

## 第10回「産科医療補償制度運営委員会」会議録

日時：平成24年2月15日（水）16時00分～18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。委員会を開始いたす前に資料の確認をお願いいたします。

まず、第10回運営委員会委員出欠一覧がございます。

次に、第10回運営委員会次第および議事資料がございます。

次に資料1として、原因分析に関するアンケート回答集計表がございます。

資料2として、制度見直しにおける主な検討課題と論点がございます。

参考資料1として、原因分析報告書「全文版」、

参考資料2として、原因分析報告書「要約版」がございます。

そのほかに4)ヒヤリング、岡井崇先生と書いてある資料がございます。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10回産科医療補償制度運営委員会を開催いたします。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。

それでは、上田委員、よろしくお願いいたします。

○上田委員 前回の委員会でご報告申し上げましたように、運営委員会の委員長につきましては、今回より小林委員にお願いしております。小林委員長、どうかよろしくお願いいたします。

○小林委員長 このたび、上田委員長の後任として産科医療補償制度運営委員会委員長を務めることになりました小林でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。冒頭、一言ご挨拶申し上げたいと思います。

本制度は、発足4年目を迎えました。委員の皆様を初め、関係者の皆様方のご支援をいただいて安定的な制度運営がなされていると思います。改めてこの場を借りて御礼申し上げます。私は、本制度の制度設計を審議しました準備委員会の委員として本制度の創設にかかわりました。準備委員会では、さまざまな事柄を審議しました。時にはなかなか議論がまとまらないこともありましたが、あの時

点で最善の制度をできる限り速やかに創設するという各委員の熱い思いが印象としては残っております。しかしながら、幾つか積み残された課題も残ったということでございます。

さて、今回の運営委員会より制度の見直しの審議に入りたいと思います。これからおおむね1年をかけて審議を進めてまいります。本制度の本来の目的をより反映するような制度にするために、妊産婦、それから医療関係者、あるいは国民の皆様にとってより有益で有意義な制度になるよう、皆様のお知恵とご協力をいただきながら審議を進めてまいりたいと思います。どうぞよろしくお願い申し上げます。簡単ではございますが、私のご挨拶とさせていただきます。どうもありがとうございました。

それでは、審議に入りたいと思います。

## 2. 議事

○小林委員長 本日は、ご多忙のなか、お集まりいただき、ありがとうございます。改めまして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)として第9回運営委員会の主な意見について。2)として産科医療補償制度運営委員会の位置付け等について。3)として現行制度の現状と評価について。4)としてヒヤリング。5)として主な検討課題と論点について、というような順序で進めていきたいと思っております。

それでは、議事の1)第9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。

### 1) 第9回運営委員会の主な意見について

○後理事 それでは、資料本体の1枚めくっていただきまして1ページをよろしくお願いたします。資料本体の1ページでございます。

1)第9回運営委員会、12月の会議、前回の会議でございます。その会議の主な

意見についてご説明させていただきます。

太い括弧の1つ目ですけれども、まず、前は、検討体制等に係るご意見が1つございました。

その下の1つ目の○ですが、制度をどのような方向に変えていくのかという骨子は専門委員から上げるのではなく、運営委員会で方向を決めて専門委員会に下ろし、具体的に検討してもらいたいというご意見と、2つ目ですが、運営委員会は現行制度の運営について審議する委員会だが、新制度の見直しを行うのであれば位置付けを明確にしておく必要がある。運営委員会の審議結果がどのように反映されるのか、委員会規則の改訂も含めて決定してほしいというご意見がございました。このご意見につきましては対応しておりますので、次の議題でまた申し上げます。

続きまして、次の括弧ですが、スケジュール、データ等に関するご意見がございました。これにつきましても次の議題で対応の内容をご説明申し上げます。

そして、その下の1つ目の○ですけれども、審査委員会の立場からすると、判断に悩む症例も多く、児の状態も変わる。補償対象の概念のあいまいな部分がはっきりとしてきており、5年後をめどに見直すことは正しいと思う。さらに精度の高いものにしてほしいというご意見。

次の○ですが、見直しのスケジュール（案）がタイト過ぎるのではないかと。21年に出生した児が3歳を迎えるのが24年末までであり、そのあたりまで申請数を見てから見直す余裕があるとよい。5年後の見直しは準備委員会で決めた話であり、運営委員会で議論する過程でスケジュールについてもあわせて検討したほうがよいというご意見がありました。

