

第12回「産科医療補償制度運営委員会」会議録

日時：平成24年6月8日（金）14時00分～16時00分

場所：日本医療機能評価機構 9階ホール

公益財団法人日本医療機能評価機構

○山田部長 事務局でございます。委員会を開始いたします前に、資料の確認をお願いいたします。

まず、第12回運営委員会委員出欠一覧がございます。

次に、第12回運営委員会次第及び議事資料がございます。

次に、ヒヤリング資料として、加藤先生ヒヤリング資料及び平岩先生ヒヤリング資料がございます。

次に、参考資料1として、補償請求用専用診断書（補償認定請求用）がございます。参考資料2として、補償請求用専用診断書（補償分割金請求用）がございます。

なお、本日の追加資料といたしまして、1枚ペーパーでございますが、「産婦人科の訴訟（既裁）件数」を配付させていただいております。

落丁等ございませんでしょうか。

1. 開会

○山田部長 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第12回産科医療補償制度運営委員会一第3回制度見直しの検討を開催いたします。

本日の委員の出席状況につきましては、お手元の出欠一覧のとおりでございます。遅れていらっしゃる委員の方もおられますけれども、これより委員会を始めさせていただきます。

委員長、よろしくお願いいたします。

○小林委員長 本日はご多忙の中をお集まりいただきまして、ありがとうございます。本日のご審議、どうぞよろしくお願い申し上げます。

本日の議事は次第にありますとおり、1番目に前回、第11回運営委員会の主な意見について、2番目にヒヤリング、3番目に制度の現状と評価等に係るデータの例についてということで、医師賠償責任保険における脳性麻痺事例と本制度の専用診断書データベースの報告があります。

それでは、議事に入らせていただきます。

議事1の第11回運営委員会の主な意見について、事務局より説明をお願いします。

2. 議事

1) 第11回運営委員会の主な意見について

○事務局 それでは、1)第11回運営委員会の主な意見についてご説明申し上げます。

資料の1ページをごらんください。今年の4月6日に行われました、第11回運営委員会での主な意見につき、ご説明させていただきます。

それでは、まず、最初に、補償対象範囲に関するご意見です。

一つ目の○でございますが、「分娩に係る」という言葉の範囲に関して、出生前はどこまで遡るのか、出生後はいつまで含まれるのか、審査における判断が非常に困難であり、「出生前」や「新生児」といった「周産期」まで補償対象範囲を広げてほしい。

二つ目の○です。新生児は、生まれてからしばらくの間産科の管理下に置かれる。その間に何か起きた場合にも補償されるよう、早期新生児期（出生後1週間程度）まで補償対象にしてよいのではないかと。

それから一つ飛びまして、四つ目の○でございます。生後6カ月未満で死亡した児は補償対象となっていないが、重度脳性麻痺であることが生後6カ月以前にわかっていて、6カ月未満に亡くなることもあり、生後6カ月を過ぎて亡くなった児との格差が大きいため、整理が必要である。

それから、一番最後の○に飛びます。補償対象範囲を拡大する場合、金額的な実現の可否を含めたシミュレーションが必要である。

補償対象範囲に関しましては、以上のようなご意見をちょうだいしております。

それでは、続きまして、補償水準・支払方式に関するご意見に入らせていただきます。

一つ目の○です。児が施設に入所しているか、入院しているか、在宅かにより保護者の負担は変わることから、補償金額が一律であるのは、不公平感が否めない。何らかの検討の余地はないか。

それから、三つ目の○です。制度設計時には、見舞金のようなものは別として、生きている児について補償するのがベターとの考えが多かったが、統計もなく、補償額を一律とする形となった。生死により補償額に差があつてしかるべきであるが、それを検討するための資料が集まるかどうかはこれからの実績にかかってくる。

1枚おめくりいただけますでしょうか。2ページの一番上の○に行きます。準備委員会において年金払が望ましいと言われながら実現できなかった事情と、その事情が現在どのように変わっているのかについて、事務局で取りまとめて示してほしいというようなご意見をちょうだいしております。

一番最後のご意見に関しましては、支払方式の議論をいただく際に事務局として整理してお示しする予定というふうにしております。

それから、次に、原因分析・再発防止に関するご意見でございます。

ここは飛びまして、五つ目の○に行きます。原因分析報告書とともに、家族の質問に対して回避可能性を記載した回答書を原因分析委員会名で出すことはおかしいと思うので、見直しの中で改めて検討してほしい。

その次の○です。それに対して、専門家が学問的良心に則ってありのままの原因分析を行っていることが裁判の減少につながるため、オブラートに包まれた表現になることや、特定の表現は絶対にしないという前提の中で原因分析が行われることは、避けるべきである。

それから、その次の○です。事実をそのとおり表現すると有責無責につなげて解釈する人はいるが、それを覚悟の上で原因分析を進めていくことが大事であり、評価を甘くすると医療の向上につながらず、脳性麻痺の発症を減らすこともできない。正しい評価をしてそれを社会に認めてもらい、その結果として紛争が減り、患者・家族と

医療側の信頼関係を再構築することが制度の一番の目的なので、事実はそのとおり書き上げるべきであるというような意見をちょうだいしております。

それから、次に、調整委員会に関するご意見でございます。

「重大な過失」については、故意またはそれに準ずる悪質な診療行為と定義付け、それに該当する場合に調整委員会に諮ることになっているが、これまで該当する事例はなく、そのような事例を審議する場としての必要性も含めて、調整委員会のあり方について検討してほしいというご意見をちょうだいしております。

次に、制度見直しに向けた調査に関するご意見でございます。

一番下の○です。補償対象となった当事者が補償金の支払われ方についてどのように感じているかについて、調査してほしい。

1枚おめくりいただきまして、3ページにまいります。3ページの上から三つ目の○にまいります。在宅介護における経済的負担や、在宅にて介護を行っている割合等について、調査をお願いしたいというような意見をちょうだいしております。

続きまして、その他のご意見にまいります。

一つ目の○です。診断書作成には大きな負荷がかかる。補償申請の診断書を作成いただいている全国の診断医に対して、何らかの処遇を検討してもらいたい。

それから三つ目の○です。また、制度をつくる時には、余りにも事例が少なく、補償する重症度もわからない、人数もわからないという状態で、暫定的な数値をもとに制度を設計した。これから実績が明らかになって実態もわかってくれば、それを踏まえて議論していくべきであるというような意見をちょうだいしております。以上でございます。

○小林委員長 ありがとうございます。前回委員会の主な意見を事務局のほうでまとめていただきましたけれども、何かご意見等がありますでしょうか。よろしいでしょうか。

じゃあ、もし、どうしてもというご意見がありましたら、また後でお伺いすること

にしまして、先の議事に進みたいと思います。

3ページの後半のほうをごらんください。議事の2)のヒヤリングに入りたいと思います。

この見直しの検討に当たっては、さまざまな立場の方々の意見をこれまで聞いてきました。前回まで5人の先生方にお話をいただきました。本日は3ページに記載のお二人の弁護士の先生からお話を聞くことにしております。

まず、最初に、南山大学法科大学院教授を務めていらっしゃいます加藤良夫弁護士よりお話をいただきます。

それでは、加藤先生、よろしくお願いいたします。

2) ヒヤリング

・加藤 良夫 氏

○加藤良夫氏 加藤良夫です。お手元の資料をごらんください。15分ほどでということなので、急いで内容に入らせていただきます。

1ページ目の2つ目の図ですけれども、基本的に賠償すべきケースについての大原則をやはりきちっと確認をしておく必要があるだろうと私は思っております。医療行為に過失があつて、その結果、患者に不利益が生じた場合には、賠償の責任を負う者は賠償金を負担するのが当然のことであるという社会的なルールというものをきちっと一方において踏まえておく必要があるだろう。

しかしながら、司法的救済の困難さや裁判手続きの負担の大きさを考えますと、無過失補償制度を導入することに合理性があると、そんなふうには考えております。

補償制度の「車の両輪」ということが書いてございますが、速やかに補償し患者とその家族を支援するということと、事実経過を明らかにして再発防止策を提言し医療の質の向上を目指すということが「車の両輪」とであると私は考えます。

紛争の防止とか、訴訟の回避、それ自体を目的というふうには考えるべきではないと

私がかねてより感じておりました。産科医療補償制度はこの紛争の防止、訴訟の回避ということもうたってはいるわけですが、基本的に産科医療補償制度の重要な点は分娩に関連した重度脳性麻痺の子どもさん、その家族の経済的負担を補償する。それから、脳性麻痺の原因分析を行い、将来の脳性麻痺発症の防止に資する情報を提供すると、こういうことがうたわれているわけですが、例えば半年以内に亡くなってしまった脳性麻痺の患者さんのケース、あるいはより分娩の経過に問題があつて死産に至ったという問題について、実はかなりいろいろな情報を集めるという意味では大事な営みではないかなと、そんなふうに考えております。

次の安全な医療をなぜ求めるのかという点ですけれども、基本的には患者・家族の幸福のため、それがまた医療従事者の誇りであり喜びであるはずであるというふうに考えています。リスクマネジメントと言われる賠償金の支払いということを減らすためというような考え方や、よく医学部の学生を指導するときに教授等が、「こういうことをすると患者から訴えられます」というように、しっかりと覚えておいてほしいことを強調するときこういう使い方するという話を聞いたりしますけれども、これはやはり間違っているだろうと思っております。何よりも不幸な事態を防ぐというためにこそ医療者としてしっかりとしたことをしていく必要があるんだと、そういうことのヒューマニズムに立脚した教育というものがすべての場で繰り返し強調されるべきではないかという考え方からであります。

目標とすべきことは何かと言え、安全で質の高い医療の実現、医療被害の発生を少なくする。要するに、そういうことを通じて、結果的に訴訟や医事紛争を減らしていくことができるだろうと。訴訟や医事紛争を表面的に減らすことや押さえ込んだり言いくるめたりするということは、決してあつてはいけないというふうに考えます。

原因分析の大切さについてです。安全で質の高い医療を目指して、脳性麻痺の原因が分析されることを人々は願っております。原因分析作業が人的・物的に充実するような方策が求められます。原因分析というようなことは、患者・家族がきちっと求め

ていることでもあります。医療の被害に遭ったと感じている人たちは真相を明らかにしてほしいとか、再発防止を願うとか、そういう幾つかの、「五つの願い」というふうに申しておりますけれども、願いがあります。それはそれぞれ尊厳をかけた深い願いであります。金銭的な補償だけが得られればよいというものではなくて、まさによりよい医療につないでいくという営みがなされてこそ、穏やかな気持ちになれるのだろうというふうに私は感じております。また、原因分析をしっかりとすることによって、個別の医療機関にとっても再教育の一環として機能し得るのではないかと、そんなふう感じております。

