

第9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11月14日（水）午後4時00分～6時00分  
場所：山の上ホテル 「銀河」

財団法人日本医療機能評価機構

## 1. 開会

○浜田（事務局） 開始前に資料の確認をお願い申し上げます。

本日の資料は、お手元のクリップどめの資料、次第の入った資料、それから参考資料を用意いたしております。また、別冊といたしまして、参考資料、調査専門委員会からの報告書を用意いたしました。以上でございます。落丁等ございませんでしょうか。ありがとうございました。

ただいまから第9回産科医療補償制度運営組織準備委員会を開催いたします。本日は18名の委員の方にご出席をいただいております。なお、河北委員長代理でございますが、若干遅れての出席予定でございます。また、厚生労働省より医政局総務課二川課長、大臣官房岡本参事官、医政局総務課佐原医療安全推進室長にもオブザーバーとしてご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。

議事に入る前に一言おわび申し上げます。当初、第9回準備委員会を11月1日に予定してございましたが、準備の都合等により本日に延期させていただきましたことを謹んでお詫び申し上げます。申しわけございませんでした。それでは、議事進行を近藤委員長にお願い申し上げます。

## 2. 議事

○近藤委員長 各委員におかれましては、大変ご多忙中ご出席いただきましてまことにありがとうございます。それでは、議事に入ります。

本日の議事は、お手元の次第にございますように、前回第8回の準備委員会におきます委員の先生方の主な意見。2番目に、求償に係る論点について。3番目に、補償の仕組みにつきましての案でございます。4番目に、補償の対象者の範囲及び補償額等の考え方について（案）でございます。5番目は、その他でございます。

それでは、議事の（1）の第8回準備委員会におきます委員からの主な意見につきまして、事務局からご説明をお願いいたします。

### （1）第8回（前回）準備委員会における委員からの主な意見について

○浜田（事務局） それでは、資料1、1ページをご覧ください。

（1）第8回（前回）準備委員会における委員からの主なご意見でございます。こちらは、いつもの準備委員会と同様に前回の委員会ということで、主なご発言があったところをまとめてございます。

なお、資料の点線で囲んだ箇所につきましては、前回お示しいたしました論点でございますので、説明のほうは、こちらの箇所は説明は省略させていただきます。

それでは、1. 補償の額等について、1) 補償水準について読ませていただきます。

医療側の過失責任を前提として支払われる裁判における賠償金額の看護・介護費用は日額6,000円～1万3,000円程度となっている。本制度は過失責任を前提とするものでは

ないので、それを下回る金額で支援を行うことが現実的な判断方法と考えられる。

## 2) 支払い方法について

○制度運営の立場から考えると、一時金での支払いが望ましい。分割金や定期金の場合は、障害等級などの定期的な現況確認が必要となり、そのための管理コスト等が補償財源から捻出されることになるので、補償金を受け取る児の立場から考えても、極力コストがかからない制度運営が望ましい。

○脳性麻痺の子供をきちんと育てていこうという形が大事であり、早期の一時金払いは患者のためにならないと思われるため、民間保険での運用の難しさもあるが、安易に結論を出さず、知恵を絞るべき。

○生存の期間に必要な総額を一時金として、それを信託に委ねるという方法が考えられるのではないか。

2 ページ、おめくりください。

○障害等が生じた児を救済することが前提であれば、一時金に加え定期金での支払いが望ましい。たとえば五年後くらいに障害の程度を再度確認し、それに応じた定期金を支払うのが望ましい。

○介護・看護のみならず、養育という観点が非常に重要であり、例えば成人に達する二十歳までつながるような補償が重要である。

○補償金の支払い方法はできる限り無駄な経費をかけず、一方で児のために活用されるような策を探らなければならない。

## 3) 補償金の受給権者について

○補償金が児のために使われるようにするため、また二重払いを回避するために受給権者は脳性麻痺児本人とすることが適当である。

## 2. 審査、原因分析・再発防止について

### 1) 審査について。3 ページをご覧ください。

○審査は書類審査のみならず運営組織による直接の診察が必要ではないか。

○運営組織が全ての児を診察することは困難であり、各地域の専門医の診断に基づき、審査を行う以外にはないと考える。

○身体障害者等級の判定は非常に難しいため、異なる二人の専門医が診断することも現実的に考えられるのではないか。

### 2) 原因分析について

○最も大切なことは、難しいことだが標準的に必要となる記載事項を作成することであり、これがなければ真の原因分析は進まない。

○標準的な記載事項や記載方法、分娩監視装置記録の必要なケースなどガイドラインを作成し、制度開始前に周知することが必要。

○補償と原因分析・再発防止は全然別の組織で行わなければ機能しない。分娩機関情報等の固有名詞を外さなければ適切な分析は出来ないし、適切な情報も集まってこない。

○個々の事例をどのように検討・分析し、それをどのように返すかは悩ましい問題だが、原因分析の委員会を別組織に作るのは現実的ではない。問題はどのような形でフィードバックするかということに尽きる。

○運営組織内に、補償対象か否かを審査する委員会と、それとは独立して原因分析を行う委員会を設置するのが良い。

○本制度は無過失補償の考え方にのっとり個別に審査する制度であり、また全ての情報は当然親に返さなければならないという考え方から、一般的な事故情報を収集する制度とは異なると考える。

続きまして、最後のページでございます。4ページです。

○個々の分析結果は事故分析の原則に従い公開しないが、不十分な資料しか提供しない分娩機関は公開対象にすることもあり得るのではないか。

○原因分析と求償は密接に関連しているので、求償も含めて議論をすべき。

○助産師が関わった事故に関しては、原因分析等の委員会に助産師の委員も加えるべき。

### 3) 再発防止について

○どんな医師、医療機関でも起こりやすい事故なのか、もしくは同じ医師、医療機関で事故が繰り返されているのかという両面をみなければ、本当の再発防止にはならない。

○原因分析・再発防止を1件1件その都度行うことは大変であるため、一定期間かけて事例を疫学的に調査し、患者被害や医療事故がなくなるような再発防止策につなげるべき。

### 3. 上述以外の主な意見、3つほどございます。

○補償の申請者や申請期限等を整理するために補償契約、保険契約、更に運営組織、保険会社、病院等、患者以上4者の法律関係を明確にするべき。

○審査、原因分析・再発防止、求償以上3点の関係について整理が必要である。また、個別事例について踏み込んで分析・検討することは必要であるが、どこまで踏み込むかは論点として明確にしておかなければならない。

○求償するかという問題と、責任判定を原因分析の中で行うかということについては、別な問題として考えなければならない。

以上でございます。

○近藤委員長 ありがとうございます。何かご意見ございますでしょうか。はい、どうぞ。

○八木委員 前回の委員会におきまして、山口委員から、損害保険会社で交通事故におい

て定期金払いを行っているのではないかということで、その実態についてのご質問を受けただけですけれども、即答できませんでしたのでお話しさせていただければと思います。

手前どもで年間 100 万件単位のお支払いを行っているうち、年間で数十件、実際に定期金払いがございまして。

ただ、その件につきましては、件数が全体からすると非常に少ないということもございまして、実態的にはパソコン管理、手作業で対応を行っており、今回、本制度において想定しております年間 1,000 件ですとか、そういう件数ということであれば、当初よりシステムを組まなければいけないこともあり、我々としてそれをするのかどうか、皆様のご意見、どのような制度になるのか、見極めたところで対応を考えたいと思います。いずれにせよ、交通事故の定期金払いと同様に考えるのはなかなか困難であるという点についてご報告申し上げます。

○近藤委員長 ほかにございましてでしょうか。

それでは、システム設計とか何とかはこれからの課題ということにいたしまして、次の第2の議題に入りたいと思います。求償に係る論点につきまして、事務局より説明をお願いいたします。

## (2) 求償に係る論点について

○浜田（事務局） 求償につきましては、特に法的観点での整理等が重要になってくるということでございまして、あらかじめ鈴木委員及び宮澤委員にご協力を賜りまして、このように資料5ページでございまして、論点整理をした資料を作成させていただきました。

まず、初めに、資料を事務局のほうからご説明申し上げまして、その後、鈴木委員、それから宮澤委員にご意見をいただいたうえでご議論いただきたいと思っておりますので、よろしくご説明申し上げます。それでは、5ページの求償に係る論点についてでございます。

まず1、前提でございまして、

○本制度における病院等の「補償責任」と民法上の損害賠償責任は、いずれも病院等と患者本人の二者間における責任関係であることから、一般的な、第三者に対する求償概念とは異なる整理が必要。別紙のほうで説明させていただいておりますが、続けて次の○でございまして。

○よって、「枠組み」にある「求償」について、病院等に過失が認められた場合に必要な対応を以下のとおり整理した。

ということでございまして、ここからが論点ということでございまして、大きく2つほどございまして。

まず、1) 損害賠償金との調整ということでございまして、

○補償制度による補償金と損害賠償金との二重給付を避けるために、病院等に過失が認められた場合は、補償金は損害賠償金の一部弁済として充当されることと整理してはどうか。

○病院等に過失が認められた場合は、病院等は、補償制度がない場合と同様に損害賠償に

関する金銭を自ら全額負担すべきではないか。

この2つの○につきましては、もう少し言い方を変えますと、過失が認められた場合には損害賠償金から支払うということではいかかという論点でございます。

それから2番目でございます。原因分析との関係ということでございますが、○過失認定に関して、運営組織が独自に過失の有無についての判断を行うこととするか。あるいは、運営組織は純粹に医学的観点からの原因分析のみを行うことに止め、過失有無については裁判の結果等に準拠することとするか。

この2点が大きく論点として挙げさせていただいたところでございます。

なお、下の括弧のなかでございますが、それぞれ今2つのケースをお示しましたところで、そのなかで考慮すべき点というのを示させていただきました。

まず上の◇でございますが、運営組織が独自に過失有無の判断を行う場合の考慮すべき点ということで例示をしてございます。

過失認定を行うことによる、当然ながら体制面・費用面等の負荷が大きいと。

それから2つ目、判断結果について病院等を拘束することが困難であると。

それから3点目、運営組織の判断結果とその後裁判になった場合などの結果が異なる場合が起こり得ると、そういう法的リスクというのが問題になってくるのではないかと。

一方で、◇運営組織が過失有無の判断を行わない場合の考慮すべき点ということで2つ挙げさせていただいてございますが、患者が紛争を起こさない場合は、過失認定が行われないこととなるため、過失があるにも関わらず、病院等が金銭を負担しないことが起こり得る。

それから2つ目、この場合、上記の場合に補償財源に影響する可能性がある。本制度における補償財源に影響する可能性があるということでございます。

続きまして、先ほど申し上げましたように、その別紙のほうにつきましては、下のほうが本制度のケースということでございまして、関係者といたしまして、病院等、それから患者という二者のケースになっていきます。一般的には上のほうになってまいりますけれども、例示ということで挙げさせていただきました。