次の○ですが、制度開始から3年しかたっていない時期であり、制度のそもそも論を検討するデータはそろっていると言えるのか。また、原因分析報告書のアンケート調査の結果も見直しに活用されるのか。補償対象となった保護者等を対象としたアンケート調査等を行うことは可能かというご意見がありました。

次の○ですが、制度の現状について分析したデータがなければ十分な議論ができないので、分娩機関や妊産婦だけでなく、その他の関係者にも調査等をしてほしいというご意見。

そして次の○ですが、財源的な部分が明確になっていないと補償範囲の拡大等の議論が困難なので明確にしてほしいというご意見がございました

そして次の括弧ですが、見直し後制度の契約上の考え方等に関するご意見がありました。

1つ目の○ですが、新制度が26年から施行される場合、その前の段階で補償申請すべきか。補償対象との決定がなされてしまうと、新制度で再申請ができないはずであり、どのように考えればよいかというご質問がございまして、下の○と次のページの最後の○がその答えになっております。

契約であるからには一般的には遡求しないが、有利な形の遡求であれば双方が合意すれば理論上は可能。しかしかなり複雑になるため、考えやすいのは新制度開始以降の出生と以前の出生とで切り分ける方法。どれが一番よい形か運営委員会で検討のうえで、現実的な可能性の有無を探る形が望ましいというご意見と、それから、基本的には遡求しないが、内容や当局との関係も含めて、見直しの中で検討していきたいと、こういうご意見がございました。以上でございます。

○小林委員長 それでは、今の報告に関してご意見ありますでしょうか。よろしいでしょうか。では、また後からさかのぼって質問でも結構ですので、先に進めたいと思います。

では、お願いします。

## 2) 産科医療補償制度運営委員会の位置付け等について

○後理事 それでは、続いて3ページにまいります。3ページ、1ページだけを使ってご説明させていただきます。

2)産科医療補償制度運営委員会の位置付け等についてでございます。ちょっと

事務的な内容で恐縮でございますが、ご説明させていただきます。

(1)産科医療補償制度運営委員会の位置付けについてで、その下の1つ目の○ですが、産科医療補償制度運営委員会は、日本医療機能評価機構の定款46条および委員会等設置規則第3条に基づきまして執行理事の諮問機関として設置された委員会であり、産科医療補償制度運営委員会規則第2条において、執行理事の諮問に応じて産科医療補償制度の運営に関する事項を審議することとしております。

2つ目の○ですが、1月20日に開催されました日本医療機能評価機構の運営会議におきまして、運営会議は執行理事や特命理事の出席する会議でございますが、その会議におきまして、運営委員会規則第2条の「産科医療補償制度運営に関する事項」には制度の見直しに関する事項も含むことを確認しました。ただし、明確化の観点で、今後規則を以下のとおり改定すると、文言の修正をするということも確認いたしました。

その下にかぎ括弧で【現行規則】が書いてあります。下線部のところですが、産科医療補償制度の運営に関する事項を審議するとなっておりますが、これを【改定案】としては、産科医療補償制度の運営および産科医療補償制度の見直しに関する事項を審議すると、明確化することにしております。

そして次の○ですが、したがって、今後運営委員会で審議を行って取りまとめた見直しに係る報告書については、日本医療機能評価機構の運営会議および理事会に諮っていくこととしております。

そして(2)ですけれども、制度見直しに係るスケジュールですが、その下の1つ目の○ですが、前回運営委員会において報告のとおり、制度開始から5年後となる平成26年1月に見直し後の新制度を開始することをめどに検討を進めていきたいと考えております。

2つ目の○ですが、ただし、運営委員会における検討状況や見直しに必要なデータの収集の状況等により新制度の開始時期の変更が必要と考えられる場合は、新制度の開始時期も含めて検討を行うこととしたいと考えております。以上です。

○小林委員長 いかがでしょうか。前回の運営委員会の意見を受けたもので、機構のほうからこのような方針が示された、あるいは規則の改正が行われつつあるということだと思いますが、いかがでしょうか。

○飯田委員 組織の問題です。公益法人における会議ですが、理事会と評議員会という位置付けはわかりますが、運営会議の位置付けがよくわからないのですが、ここで運営会議が出てきます。これをちょっとご説明いただけますか。どういう関係なのか。