再発防止に関する報告書が、第1回、第2回、まとめられました。今回はトータルにかなりしっかりと分析をされていると思います。安全で質の高い産科医療を目指す立場から見て、この営みはとても高く評価されてしかるべきだと思っております。教育の場に生かされるというようなことも書いてございましたが、再教育だとか、あるいは個別の指導だとか、そういうふうな形で実行をあらしめる必要も出てくるだろうと。そんなふうに思っております。

原因分析検討委員会、現在は六つの部会がございますけれども、部会のメンバーという人たちの負担という点がどうなっているんだろうかなど。特に、件数が増加していくと、1件1件十分な検討を行う時間的な余裕があるんだろうか。場合によれば、部会を増やす必要もあるのかなど。特にこの分析の営みが若干遅れるという傾向も出てきているかなと思われませんが、そうした人的・物的な整備というものが必要になるかもしれない。

原因分析を適正かつ迅速に行うためにはどうしていったらいいんだろうかと。特に事実関係のところに遡って、見ようと思えば分析のメンバーは見ることができるんでしょうけれども、現実にとどこまでそういうことが可能になっているのか。ある程度事務局でまとめた事実経過というものを前提に考えていくということになるのかなど。現状はどんなふうなのかなというふうに思います。

部会メンバーへの謝金の相当性、これは具体的に低いというふうに認識して明確に書いたつもりではなかったんですが、事務局から「どういう趣旨でしょうか」と聞かれましたけれども、さて、その労力に見合った謝金がふさわしく支払われているんでしょうか。かなり犠牲的な状況のなかで負担感のあることをしているという認識があるのかどうか、この点はむしろ皆さんにお聞きしたいなと思っています。

求償についてであります。基本的に過失のあるケースについては積極的に求償されていくべきだと私は思っておるんですけども、この仕組みのなかでは、重大な過失があれば求償する。その「重大な過失」とは、故意に近いものを前提に置いているように考えられています。その「重大な過失」という概念を余りに限定的に考え過ぎると、モラルの面でも問題が生じてくるのではないかと。やはり、冒頭申し上げたように、きちっと過失についての指摘ができるようなケースについては求償がなされていく、過失と言うかどうかはその原因分析のなかで言う必要ありませんが、法的にそういう分析をした結果を踏まえて検討したうえで過失があったということであれば、求償していくということが本来の姿のはずだろうというふうに思っております。

余りにその表現が過失とかそういうふうにとられないようにというふうに慮り過ぎると、きょう、冒頭、前回の運営委員会での意見の紹介のなかにもありましたように、やはり教訓がしっかりと引き出されるということが鈍ってくるという側面も出てくるのではないかとというふうに懸念をしますので、率直な評価が積み上げられる、そういうことを通じて信頼が獲得されていくということが重要だろうと思います。

おわりにでありますけれども、事例を集めて一方において速やかに補償するとともに、原因を分析するという作業は今後もしっかりと継続をしていってほしい。この無過失補償制度が他の分野にも拡大できないかという問題点はあるのですが、なかなかこの財源的なものなどを踏まえたと、健康保険制度の一部に組み込むとかいろいろな形を考えなければ産科領域のことと同じようには、脳外科とか心臓外科の領域に拡大していくことが困難かなと。しかしながら、無過失補償制度というものがきちっと

我が国で充実していくということは、医療の安全性や質の向上にも極めて大事な役割をもつと思いますので、その可能性については知恵を出し合って検討していくことができらばと。そのときにはこの産科医療補償制度というものが一つの実践的な参考にはなるだろうと、そんなふうに考えております。

どうもご清聴ありがとうございました。

○小林委員長 加藤先生、ありがとうございました。

ただいまのお話に質問などがありましたら、お願いいたします。

○岡井委員長代理 今、お話しいただきました最後から2枚目のスライドのことでちょっとコメントをさせていただきたいと思います。

「求償について」と書いてあるスライドですけれども、最初の、本来過失のあるケースについては求償すべきではないかということと、その後の「重大な過失」の概念を限定的に考え過ぎるとモラルの面でも問題が生じないかと。

これはちょっと別のことでありまして、原因分析委員会で「重大な過失」というのは、先ほどお話がありました、故意またはそれに準ずるほど悪質な事例という形で限定してやっていますが、これは過失云々という話とは違っています。医療の質がとても低くて、こういう事例では損害賠償責任があるかどうかとか、そういうことの判断と全く別でありまして、本当に故意であるとか、こんな悪質な医療をやるということはその損害賠償責任云々じゃなくて、もっと別の次元で問題があるということで報告しようという考え方でありまして、本来、過失があるとか損害賠償責任があるかどうかの判定は一切やらないというのが原因分析委員会の立場ですので、一応、これは上とは切り離して考えてもらったほうがいい。

上の求償すべきかどうかということは、それはそれであるんですけども、今、考えているのはむしろ別の話です。要するに、求償に関しては、訴訟になって有責であると判決が下って医賠責でそれを支払うということになったときには、この制度のほうから支払った補償金は医賠責側からこちらに回してもらおうというような形は取られ

てはおりますが、下の「重大な過失」との関係は全くありません。以上です。

○宮澤委員 今の点、補足なんですけれども、基本的には過失のあるケースについては求償はされるというのが原則です。ですから、先生がここに書いていらっしゃるの、そのまま現実になっているというふうにお考えいただいてもいいと思います。

下の「重大な過失」という点に関しては、今、岡井委員長代理がおっしゃられたような、裁判の結果が出る前であっても、それは事前に求償してできるだろうと、事前の求償の可否についての判断基準というふうにご理解をいただいてやったほうがいいのではないかと思います。準備委員会ではそのように整理されてきたかと理解しています。

○小林委員長 ほかにいかがでしょうか。また、幾つか意見が出たところで、加藤先生のほうにお話を聞きたいと思いますが。いかがでしょうか。

○勝村委員 今の件ですけれども、僕は僕なりに意見をもっているんですけれども、きょう、この場でその議論をとことんすることではないと思うので控えておきますけれども、その点に関して加藤先生とかのお話をきょうは聞かせていただきたいと思っていますが、僕はちょっと異論があります。

○小林委員長 ほかにいかがでしょうか。じゃあ、とりあえずここまでのところで加藤先生、またお話を聞かせていただけますでしょうか。意見が二つありましたので。

○加藤良夫氏 特にありません。

○小林委員長 ほかに質問等はよろしいですか。それでは、加藤先生のヒヤリングはこれで終了したいと思います。

それでは、続きまして、公益社団法人日本産婦人科医会監事・顧問弁護士、及び公益社団法人日本産科婦人科学会顧問弁護士を務めていらっしゃいます平岩敬一弁護士よりお話をいただきます。

それでは、平岩先生、お願いいたします。

・平岩 敬一 氏

○平岩敬一氏 15分間の意見陳述ということ聞いておりませんでしたので、そうであれば十分に書面を作成してくるところでしたが、何の用意もしてありません。

まず、この制度につきまして、この制度ができたことによって脳性麻痺の実態が明らかになり、それについてのいろいろな対策を講ずることができるようになった、そういうことについて、関係者の皆さんに、まず、敬意を表したいと思います。

当初想定していた数よりも、実際にふたを開けてみると数が少し少なかった。これはこの制度ができたことそれ自体によって、予防効果あるいは抑止効果が働いたものというふうに私は評価をしております。産科医はこの制度ができたことを皆さんご承知です。そして、脳性麻痺児が生まれれば、自分の行われた医療についてすべて情報を提供し、委員会によって詳細に検討がされる。そういう事実がわかっていたら、医療そのものにより前とは違った慎重さが求められる。そういう結果が数字となって現れたのではないかとこのように私は考えております。

次に、原因分析の問題ですが、現在の原因分析の報告書、これをそれなりに知識のある人が読めば、過失の有無ということはそれなりにわかると思います。医療側は大変にそのことを危惧してございまして、そのことによって紛争が多くなるのではないかとこのように考えております。

しかし、私は、このような原因究明のための原因分析報告書というのは絶対に必要である、この制度を十分に機能させるためにはこのような報告書は不可欠なものであるというふうに考えております。これはその任に当たる者が自分の良心に従って事実をしっかりと書いておく、それがあって初めて将来の再発防止と医療の質の向上につながるというふうになるわけですから、これがなくなればこの制度の意味がなくなってしまうというふうに思います。

しかし、そこでこの「重大な過失」あるいは過失というようなことについて何らかの言及をするということは、これは全く間違いでありまして、この「重大な過失」あ

るいは過失というようなことは、これは評価の問題ですから、事実をきちっと究明するという報告書にはなじまない。したがって、事実だけをきちっと究明するというような形での今の報告書の方式が適当であるというふうに私は考えています。

現時点では訴訟は少なくなっているというふうに言われておりますけれども、まだ時効期間が来ているわけではありません。したがって、時効直前に万一訴訟でも増えてしまうと、この制度の存在意義がまた問われることとなります。したがって、何としても紛争、訴訟という形で後に尾を引かないような、そういう制度づくりが必要ではないかというふうに考えています。医療側が一番心配しているのはその点にあります。

当初の制度のなかでは、重大な過失があった場合には調整委員会で検討をするというふうなことになっていたように思いますが、現在はあまりその調整ということは行われていないように聞いております。前提となる「重大な過失」、それを報告書のなかで判断させるということが誤りであることは先ほど述べたとおりですけれども、調整委員会がもし弁護士を中心として構成されていて、その調整委員会が自発的に、これは3,000万円の補償だけでは少し気の毒であると、そう考えた場合には、独自にこの医賠償保険の適用という形で保険会社と調整をする橋渡しをする、そのぐらいのことはそれほど難しくなくできるのではないかと。もしそういうことで、調整委員会でこれは医賠償保険の適用が適切であると考えた事案について医賠償保険の適用を受けられるようになれば、そこで紛争、裁判というふうな方式は大幅に避けられる、減少をする、それによって医療側の不安も解消されるのではないかとというふうに私は考えています。

それから、今回、無過失損害賠償制度という形で医療の一場面だけについてこのような制度ができたわけですが、自動車事故につきましても、ご承知のとおり、自賠償保険、無過失損害賠償責任保険があります。3,000万円までは交通事故が起きれば無過失でも受けられる。そうであれば、自動車の運転よりもはるかに国民のすべて