この点に関しましては、先ほども申し上げましたように、鈴木委員と宮澤委員にご意見をちょうだいしたうえでご議論をお願いできればと思っております。事務局のほうから以上でございます。

○近藤委員長 それでは、この求償関係のご議論に携わって整理をしていただきました鈴木委員、それから宮澤委員からご意見、補足意見をお願いしたいと思います。それでは、鈴木委員、お願いいたします。

○鈴木委員 事務局でおまとめいただいたことで、我々も、我々というか、私は了解をしています。事前に何度かのやりとりを宮澤委員ともさせていただき、そのうえで事務局とも三者でそれぞれ意見交換をさせていただきました。少し求償ということの自民党の案のなかに、求償という過失が認められた場合には医師賠償責任保険等で求償という1行があ

って、この法的な意味での求償ということをめぐって少し混乱も、我々のなかにも少し混乱があって整理をさせていただきました。

この論点については、自民党の枠組み論に出ている以上、この何らかの求償を行うというものを、これを枠の外に置くというわけにはいかないだろうと。枠のなかに入れるとすればどういう形になるかということになります。

それで、この括弧のなかに入っている運営組織が独自に過失有無の判断を行う場合に考慮すべき点というのと、行わない場合に考慮すべき点というので、私は行うべきだという意見で、宮澤先生は、そこは余り積極的に行うと大変なのではないかというご意見で、論点整理としては共通しているんですけども、この制度設計に向けた意見としては対立しているということです。

やっぱり、過失の有無の判断を、この組織のなかで行うということが必要だと考える理由を少しご説明させていただきたいと思います。

それは、実質的に求償ということをきちんと実効性あるものにするということが第1なわけです。

それから、これは仕組みのなかとしても、このファンド、この補償のファンドが、直接的には妊婦から拠出される負担金になり、それは育児支援の給付金が増額されることによって担保されると。その源流をたどれば税金になるということですね。

○近藤委員長 保険料です。

○鈴木委員 違いますよね。保険料として納められるわけですけども。

○近藤委員長 いや、医療保険の保険料です。

○鈴木委員 そうだ、ごめんなさい。すみません。そうですね、保険料でした。それは、結局保険料に関しては、要するに保険加入者である患者さんが負担をするということで、いずれにしても公的な負担に由来するということになります。

そうであれば、やはりそういう公的なものが過失責任主義で負担すべきものの一部を補うというのは、運営上補う形になるのは望ましくないだろうというふうに思います。それで、運営組織が行うときに、いろいろな負担が大きいわけですけども、そこは原因究明のところまでは行うわけなので、最後のステージで求償が必要だと思われる事案について法律家も入って議論をして行っていくということは十分あり得るのではないかと。

その場合に、運用としては重過失的な、あるいは過失の判断が明確なものになるのではないかとこのように思います。

行う場合の考慮すべき点のなかを書いてあります判断結果について病院を拘束することが困難という問題点がありますが、ここについては、病院側が過失を認めればそれでいいということになります。認めない場合には、構えとしては訴訟も辞さないということが必要だろうと思います。そうでなければ、すべてが過失を争えば、その損害保険のほうに行かないということになりますから、損害賠償金のなかに入らないということになってしまいますので、結局この過失による求償というのは有名無実化してしまうということになり

ます。その争う方法として、つまり病院が争わないであろうほどの明白な過失や重大な過失に当初は限定して運用していくというのも1案としてはあると思います。それはしかし運用ですから、名目上は軽過失も含めて求償するという建前にしておくべきだろうというふうに考えています。

もちろん、争われた場合に、そのご家族の側が起こした訴訟の帰趨を注目するということもあり得るだろうと思いますし、ご家族の側が訴訟を起こさない場合に、独自にこの組織のなかで訴訟ですね、求償の、保険会社ということになりますか、求償を行うということも制度的にはあり得ることだろうということですね。制度の立て方と運用については、若干距離があってもよろしいのではないかというふうに思います。その意味で運営組織のなかで過失の有無の判断を行うということが必要だろうというのが私の意見であります。

○近藤委員長 ありがとうございます。それでは、宮澤先生、お願いします。

○宮澤委員 私の考え方は、基本的には求償は判決・和解等の紛争の終了時に行うという考え方でございます。それは理念的な問題と現実的な問題と2点に分かれております。

まず、理念的な問題といたしましては、本制度の目的というのが、そもそもやはり患者さん、ご家族の精神的、経済的な負担を軽減していこうというところに目的があるとするならば、この法的判断の組織づくりによって費用がかなりかかってしまうだろうと。基本的にだれがその法的判断をやるかという点に関しては、鈴木委員もおっしゃいましたとおり、弁護士が行うということになってくるかと思いますが、弁護士を実際に集めていく組織づくりの難しさというのがあると思います。

近年の報道でもご存じかもしれませんが、東京の3弁護士会で医療ADRというものの医療の裁判外紛争解決機能というのをつくってまいりましたが、この医療機関側の代理人15名を集めるということが極めて困難であったということがあります。

そういたしますと、年間1,000件弱というような形で、例えば200日稼働だというふうにすると、1日5件余りのものを弁護士が関与しながら、しかも医療機関側と患者側と双方の弁護士がお互いに関与しながらやっていくということは、極めて組織をつくることに関して経済的な負担と人的な組織づくりの難しさということが、2つながらにあるというふうに思っております。

そして、その経済的な負担がすべて恐らく運営組織のなかの財政のなかから捻出されるということになると、最終的にはその給付水準を落としてしまうと。本来最も目的にしていた患児に対する支援、経済的な支援というものが非常に手薄になる危険をはらんでしまうということが理念上の問題かと思っております。

もう1つは、過失判断の、現実的には過失の判断の難しさということでもあります。重過失ということに仮に限定したとしても、その過失の程度の問題ということになりますので、その判断は極めて難しいと。例えば裁判等、地方裁判所の判決が高等裁判所で覆る医療判決というのは幾つかの数がございます。裁判所が何年もかけてやったものでも、しかもプロがやったものでひっくり返るという可能性があるということは、非常に過失の判断が難



しいということを示していると思います。それをかなりの数を年間やっていくというのは、非常に困難が伴うものだろうと思っております。

もう1つは、先ほど言いました医療のADRというのが、今現在東京の3弁護士会で行われておりますけれども、医療内容の判断が、事実関係が明らかになれば、それを基にしてそのような弁護士会等がつくっている医療ADRに話し合いで持ち込むということがもう既に前提事実が明確ですので、この組織内でやらなくても対外的な第三者の組織で十分に対応ができるのではないかと考えております。

それから、重過失を認めながら裁判を起こさないというような場合、医師・医療機関が得になってしまうんじゃないかという懸念もあるというふうに意見が出ておりましたけれども、重過失が認められてなお患者さんが訴訟を起こさないということは、現実的には非常に考えにくいということがあります。その意味では非常に、極めて数が少ないという事例のなかでそれを原則にして何とかしようということをやっていくというのは、やはり組織のつくり方としては本末転倒になるのではないかと考えております。

私のほうは、現実的な問題、年間1,000件近く起こるであろうという問題を、だれが具体的に処理をしていくのかという現実的な問題、そして理想的にはやはりこちらの組織のなかでその法的な判断組織をもって、非常に経費がかかるということがあらかじめ予測できるなかで給付水準を落とす危険性のあるということをやすべきではないのではないかと考えております。そして、過失判断の難しさということが中核にあるかと思っております。以上でございます。

○近藤委員長 ありがとうございます。専門のお2人が意見が分かれるのに、なかなかほかの人が口を挟むというのは難しいと思っております。ご意見をいただければ幸いです。

○鈴木委員 対立点は専門的意見ではありませんので。考え方ですから。専門的意見によって対立しているわけではないので。

○野田委員 私は、医療事故損害賠償訴訟を一生懸命やってこられた弁護士さんたちの意見に余り加えるような専門的な意見はないんですが、ただ、この医療過誤裁判の現状というのを見ても、かなりこれは難しい事件だと思います。一般の民事事件のなかでも大変に難しい事件ですね。主張を整理して、まず過失の内容医療水準がどうだろうか、それについてはやっぱり専門的な意見も聞かなきゃならない。それで鑑定して専門的なお医者さんの意見を聞く。原告側も被告側もそれぞれの鑑定人として先生のご意見を聞く。裁判所は、そういった鑑定人の各分野専門の先生、お医者さんを確保することもなかなか難しいわけで、最高裁も鑑定人の確保ということでは全国的に協力を求めるという形で委員会をつくっておられますが、関東の管内でいいますと、埼玉地方裁判所、東京地方裁判所、それぞれ非常に熱心にこの医療過誤訴訟に取り組んで、どういう形でやるかというようなことを、裁判官、書記官、一緒になって研究会をやっておられるようです。東京などは、専門の医療裁判の特別部があります。そういう専門の部でおやりになって、なおかつ非常

に難しい、先ほどもご説明もあったように地裁でやったのが高裁で敗れて、また最高裁まで行くという事件もまれではないんですね。結局時間がかかる。医療過誤裁判も、裁判官の努力で審理期間は大分短くなってきてはいるようですけれども、それでも他の民事訴訟に比べると、かなりいまだに時間がかかっているようです。

そういうなぜ時間がかかるかということを考えますと、主張の整理とその証拠を出して、しかもまたその証拠調べもなかなか大変だという、これは鈴木先生や宮澤先生が一番ご存じのことなのでいちいち申し上げる必要もないことではと思いますが、そういうことを横目で見えておきますと、やはりそういうことに今までかかわってこなかった新しくできた委員会ですそれを審議して、しかも争われないような結論を出すということは容易なことではないのではなかろうかと思えます。私はどちらかという、医療過誤の求償は別途訴訟に委ねるのがいいと思えます。確定的な結論の出ないようなやり方ですと、またもう1度屋上屋を重ねるようなことになるという意味で、当事者にとって決して楽な方法ではないという感じがいたします。

それには、先ほどの宮澤委員の言われたような別の解決方法、訴訟以外のADRというような優れた専門的な調整委員が調整をして裁判外の解決方法を選ぶという方法もあると思えます。

それから、訴訟を起こさない人は救済されないじゃないかというご意見もありましたけれども、訴訟救助の途もありますし、自己の権利を主張するかしないかということは、やはり個人のそれも権利の問題であろうと。福祉的な配慮は別として、訴訟を起こしてまでやりたくない人を救済しなきゃいけないということには、ちょっと別の視点から考える問題だろうと思えます。

