科以外の領域でも深刻な医療事故が発生していることはいうまでもない。したがって、補償領域を限定せず、広く医療事故による重篤な被害に苦しむ人々を対象とする仕組みの創設にむけて、これを第一歩として、さらに、制度整備に着手することが喫緊の課題であるといえる。

2 上記医療事故における無過失補償制度は、次の基本的枠組みのもとで、制度設計され、運用がなされるべきである。

ア 迅速に、公正かつ適切な補償がなされること

医療に起因して被害が発生したことが医学的合理的に推測される場合について、予め一定の要件を定め、その要件を満たす場合には即時に補償が実施されるようにするとともに、かかる要件を満たさない場合にも一律に補償対象から外すのではなく、調査のうえで補償の可否を決するなど慎重な制度設計をおこなうべきである。

また、補償の対象とするかどうかの判定が公正になされるよう、判定の基準を合理的に正しく設定し、判定手続きの透明性を確保しなければ

ならない。そのためには少なくとも判定のプロセスが検証できるように制度を設計しておくべきである。

もちろん、適切な補償のレベルについても十分な検討が必要である。

イ 医療事故を十分に調査して、事故原因を究明し、同種事故の再発防止策を策定すること。

多数集積されることになる医療事故事例から教訓を引き出し、これを当該医療機関のみならず、広く他の医療機関等でも役立てられなければならない。そのためにも補償対象となる事故の事実調査を十分に行う必要があり、医療機関に対しては、カルテの開示等かかる事実調査に協力する義務が認められなければならない。また、これらの医療事故の調査においては、調査担当者として、医療の専門家のみならず弁護士などの非専門家も関与して、当該事故の当事者からの事情聴取なども含めて、公正に十分に調査し、事故原因を究明した上で、同種事故の再発防止策を策定し、今後の教訓を導き出すことが必要である。

ウ 上記調査結果と再発防止策などについて、当該事故の当事者らに報告するとともに、可能な限り公表すること

発生した医療事故を、医療の安全と質の向上に結びつけるためには、事故情報ならびに、調査の結果判明した事故原因およびこれから導き出された再発防止策などについては、個人情報保護に配慮しつつ、できるかぎり公表し、広く医療現場に還元して、他の医療機関、医師、看護師、助産師らなど医療者に向けた教訓とされなければならない。

また、補償手続きの透明性を担保するためにも、これらの情報公開が必要である。

一方、当該事故の被害者、並びに当該医療機関に対して、事故調査の経過と結果、及び再発防止策について報告されなくてはならないことはいうまでもない。

エ 運用機関として、市民らが参加する第三者機関を創設すること

上記のとおり、迅速で公正かつ適正な補償をするとともに、医療事故を十分に調査して、事故原因を究明し、再発防止策を策定し、当該事故当事者に報告し、かつ、公表するということを執り行うには、この業務に特化し、被害救済と医療安全に貢献する第三者機関を創設し、これによ

って、運用がなされることが不可欠である。

この第三者機関には、再発防止策を教訓化して、広く医師らに対する教育や研修を実施する役割も期待される。また、当該事故の当事者である医療機関や医療者からその再発防止策を実施状況の報告を受け、これを検証し、必要に応じた指導をする機能も備える必要がある。

かかる役割を無過失補償保険を取り扱う営利目的の会社が担うことは期待できない。

また、当該第三者機関は、医療者のみで構成されてはならない。市民代表（医療事故の被害者や市民等）、医療事故や医療の安全に造詣の深い弁護士らも参加して構成されるべきである。

以 上

分娩に関連する 脳性麻痺に対する 障害補償制度

石渡産婦人科病院
石渡 勇

スライド 1

医療事故対策 — 最適のシステム

1. 医療提供者の事故の報告を鼓舞し支援する
 2. 医療事故の真相・原因を究明し防止対策を講じる機構を有する
 3. 能力の劣る者、危険な医療を行う者、善意にかける者を規制する機構を有する
 4. 医療提供者に医療過誤を減少させるためのincentiveを与える
 5. 医療事故が生じた時の迅速、公平、妥当な補償制度を有する
 6. 医師・患者関係における率直性と開放性を促進し、相互の信頼関係を確保する
-