が必ず利用する医療について、無過失損害賠償責任保険ができないはずがない。国民、それから政府、医療側、それぞれが負担をして、この無過失損害賠償責任保険が今の産科医療補償制度を契機として広がっていけば、日本の医療の質の向上や、あるいはいろいろな面で非常に大きな効果があるだろうというふうに私は考えております。

今、急にここでちょっとまとめたただけですので、大変不十分な報告になってしまいましたが、質問がありましたらお答えをしたいというふうに思います。以上です。

○小林委員長 平岩先生、ありがとうございました。それでは、ただいまのお話について質問、あるいはご意見等がありましたら、お願いいたします。

○岡井委員長代理 平岩先生、先生が今ご指摘された調整委員会の新しい機能の話なんですけれども、そのなかの言葉の問題なんですけれども、「重大な過失」というふうに言われたのは、一般的にはそれでいいのかもしれないんですけれども、ここでは「重大な過失」は、さっき言ったように、場合によったら刑罰にも相当するほど悪質であるというものを想定して使っている言葉であって、損害賠償責任が明らかにあるというのを「重大な過失」という言葉では呼んでいなかったの、ちょっとそこは確認したいんですけれども、平岩先生がおっしゃる、こういうものは調整委員会で調べて保険会社と交渉するなり何かしたほうがいいという、そういうようなサポートをしたほうがいいというのは、要するに、私が言った後者のほうですよ。明らかに損害賠償責任があるだろうと思われる、そういう事例ということなんです。

○平岩敬一氏 そうですね。「重大な過失」というものを格別に認定する必要はないと思うんです。これは評価の問題なんですけれども、調整委員会のほうで3,000万円の補償では、これは気の毒ではないか、もっと実際の補償というのが多くなっていいのではないかというふうに判断をすれば、それは今の医賠責保険の適用という形で橋渡しをするなり、調整の窓口になるなり、それは制度としてどのように考えるか、構成するかはまた別の問題なんですけれども、そこで必ずしも「重大な過失」を調整委員会が認定したうえで何かするというをしなくても、私はできるというふうに思います。

○岡井委員長代理 「重大な過失」の意味という、言葉の意味。先生が言われるのは、損害賠償責任があるという意味ですね。

○平岩敬一氏 そうですね。民事訴訟になれば必ず損害賠償責任として1億円程度のものが認容されるであろうという、そういう事案のことを指しております。

○岡井委員長代理 はい。ありがとうございました。ちょっと私たちが使っているのと定義が違いますね。

○平岩敬一氏 「重大な過失」ということになると、これはまた刑事責任の問題ともつながってきますので、そういうことをこの制度のなかで云々するというのは、あまり適当ではないというふうに思います。

○勝村委員 先ほどの話を含めてお聞きしたいんですけども、先ほどの調整委員会の件で、岡井委員長代理がおっしゃったことは、現状がこうであるということでは、そうだとすることで僕も理解していますし、宮澤委員がおっしゃった準備委員会のことについては、そういうふうにも読めるのかなとも思いますけれども、僕としては調整委員会に関するイメージというのは、準備委員会の段階として実際始まってからはちょっと異なっているという印象を僕は持っているということなんですけれども。

いずれにしても、現状は岡井さんからあったように、原因分析委員会が調整委員会にかけるかどうかを決定しているということで、一方で原因分析委員会というのは過失があるかどうかとかそんなことではなしに、純粋に医学的にそれぞれの経験から評価をしていると。そこが調整委員会にかける、かけないも同時に判断しているという点が、僕はどうなのかなと。

今、平岩先生がおっしゃったように、調整委員会というものが別途あって、多分、弁護士さんが中心になっていると思うんですけども、やはりそちらの側からいろいろな原因分析の結果を見て、少しこれはどうなんだろうと、公的なこの保険だけでいいのか、もう少し医賠償というものが入っているところとの関係で、みずからの加入されている保険との関係でちょっと調整をしたほうがいいんじゃないかということ

そちらから発案できるという形があったほうが、先ほどの加藤先生のところにもありましたけれども、モラルという面でどうなんだろうかということ。それはたくさん件数をやるべきだと僕は言っているわけではなくて、そういう仕組みになっていたほうが、僕はこれまでの原因分析のなかでも一つ、二つ、本来はそうなるべきだったんじゃないかなと思うような事例はあったとあっていて、そういうところで公的な3,000万円だけでとはちょっといかないんじゃないか。

そんな場合に、先ほどの話ですと、現状では、じゃあ、それだったらみずから裁判をしてそれで勝訴したんだったらその部分は返してもらいますよという、そういう仕組みがあるということなんですけれども、やはりそういうやり方をしていくんだったら、裁判を減らす、なくしていこうということにはならないのではないかな。やはり、原因分析をして調整委員会までつくっているんだったら、その点まで踏まえて仕組みのなかに入っていくと、制度自体はより信頼されて、よりいい機能を果たしていくんじゃないかというふうにも思ったりもするんですけれども、調整委員会で議論するのかどうかの判断というのとはどこがやるべきなのかというような点について、ちょっとご意見を教えていただければと思うんですけれども。

○平岩敬一氏 再発防止のための委員会と分析の委員会ですよね。そことこの調整委員会というのは全く切り離して考えるべきだと思います。分析のほうは分析だけ、医学的にそれは判断をする。調整委員会は、むしろ職権発動といいましょうか、自発的にその報告書を見て、これは3,000万円ではちょっと気の毒だと思うものについては調整委員会の自主的判断に基づいて何らかの行為を行うと、そういうことのほうがいいように思います。

○宮澤委員 宮澤でございます。

今、平岩先生のほうから言われた内容で、ADR的な機能、ADRというのは非常に重要なものだと思います。先生がおっしゃったとおり、見る人が見れば、この原因分析委員会の報告書に関して法的にどう判断すべきかというのは、専門家が見れば比

較的明らかになってくる内容だろうと、そこまでの充実した内容になっているのではないかと考えています。

ただ、ADRとしての機能を本制度のなかに設置するかどうかということに関しては、私は、むしろ本制度のなかでは医学的な観点からのものに限定をして、いわゆる法的な評価を含む損害賠償の調整というような機能というのは、東京ですと、例えば東京の3弁護士会のなかでの医療のADRという特化したものがもうできているというような状態ですので、そちらのほうに持っていかれてやるほうが、医学的な部分と法的な部分をはっきり分けるという意味ではいいのではないかと考えています。

また、医療のADRというのは、東京の3弁護士会がやっておりますけれども、これは裁判所のように管轄がありませんので、どの地方のものでも受けることができるという特徴があります。その意味では、本制度のなかではなくて、むしろ医学的な部分とはっきり分けるという意味では外側にあったほうがいいのではないかと、私自身は思っております。以上です。

○今村委員 今、宮澤委員のあれとはまたちょっと逆の立場です。医療提供側にとって訴訟の増加の懸念というのは非常に大きいというのはそのとおりでありまして、その意味でこの調整委員会に新たな機能を持たせて活用しようというのは、私どもにとって非常に魅力ある提言かなというふうに感じました。

補償を受け取る側にとって3,000万円というのが不当に安過ぎるという状況があったときに、調整委員会のなかでそれを判断してそれに上乗せするということは、訴訟を増加させないという非常に大きな意味合いがあるのではないかなというふうに考えました。そういう意味で、調整委員会の新しい役割という概念は非常に興味ある提言として聞かせていただきました。ありがとうございました。

○平岩敬一氏 今、宮澤先生が言われた東京3弁護士会、確かにADRの機能を持っているんですけれども、この制度では、日本の国民全体が利用しづらい制度なわけですよ。ですから、やはり制度として日本の国民全体が簡単にそうした調整機能、そ

ういうものの恩恵を受けることができる、やはりそういうふうにするべきだというふうには私は考えていて、また、今、この制度のなかにADRの機能まで持たせると非常に過剰な負担になる、というふうなご意見があるということは承知しております。しかし、そこまですべてをこの調整委員会でやるというふうなことをしなくても、実際に医賠償保険にかかっているならば、実際の交渉は保険会社が行うわけですし、そういう意味で、やりようによってはそれほどこの委員会が過剰な負担をすることなく機能するのではないかとこのように考えております。

○小林委員長 調整委員会の話が出ましたので、もしよければ事務局のほうで、調整委員会の機能と現在までの活動状況、それから委員構成等を簡単にお話ししていただけますか。もしかしたら、委員のなかで少し食い違いや、あるいは平岩先生のほうがまだ十分ご存じないかもしれませんので。

○事務局 それでは、事務局のほうからご回答申し上げます。

調整委員会に関しましては、現在までのところ開催はされておられません。

○事務局 それでは、事務局のほうからまとめて現状の調整委員会についてご報告させていただきます。

現行の調整委員会は、もともと原因分析委員会で原因を分析しているなかで「重大な過失」があると思料したときに、そこがトリガーとなって、そこをスタートとしてそういったものについて、今度は自主的にちゃんと紛争をきちっとやって賠償すべきは賠償すると、そこへ持っていこうという議論をする、そういう目的で設置をしてございます。

今、委員構成は弁護士の方が中心で、全体で7名ですけれども、法学者の方が1名、弁護士が4名、それから産科医が2名という構成でございます。

委員会自体は、今、申し上げましたように、まだ実際に開催したことはございません。というのは、今のところ幸いにして原因分析委員会のほうからそのような重大な過失として思料したものが無いということなので開いていない。一応、顔合わせみた

いなプレの委員会は開いておりますけれども、それが今の実情でございます。

○上田委員 原因分析委員会で報告書を作成する際に、医学的評価を行い、最後に重大な過失が思料されるかどうかを確認しております。その考え方は、岡井先生が原因分析委員会の委員長であります。故意または故意に近い悪質な診療行為かを判断しております。

しかしながら、原因分析委員会のなかで、ある委員から、その考え方について具体的な定義なり考え方を示してほしいというご指摘があり、課題はありながらも今日に至っております。現在のところ事例がゼロということでございます。

○岡井委員長代理 原因分析委員会の考え方としては、ここで言う「重大な過失」というのは、損害賠償責任の有無で言っているんじゃないで、医療の質がとても低いので、これはお金どうこうじゃなくて、本当にそうであるならば学会レベルで警告を発するとか何か、そういうような行動にまでも動いてほしいような、そういう疑いがあれば、今あるのは調整委員会しかないから、そこにとにかく事例を預けましよう、そこを議論してくださいと、そういう意味です。ですから、過失云々ということは余り考えてなくて、そういう医療を続けると本当に困るなというような事例があった場合、そういう考え方です。