○山田部長 定款によって運営会議を定めております。定款に基づく会議ということでご理解願いたいと思います。

○飯田委員 読んでもわからないのですが、理事会との関係はどういう関係になっているのか教えてください。

○山田部長 理事会はすべての理事の方が出席されますが、運営会議は理事長以下、各執行理事及び特命理事で構成され、必要な事項を審議することになっております。

○飯田委員 前の会議のときに疑義があるので、私がお願いして、原因分析報告書のあり方に関して機関決定していただきたいというお話をしたと思います。それで運営会議で議論したというお話がありましたが、運営会議で機関決定の権限があるのかどうかということを確認したいのです。理事会の決定であればわかりますけれども。

○小林委員長 では、河北委員、お願いします。

○河北委員 専務理事からご説明をしたいと思うんですけども、我々、定款に従って、理事会と評議員会というのは大きく事業そのものの計画と予算、それから報告と決算を行うということが主であって、日常の事業に従って業務を運営していくことの大きな決定に関しては運営会議が設置をされているということは、これは定款上書いてあります。ですから、それに従って、日常の業務あるいは事業の一部に関する決定は最終的に運営会議が行うということになっています。

○小林委員長 よろしいでしょうか。

○飯田委員 後でまた定款をよく見ますけれども、ちょっとその事業の一部とかそういうことがちょっとよくわからなかったものですから、この重要な事業に関して理事会で議論しているのかどうかということが確認したかっただけです。結構です。

○小林委員長 確認ですが、理事会の議決はまだ経ていないという理解でよろしいでしょうか。

○山田部長 理事会は3月2日に開かれますので、そこで決議していただくことになっております。

○小林委員長 近藤委員、お願いします。

○近藤委員 私も事務的な話なんですけど、この規則の改正、運営委員会の規則の改正、これはだれが決めることというふうになっているんですか。今の制度上は、改正案ってありますね。これはもう決まったということでもいいんですか。それともまだ案なんですか。

○山田部長 まだ運営会議で、先ほど言ったように、一応決定したということでありまして、正式には理事会で決定することになっております。

○近藤委員 理事会で決定すると。

○山田部長 はい。

○小林委員長 運営会議で提案されて、3月に理事会が予定されているので、そこで正式決定されるということだと思います。

○近藤委員 ですから、最終的には理事会で決定すると。

○山田部長 そうでございます。

○近藤委員 わかりました。

ただ、ここで改正案に文句を付けてあれなんですけど、産科医療制度が2回も出てくるというのは、これはどうなのかなという感じで、少し直されたほうがいいんじゃないかと。同制度とか何とかにされたほうがいいんじゃないかと。これは



極めて事務的な話でございます。

○上田委員 わかりました。

○小林委員長 では、そこは事務局のほうで検討していただくということで。

では、まだ理事会で最終決定はなされていないということですが、この運営委員会の位置付けとしては、運営および制度の見直しに関する審議もあわせて行うということで進めていただきたいということを機構から依頼されたということで、今後の議論を進めたいと思います。ほかにいかがでしょうか。

それでは、事務局、次の議事の説明をお願いします。

### 3) 現行制度の現状と評価について

○後理事 それでは、資料4ページをお願いいたします。4ページから8ページまで、5ページ分ございますけれども、3)の(1)の部分をご説明させていただきます。

まず、3)現行制度の現状と評価について、最初に基本的な考え方を申し上げます。

1つ目の○ですけれども、制度の見直しに向けた検討を行うに際して、現行制度が産科医療関係者や脳性麻痺児とその家族、およびその他の関係者にとってどのような影響を与えており、所期の目的を果たしているかどうか、およびどのような課題があるか検証し評価することにより、有意義な制度となるよう見直しを行うことを考えております。

2つ目の○が、制度の目的でございます。

本制度は、産科医不足等を背景として、「分娩に係る医療事故により脳性麻痺となった児およびその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、事故原因の分析を行い、同種事故の防止に資する情報を提供することなどにより、紛争の防止・早期解決および産科医療の質の向上を図る」ということを目的として創設されております。

その下の○ですが、制度の効用を測るにあたっては、所期の目的に照らして現状の評価を行うことが適当と考えておりました、以下の(1)～(4)ゴシック体になっております4つの観点で現状を取りまとめることを考えております。