患者ないしその遺族が 医療訴訟を起こす理由

- ① 被害救済
- ② 責任追及
- ③ 事実解明
- ④ 再発防止

脳性麻痺裁判例

脳性麻痺に関する案件（民事）：62件
分娩時に起因（胎児仮死含む）すると思われる
脳性麻痺裁判事例：30例
医療側勝訴：12例
医療側敗訴：18例

文献：判例体系CD・ROM検索 第一法規
昭和47年から平成18年まで

スライド 4

—スウェーデンの制度
MRBの実績

	1970年	1976年	1980年
委員会に提議された件数	390件	492件	372件
処罰された医師		3人/100人	2人/100人

スライド 5

スウェーデン方式を日本に導入した場合の医師処罰数

スウェーデンのMRBを日本で実施したとしたら

スウェーデンの人口は日本の1/14、医師数は2.5万人

スウェーデンの医師はMBIで100人に2人処罰

実際には警告が多く、医師免許停止は約5-10人

日本の医師は30万人とすれば毎年6000人の医師が処罰

日本では医道審議会ですべて医師免許停止 ？人

MRBは医師にとって非常に厳しい制度である。

MRB : medical responsibility board: 医療規範制御機構

スライド 6

TABLE 1. Number and Cost of Claims Under the Swedish Patient Compensation Insurance

	Jan. 1975-July 1986	Jan. 1975-Dec. 1991	Change 1986-1991
Total claims	44,647	62,890	18,243
Resolved	40,306	58,972	18,666
Number compensated	22,252	25,606	3,354
(% of resolved)	(55.2)	(43.4)	(18.0)
Denied compensation	18,054	33,366	1,531
(% of resolved)	(44.8)	(56.6)	(82.0)
Unresolved	4,341	3,918	-423
(% of total)	(9.7)	(6.2)	
Total cost of payout* (SEK)	478m (8億円/年)	858m	380m (13億円/年)
Cost per paid claim (SEK)	21,226 (36万円)	33,508	113,298 (190万円)

Sources: Oldertz, *Security Insurance, Patient Insurance and Pharmaceutical Insurance in Sweden*, 34 AM. J. COMP. LAW 635, 655-56 (1986); C. Espersson, *The Swedish Patient Insurance: A Descriptive Report* 23-24 (Feb. 1992) (Skandia Insurance Co., Stockholm).

*Total cost and total cost per paid claim are summations of current SEK. Without conversion to constant SEK, they understate the current value of total payout since 1974. The exchange rate in 1992 was roughly SEK 7 = \$1.

(Danzon, PM, J Legal Med.1994)

スライド 7

Table. Number and Cost of Compensable Events Under Alternative Compensation Models, Utah and Colorado, 1992

	Compensable Injuries, No.	Cost, \$ (in millions)	Compensation Package
Types of Events			
Utah			
All adverse events	5614	227	
Swedish compensable events	2940	91	No disability thresholds
Negligent events	1759	57	Full wage replacement
Colorado			Lost household production
All adverse events	11 578	418	Health care costs
Swedish compensable events	5919	129	Pain and suffering
Negligent events	3032	84	
Alternative Model Comparison			
Utah			
No-fault model based on Swedish compensable events	1465	55	4-Week disability threshold
			66% Wage replacement
			No household production
			Health care costs
			Pain and suffering up to \$100 000
Medical malpractice system	-126*	55-60† (60億円)	Actual tort award
Colorado			
No-fault model based on Swedish compensable events	973	82	8-Week disability threshold
			Full wage replacement
			No household production
			Health care costs
			Pain and suffering
Medical malpractice system	-268*	100-110†	Actual tort award