○勝村委員 今の事務局からの説明のなかで、1回目、プレで1度集まってディスカッションしたことがあるということですが、そのときの議論のテーマというか、どんな意見が出されているのかというような、そのときの状況を簡単に教えていただければと思うんですけれども。

○上田委員 調整委員会については、これまでも議論されておまして、これは、これからの見直しの論点になると思います。したがって、今、勝村委員のご指摘も含めて調整委員会についての現状と、それから今後どうあるべきかについて審議していただくことになると思いますので、次回以降、そういった状況についてはきちんと出させていただきますけれども、それでよろしいですか。

○小林委員長 準備委員会の段階でいろいろなことを想定して調整委員会をつくりましたけれども、現時点ではまだ開かれていない。

それから、原因分析委員会は非常に仕事がヘビーで、原因分析委員会のほうから調整委員会にというところがなかなか難しいし、やはり岡井先生のおっしゃるように、原因分析に集中したいという、集中するのが原因分析委員会の役割です。本日は限りませんが、今後この委員会で調整委員会のあり方、中に置くか、外に置くか、それから案件をどこがまず見て指導するか、動きを始めるかとか、そういうことは今後の議論の課題ということでお考えください。

○鈴木委員 この調整という概念ですね。つまり、支払った保険金の返還を求めるという概念ですが、当初の近藤先生が委員長だったときの準備委員会では、私の記憶では、いわゆる法的な意味での「重大な過失」を調整の対象にするということだったように思うんです。

ところが、その発議を原因分析委員会がするとすれば、過失の有無を判断しない原因分析委員会が「重大な過失」という概念を判断するというのは、これは自己矛盾ではないかと。そこで、先ほど岡井原因分析委員長がおっしゃっているように、原因分析委員会での発議は、あくまでも医学的評価として悪質な事案に限ると。その医学的評価が悪質だからといって損害賠償責任があるとは限りませんので、改めて法律家を中心にした損害賠償責任の有無の判断を諮ることになると。その医学的評価として悪質な事案は、今のところ、原因分析委員会のこれまでの評価としては1例もなかったという現状。

しかし、もし1例あったときに、次の問題として調整委員会にかかったときに、その調整委員会が調整の対象、つまり保険金の返還を求め事案を法的な「重大な過失」に限るかどうかということは全く議論されていないわけですね。

ですから、原因分析委員会のなかで「重大な過失」という用語を使うこと自体がおかしくて、なので、そこはひとつ整理するということと、その原因分析委員会の発議

をしたときに調整委員会が法律的な意味での「重大な過失」事案に調整を限定するの
かどうかということが次の論点にあると。

平岩先生が整理していただいたおかげで、むしろ調整委員会は原因分析委員会の発
議にかかわらず、ざっと見たところ、これは損害賠償責任があるのではないかと、それ
は「重大な過失」になるかどうかにかかわらず、損害賠償責任があるのではないかと
思った事案については調整を図るというご提言をいただいたわけで、これは他方で調
整委員会にかけないで法的責任が明確になった事案については、すべていわゆる調整
を行っている。つまり、このシステムの外側で損害賠償責任が当事者間の示談や和
解や訴訟で確定した事案については保険金の返還を求めるといふものとのいわば整合
性を図っていく意味では、論理的には平岩先生がおっしゃるような仕組みのほうがわ
かりやすいということになるんだろうと思いますので、その辺は、私はきょうの段階
ではどうすべきだということは申し上げませんが、今の平岩先生のご提案でか
なりこの「調整」の概念についての論点整理ができたのではないかとこのように思
います。

○小林委員長 ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○宮澤委員 調整委員会の存在の内容ということに関しては、準備委員会の経過と今
言われている経過というのは、ちょっとずれているような気がいたします。

そもそも準備委員会で調整という問題が出てきたときに、重大な過失が明白なとき、
本来、平岩先生がおっしゃった過失がある場合に医師の損害賠償の負担を軽減するよ
うな形で補償金が出るということは適切ではない。その意味では、きちんと回収して
いく。これがそもそもの考え方です。それは本来的には司法的な判断が下った後に行
われるというのが法的な安定性の観点から見て最もよい形であろうということだった
んですが、重大な過失が明白であるというような場合にまで司法的な判断が出るまで
放っておいていいのかという話が準備委員会のなかで出て、それでは、重大な過失が
明白なときというのは、司法的な判断が出る前であったとしてもその補償金の返還等

の請求をしてよろしいのではないか、そこでその判断をするのは調整委員会でやっていくという形で出てきたのが、今回の調整委員会の判断の内容です。

その判断の内容というのは、基本的に事前に求償ができるかどうかという問題にかかっていたのであって、それ以外の論点というのは、準備委員会のなかでは本来出てこなかったはずですが。その意味では、今言われている経過というのは、準備委員会の経過をもう1度きちんとトレースしておく必要があるのではないかと思います。

○勝村委員 宮澤委員のご意見に補足してなんですけれども、僕は、だけど、制度のほうから自主的に求償を求めていくという趣旨の委員会というものの必要性ということで準備委員会では一貫して発言してきていたつもりでおりますし、そもそも求償委員会という名前と呼んでいたのが、実際に始まってからは調整委員会というふうにな名前が変わるという経過とかもあったかと思えます。僕ももう1度見てみますけれども、準備委員会でどうだったこうだったということも一定大事かと思えますけれども、今後どういうのが一番いいのかということで議論できたらというふうに思います。

○平岩敬一氏 今、この制度で医療側が大変不安に感じている部分は、紛争のことですね。一方で、本来であれば、この3,000万円の補償だけでなく、もっと多くの補償をもらえるかもしれない人もなかにはいる。そういう人たちは自分で勝手におやりなさいというのが今の制度なわけですね。ですから、重大な過失などということを分析委員会で判断する必要は全くない。

それから、また、鈴木先生は私の考えを正しく理解されてありがとうございます。そういう意味で、調整委員会が自分の判断に基づいて、これは重大な過失なんていうことを別に判断する必要はないんです。そんなことを判断するのは大変難しいことであるし、また、それを判断することによって、重大な過失があれば本来刑事責任が追及されるべき問題になりますから、そんなことをやるべきでもない。

そこで、単に補償の問題だけとして、これは3,000万の補償では不公平ではないか。正義にも反する。こういうふうに弁護士が考えたら、それはそれで保険会社と何らか

の交渉の窓口になったり、あるいは保険会社が自主的に交渉するような道をつくったり、そういうことによってちゃんと補償されるべき人が補償されていく。そういう道をつくったらどうなんだろうというだけのことなんです。ですから、余りこの委員会に過剰な負担をかけるようなことではないように思うんです。

○池ノ上委員 先ほど、加藤先生のお話のなかに、医療行為に過失があつて、その結果、患者に不利益が生じた場合に賠償すべきが大原則であるというお話がありました。が、この産科医療のかなりの部分に、医療行為に過失がないにもかかわらず、その結果患者に不利益が生じるということが、他の分野に比べて余りにも多い分野である。であるからして、こういう無過失補償制度が最も必要な分野ではないかということから始まったというふうに私は理解しております。その点からいきますと、原因分析委員会がかなりエネルギーな作業をしていただいているおかげで、そちらはかなり整理されてきた。無用に長期化する裁判も、恐らく原因分析委員会の分析がしっかり報告されれば、それでどんどん少なくなっていくであろうと期待しています。

一方、反対側は、今、まさに平岩先生がご指摘になりましたように、当然もっと補償されるべきはずの部分はどうなっているんだろうかというところがまだ積み残されていて、そこを現場の産婦人科の第一線にいる医師たちは、今度は逆にそちらがどんどん訴訟が増えるのではないかと思います。過失がないにもかかわらずというところまで含まれた形でより訴訟のほうに行つて訴訟が増えるのではないかという危惧を大変持っている人たちが多いわけですし、そっちサイド、つまり、反対サイドの、これだけじゃ足りないよというような部分をどういうふうにしてカバーしていくかということは、当然医療者側にもかつ患者さんサイドにも両方カバレッジするという意味合いで大変意義のある考え方というふうに私は思います。

ですから、そもそもは過失が余りはっきりしないのに訴訟が多過ぎて産婦人科医が疲弊して、もう産婦人科医療は嫌だといって新しい人たちが参画してこないという、そういった悩みが我々産婦人科にあったわけですけども、少なくともそっちのほう

は今どんどん解決されているというふうに思いました。

○大濱委員 平岩先生が一番最初におっしゃった言葉ですが、この制度が導入されたときに想定された申請例と申しますか、該当例というのが、実際にふたを開けてみると少なかった。その理由として、この制度そのものが発足したということが産婦人科の医療関係者にいい効果を与えて、そしてこういう事例そのものの発生が少なくなったのではないかとされたのですが、もしそうであれば極めて好ましい効果であると思うのですが、私は、申請例が少ないのは、まだまだ漏れている例がたくさんあるのかなとか、それから、まだ5年間の経過期間というのが過ぎていませんので、そのうちまた増えてかなりの数に達するのかなという考えもあると思っています。しかし、その例数が少ないのはどういうふうに考えていいかわからなかったところですが、先生がおっしゃったように、もしもこの制度発足自体がすごくいい効果であるとしたらこの上なく好ましいのですが、それを証明と申しますか、そういうことを先生が感じられた何か事例がありますか。いろいろな産婦人科の医療機関の事例、その他いろいろなことをご存じだと思いますので、何かありましたら。

○平岩敬一氏 直接的に事例があるかといえば、別に事例はありません。

ただ、皆さん、産科の医者であれば、もし自分のところで脳性麻痺の子どもさんが生まれたということになれば、当然にカルテが提供されて、その診療情報がすべて提供されて、そして原因分析委員会で専門家がきちっとそれを検討をする。つまり、自分の行った診療行為が専門家によって再検証されるんだということは、これは常識としても皆さんわかっているわけです。

そういうなかで、実際に診療行為をすとなれば、何らかの心理的な効果、より慎重に行おうと。さらに報告書が公開され、新聞報道もされて、分娩監視装置の問題とか、それが正しい報道かどうかはともかくとして、いろいろ明らかになってくれば、なお一層診療行為に慎重になると。そういう心理的な効果は十分にあるだろうというふうに私は考えております。

○大濱委員 これまで岡井委員長を中心にして、また池ノ上先生を中心にした報告書が2版まで出ています。それを守っていただければ発生そのものがかなり抑えられるのではないかという期待の下で活動されているので、この効果が今から出てくると思うのですが、それと、今、平岩先生がおっしゃった効果というのが二つ重なれば、産科医療が非常によくなると、私ども、きょう期待したところですが、今後ともそういう意味でこの制度がうまく運用されることを期待しておりますし、また、他の分野もこのような制度の導入によってよくなるのであれば、積極的に検討していただきたいと思えます。