4つの観点ですが、1つ目が重度脳性麻痺児への速やかな補償。2つ目が紛争の防止・早期解決。3つ目が再発防止に資する情報提供と産科医療の質の向上。4つ目が産科医療提供体制の改善。これら(1)～(4)の目的の達成に向かっているかという考えでまとめたいと考えております。

その下の○ですが、なお、本制度の補償申請が可能な期間は生後1歳から5歳の誕生日まででありますので、21年生まれの児の補償対象者数が確定するのは27年となります。

次の○ですが、また、脳性麻痺の原因分析は、認定後に原因分析に着手し1年前後をかけて行われております。そのため21年生まれの児の原因分析が完了するのは、28年ごろとなる見込みです。

その下の○ですが、このため、現時点では正確に評価を行うことが困難な項目もありますが、可能な範囲で現状と実績を取りまとめ、上記の各項目、その(1)～(4)ですけれども、それらについて評価を行うこととしております。

その次の(1)重度脳性麻痺児への速やかな補償という観点の現状の評価でございます。

アですが、補償対象者数の状況です。その下の○ですが、21年9月以降、毎月審査委員会を開催して、補償対象に該当するか否か審査しております。5ページに移っていただきますようにお願いします。

制度開始以降、23年12月までの審査結果の累計が、その下の表1の四角の中でございます。この表1はいつもごらんにいれている表でございますが、その見方を申しますと、縦の列で一番左にありますのが児の生年です。生まれた年です。平成21年、22年、23年に分かれております。23年生まれのお子様からの申請も3件あったところでございます。そして縦の列の2つ目、補償対象基準でございま

して、2,000 g以上33週以上、これがいわゆる一般審査と言われるカテゴリーです。その下が28週以上かつ所定の要件、これは一般審査を満たさないものであっても行う個別審査、いわゆる個別審査でございます。それから縦の列の3番目が審査件数の累計です。その隣の列が補償対象の件数です。その隣の2列が2つまとめて補償対象外の件数になっております。補償対象外というカテゴリーには2つございまして、将来的にも補償対象外というものと、それから重症度の評価が時期尚早でわからなかったので将来再申請できるという、文字どおり再申請可能と言われるものがあります。この2つをあわせて補償対象外としております。そして一番右側の列が継続審議になっております。

この表の一番下の総計を見ていただきますと、審査件数は274件、補償対象が252件、九十数%になります。補償対象外が、将来的にも補償対象外なのが10件、再申請可能が9件、継続審議が3件となっております。

そしてその下の括弧に移りますが、補償対象事案の現況ですけれども、補償対象の252件ございまして、そのうち233件（92.5%）が在胎33週以上かつ出生体重2,000 g以上のいわゆる一般審査でございます。19件（7.5%）がいわゆる個別審査でございます。それらの審査によって補償対象となっております。

その下の2つ目の○ですが、制度設計段階では、地域性のある限定されたデータに基づくものでありましたが、個別審査の割合をおおむね5～15%と見込んでおりまして、今は7.5%ですので、見込み範囲内の分布と考えております。

その下の○ですが、また、21年生まれの児とそれから22年生まれの児では、ほぼ同水準でありまして、今のところ差異は見られないという状況です。

その下の括弧にまいります。補償対象外事案の現況です。補償対象外とされた事案は19件あると申しました。その概要を下の四角と、次のページにもわたっておりますが、その四角でご説明させていただきます。

区分としまして、補償対象外になったもののうち、内容と件数のところですが、児の先天性要因または新生児期の要因によって発生した脳性麻痺が5件ござい

した。そして対象外になりました。代表事例としては、両側性の広範な脳奇形による脳性麻痺というような事例です。続いて6ページに移っていただきますようお願いいたします。

同じ補償対象外の事案ですけれども、在胎週数28週以上の個別審査において補償対象基準を満たさない事案が6件ありまして、対象外になりました。具体的な例としては、臍帯動脈血pH値が7.1以上で、心拍数モニターも所定の状態を満たさないというものがありました。

それから、補償対象外ですが、再申請可能となりました事例もありました。現時点では将来の障害程度の予測が難しく判断できないが、適切な時期に再度診断が行われること等により、将来補償対象と認定できる可能性があるという事案が9件ありました。具体的な例としては、同じ内容ですが、現時点の動作・活動状況では将来の障害程度の予測が困難だという事例がありました。