○近藤委員長 ほかにございますでしょうか。

恐らく、この自民党の過失を認めた場合には医師賠償責任保険等に求償ということは、恐らくこれでこの組織が訴訟を、恐らく観念的には訴訟を起こすというのはあり得ても、そうではなくて、そういう構えはあるにしても、ここの補償制度で負担をするか、あるいは、これは医賠償のほうで負担していただくか、これは恐らく保険間のやりとりというのも踏まえたくて、これは法律的には余り正しい書き方ではないにしても、お医者さんが本当は負担するんだけど、医師賠償責任のほうでお金は負担していただくと、こんなような趣旨でできているんじゃないかと思えますので、訴訟を構えて非常に長くなるとかならんというのは、それは恐らく訴訟すればそういう可能性はあると思えますけれども、その前の段階というのはいろいろやっぱりあり得るんじゃないかなという感じはして、一言申し上げたいと思えます。山口先生、どういう感じなんでしょうか。

○山口委員 今、鈴木委員と宮澤委員のお話を伺っていると、いわゆる制度的にどうするかというような問題であって、求償はするんだということになるわけですね。結局、それは鈴木委員のほうは、この制度内で検討して有責・無責というのを判断したらどうかとおっしゃっている。宮澤委員のほうは、いわゆる法的な訴訟という問題、あるいは訴訟外

に調停その他もありましょうが、そういうところで最終的な判断をされたときに求償というのが生ずるということで、求償するということについては、お二方ともやるんだと、やれるんだということだと私は理解したわけです。

そうなりますと、一番最初に求償というのを持ち出したのは、あくまでもこの制度がいわゆる公的な資金を導入した場合にどういうふうを考えるべきかということが前提にあったわけでありまして。そうしますと、公的な資金を導入した場合に、医師が重過失、あるいは明確な過失がある場合、それを公的な資金で弁済するというのは社会正義に反するんじゃないかというような問題があったわけです。それがそのまま残ってきたわけです。

今回、我々が問題にしていますのは、いわゆる半分公的ではありますがけれども、いわゆる社会保険の枠組みのなかで、分娩費として支出される、それを医師あるいは産婦が受け取るべきものでありましょうけれども、それを保険金として拠出していただいて、それに対して、それを使用して無過失補償をしようということなので、公的には違いませんが、多少そのニュアンスが違ってきているなということであるかと思えます。

それで、私としては、これからは個人的な意見ですけれども、お二方の意見を折衷するわけではございませんけれども、やはり公的な判断が出たうえで求償するということでもまかせていただきたいと思うわけがございます。そうしませんと、この制度のなかに、片方で検討委員会、いわゆる再発防止、あるいは医師の内容の問題ですね、それをきちんと整理して検討するということになりますけれども、そこで個人を追求するということを最初から前提にしますと、かえって真実の分析がなかなか難しくなるということがよく言われておりますので、それを考えますと鈴木先生のご意見もありましょうけれども、私は宮澤先生がおっしゃるように法的な問題が解決した場合に求償が生じるというふうにしてスタートさせていただけたほうがより現実的な考え方だと思っています。

○勝村委員 まず、この自民党の枠組みの案でも、原因分析はきちんとするということになっているんですね。そして、それを再発事故防止につなげていくんだということが書いてあるわけですね。にもかかわらずそこに自信がもてないということでは、意味がないと思うんですね。原因を分析するのですから、ただ原因がわからないというのではなくて、明らかに重過失があるということが原因を分析してわかっても、そのことがきちんと伝わらない可能性があるというのはよくないと思うので、そのときには、やっぱりそれなりの行動をしていくべきだと思います。

これがもし公的な保険だったら、もしかしたら赤字になっても構わないというような発想がこれまではあったのかもしれませんが、今回は民間の保険会社ですよ。明らかにこれは求償すべき事例だという判断をしても主体的に動かないというようなことを先に決めてしまうというのは、やっぱりおかしいかなと思うわけです。

私としては、もっと自然に考えて、司法というものをどう使うかということに縛りをかけるといって自体がおかしいと思いますし、明らかにこれは求償すべき事例だと、原因分析の段階でわかれば当然求償すべきだし、求償すべき事例だとは思っていなかったけれ

ども、裁判が別途されていて、それで過失が認められたときには、やっぱりその場合でも求償すべきだし、それはどちらもやっぱり当然あり得ることだというふうに思います。僕は、運営組織というのは主体的な民間の保険会社と絡みながら原因分析をしていくわけですから、すごくこれは過失があるということが原因分析でわかっても、運営組織の方で、あらかじめ求償を求めないんだというふうに決めてしまうのは、やはり不自然だと思います。どんなケースがあるかわからないわけです。交通事故なんかでも、やはり被害者側にも保険会社があってあちら側にも保険会社がついていると。だけれども事故が起こっていちいち裁判じゃなくて保険会社同士で、こういう事故なんだったらこれぐらいだと、この場合はもうこちらが全部払いますみたいなことが現にやられているわけです。そういうことをしていく、第三者が入っていくことで不要な裁判を減らしていこうということだと思いますので、そういうふうにしてもらいつつ、一定この補償制度がそういう前提で動いていても、それでもそのやり方に不満がある場合は、患者側であれ医療機関側であれ、それに対して裁判をするという権利を有しているのであり、当然そのことに関して云々をだれも言えないという、そういう前提で話をすべきだと思います。

○近藤委員長 ほかにございますか。はい、どうぞ。

○鈴木委員 ちょっと補足をさせていただきたいのですが、法的判断は難しいということが出ていますけれども、まずもって法的判断の前提には医学的評価があるわけですね。産科学的評価があるわけですね。その産科学的評価でアウトだと、レッドカードだと言われた事案について、これはそれでも求償を求めないということになるのでしょうか。法的判断、つまり裁判所での判断が下されない限りは求償しないというのは、制度的に僕はおかしいと思うんですけどね。やっぱり医学的判断をしたうえで、法律家の意見も参考にして、これは医学・法律の難しい議論ではなく、法的な責任として賠償責任を負うべき事案なのではないかと思った事案については、積極的に求償の連絡をします。そこで問題は、争うかどうかですね。病院側が争うかどうかですね。争ってくるということになれば、この組織で行われていた産科学的判断自体を争ってくるということになるわけですね。特に重過失などの事案については。そうすると、再発防止のための産科学的判断そのものに権威がないということになるわけですから、すべてこの組織は信頼性を失うということにもなるだろうというふうに思います。

ですから、その法的判断の難しい1審、2審、最高裁でひっくり返るような事案を求償しろと私は言っているわけではないんですね。もっと産科学的な判断で明確に、これはやはり不注意極まりないというようなものは、きちんと積極的に裁判の枠組みを飛び越してでも求償していくということを申し上げています。

それから、重過失で裁判を起こさない事案は少ないというふうにおっしゃっていましたが、これはぜひ勝村さんにもご意見をいただきたいと思いますが、分娩事故で裁判を起こすというのは、ものすごい垣根をいっぱい越えて初めて到達する道なんですね。それは、極めて明確な過失の場合もあれば、微妙な事案もあります。重過失だからといって

訴訟に到達するまでのハードルが低いなどとは到底言えないと思うんですね。それが、いわゆる重症児を抱えた両親たちの現状です。裁判を起こす前に、今の生活をどうしなきゃいけないのかということで精いっぱいになっているわけですね。ですから、重過失のあるような場合に訴訟を起こさない事案は、極めて少ないとか例外的だというのは、僕は当たらないだろうと思っています。

ちょっと事案は違いますけれども、薬害エイズで2人のお子さんを失った両親が、子どもを命を金に代えられないということで訴訟を起こしていない事案があるんですね。9,000万円の賠償金ですよ。起こさない事案だってあるんです。やっぱりお子さんの被害について、両親の気持ちは極めて複雑だろうと思います。それが訴訟に直結する場合ももちろんありますけれども、その直結するものの水面下には、直結しないもののがかなりの数あるということを認識してこの補償制度もつくっていかなくちゃいけないというふうに思います。

○山口委員 私が先ほど申し上げたのは、裁判とそれ以外と申し上げたんですけどね。私は、実はいわゆる医師賠償責任保険制度、日医ですね、そのほうの委員会を主宰しているわけです。でありますから、その場合には、これは当然のことですけれども、裁判になったものもあれば、裁判外でいわゆる請求を受けたという時点で来ているものもある。それに対していわゆる医師側に過失があるかないかという判断をさせていただいているわけです。

ですから、おっしゃるとおり、過失があるかないかということの判断をどこでするかという問題があるのであって、ここでできないということではないんですね。しかもそのいわゆる調査検討委員会では全部検討するわけですから、最終的にフィードバックというのは当然その患者さん側にも、それから医師側にも戻すわけですから、そのときに、これはこうこうしかじかであると。再発防止も含めて厳正に判断をして戻さなくちゃいけない。

そういうときに、この制度から求償するかしないかということと、それから、いわゆる被害者の方の救済をするかしないかということ、それとはちょっと違うんだと私は思っておりましたので、そこで求償ということについては、最終的に判断してからでもよろしいのではないかというふうに考えたわけです。

途中で、途中でというのもおかしいんですけども、裁判が行われていない場合ですね、そういうこのなかの制度で、これは過失がありますよということで求償するということになりますと、当然のことですが、これは医師に求償するわけですから、医師は医賠責その他に連絡をするはずでございますね。そこでまたもう1回、いわゆる有責であるか無責であるかを検討するということになりますので、途中でその経過についてご連絡を差し上げれば、当然その判断はそちら側に移って、それでその判断ができた場合には当然求償ということになると、そう私は判断しているわけです。

ですから、求償しないということではないのであって、求償する時期がどこにあるか。

それは、やはり明確にその事例の内容が検討されて、それでどこに問題点があるか。これはやはり医師に重大な過失があった、あるいは重大ではなくても明確な過失があったという判断が出されたときで、それから求償するかしないか、それがいわゆる被害者の方にご連絡申し上げて、その方がどういうふうに行動を起こされるか。その行動を起こされた後にこの求償という制度が起こってくるのではないかと、そう思っているんですけども違うのでしょうか。

○宮澤委員 求償の問題なんですけれども、レッドカードが出ているというふうなときに求償しないのかということ、恐らくレッドカードが出ている、過失が明らかだということが双方に知られるということになれば、医療の判断のうえで最も難しいのは医療水準も含めて、どのような形でその医療水準に達していたかいないかというような医療的な判断の内容でございますので、その内容がレッドカードとして知らされていれば、もうそれを前提にして話し合いに入っていくというのが普通であって、それで何もしないという特異な現象を前提にするというのは、私はやはり制度全体を考えていくうえでは適切ではないと思っています。やはり、最終的な形での判断がついたときに求償していくというのが間違いのない、最も間違いのない形であるかと思えます。