○木下委員 先ほど来、調整委員会の役割というのが今までとは大分違うお話が出てまいりました。今までは裁判の結果でしか患者さん方は賠償金が得られませんでした。どんな条件下でも脳性麻痺になった方が補償されるという大きなメリットと同時に、日本国中で起こったすべての脳性麻痺について原因分析を医学的にやっという趣旨で、そしてそこから再発予防につなげていこうという対策を進めていくという基本的な考え方でやってまいりました。そのなかにそれが過失かどうか、つまり、賠償責任に合うかどうかというものをさらに判断する仕組みをこのなかに入れるかということは非常に大きな問題でありまして、私は、後半のところ平岩先生がおっしゃったみたいに、報告書というのはそれなりの配慮をしてございまして、という意味は、医者側に対しても決して甘くなり過ぎないように、それからまた同時に厳しくなり過ぎないようにということ、つまりいろいろな弊害も出てまいりますから、そのような視点で非常に慎重な判断をして記載してございます。

そのうえで、その報告書をもらった家族の方たちがそれをどう判断するかというのは、やはりその段階で一目瞭然、専門家が見ればわかるかもしれませんが、そういう事例もあるでしょうし、これは全く原因不明で脳性麻痺になったこともあるでしょうし、というようなことをお任せしているというのが今までの形であって、その結果としてこんなふうな成果が出てきたということは、医療界、産婦人科の全体のな

かで考えますと、それはそれなりに評価されているものだと思います。

そのやり方としまして、ADR的なもので、宮澤先生がおっしゃったみたいに、第三者的な形でやっていくというのは極めてもっともなことだと思いますが、そういった仕組みをこのなかに入れていくと、逆の言い方をすれば、すべての事例についての報告書を、これは補償金3,000万円ですわしいかどうかというのをチェックするということになりかねないようになってまいります。それは非常に危険な話だと思いますし、これはまた医療界、我々にとりまして、専門家同士が、しかもそのときに出てくる調整委員会というか、弁護士の先生方、両サイドのベテランの方たちがすべてをチェックするというふうな非常に不自然な話になってくるということになりますだけに、これは慎重であるべきだと思っております。やはりこれだけの配慮をした全国の産婦人科の専門医たちが作成している報告書をベースにそれぞれの立場でお考えになっていくというふうな仕組みのままでいくのが、どっちにとっても最も合理的ではないかなという気がいたします。

○岡井委員長代理 今の木下先生のご発言を受けての続きなんですが、私個人の考え方としては、脳性麻痺というのは大変な残念な結果に終わった出産の一つの事例になりますが、その後の対応として、いろいろ紛争が生じたり損害賠償の問題があったりするわけですが、そういうことを解決していく一つの方法として産科医療補償制度があると考え、そこで原因はちゃんと分析しました、それから、もしも3,000万円ですらないと思われる事例があれば、それはそれで今の解決方法で解決してくださいというのが現在の考え方ですけれども、それだと問題が残っていると。これは、今、平岩先生からご指摘されたとおりです。木下先生が言われたみたいに、そこまでこの制度がやるべきではないという意見もあります。

それらを考えますと、この制度そのものがやるべきではないかもしれないけれども、こういう事例の事後の対応として決着をつけるのにはどこかでADR的なことを働かせて、そこで医療提供者側と患者さん側とで最後にもう1回話し合いがあつて、それ

で終わるといふ方向に持っていく、何かもう一つ今やっていることに追加をしてほしいと思うんですね。それはこの制度のなかでやるのがいいのか、この後に何か別の組織なり機能なり付加するのがいいのかわかりませんが、今のままだけだとちょっと足りないなというのが私の印象なんですね。もう一つ何かあって、そこで初めて本当に終わるのかなという気がしています。

○山口委員 今のお話をお聞きしていて、私もそういう別の機関が必要だなと感じたんですけども、ただ、そうなってくると、この原因分析がとても大事になると思います。一つ戻りますが、先ほどのヒアリングの加藤弁護士さんのお話のなかで、原因分析検討委員会の六つの部会のメンバーの負担について疑問点を投げかけておられたことについて私も知りたいなと思ったのですが、これについて説明はしていただけますでしょうか。

○小林委員長 では、事務局のほうで。

○事務局 先ほどの加藤弁護士のヒアリングでありました謝金の相当性の件でございますが、謝金につきましては薄謝ではございますがお支払いをさせていただいております。しかし、具体的な金額につきましては公表しておりませんので、その点は控えさせていただきますと思います。

○山口委員 謝金についての質問ではなく、人数を増やす必要があるのかとか、今の部会の数や人数で十分なのかということについてお聞きしたいのですが。。

○事務局 現在、部会は、加藤弁護士からもご説明があったとおり、六つの部会がございます。各部会8人の先生方に審議を月1回、基本的に2時間から3時間行っただいておりまして、1回あたり大体二つの事案について審議をいただいております。毎月、約12事案が部会から岡井先生を委員長とする原因分析委員会に上がってきまして、そこで再度審議をして、承認されたものが当事者である分娩機関と保護者に送られるという流れになっております。

今後、件数が増えていきますので、その際に部会を増やしていくのか、またはより

効率的な原因分析のあり方というものを検討していくのかということ、この運営委員会で今後検討されるものと考えております。以上でございます。

○小林委員長 では、原因分析委員会についても今後の見直しの一つですので、それは資料をまた準備していただいてから改めて議論するということにしたいと思います。

○宮澤委員 原因分析の委員会についてちょっと申し上げますと、当初、脳性麻痺のお子さんが生まれる人数というのは、大体800人上限というようなところで考えて数値的には出してきたと思います。そうすると、6部会ですので、もし800という数字になったとして、それを単純に6部会で割ると、1部会百数十件というようになります。そうすると、12カ月しかありませんから、1カ月で十数件をこなすということになります。今の状況から見て、これは明らかに不可能の領域に数値的には入ってきているというふうに考えたほうがいいと思います。

その意味では、今の段階では、やはり脳性麻痺のお子さんが発見されて脳性麻痺というふうになってくるのは5年間の期間がありますので、徐々に増えていっているというような状況ですので、それがもし非常に増えていった場合というのは、この6部会のなかできちんと対応できるかということになると、数が800というような数字までもし行ったら、非常に厳しいことになるだろうと。その意味では、今、滞留の件数も含めて、部会の数というのは考える必要があるだろうと考えています。

○小林委員長 ほかによろしいでしょうか。では、平岩先生のヒアリングはこれで終了したいと思います。どうもありがとうございました。

加藤先生、平岩先生、どうもありがとうございました。お二人の先生方からは、この制度によって分娩に係る脳性麻痺の児の原因分析が始まったということは高く評価していただいたというふうに思います。

調整委員会等のあり方につきましては、今後のこの委員会の検討課題ということで、引き続き審議を続けたいと思います。

それでは、議事の3)制度の現状と評価等に係るデータの例についてということで、

事務局から説明をお願いいたします。

3) 制度の現状と評価等に係るデータの例について

- ・ 医師賠償責任保険における脳性麻痺事例

○事務局 それでは、3) 制度の現状と評価等に係るデータの例についてご説明申し上げます。お手元の本体資料の4ページをごらんになっていただけますでしょうか。

まず、一つ目の○でございますけれども、これまでの運営委員会において、制度の現状と評価等に関する調査やデータについてご意見をいただいております。

二つ目の○ですが、2月15日開催の第10回運営委員会では、賠償の傾向を把握するために賠償に係るデータを集めてほしいといったご意見をちょうだいしておきまして、それから、前回の4月6日に実施いたしました第11回運営委員会におきましては、在宅介護における経済的負担や在宅にて介護を行っている割合等について調査をお願いしたいというようなご意見をちょうだいしておりました。

三つ目の○ですが、そういったご意見を踏まえまして、事務局において以下のデータについて収集し、分析を行っております。

(1) ですけども、医師賠償責任保険における脳性麻痺事例。

(2) 本制度の専用診断書のデータベースと、この二つにつきまして収集・分析を行っております。

それでは、1枚おめくりいただきまして、資料の5ページをごらんになっていただけますでしょうか。

(1) 医師賠償責任保険における脳性麻痺事例についてご説明申し上げます。

まず、1番目の○ですけども、本制度の目的の一つである「紛争の防止・早期解決」の効果を検証するにあたっては、脳性麻痺に係る損害賠償請求の状況を分析することは極めて重要です。

二つ目の○です。しかし、我が国の一般統計において脳性麻痺に係る損害賠償請求

件数を確認することはできません。また、医師賠償責任保険を取り扱っている損害保険会社も、従来から原因別の事故データの収集・公表は行っていないというように聞いております。

三つ目の○です。このような中、本制度の効果を検証することの重要性に鑑み、我が国において医師賠償責任保険を取り扱っていることが確認できた損害保険会社5社に脳性麻痺に係る医療事故状況の集計を依頼し、事務局においてその結果を集約いたしました。

四つ目の○です。2005年から2011年までに損害賠償請求が行われた脳性麻痺事例253件について、損害賠償請求が行われた年ごとの賠償請求件数の推移を図1に取りまとめております。図1にグラフをお示しさせていただいておりますけれども、縦軸が賠償請求件数をお示ししております。それから、横軸が、これは児が生まれた年ではなく、実際に賠償請求が行われた年を横軸にさせていただいております。このグラフのとおりなんですけれども、賠償請求件数は本制度が創設された2009年前後から減少傾向を示しております。

それから、一番下の○にまいります。

一方、本制度による効果を検証するには、制度創設後に出生した児に関する損害賠償請求件数の変化を確認する必要があります。しかしながら、損害賠償請求は出生直後ではなく、一定の年数経過を経てから行われる場合があることが経験的に知られております。しかしながら、経過年数の短い出生年については現時点ではまだ損害賠償請求が行われていないことも想定されております。このため、今後も集計を続け、制度の効果を検証していくということにしております。

それから、1枚おめくりいただきまして6ページでございます。この点線の囲みの中は、損害保険会社から提供いただいておりますデータに関しての留意事項についてでございます。幾つか留意事項がございますが、一番下の○のところでご紹介させていただきたいと思っております。一番下の○ですが、脳性麻痺に係る損害賠償請求の推移は