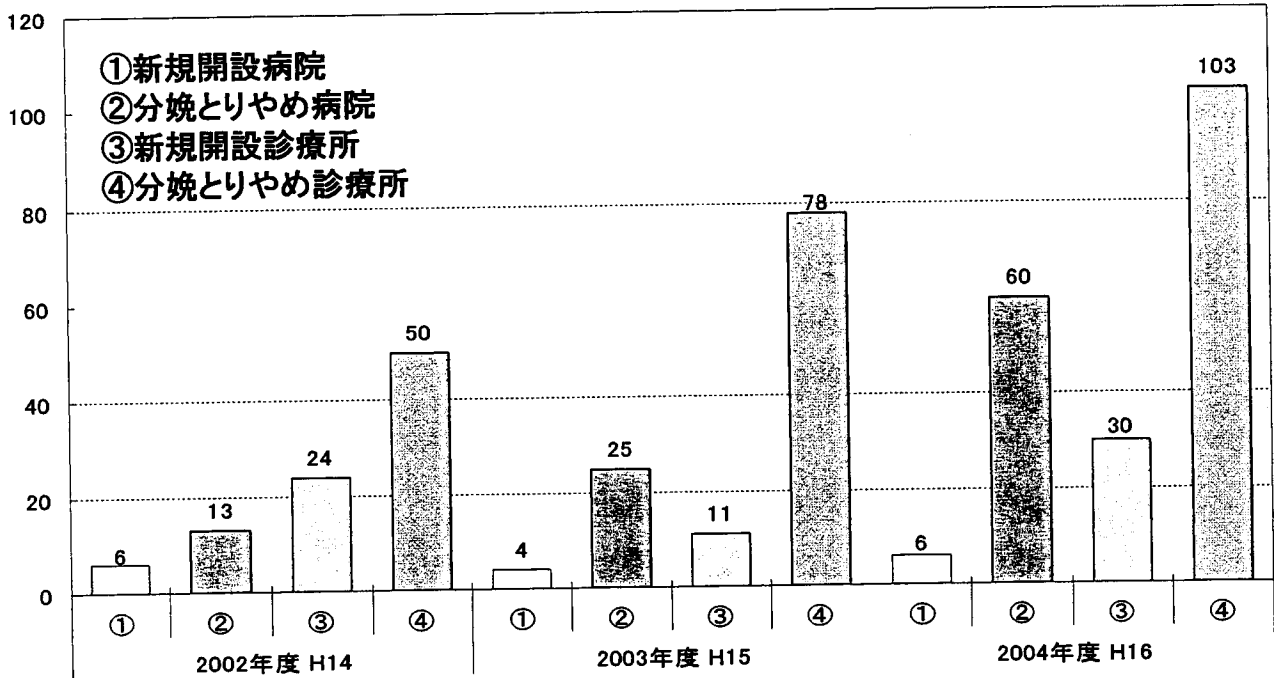
*We calculated the number of medical malpractice plaintiffs compensated annually by dividing the estimated number of claims statewide (361 in Utah and 476 in Colorado for injuries in 1992) by the number of paid claims. In Utah, we estimated the paid claim proportion (35%) using data gathered by the legislative auditor (Legislative Auditor General, State of Utah, *A Performance Audit of the Medical Malpractice Pre litigation Panels*, January 1994, Report No. 93-07.) In Colorado, we used the proportion of injury year 1992 claims paid at the state's largest insurer (56%).

†Malpractice system costs were calculated by aggregating estimates of total premium dollars paid by physicians and hospitals to insurers in each state.

新規開設と分娩取りやめの動向

単位：件数

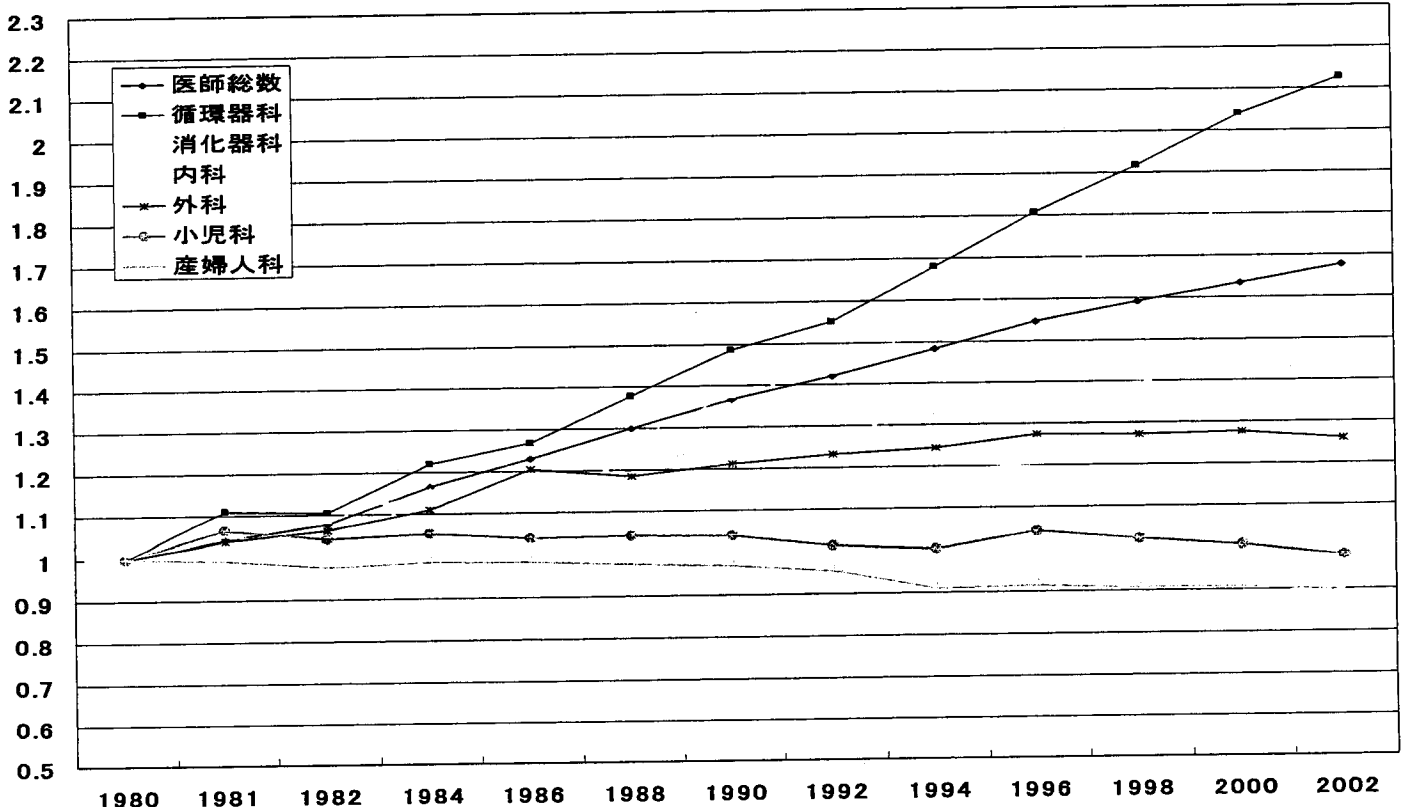
分娩取りやめ 病院 82/885 (9.3%)
 診療所 166/1330 (12.5%)