○木下委員 この制度そのものの成り立ちからしますと、やはり非常に不幸なことが起こってしまったと。それに対して明らかな、明らかといいますか、原因をきちんと究明いたしましょうと。もちろん、その過程におきましては、当然のことながら不幸な目に遭った方について補償いたしましょうというふうなことで、その場合には、当然過失・無過失は関係ない段階で補償いたしましょうということのあとに、当然その起こった事例に対して原因究明をしていくと。それはあくまでも医学的な視点から、これはどうだったのかというふうなことを究めていくということが極めて大事だと思いますし、その結果としては、これは再発防止につなげていきたいと思います。この制度というのは決してといいますか、ときどきとんでもないご意見をいただくことがあります、医師はこれで安心するのかと。冗談じゃないと。それは我々としては、こういう制度があるということは逆にいかに減らしていくかということを考えなくちゃいけないということで、その取組みを真剣にやっている最中でありまして、そういうふうなことに資するような原因を究明するということをやってもらおうというふうなことが基本であります。

そのときに、やはりじゃあその事例に関してどうかといいますと、やはりこれは純粋に医学的に問題があったか、ないかというふうな判断をせざるを得ないなという気がいたします。

そういうときに、今度過失というふうなことになりますと、これは裁判上の言葉として過失だとか因果関係でありますとか、そういったふうな極めて難しい話になってまいりますと、なかなか我々としても法的な視点から判断できるかと。なかなか難しい問題がございます。

そういった視点から、我々は少なくとも原因究明委員会では、医学的にきちっとした判

断をしたいと。もちろん、すべてクリアにできるかどうかわかりませんが、ご心配のような明らかに問題があったなというふうなケースに対しては、これは双方、つまり患者様方であれ、あるいはご家族であれ、病院側に当然報告するわけでありますから、その段階で現実的に医学的に問題があったと仮にいたしますと、それをベースにお考えいただくというふうなこと、それを司法の場に出るか、和解になるか、ADRになるか、その辺のところはわかりませんが、この仕組みのなかでは、今、私が申し上げたような視点で押さえていくということのほうが、より育つというか、特にその医療側、医師サイドとしましては、担当する者として、とにかくこのようなことが起こったときに、すべて明らかに書類その他モニターも含めてきちっと出していくんだというふうなことのベースとしては、やはり医学的に見ていくんだということの前提であることが極めて現実的に大事でありますので、そういう視点から我々担当する者としましても、今のような視点で過失の有無を判断するというのではなくて、医学的な問題があったかないかということを確認していくんだというふうな視点でぜひお考えいただきたいと考えております。

○八木委員 少し違った観点から、制度を運営していくという立場での観点から一言お話をさせていただきたいと思うんですけども、運営組織が賠償責任の有無を判断とした場合、これは一旦、例えば補償金という形で、この資料2の別紙を見ていただければわかりいただけますように、補償金の支払いは病院側から患者に払うという形で、保険会社が患者に払うという形をとっておりません。その観点で言いますと、例えば、賠償責任があるとの判断を運営が行ったとしても医療機関が受け入れない場合が、実際考えられるということですから、そのような医療機関の同意がない場合でも、一旦お支払いした補償金を病院側から回収するということは、保険会社にとって実質上不可能だということが考えられます。

そういう観点からしますと、一点は、この制度を発足させるにあたって、あらかじめ医療機関自身が返還義務の生じることについて同意している、了承しているということが必須なんだろうと思っております。

その意味で、保険契約での規定も必要でしょうし、保険加入に先立って運営組織等を通じた補償制度の説明ですとか、あるいは保険加入管理の際の例えば同意が必要、返還するということの同意を必要条件とすることを通じて、医療機関の側で返還義務について明確に認識し、同意されていることが必要なのではないかというふうに思います。

そんな観点からしますと、判決において医療機関に賠償責任があると判断された場合とか、あるいは示談の結果も含めまして、賠償責任をみずから認めているという場合に限定することを制度の枠組みとしてあらかじめ明示しておくことが必要なのではないかというふうに考えます。

○勝村委員 今の八木委員の意見についてですが、そういうことを明示していこうというのはこの自民党の枠組みにも書いてあることだと思うんですよね。だから私も、そうしていくべきだと思います。

それから、先ほどの鈴木委員の話についてですが、時間の関係で長くはしゃべられませんが、僕は非常にひどい医療被害のほとんどの人は裁判ができていないと思っています。そういう事例をたくさん知っています。だからこそ同じように非常に不幸な被害ですけれども、裁判ができたという僕たちの場合はその中でもラッキーな方だと思っておるので、その分裁判ができなかった人たちのためにもいろいろやれることはやらなきゃという姿勢で被害者の立場に立って、この委員会にも参加して今も話しているところですので、ひどい事故、被害に遭えば裁判をするのは当たり前だ、というのは、ちょっと被害者たちの感情や実情には合わないというふうに僕は思います。

それから、今、宮澤委員がおっしゃった、明らかにひどい事例の場合は、裁判にならなくて和解になるんじゃないか、裁判所に行かなくてもいいじゃないかというのは、それはそのとおりだと思うんですね。ところが、なぜそうならないのか。実は、宮澤委員は非常にひどい事例というのは特異な事例だとおっしゃったんですけれども、僕は僕なりにいろいろな産科の医療裁判を知っているつもりなんですけど、ほとんどすべてが僕はそういう意味での特異な事例ばかりだと思うんですね。余りにひどい事件ばかりだと感じているんです。

じゃあなぜそれが裁判になってしまうのかというと、医療水準に照らして過失の有無の争いが難しかったのではなくて、事実経過の争いが難しかったのです。今までの産科医療裁判で僕が知っているのは、すべて、過失の有無を争っているのではなくて、これ本当に調べてもらったらいいと思いますけれども、僕の知っている限りでは、全部事実経過を争っているんですね。つまり、筋肉注射で入れてはいけない注射を入れられたという記憶に対して、そうじゃない点滴でゆっくり入れたんだと言うわけです。放置されていたのにきちんと患者の様子を見ていましたというふうに言うわけです。裁判所としても、もし事実経過の主張が患者の言うとおりにならば明らかに過失があるけれども、また、事実経過が医療機関側が言うとおりにならば過失はないなど。それは明らかで、どちらの事実経過をとるかというのが裁判なんですね。つまり、事実経過の争いになってしまったら裁判所に行かざるを得ないから、みんな裁判しているんですね。裁判なんかしたくないのに。

だから、僕はその過失の有無というのは、宮澤委員もおっしゃったように、事実経過さえしっかりすれば非常に明らかになると思いますし、きちんとできてしまうだろうと思うんですね。だから、僕は裁判をなくすなんていうのは極めて簡単なことだと思っていて、事実経過がきちんと共有できるように日常から情報共有をしっかりしておけばいいのです。

今回は、この制度ができることでぼくは事実経過がしっかりと共有できる形になり、そして、情報がきちんと提示されるようにクリアになることを願っています。そうすると、これまでに裁判で争ってきた特異な例というものが排除されていくでしょうと。そうして医療被害がなくなって、医療裁判もなくなっていく。僕は一番それが大事だと思っているので、この制度に期待しているということなのです。そういう意味では、特異な事例だからというのではなくて、そういう事例がこれまで裁判になった。それをこの制度で何とか



なくしていくことがお互い。

木下委員とかがおっしゃっているように、ほとんどの産科の医師の方は一生懸命やっておられて、事故のデータが出されていなければ、僕らは何となく感じていて言うんですけども、本当に一部の余りにひどい医療をしている、ちょっと繰り返しているリピーターとかという言い方をしていますが、他にもいろいろあるかもしれませんけれども、そういうところの問題を僕らは何とかしたいと思っているので、そういうものに対してきちんと求償する主体性というものをこの運営組織にはぜひ持っていただきたいというのが国民の、医療を受ける側の感覚じゃないかなと思うんですけども。

○鈴木委員 医学的評価と法的評価の関係について、先ほど木下委員のご発言がありましたが、医学的評価と法的評価の関連性については、少し私は裁判実務の現場から見ると、木下委員のおっしゃりようは少し誤解を生むのではないかというふうに思います。

それは、医学的におかしいと思ったものは法的に過失です。それはイコールだと思います。しかし、医学的におかしくなくても、法的に評価をすれば法的に過失になることはあり得るといことなんですね。つまり、医学的に見て標準を逸脱していれば、これは法的評価を新たにくぐらなくても法的評価としては通用するということですよ。ですから、その医学的評価で標準を逸脱しているような分娩をなさっているような場合に、だから、ここがいわゆる過失が明白だとか重過失だとかということを申し上げていたんですね。ここはやはり法的判断、これが求償に当たるという法的判断をきちんとしたうえでその求償を行うべきだろうというのが私の意見であります。

先ほど来のご意見を聞いていますと、こういう事案については求償するということ、宮澤先生の考え方のなかにもあるようなニュアンスでお聞きをしました。そうすると、独自に評価をするということは、前提になっているんですね。この機構のなかで過失の判断をするということは前提になっていますが、そこに争いが出た場合にどうするのかということ議論しているに過ぎないということですね。私は争いになった場合には、場合によって重過失でひどい事案については裁判も辞さないという構えが必要だと言っているんですね。実際の運用として、それをこの何らかの保険会社なのかどうという機構、形になるのかこれから検討ですけども、その法的その求償権を行使するかどうかはまた別の話だと。求償しないということになれば、常に争ってくるという現象が起きてしまうじゃないかということも申し上げているので、余り意見の幅はそう大きくないように思います。運用の問題を絡めていけば、ほとんど意見の差はないのかなという気もしています。

○五阿弥委員 私も同じ意見なんですが、医学的観点から原因分析といっても、要するにやるべき医療をきちんとやったかということを検証していくわけですよ。そのときに、やるべきことをやっていなかったということだと、それが重過失なり明らかな過失ということになるわけですから、医学的観点からの原因分析と過失の有無というのを切り離す話では実はないんだろうと思います。原因分析をやった結果、やるべきことをやっていなかったということが出た場合に、それが極めて大きな重過失なり明白な過失だったという場

合に、どうなんでしょうか、医療機関に、これはこの制度ではなくて医賠責のほうできちんと話し合っ決めてくれといった場合ですと、大半は多分そういうことになるんじゃないかと私は思うんですが、それはそれでいいわけですよ。

問題は、先ほどから出ていますが、いや、我々はミスとは思っていないと。過失とは思っていないといった場合に、これは患者さんのほうが争えば、裁判で争えばそれはそれでいいわけですね。今度は裁判の場で決着をつけると。

問題は、その裁判をしないと。患者さんが争わないと。そして明白なミスだという原因分析結果が出ているにもかかわらず医療機関側は認めないといった場合、そのままだとやっぱりまずいですよね。この制度だとやっぱりそれについては、本来は保険料でカバーする範囲のものではないわけですよ。そうしたときにやはり何らかの措置というものを盛り込む必要が私はあるような気がいたします。ということは、鈴木委員のご意見は私は非常に正しいんじゃないかというんですが、ちょっと皆様の意見、そこはやっぱり聞いてみたいですね。