把握できても、「本制度が補償対象と認定した事例のうち、損害賠償請求が行われている件数」ではない点、我が国の脳性麻痺に係る損害賠償請求事例を網羅的に収集したものである点などについて留意する必要があるとございます。

医師賠償責任保険のデータに関して、ここでいったん区切らせていただきたいと思います。

○小林委員長 この件につきまして、質問等ありますでしょうか。

○今村委員 産科における脳性麻痺、ここに係る紛争につきましては、私自身、個人的にひとところに比べて減少傾向にあるなというふうに感じておりましたけれども、このデータも概ねそのような傾向を示しているなというふうに感じました。

また、制度の発足から日が浅いということから、現時点ではまだその効果を検証するという点については、やはり時期尚早であるというふうにも思いますけれども、そういったような意味から、経年的に同じようなデータを取り、分析していくことで、より明らかな形で訴訟の状況というのがわかってくるのではないかとこのように思っております。

現在、制度発足から3年経過しておりますけれども、これまで原因が不明ということで紛争化することが多かったこの脳性麻痺事例について、客観的な原因分析が行われていることで医療提供側、あるいはまた患者さん双方の理解というのが深まって、結果としてこのように紛争事例というのが減少しているのならば、非常にうれしい結果だなというふうに感じました。

このように原因分析、あるいは再発防止の取り組みを通しまして産科医療の質の向上が図られて、我が国の産科医療に対する信頼が深まるということについては、医療側、また国民の側からも非常に大切なことだというふうに感じます。

日本医師会といたしましては、引き続きこの制度が安定的に運営されて、医療側、患者側、また国民側にとって望ましい方向で制度が充実するように、今後ともこの制度の運用というものを全面的に支援してまいりたいというふうに感じました。以上で

ございます。

○岡井委員長代理 今回の統計ですけれども、産科医療補償制度の運用が始まってから損害賠償請求の件数が減ったか増えたかというようなことを検証するのに、このやり方では本当のことは全くわからないと思います。

というのは、このなかには産科医療補償制度の適用にならない事例が相当含まれていることが言われていまして、例えば障害程度等級3級であるとか、それから早産の事例であるとか、それから半年前に亡くなったような事例、そういうのも訴訟になっているケースが結構あるので、そういうのがあるのと、もう一つは、この制度が始まったことによってそういう補償されない事例に当たるようなケースで、そのご家族の人がどういう行動を取るのかというのはまたちょっと考えてみないといけないんですね。もう少しで私も補償を受けられたかもしれないのに、妊娠週数がちょっと早かったからというような人たち、この後、この補償する範囲をどう広げるかとかいう議論がありますけれども、私が言いたいのは、この統計が本当にこの制度ができて原因分析をやって報告書を受けたその患者さんが今までと違ってどういうふうに行動を変えたかということを直接知るデータにはなり得ないということです。

それから、逆に一方では抜けている事例がいっぱいあると思います。患者さんと話し合っただけで示談ですませたケースとかもありますし、それから、原告側が敗訴になって一銭ももらえなかったケースが抜けちゃっている可能性があるんですね。だから、そういうようなことを考えると、これはちょっと大ざっぱ過ぎて本当の検証にはならない。

だから、本当にやらなくちゃいけないのは、今やっているように、それぞれの事例を全部きちっと追いかけて、それがどうなっていくかという追跡調査をしっかりとやって本当の正確なデータをきちっと積み重ねていくと、それしかないと思います。

○小林委員長 今、岡井委員から質問があった、つまりどのぐらいこのなかに、制度

の対象以外の児が混じっているか、あるいは対象の児だけれど漏れている児があるかとか、事務局のほうでおおよそわかりますか。

○事務局 データに関しては、今、岡井先生ご指摘のとおり、さまざまな補償対象以外のものが混ざっている場合も考えられますし、1件1件のそのデータの判別におきましては、各保険会社のほうで、いわゆる専門的な知識によらず判断している場合もあると聞いておりますので、そういった意味では、正直わからない部分、網羅的ではない部分が大いにあると考えております。その割合がどのぐらいかというのは、残念ながら情報がございません。

○小林委員長 いかがでしょうか。

○勝村委員 まず、質問なんですけれども、横軸は出生時ではなしに請求時にしましたというご説明だったんですけれども、出生時にすることもできたんですか。

○事務局 この横軸をですか。出生年でということですね。そのような取り方をすれば、できるかと思います。

○小林委員長 手元のデータでは、そこは聞いていないということですね。もう1度損保5社に聞き直さないといけないということになりますか。

○事務局 現段階では、そういった形での分析はしておりませんので、聞き直すかどうかというのは別にして、もう1度今手元にあるデータを分析し直すことは可能だと思います。

○勝村委員 今あるデータというのは、もらっている分ですか。保険会社にある分ということですか。

○事務局 現在、機構にいただいている分でございます。

○勝村委員 ここで教えてもらう情報としては、出生時のほうが当然よかったのではないかと。もし、それが取れるのであれば、そういうのも教えていただきたいなど。

○事務局 一応、データに関しては一部集計を開始いたしますが、先ほど申し上げましたとおり、すぐに賠償請求に至るわけではないという事情もございます。現時点で

は、出生年ごとの件数のデータをお示しすることが有意なデータとは言いがたいという
ことを踏まえまして、今回は賠償請求年ごとのデータをお示しさせていただいた次
第でございます。

○勝村委員 その出生年度ごとのものも簡単にできるのであれば、見せていただきた
いなというのが一つです。

それと、この請求という意味なんですけれども、請求がされただけで、支払ってい
る、支払っていないとか、先ほどの岡井先生の話だと、示談だとかそういうのだとこ
こに払っていても関係ないのかどうか、どういうものを集めているのかがもうひとつ
よくわからないんです。半年以内の事例は僕もかなりあるのかなと想像はしますけれ
ども、もう少し、請求件数と書いていますけれども、請求件数の意味を教えてください。

○事務局 この賠償請求件数の意味ですね。保険会社に実際にいわゆる保険金請求が
あったものの件数でございます。それが訴訟によるものもあれば、訴訟によらず請
求のみがあったもの、いずれも含まれております。

それからあともう一つ、前段でおっしゃられた出生年ベースでのデータの件に関し
ましては、できれば取りまとめを検討し、お示しすることも考えていきたいと思いま
す。

○小林委員長 そうしますと、補償金が支払われた件数がこの件数だということす
か。

○事務局 これは保険金請求、いわゆる実際に保険金の請求があったものでして、保
険金が支払われたかどうかというところは必ずしも一致しません。なので、いわゆる
保険金請求があったものと認識しております。その結果、保険金を支払ったというこ
とと必ずしもリンクするわけではございません。

○小林委員長 何かそれはちょっと難しい感じがしますが、請求があつて話し合いの
結果支払わないものもあるということですか。

○事務局 そういったものも含まれているというふうに聞いておりますし、そのように認識しております。

○上田委員 例えば2009年に請求があった件数ですので、それがどうなったかは今回ここには出しておりません。あくまでもこの年に請求があった件数だけです。

○小林委員長 じゃあ、まだ結末まではついていないものもあるということですね。

○事務局 一般的に保険金請求された年と実際に支払いになった年が一致することもございますが、あとから保険金の支払いになるようなケースもあると聞いておりますので、そういった意味では必ずしも保険金の支払いに至った年と今回のこのデータが一致しているわけではなく、あくまで保険金請求があった年であると聞いております。

○勝村委員 その請求日のほうは、つまり医賠償に入っている医師、または医療機関かもしれないけれども、医師が保険会社に請求するという意味なんですか。

○事務局 そのように聞いております。

○宮澤委員 恐らく、医師が保険会社に請求するということになれば、それは賠償として示談とか和解とかいう段階ですので、これは恐らくそうではないと思います。基本的には、患者さん側からの何らかの賠償請求があったという数字であって、その後、和解をして払ったか、あるいは結局和解ができなくて、和解が決裂したうえで損害賠償請求訴訟にまで進まずに終わってしまったというものもあるでしょうし、その意味では請求があったかどうか、患者さん側の請求があったかどうかということの件数と単純にとらえるものではないかなと思います。請求と支払いというのは全く違いますので、その意味ではこれは今回の請求があったという件数というふうに理解するのではないのでしょうか。

○勝村委員 そのどっちなんだろうかがよくわからないからお聞きしているんです。

○鈴木委員 今、宮澤先生がおっしゃったことが僕は正しいと思います。保険約款をもって、請求があったときに報告の義務がありますので、それから、保険会社の了解なしに支払った場合に保険金請求権が発生するかどうかという法律問題もありますの

で、今、宮澤先生がおっしゃったのが実務のありようだと思いますけれども。

○勝村委員 だとしても、例えば示談とかの場合は入っていない可能性だってあるわけですか。示談で支払った分が。

○宮澤委員 示談というのが保険を使わない示談ということであれば、このなかには含まれていないケースがあり得る可能性はあります。使わないという場合ですね。病院が独自に示談をしてしまう。病院が保険を使わずに独自に示談することが、現在はケースとしては非常に少ないですけれども、あり得ることです。そうなってくると、保険会社の請求のほうには行きませんので、保険会社が把握している数としては出てこないという可能性はあります。

ただ、多くの場合は、ほとんどすべてに近いと思いますけれども、示談する場合も保険会社の了解を得たうえでやらないと保険金請求ができませんので、その場合はこのなかに入ってきます。

○勝村委員 示談する場合に、この医賠責の保険を使う場合は、患者が訴えるというよりは、やっぱり医師か医療機関が保険会社に請求するという形になりますよね。示談をして。それとは違って、この件数は、恐らく患者側から何らかの請求があったという連絡を受けた段階で数を数えているという可能性があるとしたら、そういうのもちょっとやっぱりイメージがはっきりしないんじゃないかなと思うんですけれども。

○宮澤委員 実務的に言いますと、この賠償請求件数という形では患者さんの側から賠償請求があって保険会社に報告が行っている、この件数というふうにお考えになったほうがいいと思います。

○勝村委員 だとしたら、示談した後に医療機関側が請求して支払っている分は載っていない可能性、含まれていない可能性があるんじゃないですか。

○宮澤委員 示談をして請求をしてということですか。示談をするという場合は、保険会社の了解を得たうえで示談をしないと保険給付が出ませんので、その意味では必ずこの数字のなかに入っている。示談をした場合でも入っていると。

ただ、先ほど申しましたように、保険を全く使わない少額の示談という場合には、ここに載ってこない可能性はあり得ます。

○小林委員長 これは医賠償を扱っている損保5社に聞いた資料なので、まず、損保会社に入っていない医療機関、例えば公的な医療機関で入っていないところがあるということなので、そういうところのデータは上がってきていないと。