出典：「分娩取り扱い医療機関の推移」2005年12月15日 日産婦医会支部統計（有効回答45支部）

① 主な診療科の医師数の推移（全国）

1980年を1とした場合



スライド 10: 若き産婦人科医の意識

産科医療に関する意識調査(厚労省研究班:木下勝之):

対象:平成元年以降の日産婦学会入会者

有効回答数:2211名

調査期間:平成16年1月~3月

産科診療を行いたくない582名の理由

1. 診療業務の負担が大きい 63%
2. 医療訴訟が多い 40%

対策:無過失補償制度NFCの導入

医療事故の防止:安全ネットワークの構築

患者との対応:インフォームドコンセントの充実

スライド 11: 医学生の産科に対する意識調査

(厚労省研究班:村田雄二):

対象:男子学生542人 女子学生283人

有効回答数:2211名

調査期間:平成15年

訴訟(裁判)が多い

日本人男性 強く思う26%、 思う30%、 思わない44%

日本人女性 強く思う27%、 思う25%、 思わない48%

外国人学生 強く思う61%、 思う30%、 思わない9%

少子化、分娩数が減少していく中で先細りのイメージ

日本人男性 強く思う26%、 思う39%、 思わない35%

日本人女性 強く思う19%、 思う43%、 思わない38%

外国人学生 強く思う5%、 思う17%、 思わない78%

対策:医学教育における産科医療の重要性を再認識させる

労働条件の改善

訴訟の減少

スライド 12: CP発生率の推移 (1969～)

出生時体重別のCP発生率の推移

全体で0.2% (出生1000に対して)

2500g以上の成熟児でも40年間変わらず

超未熟児のCP児が激増し、全体として増加傾向にある。

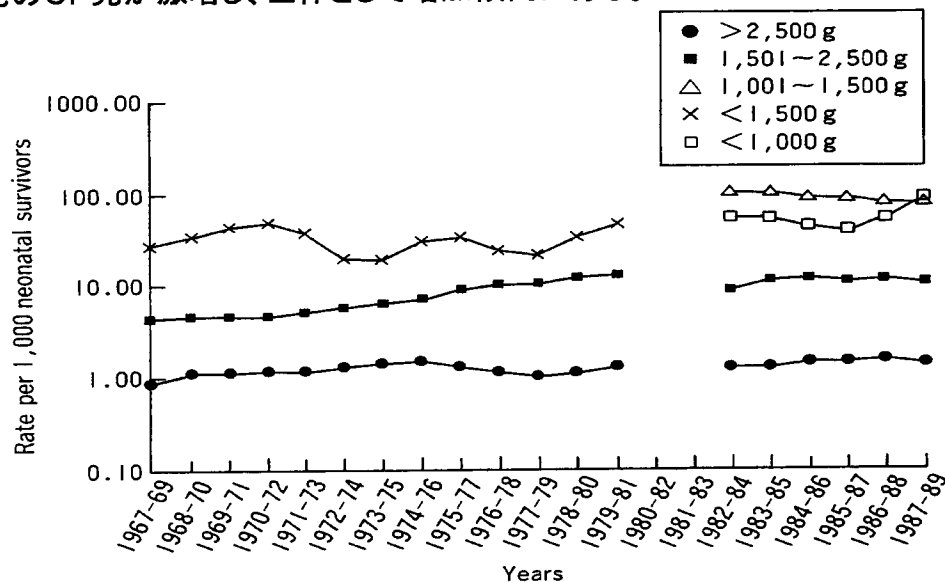


図1. 出生時体重別のCP発生率 (1,000生存出産に対して)

スライド 13: CPの原因

CP110例の検討(杉本健郎)