○木下委員 医学的に問題があるというのは即過失であると。かなりの例ではそういうこともあるかもしれませんが、やはり医学的に問題であっても過失ではないということはある話であります。言いたいことは、やはり医療サイドとしても問題があったときに、これはやはり医賠責であれ、賠償責任を負うというふうなことも当然視野に入れたうえで開示ということでもありますので、やはりそれは範囲、どのようなものであるかというのは事例について個々のことについてなかなか言いづらい部分がありますが、例えば明らかと申しますか、医学的にという判断としては低酸素状態の結果であったという判断ができたとしても、それは例えば本当に1例であります。胎盤早期剥離みたいなものが起こってしまったと。よく議論になることは、早く出せばそれは助かったのではないかという議論がありますが、なかなかおみえになった段階ではとても難しいというケースで、とすると本当にそれは過失かというふうなことだって、それは言っていけばいろいろあるわけでありまして。ですから、別に医学的問題のあるなしということを使うので、過失有無と言わないということによって逃げているわけでも全然ございませんで、やはり姿勢としてはやはり問題があるということに対しては、それが過失があるかないか、これは司法の、法的な判断も加えていただくことということが前提であるにしても、これは医療サイドに戻したときに、あるいは患者様に戻したときにも、賠償責任を負うというふうなことも含めて、早く判断願いたいという視点であるということでもあります。

○近藤委員長 どうぞ。手短かにお願いします。

○飯田委員 前にもお話ししたのですが、基本的に私はこの組織で全部やるのは反対です。やはり救済ということをしていくと、国でもいろいろ決めかねていることもありまして、現実的には、今お話の求償をどうするかということから原因分析までもある程度は妥協と申しますか、仕方ないと思っています。基本的にはおかしいと思っています。今でも。

ただ、医療従事者が安心して医療をし、患者・家族の救済ということが一番大切ですか

ら、先ほど来、救済と求償が何か混同されて議論されているようですが、やっぱりそれは分けてやらなくてはいけないと思います。きちっとやっていただきたい。

それから、時間的な問題があるというお話もありますが、ここでは拙速というともた言い過ぎですが、そうならないように、きちっと議論していただきたいと思います。

私、疑問でならないのは、保険事故の基準に関しては、かなり議論がありましたね。学問的じゃないからおかしいと、そう言いながら、ここで過失の有無を判断するのに、なぜここで簡単にみんな納得するのかと、非常に疑問です。私は宮澤委員、あるいは野田委員の意見に賛成であって、過失があったかないかということはそんなに簡単に判断できないわけです。ここでは保険事故がどうかという判断をきちんとすることが目的であって、それで早く救済をし、その後、本当に必要であれば時間をかけて求償の判断をすべきだと思っています。

○近藤委員長 恐らく、いつまでも議論があろうかと思しますので、いずれこの問題にも決着をつける必要があると思いますけれども、とりあえずきょうは議論ということだけで、もう時間も余りございませんので、次の議題に移らせていただきます。

それでは、3の補償の仕組みにつきまして、事務局からご説明お願いいたします。

### (3) 補償の仕組みについて (案)

○浜田 (事務局) 7ページをご覧ください。資料3でございます。(3) 補償の仕組みについて (案) でございます。

これまでも委員のほうからも関係者の役割、あるいは責任関係などを明確にするようにというようご指摘をいただいております。それを踏まえまして、事務局のほうで仕組みについてまとめてみたものでございます。

1の補償の仕組みについて、これは後ほど次のページでございますのでご説明申し上げます。

2の補償の概要でございます。ここを読ませていただきます。

まず補償の基本形態といたしまして考え方を示してございます。

分娩機関が、病院等でございます。分娩機関が、脳性麻痺となった児に対し、標準約款に基づき補償を行う。

2) 補償責任の主体は分娩機関。

3) 補償金の受給権者は、これは脳性麻痺となった児でございます。

それから、4) 制度の根拠といたしましては、国が告示する標準約款ということで想定しております。

それから、5) 保険契約の形態でございますが、分娩機関が脳性麻痺となった児に対し、標準約款に基づき補償金を支払うことによって被る損害を保険契約により、担保するというところでございます。

それで、6) 保険契約者といたしましては、運営組織が行う。

それから、7) 被保険者でありかつ保険料の負担者という意味では、分娩機関、病院等ということでございます。

それから3番目、関係者の主な役割ということございまして、これはまず説明申し上げますが、詳しくは次のページで説明させていただきます。

1) 分娩機関といたしましては、この制度に加入する。それから、妊産婦と標準約款の確認を行う。保険会社に保険料を支払う。それから、当該分娩機関において分娩した児が脳性麻痺と診断された場合、申請書や診療録等の必要書類をもって補償申請を行う。

2) 妊産婦でございますが、分娩機関と標準約款の確認を行う。

それから、3) 児でございます。患者本人でございますが、補償申請を当該分娩機関へ依頼し、補償金を得る。

それから、運営組織といたしましては、分娩機関の本制度への加入申請の取りまとめを行う。

それから、分娩機関からの保険料を取りまとめ、保険会社へ支払う。

それから、補償対象か否かの審査を行い、保険会社へ補償金（保険金）支払いを依頼する。

妊産婦からの情報収集等を踏まえ、医学的観点から原因分析を行い、結果を児及び分娩機関、児というのは妊産婦と読んでいただいても結構かと思います。分娩機関へ報告する。

それから次、収集した事例を統計的・体系的に整理し、再発防止に資する情報公開等を行う。

保険会社でございますが、運営組織の審査結果に基づいて、補償金（保険金）を児へ支払う。ただ、補償金を児へ支払うと申しましたが、実際に保険金として支払うのは保険会社から実際は被保険者、保険料負担者から分娩機関に支払い、実務的には直接児のほうに支払うというような流れでございます。

続いて次のページに、その具体的な流れを示させていただいております。別紙をご覧ください。8ページでございます。

制度の加入ということで、これが1番のスタートでございまして、分娩機関、病院等がこの制度に入ることが1番、2番、①、②でお伝えしているところです。

その後、2でございますが、左側の四角がこれの2のところでございますが、まず妊産婦と分娩機関の間で、先ほど申し上げましたように標準約款の確認、この補償制度の具体的な中身について双方が理解をします。具体的には分娩機関が説明をするということだというふうに認識しております。

それから、そのあとで②妊産婦情報の登録というものがございます。こちらは適切に保険料をお支払いいただくために、こういうような処理をするということでございます。

それから③、実際に分娩が行われた後に、④分娩済み妊産婦情報というのを、ご連絡を運営組織にいただいて、それとあわせて分娩数に応じた保険料というのを分娩機関が運営組織を経由して保険会社に保険料として支払っていただくというような流れを想定してお

ります。ここまでは、保険料の支払いのあたりまでの流れでございます。

続きまして、真ん中の3番のところですが、補償申請、あるいは審査、補償金の支払いという実務的なところのイメージでございます。一定程度、児が生まれてからになるかと思いますが、脳性麻痺と診断がされ、補償申請の依頼を児の側が行うと。それから、補償申請を分娩機関が、先ほど申し上げましたように申請書あるいは診療録等を沿えて運営組織に渡すと。そこで実際に運営組織のなかで審査が行われ、審査結果、補償金の支払い対象ということでありましたら、③でございますが、その旨保険会社に伝えるとなります。

さらに④番、審査結果を運営組織から分娩機関や妊産婦のほうにお届けするというところでございます。

先ほど申し上げました審査の結果、補償金の支払いの対象ということでございましたら、保険会社を通じて実務的には妊産婦のほうに直接支払うことになる。

それから、まだご議論にはなっていないんですが、(⑤')でございますが、定期金払いというようなことが想定になった場合には、障害程度や生存確認などの実務が行われることになるということでございます。

それから、4番目、原因分析・再発防止でございますが、原因分析につきましては、運営組織のほうで行いまして、その結果を分娩機関、妊産婦のほうにお渡しするというのが①でございます。

それから②、これは収集した事例を恐らく体系的に整理することによって再発防止への提言だとか、そういったようなものを広く一般に公開するなどの対策を講じるということかと思えます。

それから、5番というのは少し異質なところではございますが、分娩機関の名称なり場所が変わったとか、そういったようなところの情報というのを、運営組織を通じて保険会社に情報をお伝えするというようなことも事務的には想定されることでございますので、入れさせていただきました。大体のイメージでは以上でございます。

○近藤委員長 どうもありがとうございました。補償の仕組みについて、ご意見あるいはご質問なりお願いします。

○野田委員 保険会社の方に伺いたいんですが、普通の保険契約の形でいいますと、契約者、それから被保険者、それから保険金受取人、これそれぞれどこがどういうふうに当たりますんでしょうか。保険契約は病院と保険会社ですね。

○石井委員 病院等です。賠償責任の主体になりますから。

○野田委員 病院。被保険者は妊婦ではなくて。

○石井委員 この制度で想定しておられた分娩機関です。

○野田委員 病院、そうですか。それで、子どもさんは、そうするとどういう立場になるんでしょうか。まだ生まれていないお子さんなんですけれども。保険金受給者はお子さんですね。生まれていないときの契約関係は、どうなりますんでしょうか。

○石井委員 保険契約上は、保険契約者が医療機関であり被保険者だということで、保険

契約はそこで成立するわけですよ。あと、児を、その生まれてきた児、あるいは障害者として生まれてきたお子さんが請求するのはその医療機関に請求するわけです。

○野田委員 医療機関に。

○石井委員 はい。保険契約の形としては、契約者が医療機関であり被保険者だということで完結するわけです。

○野田委員 保険会社との関係はそれだけで、あとは病院と、その請求するのは子どもさんと。あと病院と子どもとの関係は請求者ということになるわけですね。

それで、もし、これちょっとお母さん、出産した、そのお産したお母さんが亡くなって子どもさんだけが、脳性麻痺の子どもさんが生まれたと、生まれてそちらが残ったというときは、親権者はお母さんでないわけだから、とすると、とりたてて法的な手続きが子どもさんのために必要だということになるわけですね。

○石井委員 そういうことです。補足をさせていただきますと、野田委員のご指摘は、私もあとで申し上げようと思ったんですけども、民間保険の限界というのがありまして、例えばこの制度で被保険者が医療機関ですけれども、この医療機関が仮に余りいい例ではないですが、破綻しちゃったと。その場合は、その支払い対象がいなくなるわけですから、払えなくなってしまうわけです。直接請求権の問題ですとか破産法との関係が出てまいりますので、その辺をどう手当するかということや、また、保険契約には必ず免責事項がありますので、これはめったにないですけどもお医者さんに故意があったとか、あるいは無免許の医師の方が分娩をされた、その結果事故が起きてしまったという場合は保険契約ではもてないですね。その部分について制度的にどういう補償を、担保していくかということとはよく考えなきゃいけないことだと思います。

○野田委員 しかし、この場合は、医者その医療行為に保険を被保険ということになっているのか、脳性麻痺の子どもが生まれるということが、その保険事故になっているということはないんでしょうか。