それから、保険を使って示談したものは、このなかに恐らく含まれるだろう。ただ、結果じゃなくて、始まったところの集計だということだと思います。

○勝村委員 そういう部分が入らないことは重々わかっているんですけども、先ほどの岡井先生の話だと、請求はあったけれども支払われていないものも入っているようなお話でしたよね。そういうことも考えると、示談で後から、交渉する段階ではまだ保険会社に言っていないくて、結論が出てから支払っている分とかを請求件数として数えて、このカウントの意味がやっぱりちょっとはつきりしないので、いろいろ僕も憶測はできますけれども、もうちょっとはつきりさせてほしいという趣旨です。

○宮澤委員 保険の実務からいきますと、医師賠償責任保険というのは、私は医療機関側で代理人をやっていますから、常にそれとリンクしながらやっているんですけども、損害賠償請求がありました、それは当然この賠償請求という形での件数に入ります。その後、支払いの場合で、もうゼロで終わってしまって、相手方は請求はしたけれども医療機関側の説明等で納得されてゼロで終わるという場合も、もちろんあり得ます。その場合は、賠償請求はあったけれども支払いはゼロという場合でも賠償請求はありますから、この件数のなかには入ります。

○鈴木委員 むしろ、この数字は紛争件数というふうに考えておけばいいんじゃないでしょうか。

○勝村委員 ですね。でも、そこははつきりさせてくれないと、示談がどうなっているのか。

○上田委員 先ほど岡井委員からもこの点についてのご意見がございました。私ども

も、紛争の防止、早期解決の効果を検証するために、このデータで検証したんですけども、まだ一定の経過がたっていないという課題などもありました。したがって、私どもとしましては、これは当然損保会社のご協力をいただかないといけないんですけども、もう少し一定の時期を経て、いろいろご指摘の点をもっと整理をして、改めてまたどこかの時点で出させていただくということではいかがでしょうか。

○小林委員長 きょうは最初のデータの提示ということで。

○勝村委員 そのことを踏まえて、さらに今後のために要望しておくとしたら、平岩先生も来られていますけれども、僕、過去の日母の時代から、日母が会員向けにといろいろなところに発行されているのを見ると、かなりもったきちんというか、分析されているのがあるんじゃないかと思うんですよね。それは保険会社自身が行っているのではないかもしれないですけども、でも、それこそより責任をもっていろいろきちんと対応していきたいと考えておられる医師会とか産婦人科学会とかはそれなりの分析をしてきたんじゃないかと思うんですよね。だから、今、情報を得られているのであればそのことで、僕はおっしゃるように制度ができた時点で、きちんという意味での慎重さが非常に出ているということがあると思いますし、この制度のとりあえずの、今、岡井さん、池ノ上さんがきちんとしていただいているそのことが一定きちんとして出てきているというように、僕はそうなるはずだと思っているので、その割には期待していたデータよりは、もうちょっとうまく言葉の定義も、損害賠償請求件数という6文字の意味ももうひとつはっきりしないので、きちんとしてそういうものを出して行ってほしいなと思います。お願いしておきます。

○小林委員長 ほかにいかがでしょうか。このデータに関して。それでは、データの提供をいただいたということで、これに関しては損保5社のほうにお礼を申し上げたいと思います。引き続き事務局のほうでまた、まだ解釈するには時期が早いと思いますので、データの収集をお願いします。

それでは、次の議題に移りたいと思います。

本制度の専用診断書のデータベースの説明を事務局のほうでお願いいたします。

・本制度の専用診断書のデータベース

○事務局 それでは、引き続きまして本体資料の7ページをお開きいただけますでしょうか。(2)本制度の専用診断書のデータベースについてご説明申し上げます。

まず、ア. 専用診断書の概要についてご説明します。

一つ目の○です。本制度は、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児とその家族の経済的負担を速やかに補償することを目的の一つとしております。このように速やかに補償するためには、脳性麻痺の重症度等を早期に、かつ正確に診断することが必要であることから、補償申請の際に、独自の項目を設けた補償認定請求用の専用診断書をご提出いただいております。

それから二つ目の○にまいります。補償対象の認定後、児が20歳になるまで毎年、補償分割金を請求する際は、補償分割金請求用の専用診断書を提出いただいております。この補償分割金請求用の専用診断書は、補償対象と認定された児の状況の確認等を行うものでございます。皆様のお手元に参考資料1、2をお配りさせていただいております。参考資料1と書きました青いほうの資料が補償認定請求用の資料になります。参考資料2、白いほうが補償分割金請求用の専用診断書になります。こちらはこれからのお話に従って適宜ご参照いただければというふうに存じます。

それでは三つ目の○にまいります。専用診断書に記載されている情報は、今後のより迅速かつ適正な審査の実施および制度見直しに向けた検討にあたって、有用な情報と考えられます。このため、運営組織において、提出された全ての専用診断書について、基本的には全ての記載項目をデータベース化して、情報の収集を行っております。

それから、イ. 専用診断書上のデータの集積方法と分析例についてご説明申し上げます。

①補償請求用専用診断書（補償認定請求用）、それからもう一つ、②補償請求用専

用診断書（補償分割金請求用）、それぞれにつきまして、データベースとして集積を行っている項目、それから将来的な活用可能性も視野に入れた分析例を次のページにお示しさせていただいております。

おめくりいただきまして8ページをごらんになっていただけますでしょうか。

①補償請求用専用診断書（補償認定請求用）のほうでございます。青いほうでございます。ア) 集積を行っている項目についてです。専用診断書に記載された内容について、審査委員会における審査結果（補償対象か否か）を踏まえてデータベースに入力を行っており、集積している主な項目は、表1のとおりでございます。

下の表1でございますが、各項目なんですけれども、脳性麻痺の病型、それから障害程度等級、身体測定値、その他参考となる合併症、治療及びリハビリテーションの状況、日常生活及び介助の状況、除外基準の有無、動作・活動の状況及び所見という項目に関して、右側の表の集積方法、こちらにいろいろな項目がございますけれども、この中から選択していただいてすべてを入力していつているということになります。

それでは1枚おめくりいただきまして、イ) の分析例でございます。302件を集計しておりますが、この302件が何かと申しますと、ちょっとわかりにくくて恐縮なんですけれども、グラフと表の間に小さな文字で（平成24年4月末までに審査が行われた事例のうち、補償対象となった302件を集計）とあります。24年4月末までの審査分の302件を集計、分析したということになります。そういった分析のなかでひとつ分析例をお示しさせていただきたいというふうに考えております。

上のほうに戻りまして、診断時年齢別の重症度（身体障害者障害程度等級1級相当、2級相当の別）の割合は、図2のとおりです。

図2に関しましては、縦軸が級別、それぞれの障害程度等級の級別の割合、横軸が診断時年齢というようになっております。全事例では、1級相当が96%、2級相当が4%となっております。グラフで申し上げますと、グラフの右側が全事例の割合の棒グラフになっております。

そして診断時年齢で見ますと、「6ヶ月から1歳未満」、一番左の棒グラフになります。それから「1歳から1歳6ヶ月未満」、左から2番目の棒グラフに関しましては、すべて1級相当。それから「1歳6ヶ月から3歳未満」、左から3番目のグラフになりますが、1級相当が81%、2級相当が19%であり、診断時年齢が低い区分では1級相当の割合が高く、診断時年齢が高い区分ほど2級相当の割合が高くなっております。

一番下にまいりまして、診断時年齢による重症度につきましては、今後経年による変化の割合について、引き続きデータを蓄積のうえ確認をしていきたいと思っております。

それでは、おめくりいただきまして、10ページをごらんになっていただけますでしょうか。今度は白いほうの分割金請求用の診断書についてでございます。ア) 集積を行っている項目ですが、専用診断書に記載された内容について、毎年の補償分割金請求が行われた時点でデータベースに入力を行っており、集積している主な項目は、表2のとおりでございます。

表2の各項目でございますが、この1年間の主な生活場所、脳性麻痺病型、身体測定値、合併症、現在の障害程度及び粗大運動状況、治療及びリハビリテーションの状況、日常生活及び介助の状況に関しまして、この集積方法、右側の表のなかから選んでデータベースに入力すると。こちらは、いわゆるチェック式の記載項目が多くなっておりますので、チェックした項目を入力したデータベースというようにさせていただいております。

1枚おめくりいただきまして、11ページをごらんになっていただけますでしょうか。11ページは分析例ということで、153件を集計しております。この153件につきましては、真ん中ほどの点線の四角囲いの※1でございます。補償認定後、平成24年4月末までに補償分割金請求が行われた153件について集計しております。

括弧は、この1年間の主な生活場所についてでございます。ここでは、この後、幾つかいろいろな切り口での分析を行っている点をお示しいたします。この1年間の主

な生活場所につきましては、表3のとおりになっております。現状では在宅が78%、病院が20%というような比率になっております。

それから下のほうにまいりまして、(イ) この1年間の治療およびリハビリテーションの状況についてご説明いたします。ページをまたいで恐縮ですがけれども、この1年間の治療の状況は、表4のとおりでございます。表4にありますとおり、「薬物使用」が126件、82%、それから「気道処置(加湿・吸引等)」が97件、63%、それから「気管挿管・気管切開」が44%というような比率になっております。

それから、次に、直近1年間の主な生活場所が「在宅」である児に係る医療機関の受診およびリハビリテーションの実施状況は、表5のとおりでございます。医療機関受診については、「月に1～2回」が65%、「月に3回以上」が21%、「年に数回」が13%となっており、ほとんどの児が医療機関を受診しております。また、リハビリテーションについては、「月に3回以上」が58%、「月に1～2回」が37%となっており、ほとんどの児がリハビリテーションを受けているということがわかります。

それから、おめくりいただきまして、13ページをごらんになっていただけますでしょうか。(ウ)でございます。日常生活および介助の状況です。まず、食事の状況は表6のとおりです。「経口」が33%、「鼻腔経胃」と「胃ろう」がそれぞれ32%となっております。

それから、その下にまいりまして、排泄の状況は表7のとおりです。「おむつ使用」が97%という割合になっております。

それから、おめくりいただきまして14ページです。洗面・更衣の状況は表8のとおりになっております。「全介助」の割合が99%となっております。

それから、その下にまいりまして、移動手段は表9のとおりです。「車椅子・バギー」が86%、「だっこ」が5%、「ストレッチャー」と「ベッド」がそれぞれ3%となっております。