Sugimoto T, et al: Dev Med Child Neurol 37: 285, 1995

1. 遺伝障害・脳発達障害	37例	(34.0%)
2. 脳血管障害	51例	(46.6%)
3. ウイルス感染症	7例	(6.4%)
4. 分娩時仮死	13例	(12.0%)
5. 原因不明	2例	(2.0%)

No Fault Compensation まとめ - 1

1) 医療事故を減少させる観点

- 理念的には“訴訟”より優れており、事故減少を実現できる可能性が高い
実際に事故が減少したかの検証はまだ不十分
- ⇒ { 独立した調査機構の機能が重要
(事故の報告・調査, 原因の究明, 防止対策の推進, 医師の指導, 罰則の適応)
適度な経済的インセンティブも必要か？

2) 補償を受けるべき患者の観点

- 補償を受け易い(簡素な手続き, 低額な費用, 決定が早い)
 - より多くの被害者が補償を受けられる
 - 不公平感が弱まる
 - × 補償額が低い
 - × 医療提供者への不満が解消できない
 - ⇒ { 提訴の権利の保持
補償額の適正化
過誤を犯した者への罰則の強化
-

No Fault Compensation まとめ - 2

3) 医療財政(国民医療費)の観点

- 医療事故に関わるコストが削減できる(特に事務手続き経費)
- 医療保険機構が維持できる
- 国民医療費の増加を抑制できる
- ⇒ 基金の拠出元の調整が重要

4) 医療提供者の観点

- 訴訟の精神的苦痛から解放される
 - 事故の真相を明らかにできる
 - 医師・患者の信頼関係を維持できる
 - × 事故防止, 医療の質向上への意欲が低下する
 - ⇒ 罰則の適正化が不可欠
-

我が国における無過失補償制度の提言

昭和47年3月：日医11代会長 武見太郎
「医療事故の法的処理とその基礎理論」

- ① 医療事故が発生した場合、厳格な審査より、医師に責任ありと判断されれば、速やかに、賠償の責に任じる。→医師賠償責任保険の創設
- ② 医師として、過失がないのに、不可避免的に生ずる重大な被害に対しては、国家的規模で損失補償制度を創設しこれに対する救済を図ること。→無過失補償制度
- ③ 現行裁判制度と個別の国家機構としての紛争処理機構を創設すること。→ADR、中立委員会（第三者機構）

制度理念

基本理念

- 1 母性に共感し、支援をおこなうこと
- 2 女性が、妊娠と分娩を不安なく迎えること
- 3 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患者とその家族を速やかに、社会的な救済をおこなうことにより生きる権利を平等に確保すること

スライド 18

目的

- 1 安心して子供が生める環境整備を行うこと
- 2 無過失・無責の産科医師から分娩事故訴訟による時間的、精神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環境を確保すること
- 3 医療安全につなげる（事故調査）
- 4 訴訟が起き難い制度

総合的少子化対策の具体的提案

- 1 国際的にも、このような分娩時の障害者に対して、社会的救済を行う工夫が行われている
- 2 「出産・子育て期の医療ニーズに対応する体制の強化」
「特別な支援を要する子供および家族への支援を拡充する」
政策を、具体化する

★患者の方々のご意見はほとんど全て日医案に含まれている。

スライド 19

補償対象

生下時体重2,200g以上または、在胎週数34週以上で
出産した児であって、脳神経学専門の小児科医から、
脳性麻痺で身体障害者障害程度等級第1級または第2級に
該当すると診断されたもの