○八木委員 先ほどの一番わかりやすいあれでいきますと、資料2の別紙のところをもう1度ご覧いただければと思うんですけども、あくまでもこの補償金の支払い契約という形で病院等が患者さんに約款に従って、国等が定めた約款に従って補償いたしますという契約を、実際は保険会社がこの外におりまして、その補償金をお支払いする義務を代わって受けると。病院等が被保険者になり、保険金も最終的には患者のほうへ直接払いがされますけれども、あくまでも保険金の受領者は病院等になるわけです。そこがお支払いすると、患者にお支払いするという契約になりますので、あくまで保険の被保険者は、保険金の受取者はすべて病院等になるということで、あと、その後の補償金の支払いとか、そういったことを、事務的などころを直接保険会社がじかにお支払いするような形で担保はいたしますけれども、あくまで契約は病院と患者さんの間の契約を、それを担保するという形になります。

○大井委員 別表の図で見ますと、この補償制度に個々の、補償制度のスタートは制度に

関連する分娩者が加入したことを運営組織に登録すればよろしいのですが、個々の事例の補償制度が発生するためには、妊婦と分娩機関がまず標準約款をお互いに確認し合って分娩機関がそれを運営組織に登録しなければならない。そこから始まりますね。穿った見方をすると、そうでない児はどうやって救われるんだらうなということがちょっと心配だったりするのですが、そのことはもう確認事項であるとしてよろしいでしょうか。このままの前提条件でよろしいのでしょうか。

○近藤委員長 これは、恐らく、標準的なケースですから、いわゆる緊急の場合をどうするかみたいなものは、当然、これは恐らく救わざるを得ないと思いきれども、それはやっぱり別途明確にして、制度として組み込む必要があるんじゃないかと、私は考えています。

○大井委員 私もそのことを申し上げたわけです。

○上田室長 今、委員長のお話にございましたように、委員の皆様方に全体をまずご理解していただくために、標準的なものをお示ししました。ですから、いろいろなケースがあるかと思います。そういうのを1つずつ整理しながら設計をしていきたいと思っております。

○野田委員 この8ページですと、分娩者の次の図で、分娩ずみの妊産婦情報は運営組織に登録されると。まず、妊婦、妊産婦の情報は登録されて、次は分娩ずみの妊産婦情報は連絡される。それから保険料は支払われる。この某妊婦さんに子どもさんが生まれた後で保険料というのは、これは保険金のことですか。

○近藤委員長 いや、保険料です。

○野田委員 保険料ですね。そうすると、すぐ保険金が払われる、保険料を払う。そうすると、その保険料はすでに子どもさんが生まれた後で払われるということなんでしょうか。これは保険料を運営組織に払って、これを保険会社に払うという形ですか。子どもさんが生まれた後で保険契約が締結されるということになるのでしょうか。

○近藤委員長 いや、これは加入申請といいますか、この登録のときにもう契約は成立しているんだと思いますが。あとは生まれたときにお支払いをしていただくということじゃないかと思います。

○野田委員 でも矢印が、6のところ矢印が保険会社のところに行っているものですか、これは。

○上田室長 ですから、契約は、今、委員長がおっしゃったとおりでして、実際の保険料の支払いは、実際の分娩数、正確な分娩数に応じて保険料を取りますので、こんな流れを考えております。

○近藤委員長 これはまた細かい話はもっと詰めなきやいかんと思いますけれども、ちょっと時間がございませんし、次のが非常にでかい項目でございますので、ちょっと先を急がせていただいて、それでまだこれは結論が出たわけではありませぬので、一応、標準的な事例をお示ししていただいたと、こういうことだと思っておりますので、次のメインの議題の

第4に移りたいと思います。

第4の議題の補償対象者の範囲及び補償額等の考え方について、これはちょっと長いんですが、もう時間もあれですので、しかも関連する事項でございますので、続けて全部一応説明してください。

○上田室長 わかりました。それでは、10ページをお願いいたします。

これまでの準備委員会におけるご意見と、それから調査専門委員会における調査結果を基にまとめました。

まず、補償対象者の範囲であります。1)対象の基準の中の、アからウは経過を書いております。

エでございますが、これまで議論がございましたように、調査報告書では一定の出生体重・在胎週数以上の場合、脳性麻痺となった原因が「分娩に係る医療事故」とは考え難い未熟性による脳性麻痺の発生がほとんど認められないことが示されています。

そしてオでございますが、出生体重や在胎週数については連続性があるために、一定の基準を設けることが難しいとの意見もあったが、速やかな救済のためには迅速な判断を行う必要があることから、一定の基準以上を補償対象とすることは合理的な方法として評価できる。したがって、一定の基準以上の児については、別途定める除外基準に該当するものを除き補償の対象とする。この記載につきましては、これまで主な意見ということで整理したところでございます。

そして、本日、これはあくまでも事務局の案でございますが、次のキでございます。その基準に関しましては、これまで報告書にも示されていますように、1,800 g、2,000 g、それから32週、33週、このような数値が示されております。

そして、クで、今回、私ども提案しますのは、この基準の基本的な考えでございますが、後ろのほうの参考資料1を見ていただきたいのですが、2枚でございます。カラーの図でございますが、標題は脳性麻痺児の分布です。

脳性麻痺児の分布図、これはあくまでも事務局が、當山調査者のデータを基に作成したものでございます。報告書の9ページに、このピンクのほうでございますが、これまでご報告しましたように、當山調査者が出生体重別、在胎週数別にそれぞれの推定原因別の患者数を示しております。それをこの図は縦に出生体重、そして横に在胎週数で、それぞれの事例を1つずつプロットしております。そして、原因不明等と未熟性と、先天性、大きく3つの色に分けてプロットしております。未熟性につきましては、これは限られたデータでありますけれども、事務局のほうで、これまでもお話ししていますように、未熟性の場合にはRDSですね。呼吸窮迫症候群、RDSによる呼吸管理ですとか、PVLですとかを判断して事務局のほうで整理しまして、これをプロットしたのが當山調査者が1ページでありまして、次は小寺澤調査者が2ページでございます。

これを見ていただきますと、先ほどの1,800 g と 2,000 g 、32週、33週、この辺の基準の議論がございまして、これを見ますと、数値が低くなればなるほど、その基準以上



を補償の対象としますと、その数が増えてきます。そして一方、数値が高くなればなるほど補償の対象の数は少なくなります。また、低くするほど未熟性がその基準以上に多く入っているということになります。

それから、もう1つは、「かつ」と「または」と書いてありますが、2つの考え方がございまして、在胎週数と出生体重の、両方の基準を満たす場合はこの①「かつ」の領域になります。しかし、「または」ということになると、例えば32週以上はすべて対象とした場合に、ここにございますように、1,500gですとか、そういうようなケースも対象になります。

そこで、本文に戻っていただきますと、クでございしますが、この図を併せて見ていただきながら説明させていただきますと、基準の考え方としては、今、申し上げましたように、数値が小さい場合には未熟性による脳性麻痺のケースが補償対象に含まれる可能性が高くなることから、報告書に示された基準のなかで数値が大きいほうの出生体重2,000g、在胎週数33週を採用することが適切である。

また、出生体重と在胎週数の基準の組み合わせについて、どちらかの基準を満たす場合（「または」）とするか、両方の基準を満たす場合（「かつ」）とするかは、上述の考え方に基づき「かつ」とすることが適切である。もう1度繰り返して申し上げますと、一定の基準以上は、除外基準に該当するものを除き一律に対象にしますので、数値が低い場合には、當山調査者の分布図、あるいは小寺澤調査者の分布図でも、この赤の未熟性が多く入っております。したがって、今、申し上げましたような考え方をまとめました。

そして、もう一方、ケでございしますが、基準より低い未熟な児であっても、分娩時の出来事に起因して脳性麻痺となったと考えられる事例があり得るとされる。これは報告書に書かれております。

また、コでございしますが、枠組みにおいても、「分娩に係る医療事故により障害等が生じた患者に対して救済」するとなっております。

したがって、サでございしますが、これまで議論がございましたように、一定の基準より低い場合についても、個別の詳細な審査を行うこととすると、このようになっております。

そこで、個別審査についてこれから具体的に示す必要がありますが、この点についてはやはり専門的な視点での審議が必要でございますので、シにございしますように、専門家による検討を別途行うこととすると考えております。

次に、除外基準でございしますが、除外基準につきましてはこれまでアからイですか、この点についてはおおむね共通的に議論がされたというふうに整理しております。

ただ、ウの「分娩後の感染症」について、この点についてはもう少し具体的に混乱がないように、あるいは患者さんの視点で考えるべきではないかなどのご指摘もございましたので、ここでこのように整理いたしました。

分娩後の感染症については、分娩後に妊娠・分娩とは関係なく新たな感染により発症し

た感染症ではあるが、感染の原因や感染の時期の特定が難しい場合が多いことから、慎重に判断する必要がある。したがって、分娩時に感染したことが疑われる場合、及び分娩後に感染したことが明らかでない場合等は、これは1つの例でございますので、等を入れておりますが、分娩後の感染症に該当しないと考える、このように整理しております。

それから、次の障害の程度でございますが、これについても看護・介護の必要性の高い身体障害者の1級及び2級を補償対象とし、早期の救済を図ることとすると、このように整理しております。

それから、補償対象者数の推計でございますが、それぞれご説明申し上げます。

まず、アでございますが、報告書に記載されておりますように、脳性麻痺の発生数は2,300人から2,400人ということで、まず、2,400人をベースに考えました。そして、先ほどからお話ししていますように、除外基準につきましては該当する事例は除外します。そうしますと、その除外基準がどれぐらいの率かということでございます。当山調査者の報告書では、分娩前に原因があると思われる症例が16例でございます。これをさらに、この除外基準に該当するものを当山調査者に確認をいたしました。そうしますと10例でございます。そして、分母が155例ですので、率としては6.5%をその除外基準による除外ということで計算しております。

それから、13ページであります。事務局の案としましては、2,000g以上かつ33週以上ということで1つの基準を提案しましたが、先ほどの図を見ますと全体のなかでその部分に当てはまる症例が44例ございまして、これは当山調査者の図でございますが、ここが28.6%です。実は、小寺澤調査者については52.5%ということで、それぞれ数値に差がございます。これはそれぞれの地域性ですとかいろいろな実情があるかと思っておりますが、一応こういう形で出ております。

それから、重症者の割合については40～60%程度と報告されておりますので、ここは60%で計算しました。

それから、個別審査の対象については、先ほど言いましたように、これはこれから具体的に検討を行います。ですから、どれぐらいの推計かはこれからの作業でございますが、仮に20%とした場合には、先ほどの一定以上を補償対象とし、それ以外については個別審査ということで、計算をしました。