それから、最後、15ページでございます。ウ. 集積したデータに関する留意点につ

いて記載しております。いわゆる現時点では偏りのあるデータであるということに十分留意する必要があるということで、①本制度の補償申請が行われた事例のみのデータであること。②既に補償申請が行われた事例のみのデータであること。③最長で3歳頃までのデータであることという点に留意する必要があるということでございます。以上です。

○小林委員長 ただいまの報告にご質問等ありますでしょうか。かなり大変な状況だということがわかりますが、また引き続き集計のほうをお願いいたします。

それでは、以上用意された議題はこれで終わりにして、その他、全体を通して何か委員の先生方からご意見等ありますでしょうか。

○大濱委員 この制度を十分理解していないところもあるのですが、生まれて5年間のなかで申請をしていただくと。で、決定された後、20年にわたって補償していくということになりますと、この制度というのは永遠に続くものになりますか。止めた後も20年間続くことになるのでしょうか。それから、本日は、本制度のいろいろなデータを見せていただいたのですが、これからももっとすばらしいデータが出る可能性があります。まさに日本における脳性麻痺発症の現状と、その子どもの発育が将来どうなるかという、国のデータが出てくる可能性があるので、先ほどの分析委員会の委員の数、6チームしかなくて8人で48名ですが、将来はこの3倍ぐらいのチームがいるかもしれない。そうすると、非常に多くの産婦人科医師もそこに参加する。もちろん、小児科の先生方も将来のフォローで参加するという、国を挙げての新生児産科医療のデータベースがつくられると思うので、本腰でやらないといけないのではないかと改めて思ったところです。

もちろん、今は3万円の保険料といいますか掛金で、申請例が少ないので財政的には余裕があるのではないかと思います。その使い方をどうするかというのはこれからまた議論されると思うのですが、それを有効に使っていただいて、それらのデータをどういうふうに解析するか、もっと具体的な項目を増やしていくのかどうかとい

うことも、専門の先生方と一緒につくっていただいたらいいのではないかと思います。先ほど言いましたように、20年も、あるいはもっと続くとなれば、世界に誇るデータが出ると思われまますので、よろしくお願ひしたい。

○小林委員長 今後この委員会で検討すべき課題も入っておりまして、まず、補償の継続性に関しては、事務局のほうから。約款にかかわることですね。

○上田委員 20年間補償を続けます。それから、毎年毎年その年の新しい対象者に対して審査をして原因分析を進めていきますから、かなり継続的な膨大な取り組みになりますので、それは確実にやらなければと思います。先ほどお話があった体制なども含めてこれから十分検討していきたいと思っております。

それからもう一つは、きょうは一時点でのデータを示しましたけれども、それぞれの事例については毎年、分割金の申請の際に診断書をいただきますので、それぞれの事例の状況の変化など、リハビリの状況ですとか介護の状況ですとか、こういったデータも分析することができますので、これからの審査のあり方ですとか制度見直しなどにこれらのデータを生かしたいと思っております。これから、データが蓄積されていきますので、そのなかでいろいろなことが見えてくるかと思ひます。

○小林委員長 補償については、これはもう社会的な約束ですので、きちんと継続されるというふうに私も考えております。

それから、財政の状況に関しては、また時期が来ましたらこの運営委員会で報告があると思ひますので、それまで待っていただきたいというふうに思ひます。

ほかにいかがでしょうか。

○山口委員 今後の見直しにも関係してくると思ひますが、前回出た意見の議事録のなかに、在宅で介護を行っている場合の経済的負担について書いてありました。在宅、入院・入所している方、いろいろなパターンがあるようですが、それによって例えば経済的負担の違いであるとか、介護負担がどれくらい違っているのか、例えば在宅でもどれくらいの数も家族がかかわれる状況なのか。子どもさんの場合は介護保

険も使えないという現状もあって、介護が必要なのに厳しい問題を抱えておられる方もいらっしゃると思います。今後、そういうデータなどをお示しいただく可能性があるのかどうかということと、調査のなかにそういうものも今後盛り込んでいただけるのかどうかということをお教えいただきたいと思っています。

○小林委員長 先に、鈴木委員のご意見からお願いいたします。

○鈴木委員 特に原因分析と再発防止に関しての意見なのですが、大分症例も出てきて問題点も少しずつ明らかになってきているわけですが、これはやっぱり安全なお産に向けたその産科学的、あるいは小児科学的、助産学的な研究分析といえますか、そういう研究はこの制度のなかでは今のところは行われていないのでしょうか。

それから、これはこの制度の中なのか外なのかはともかく、お金の出どころはどこかということもあると思うんですけども、個別のケースやマス分析で、ちょっと語弊のある言い方かもしれませんが、警告的な教育というよりも、それも大事かもしれませんが、定着させていくための研究みたいなことを、ぜひその周辺部分か中かはともかくぶら下げていただいて、研究促進をしていくということがそろそろ必要なのではないかと思います。それは制度との関係、お金との関係でどういう枠組みになるのかということをご検討いただいたらなと思いますけれども。

○小林委員長 それでは、順番にお願いします。まず、最初の児の状況に関して、もう少し掘り下げた調査が可能かどうかということも含めて。

○事務局 まず、貴重なご意見をちょうだいしましてありがとうございます。

今後、どのようなデータを集めていくかとかいう点に関して、いただいたお話を参考に、どのような形で取りまとめるかということを検討していきたいというふうに考えております。

それから、鈴木先生のおっしゃられました研究に関しましては、そこは貴重なご意見でございまして、今後に関しては、

○小林委員長 岡井委員、お願いします。

○岡井委員長代理 鈴木委員のご指摘に関してですが、ここで問題点がわかってきた事象に関しては、再発防止のための提言のところでも、学会に対してこういう調査をしてくれとか書かれているのをご存じだと思いますが、その中でも幾つか学会が実際に対応していることがあります。一つは臍帯脱出と分娩誘発に使用する器具との因果関係をもうちょっと調べてみようということで、これは実際に何をやっているかといいますと、これまで日本産科婦人科学会の周産期委員会で、ある程度大きな分娩施設ですけれども、統計を取っているんですね。そこで一つのお産に関してのデータを送ってもらっているんですが、そのなかに今まで分娩誘発のときにそういう器具を使ったかどうかということの記載をする箇所がなかったんですけれども、その項目を入れてもらい、これからはデータが上がってくるようにしました。

それからもう一つ大事なのは、常位胎盤早期剥離という疾患が脳性麻痺の原因として今まで考えていた以上に頻度を多く占めているということがわかってきましたので、その発症のメカニズムとか、それから早期発見、診断のために何がやれるかということの調整を始めました。これは東京で始めたんですけれども、そういう患者さんは搬送されることが多いので、東京都の周産期医療協議会のなかで、搬送された患者さんのデータを集めて分析をやっていこうという活動も始めました。

ですから、鈴木委員の言われたことは、学会としても一生懸命対応できる範囲で対応しようとはしています。ただ、お金とか何かという面では、学会は余りお金持ちじゃないのでこういうところから支援していただいて、何かこの問題は学会挙げて解決するための研究をしてくれ、調査をしてくれということで、研究費でもいただければまた力を入れてやれるとは思いますが。私が言いたいのは、ここで上がってきたことを学会レベルでは決して無視はしていなくて、それを何とかしようという前向きな気持ちで再発防止委員会からの提言をとらえているということをお伝えしたいと思います。

○鈴木委員 特に、具体的なケース、個人情報保護との関係も、この機構との関係できちんとそこを整理してやれば、より奥深く手を突っ込んで研究できると思うんです

けれども、やっぱり外でやっていくとなると、機構が持っている情報・データをどのように外が利用できるのかとか、そこにどういう縛りがかかるのかとか、そういう問題も出てくると思いますので、そこはぜひ機構としても単にお金を外に放るというだけではなくて、積極的に研究事業みたいなことが位置付くのかどうか、機構のことは私も余りよくわかりませんが、そこを明確にさせていただいて先に進められればなと思いますけれども。

○上田委員 ただいまの鈴木委員のご指摘については、この見直しのなかで研究のあり方は、一つの論点になると思いますので、皆さん方のご意見もいただきながら、検討していきたいと思っております。

それから、先ほどの介護のデータに関しても、これまでヒヤリングを中心に進めてきましたけれども、これから具体的にそれぞれの論点について審議をお願いすることになります。したがって、審議する際には、やはり基となるデータなどを提出して、それを基に議論していくことが大事ですので、できるだけ関係者のご協力もいただきながらデータを提供して、ご審議をいただくようにしたいと思っております。よろしくをお願いします。

○木下委員 今回の鈴木委員からのご指摘は非常に建設的な話で、私も大賛成でございます。

と申しますのは、原因分析と言ったところで、低酸素状態になる状況を調べているという以上ではないわけですね。本当に病理学的なあるいは生化学的な視点というのはないわけでありまして、これらの視点の研究は難しいとはいえ、これだけ症例が集まっているということは、画像診断等を含めて小児科の方々にぜひ協力願わなければならないかもしれませんが、そういうスタディはこれまでありませんので、これは機構としてぜひ前向きに考えて、これこそシステムのなかに入れて一つのセクションとして機能するようなどころまで踏み込んでいい時期に来たのではないかなと思います。ぜひ前向きに考えていただきたいと思います。

○池ノ上委員 机上配付されたこの資料は、ご説明ございましたか。

○小林委員長 きょうの追加の資料の説明がありましたら、簡単をお願いします。

○事務局 今、お配り申し上げました産婦人科の補償件数ということで、これは前回の第10回の運営委員会でもご報告申し上げておりますけれども、産婦人科全体の訴訟の数（既済）、もう既に終わっている件数のグラフになっております。前回お示したところと一つ違うのが、平成23年分のこの82件というデータが追加になっているところが前回との違いでございます。以上です。

○小林委員長 訴訟の件数については、前回提示したものに加えて平成23年度分が追加されたものを、きょう、お配りしたということです。ほかにいかがでしょうか。全体を通して。

先ほどの児の状態については、私も以前に1度意見をしたと思いますが、この専用診断書だけではやはりちょっと足りない部分もありますので、全例は大変かもしれませんが、一部、何分の1か抽出をして介護負担度等を調べるような調査をしていただければというふうに思っています。

それから、質の向上を目指した研究、向上に関しては、事務局のほうでまた案をつくっていただいてこの委員会で議論したいというふうに思います。ほかにいかがでしょうか。

3. 閉会

○小林委員長 それでは、時間も過ぎましたので、これをもちまして第12回産科医療補償制度運営委員会を終了したいと思います。委員の皆様、どうもお忙しいところをありがとうございました。