適用除外：

脳性麻痺の原因が、明らかに脳障害をもたらす
先天異常、染色体異常、遺伝的疾患などである場合

運営機関

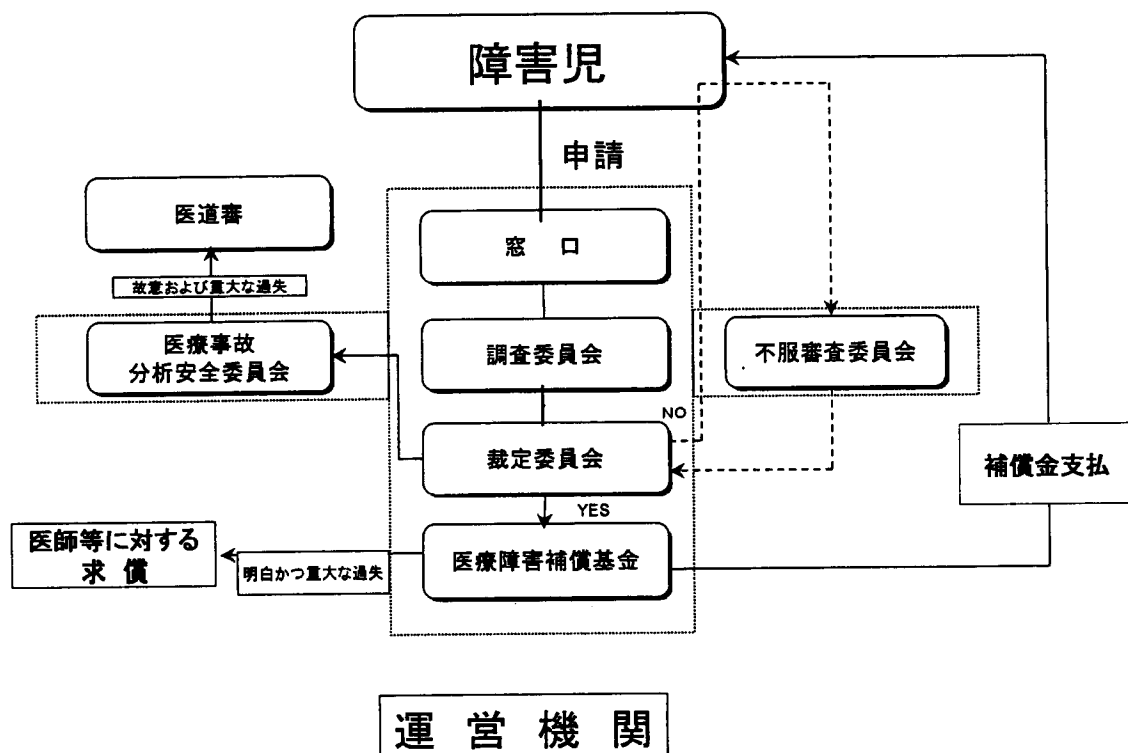
同基金には以下の委員会と事務局を置く

調査委員会、裁定委員会、不服審査委員会

医療事故分析安全委員会

補償基金運営事務局

- ★ 日医案は「基金案」で、団体に基金を造成して実質的な判定の下で、弾力的に運営できる。
- ★ 原因分析・再発防止・医療安全を必須の機能としている。
- ★ 民間ベース（損保方式）では、原因分析ができない。基金方式がよい。基金方式なら受け皿機関の裁量が強く働く。
- ★ 無過失補償制度のアイデアは武見太郎会長時代（昭和45年）当時からあり、民間ベース（損保等）の立上げは困難である。



一事例に対する補償金額

- 1 症状が固定する5歳まで、2,000万円を一括払い
- 2 6歳以降は、生存期間にわたり、介護料と逸失利益を年金給付方式として、補償金を給付する

生後6歳以降の一事例が受け取る年間補償金額

6～17歳 介護料219万円（6,000円×365日）

18歳～ 介護料219万円＋逸失利益390万円＝609万円

基金の総額

5年迄	毎年	50億円
10年	1等級	25億円
	2等級	31億円
	医賠償保険求償等	▲20億円
	合計	36億円
20年	1等級	38億円
	2等級	43億円
	医賠償保険求償等	▲20億円
	合計	61億円
最終年(70年)	1等級	88億円
	2等級	101億円
	医賠償保険求償等	▲20億円
	合計	169億円

従って、2026年まで、基金総額を年間60億円として、基金を創設することにより、本制度は機能する一尚、21年以降の基金運営に関しては、それまでの実績を考慮し、検討することを要望する。

財源に関する要望

本障害補償制度の趣旨と多額の基金総額を要することを考えると、基金の財源は、本来、国の予算措置を要する重要課題である

(例)