そうしますと、結論では、沖縄と姫路と差がございますが、おおむね600～800人程度と推計を示したところでございます。

なお書きでございますが、この数値はあくまでも推計であり、実際の制度設計に当たっては脳性麻痺の発生数の傾向、これは確か鈴木調査者の報告で発生率は微増しているという記載がございました。あるいは今回のデータは全体をカバーしていませんので、安全率等の要素を総合的に勘案したうえで補償対象者数を算出するというように整理いたしました。

それから、補償額でございますが、補償金の考え方につきましては、看護・介護等に必

要となる費用の一助ということに位置づけまして、それから受給権者、先ほどからも議論がありますが、患者本人とし、そして 14 ページであります、水準につきましてはこれまで議論をいただいておりますことをそれぞれア、イ、ウ、エ、それからオもきょうのお話しさせていただきましたが、そのように整理しました。

そして、カでございますが、ここでこの補償額の考え方としては、アからオのそれぞれについて考えていきますが、具体的な補償額は、上述の観点や、それからここだけで決めることはできませんので、財源の問題等、総合的に勘案したうえで決定するというところで整理させていただきました。

それから障害等級による補償額の差異でございますが、ここは先ほど 1、2 級を補償対象とするということを述べておりますが、確かに、看護・介護を要する程度には 1 級と 2 級に、一定の差があると思われることから、補償額に差を設けることは適切であると考えます。

しかしながら、この調査で 1、2 級の発生の割合が把握できていないことから、補償額の差を設けることは保険設計上困難であるという問題点もあります。

また、脳性麻痺の症状は年齢によって変化していくこともあるので、重症度の診断については留意が必要と、報告書では記載がされております。そして、さらに早い時期に 1 級と 2 級の程度を明確に診断することが可能かという課題もございます。したがって、この点についても専門家にこれらの課題を整理していただいたうえで、別途検討するというところで整理しました。

それから、次の補償金の支払い方法でございますが、これまでここにありますように 4 通りが想定され議論が行われました。

イであります、報告書では脳性麻痺患者の生存率は不明であるという結果が出されていることなどから、上述の③と④の定期金（有期年金）と定期金（終身年金）の方式は採用が困難である。これは事務局案でございますが、選択肢は①の一時金と＋②の一時金＋分割金のいずれかとなるということで整理をしております。

そして、一時金払いの特徴は、事務の複雑化が避けられる制度として極めて運営しやすい。補償金をまとめて支払うため、家の改造等で一時的に多額の費用がかかった場合でも柔軟な活用が可能である。しかしながら、目的外に使用されやすい懸念がある。

そしてエでございますが、もう 1 つの案でございますが、一時金＋分割払いの場合、計画的な看護・介護費用の支援という点で効果が高い。しかしながら、支払い期間中に児が死亡した場合は残額をまとめて支払うため、看護・介護費用の支援という点になじまないという整理にしました。

上述のとおり、オですが、それぞれメリット・デメリットがあるが、制度の早期立ち上げなどを考慮しながら、制度発足に向けて慎重に検討する必要がある。なお、一定期間経過後見直しを行うことも考えるべきであるという整理にしました。

最後ですが、その他でございます。補償申請の時期でございますが、これまで報告書で

は1歳6カ月までには診断が可能ですか、確実に診断するための時期については1歳前後が妥当という、報告書ではそのように記載していただいておりますが、そこで16ページであります、しかしながら、本制度ではできる限り速やかな補償を目指すことから、補償申請の開始時期はできる限り早い時期、例えば生後6カ月を迎えた日などが望ましい。

調査専門委員会の委員や調査者の先生方に、ご相談したところ、このようなご意見をいただいております。したがって、ウでございますが、その開始時期につきましては、もう1度専門家が集まる機会を考えておりますので、この点についても整理をしていただいたうえで別途検討するというところで、このように整理いたしました。

それから、次の期限の問題につきましては、ここにありますように、報告書では遅い診断時期としても満4歳ですか、あるいは診療録・助産録の保存期間は関係法令では5年ということでございます。

そして、カでございますが、当然、本制度の運営上確実な補償金の支払いなどを考慮に入れば、分娩や保険料支払い等に係る情報はできる限り長期間にわたり適切に管理することが望まれるが、長期期間の負担等は相当大きくなる。したがって、その期限については満5歳の誕生日を迎える日までとするということ、事務局としては整理させていただきました。

そして、なお、これは申請に係ることを記載しております。以上でございます。

○近藤委員長 ありがとうございます。非常に長い、論点がたくさんございますし、それからペンディングなこともまだ多いわけでございます。時間も余りなくなってきましたが、若干時間をいただきまして議論を進めたいと存じます。それでは、ご意見ををお願いいたします。関連いたしますので、どこからでも結構でございます。

○八木委員 4)の補償対象者数の推計についてというところで、13ページのところでは、補償対象者数をここでは600名から800名、オのところでは安全率等の要素を総合的に勘案したうえでということをお記いただいておりますけれども、制度を維持していくために、まず保険の設計をしなくてはならないという、そういう立場から一言申し上げさせていただきます。1点は前回も一部申しておるんですけれども、補償対象者数の推計に関して、非常にサンプル数が少ないということと、それからもう1点は、補償対象者数、こういう平成13年までの統計を基に推計をしておるんですけれども、その後、発生率というか、脳性麻痺患者の発生割合というのは、調査報告書にある1,000人当たりの2.3ないし2.4人よりも一定程度増加してきているのではないかと、そういうことを考えますと、まず前者の安全率というところでは、ありていに申しますと2割程度の安全率を持たせていただきたいという、それを前提に制度の設計をさせていただきますということでございます。

保険会社の場合、1つは認可事業というか、そういったなかである一定の統計データに基づいて、有意の統計データに基づいてこういう保険を設計して運営してまいりますという形で認可をちょうだいする、そういったことと同時に営利事業であるというそういう性

格からしますと、株主等の目もございまして、こういうところから言って、今回、統計のデータ数というところに関して、あと調査報告にある脳性麻痺患者の発生割合のトレンドを見させていただくと、なかなかその両面において制度を運営していくにおいて、設計するに当たって難しいのかなという点を申し述べさせていただきたいというふうに思います。

○山口委員 今のご質問のお答えになるかどうかわかりませんが、最近、脳性麻痺全体的に見て増えていることは事実なんですね。

ただ、これは診断根拠が非常に、精度が高くなったおかげで、いわゆる軽症者が拾われているというのが事実なんです。ですから、一、二級の受診者が極端に増えるかということ、私は必ずしもそうじゃないと判断しております。

もう1つ、非常にご心配であろうかと思えますけれども、要は、総予算に対する支出の問題でありますから、この範囲が、実態が非常に狂ってきた場合を想定して、最初はやはりある程度抑えたところからスタートすべきだというご意見、そうですね。だと思いうんですけれども。

○八木委員 いや、逆だと思います。ある程度安全率を高く見てスタートせざるを得ないのではないかと。

○近藤委員長 数を多めに見てということだったんじゃないですか。

○山口委員 いや、数でしょう。

○八木委員 はい。

○山口委員 いや、私が言っているのはいわゆる補償額です。補償額の問題になる。対象者×補償額なんですよね。ですから、対象者の数を多く考えれば、補償額が少なくなる、こういう必然的な原理でございまして。まあ、それはこの数が果して正確に反映するかどうかというのは、1年ないし2年、3年もたてば大丈夫だと思いますが、どれだけそのいわゆる2,000g以下ですね、未熟性のなかで評価していく、まあ評価とっては失礼でございましてけれども、どれだけ入り込んでくるであろうか、それは先ほど木下委員もおっしゃいましたけれども、いわゆる我々産科医がそういういわゆる医療過誤と言うのですか、医療について十分な手当てをできるようにしていくことが、逆に何かこの数を増やすことにつながるのではないかと。でありますから、最初はやはりおっしゃるとおり、少し抑えたところからスタートせざるを得ない、こう思っております。

ただ、いつか、いつの出生からにするかということですね。例えば6カ月で全部出そろったと、そうではないと思うんですね。ですから、幅を持っていつからということになると思いますけれども、4月からスタートするとしまして、出生は何年の何月の期間にする、その時期によってこの数は非常に変動してくると、そう思うのであります。

○木下委員 今の八木委員のご心配は、やはり財源に尽きると思うんですね。ですから、今、厚労省の皆様方からもいろいろと、いかに産婦人科で分娩をやっているところがこの仕組みに入るかということであって、目指しているところはすべての施設が入ってもらいたいというふうな思いでありまして、我々努力をしておりますし、産科診療所のほうが入

りやすいと思いますが、恐らく、大学病院でありますとか大病院というのは、意外とそのいろいろと手続き上難しい面がありまして、どうやったらこの仕組みに入るかということ、これまたできれば厚労省の皆様方、仕組みとしてこういうふうにしていったら、ほとんど義務化というぐらいの感じでもいいかなと、実は内々思っているんですけども、そういうことも何かいいお考えがあれば教えていただきたいと思ひ、我々サイドとして努力をすることは当然です。ですから、基本的に 90%95%が入るんだということになりますれば、理論的にはいろいろと考えてくださっている保険料の仕組みからすれば、それなりの財源は確保できるというふうなことだと思います。その辺のところをもっと具体的に詰めていくべきところがあると思います。

○近藤委員長 何か役所のほうから。

○佐原室長 医療安全室長ですが、我々としても各医療機関が入っていただけるような仕組みというのを何か考えていきたいと思ひます。例えば今この4月から始めておりますが、医療機能情報公表制度というのがありますので、そういうところでどの医療機関がこの制度に入っているかどうかということをしつかり国民の皆さんにお知らせをしていく必要があると考えております。それ以外にもいろいろな方法があると思ひておりますので、検討していきたいと思ひております。

○勝村委員 11 ページのAの下から2行目の「該当しない」と書いてあるのは「該当する」ですよ。

○上田室長 そうです。

○勝村委員

15 ページのところ、原案ではAでその①②③④の想定の中、①または②ということなんですが、私としては③の形で工夫するように何かこう知恵を出して、③的にならないものかということをお願いしたいと思ひます。

その理由ですが、④のやり方が制度の保険会社としては運営上苦しいんだということに一定の理解をしたいと思ひますが、だからといって患者の立場に立てば①か②という形であきらめてしまうのではなくて、ここは非常にこの制度の命にかかわる大事な部分だと思ひておりますので、できればほんとにその看護・介護費用の支援という形にしていくためにも生存に合わせていく形をお願いしたいのです。

ここのエのところ、一時金+分割払いの場合、支払い期間中に児が死亡した場合は残額をまとめて支払うため、看護・介護費用の支援という点になじまないということになっているんですけども、結局、その定期金的な生きている時間に合わせてという考え方を抜いてしまうと、いつ支払うかというだけの問題になってしまって、看護・介護費用の支援という意味では、長く生きている子ども、つまり例えば二十歳まで生きた児とそれまでに亡くなってしまった児で額が同じだということにするとちょっといろいろな危惧を感じるわけです。