1. 国の予算から：

国の財源から基金総額年間60億円を支出する。

2. 健康保険を介しての国民から：

一分娩35万円(38万円)の、出産育児一時金を、6,000円(3万円)増額し、

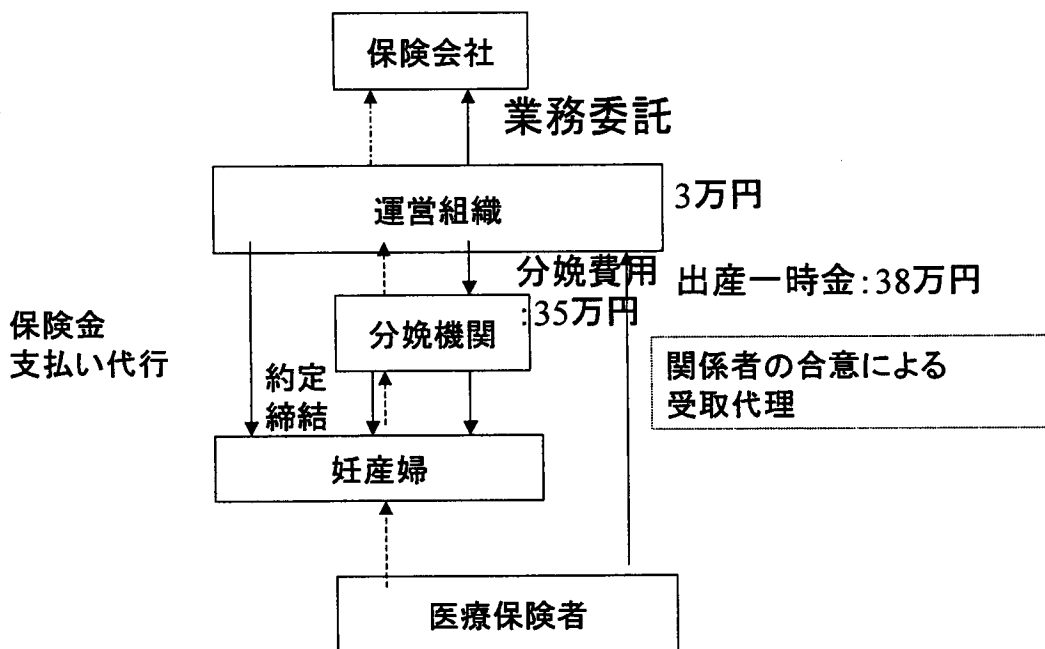
増額分を基金へ拠出する

6,000円(3万円) × 出生100万 = 60億円(300億円)

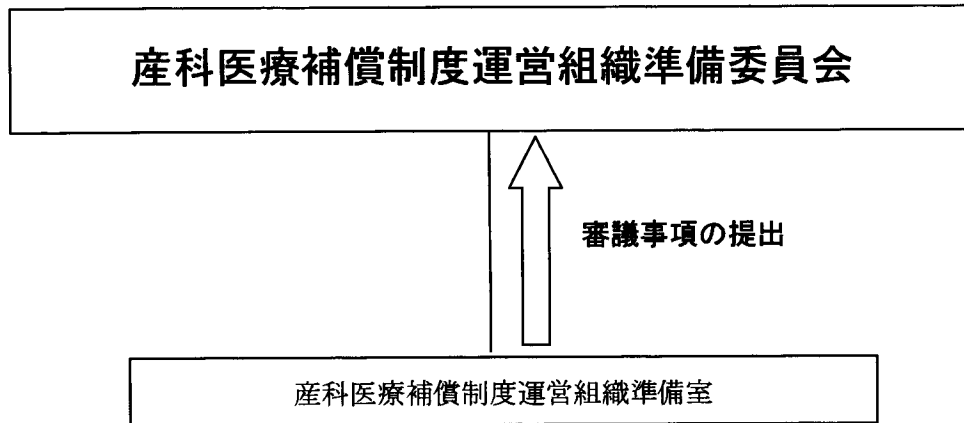
緊急課題としての『分娩に関連する脳性麻痺に対する障害補償制度』の制度化の意義

- ・ 重度障害を持った家庭に確実な補償が約束される
- ・ 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ことが、期待される
- ・ 産婦人科を志望する若手医師に勇気を与えることが出来る

産科医療における無過失補償制度の枠組みについて 費用の流れ



産科医療補償制度運営組織準備室 検討体制図(案)