それで、一定の二十歳までとかいう形でとめておくならば、保険会社の方でも何らかの

工夫してもらえないのではないかという点と、もう1つこのイのところの3行目で「生存率が不明」だということにそもそも問題があると思います。これは国としては不明のままではよくないと思っていますし、疫学調査的な役割を担う意味でも、できれば二十歳ぐらいまではこれを機にどんなふうな実態になっているのかという点を知ることが、ほんとうにそういう立場の家族や子どもたちをこれからどうしていくのかという意味でも僕は大事だと思うので、わからないからわからないままにしておくというやり方は、せっかくこれだけの議論をしているんですから、どうかという点。

さらに、僕がお願いしたいのは、15 ページの 4)の点に関しては、現に僕だけじゃなくて脳性麻痺の児を育てた経験のある方とか現在育てている方とか、そういう方の声をやっぱり重視して決めていただきたい。医療の専門家の視点とはちょっと違う観点でこの点は決めていただけたらありがたいと考えています。

○上田室長 これまでの議論を踏まえてこのように整理をさせていただきましたが、ただいま勝村委員から、③についてもご提案がございました。この点は生存率の問題や保険設計の問題ですとか、いろいろな課題がありますので、それについてさらに、ご意見をいただきながらどういう整理をするのか、また次回以降、この辺をまた検討してご提案していきたいと思っております。

ただ、これまでは、このような理由を整理しており、どういう知恵があるのかです。

○河北委員長代理 私の立場からちょっと幾つかお願いをしたいと思えます。

私は、この準備委員会に財団法人日本医療機能評価機構の立場で参加をしております。この財団法人日本医療機能評価機構としては、将来の運営組織の候補として今挙げられておりますので、その立場から要望を幾つかお願いをしたいと思うんです。

この準備委員会で第1回目からお話を伺っておりまして、この産科医療補償制度というものがだれのための何のための仕組みであるかというようなご議論がずっと続いていると思います。ですから、やはりそこを踏まえたくて、この分娩という医療行為に起因をして脳性麻痺に不幸にしてしまった方たちにどういったその補償ができるかということがいちばん大切なことなのではないかと思えます。それと同時に、産科の分娩に係る医事紛争に関しても極力これを避けていくということも、この制度の大切な役割ではないかというふうに思っております。

それで、そういったことを考えてみますと、この制度を生まれた子どもの介護費用というものに充てるのかどうかということも踏まえてでございますけれども、やはり最終的に1人に対して合計で3,000万円程度の金額が何とか手当てできないかというようなことを考えたいというふうに思っております。ですから、そういったものが可能であるような制度設計をぜひ皆様方にもしていただきたいというふうに思っています。

それから、それを十分に確保するためには、できるだけ多くの方に加入をしていただくということが必要であります。それから、準備の期間も必要であるということで、その間にやはり国、あるいはその産科の関係の方たちに徹底をしてその加入の促進をお願いしな

ければいけないということで、先ほども話がございましたように、ここがその加入をしていただければこの制度というものは成り立たないということでもあります。

それから、その次に、この保険料をどのように皆様方に拠出をしていただくかということで、何回か出ておりますけれども、1つの案として、その出産一時金にどのように関係させるかということで、これは社会保険の関係になるわけでありましてけれども、この出産一時金への上乗せということと、それからこの制度の発足と同時にこの引き上げが本当に決定されるのであるかということが非常に大切になります。ですから、相当額の金額をやはりそのときに上乗せをしていただくということもお願いしたいというふうに思います。

それから、最後に、これは保険会社も含めて、この制度の運営には非常にお金が実際にはかかります。ですから、それは十分にこの制度を安定的に運営するというような意味では、やはり先ほどご審議をいただいたように、その審査にもあるいはその原因究明にも徹底した我々の議論が今後必要であるというふうに考えておりますので、ぜひこの運営費用の面に関しましても特段のご配慮をいただきたいということをお願い申し上げます。

○近藤委員長 ほかにございますでしょうか。

○鈴木委員 なるべく加入を増やすと言われましたんですが、結局、健康保険に加入していない人はこの制度に入れないということになりますかね。保険料支払いとの関係で。

○大井委員 医療機関ですから、関係ないですよ。

○鈴木委員 そうですよ。健康保険から保険料を代理徴収するんですよ。そうですね。ですから、健康保険に加入していない人は対象にならないということになりますね。

○近藤委員長 いや、代理徴収までは考えておりません。

○鈴木委員 そうすると、結局、このフローチャートでも、保険料の支払いは分娩機関が払うということになっているのですが、それは分娩機関が自己負担するということじゃないですよ、もともとの制度は。

○近藤委員長 ですから、その額は、分娩費として患者さんからいただくと。その患者さん側の手当てを出産一時金で上乗せをする。

○鈴木委員 そうすると、健康保険に加入しているかどうかにかかわらず、全部参加できるということになるわけですね。わかりました。その点は明確にしておいたほうがいいかなど。当初の自民党の案といいますかは、出産一時金を代理受領するというような案があったものですから、ですから少し誤解を与えると思うので、そうすると健康保険に加入していない人はだめなのかという疑問も出てくるわけですね。そこは論点整理として明確にしておいていただいたほうがいいかと思います。

ちなみに、そうすると、外国人とかそういうのも全部、加入している分娩機関で生まれた子どもに関しては全部参加できるということになるわけですね。

○五阿弥委員 先ほどもありましたけれども、厚労省のほうにお願いなんですけれども、要するに加入を拡大させるということなんですけれども、例えば入っていない医療機関があったときに、これは患者の立場から選べないですよ。産科医は少ないわけでしょう。



そうすると、じゃあここ入っていないから別のところへ行こうということは非常に難しいわけです。やはりここは自動車では自賠責がありますけれども、基本的に産科の医療機関は全部網羅するというのに、やはり厚労省も学会も医師会も何とか努力していただきたいということを付け加えさせていただきます。

○勝村委員 ちょっと確認していいですか。

この資料の9ページ、今、出ていますように、自民党の枠組みとして出てきた表がありますよね。このフローチャートのような表は、今のところの段階の原案的には、こういう受取代理の検討ということに関しては、現段階では採用しない方向ということなんです。

○近藤委員長 この対象者の基準として2,000gとか33週とかを課すということですが、これについてご意見はございませんでしょうか。これから漏れた人は、当然、個別審査でまた対象にする。その個別審査の要件みたいなものは、調査委員会のほうでさらに検討していただくと、こういう提案ですけれども、これについてご意見をお願いします。

○大井委員 病院の組織としては、この問題は大変頭の痛い問題で、個人の産科開業医の先生とは全く違うケースがたくさんあるんですね。例えば病院では緊急に運ばれてきて分娩するというようなケースも非常に多いし、医療機関そのものにとっても産科の医師数も年によって増減があって、非常に苦しい状態になったり、さまざまなケースがあるんです。だから、奈良県の事件や何かが起こるのですけれども、それをすべて補償していくような大まかな枠組みで考えていって、ぜひこれは推進してほしいなと思うんです。在胎日数とかそういう問題になると病院のほうでは極めて微妙なんですね。大体そういうときに、危なくなるとその地域の基幹病院に運ばれてくるだろうと思うのですが、そのときには契約どころではない。先ほどちょっと契約の話をしたのは、そういうようなケースが増えてきているからです。ギリギリの線上で33週の2,000gという際どいところで引っかかったり何かするケースもあったりして、なかなかこれは悩ましい問題だなと思っているんですが、そういうことを踏まえても一応の基準は決めなければならないし、大まかにこれを運営していくという前向きな姿勢は崩したくないということで、私は賛成させていただいております。

○石井委員 保険会社の立場からじゃないのですけれども、この制度は先ほどから皆さんおっしゃっているとおり、極めていい意味で積極的に関係する方が参画するということがあってうまく回っていく制度だろうということで、そこにいかに実効性を確保するかということが求められているところだろうと想定しました。これは河北委員のおっしゃったとおりの整理だろうと私も思いますけれども、この対象の決め方なんですけれども、私は素人なのでよくわからないので教えていただきたいのですが、アプローチを変えて対象範囲を決めるのではなくて、対象とならない、明らかに対象外だということで皆さんが納得するようなことを決められたほうが、妊婦の方もより積極的に入っていただけるような気がするんですね。アプローチをちょっと変えまして、ここが対象ではなくて、これが対象にならないというような決め方は可能なのかどうかということなんですけれども。

○上田室長 もともと与党の枠組みで、分娩にかかる医療事故によって発生する脳性麻痺を補償対象とするということで、その検討をずっとしてきました。説明を省略しましたが、10 ページの1. 補償対象者の範囲の中のアですね。そして、これまでお話ししていますように、未熟性があればあるほど脳性麻痺の発生率が高いですので、分娩にかかる医療事故とは考え難い未熟性を除いたものが、通常の妊娠・分娩にあたると思えます。ですから、石井委員のご指摘は、未熟性が高いのを除外するということになるかと思いますが、通常の妊娠・分娩を対象にするか、あるいは、未熟性を除外するかは、基本的には同じものを見ていることとなります。そしてどこかで線を引かざるを得ない。しかし、その基準以下でも分娩に係る医療事故のケースもあるでしょうから、個別審査で、分娩に係る医療事故をどのように判断するかは非常に大変なんですけれども、検討します。そしてご提案することを考えております。

○近藤委員長 ずいぶん時間も経過をしましたので、本日の議題は一応終了したということで、今後の所要のものはさらに整理ということにしたいと思います。

○上田室長 今後の日程でございますが、先ほどお話ししましたように、個別審査の考え方等について、調査専門委員会でさらに議論をお願いしたいと考えております。そして、その結果はできるだけ早い時期にお諮りしたいと考えております。

なお、急な話でございますが、調査専門委員会を、今週金曜日の16日、14時から、ホテル東京ガーデンパレス3階「橘」で開催いたします。お手元に配付させていただいております。傍聴ご希望の方は、このご案内をごらんいただきまして、事務局までご連絡ください。

また、次回の開催につきましては、すでにご案内をいたしておりますが、11月28日水曜日14時から16時、山の上ホテル「銀河」、ここの場所でございます。そして、今後の主なスケジュールですが、早急な立ち上げを行うためには、運営組織の設置ですとか、保険商品の開発、事務システム開発準備等考えますと、年内に、一定の議論のとりまとめを、考えているところでございます。次回の準備委員会等々で、各委員の皆様方にご協力をいただきますが、どうか宜しくをお願いしたいと思います。

○近藤委員長 ただいま事務局から日程の件でお願いがございましたけれども、システム設計などにかなり時日を要するようでございます。これからの審議でどこまで詰められるかということにもよるわけでございますけれども、できるだけ早く結論が出せるように皆さん方の協力をよろしくお願いを申し上げます。

それでは、これをもちまして第9回の委員会を終了いたします。各委員におかれましては、ご多忙のなか、大変ありがとうございました。

— 了 —