【作業項目】

- ・ 制度設計
- ・ 調査・・・専門委員会を設置
- ・ 審査
- ・ 財務
- ・ 原因分析、安全対策
- ・ その他

<当面のスケジュール案>

4月中旬以降・・・脳性麻痺に関する調査実施（6月末頃まで実施）

5月中旬・・・第3回準備委員会開催

（専門医からの脳性麻痺についての説明及び制度設計のための意見交換）

6月中旬・・・第4回準備委員会開催

（制度設計のための課題の整理等）

7月以降・・・第5回準備委員会開催

（脳性麻痺に関する調査結果の報告等）

産科医療補償制度に関する調査専門委員会について（案）

1 目的

- 産科医療補償制度における補償基準の決定、対象者数の推計及び補償制度の設計に必要な医学的資料の作成のために、調査を行う。

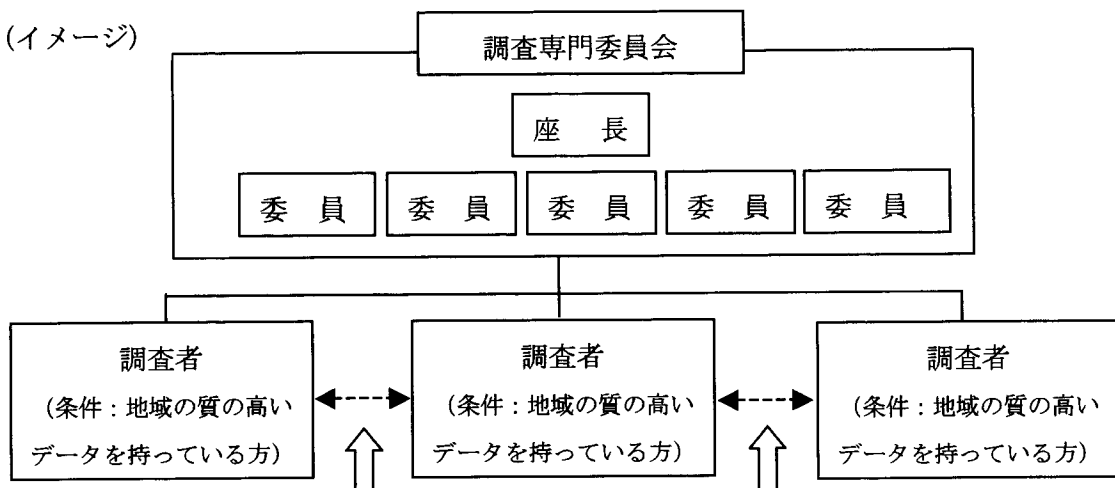
2 基本的な考え方

- 我が国には、特定の地域において、小児神経分野の専門家が脳性麻痺の発生率等について詳細な調査を行った医学文献がある。従って、これらの既存の資料や国内外の文献等を活用し、この分野及び関連分野の専門家による評価・分析により、本制度の設計に必要な医学的資料を作成する。
- 前述の調査を改めて行うことは、年単位の時間を要することから、現実的ではなく、さらに、近年重視されている個人情報保護への配慮から、保健所等において調査に必要な個別の母子データを参照することができなくなっており、同様の調査を再度行うことは困難な状況にある。

3 方法

- 委員長を含む6名程度の委員からなる調査専門委員会を設置する。また、脳性麻痺の疫学の専門家3名程度が調査者として、調査専門委員会に加わる。
- 調査専門委員会は、調査者に対する調査依頼事項を決定するとともに、調査者からの報告書について評価・分析を行い、調査結果のとりまとめを行う。
- 調査者は、(1) 自らの調査データ、(2) 国内外の文献から、それぞれの調査者が脳性麻痺の発生率等をまとめ、報告書を作成する。

(イメージ)



あまり連携せずに、比較的独立して報告書を作成

4 調査項目

- 与党から発表されている「産科医療における無過失補償制度の枠組みについて」に記載されている、「通常の妊娠、分娩」に該当する基準、すなわち出生体重や在胎週数等の基準及び除外基準（先天奇形、染色体異常、臍帯巻絡等の因子など具体的な病名、病態等を列挙する。）を明らかにするとともにその根拠を示す。
- 脳性麻痺のうち、重度の障害児の生存曲線
- 脳性麻痺を診断できる時期（（ア）医学的な診断が可能になる時期、（イ）重度の障害があるとの診断が可能になる時期）

5 調査専門委員会委員（五十音順）

- 池ノ上 克先生（宮崎大学教授、産婦人科学）
- 小林廉毅先生（東京大学教授、公衆衛生学）
- 岡 明先生（国立成育医療センター 神経内科（小児神経））
- 鴨下重彦先生（国立国際医療センター名誉総長）：委員長
- 田村正徳先生（埼玉医科大学総合医療センター
小児科教授兼総合周産期母子医療センター長、新生児学）
- 三池輝久先生（熊本大学小児発達学教授、日本小児神経学会理事長）

調査者については、以下のとおりである。

①沖縄小児発達センター関係

- 落合靖男先生（おきなわこどもクリニック院長、前沖縄小児発達センター）
- 當山 潤先生（沖縄小児発達センター副院長、重症心身障害児施設周和園園長）
- 當山真弓先生（沖縄小児発達センター）

②東京都立東大和療育センター関係

- 鈴木文晴先生（東京都立東大和療育センター副院長）

③姫路市総合福祉通園センター関係

- 小寺澤敬子先生（姫路市総合福祉通園センター）
- 宮田広善先生（姫路市総合福祉通園センター所長）

6 今後のスケジュール

- 第1回調査専門委員会：4月13日（金）16：00－18：00
 - ・ 調査者に対する調査依頼事項の確定
 - 調査者による文献調査及び報告書作成：4月16日（月）～6月末を目途
 - 第2回調査専門委員会：5月下旬を予定
 - 第3回調査専門委員会：7月上旬を予定
 - ・ 委員による報告書の評価・分析、及び調査結果のとりまとめ
- なお、第4回以降の調査専門委員会は、必要に応じて開催する。

(表紙のみ)

助産所業務ガイドライン

社団法人 日本助産師会

(岡平 委員 持込資料)