これら補償対象者の生まれた年で見ると、当然ながら最も多いものが21年生まれの方、158人ということになります。そこで、その158人の方について申請状況を見たのが次の括弧以降の内容になります。

【平成21年生まれの補償対象者の状況】です。その下の○ですが、補償申請期間は1歳から5歳の誕生日までと申しました。極めて重症で診断が可能な場合に限り生後6カ月以降申請ができます。そのようにしております。このため、21年生まれの児であっても、26年が終了し補償申請および審査が完了するまで対象者数は確定しないことになります。

次の○ですが、このため、最終的な補償対象者数を予測することは困難ですが、見直しにおいて対象範囲等の検討を行うにあたっては現行制度における補償対象者数の予測は極めて重要ですので、21年生まれの児の補償申請等の状況について以下に概観しております。

その次の○ですが、これまでに補償対象と認定された158件（21年生まれ）について、補償対象と認定された時期を表3にまとめております。下の表3ですけれ

ども、平成21年生まれの児の月別の補償対象認定数の推移を示しております。

まず、月別の件数が黒い棒グラフになっておりまして、左側の軸になります。そこでゼロ件の月もありますし、多いときに12件の月もあります。累積の件数が折れ線グラフになっておりまして、右側の軸です。現在158件まで増加しております。そして21年9月以降、現在も申請が続いているという状況でございますが、右側3分の1ぐらいのちょうど23年の後半のところでは棒グラフが低いと、少なくなっているという状況です。

続いて、このグラフも見ていただきながら7ページに移っていただきますようお願いいたします。

7ページ、1つ目の○ですが、対象となった今の時期の傾向ですけれども、補償対象数は23年前半までは緩やかな増加傾向を示したけれども、23年後半からはやや減少傾向に転じております。これは21年生まれの児の多くが1歳6カ月を迎えた時期と重なっております。

その次の○ですけれども、まず、認定のために診断書が必要なんですけど、また、これまでに補償対象と認定された158件について、診断書が作成された時期の分布を表4にまとめております。表4は21年生まれの児について、診断書作成の時期の分布を見たものです。表4の棒の山を見てみますと、表の下の1つ目の○に書いてありますように、生後6カ月過ぎのところ、それから生後1歳過ぎのところ、つまり12カ月のあたり、それから生後1歳6カ月過ぎのところ、これが18カ月のところなんです。そのあたりに多くの診断が行われております。

次の○ですが、この点に関しまして、本制度では、障害程度の再認定を行わずに速やかな補償を実現するために、動作・活動の状況等から将来的な重症度を予測するGMFCS（Gross Motor Function Classification System）といわれる小児神経学分野で開発された尺度ですが、それを活用した診断基準を用いております。そして診断書向けの手引きのなかでその診断時期の目安を示しております。それが表5の5つの時点を示しております。6カ月から1歳未満、次は1歳

から1歳6カ月未満、次が1歳6カ月から3歳未満と続きまして、5つの時点を明示しておりまして、その時点ごとに補償対象とならない可能性が高い児の状態を示しております。どうもこの明示してある幾つかのポイントに応じて診断書作成が活発化して山が高くなっているようにも見えます。

一番下の○ですけれども、表4の診断時期の分布は、これまでのところ、おおむね表5の適切な診断時期に沿ったものでして、平成21年生まれの児が2歳前後となる平成23年後半は、次のページをお願いします。新たに診断が可能となるケースが少なくなって補償申請数が減少するということは自然なことのようにも考えられます。

しかし、同じページ1つ目の○になりますが、次の年齢区分である3歳および4歳の時点がこれからまいりますので、そこでまた重症度の判定が可能になって、それが明示されているので、活発化して申請が行われるケースが今後増加すると考えられます。

次の○で、特に3歳については、低緊張型の脳性麻痺、これは典型例のように手足を伸ばしたり曲げたりくねったりしているものではなくて、筋肉が緩んでいる形のものであります。それから、運動障害の部位が上肢のみの場合、これは典型例のような胴体とか手足ではないような方、このような場合は生後3歳以降に診断をするように手引きで周知しておりますので、その意味からも相当数の増加が見込まれております。

次の○ですが、また、これまでに補償対象と認定された158件のうち、153件ですからほとんどですが、身体障害者障害程度等級の1級相当です。5件だけが2級相当です。そこで、今後2級相当の児についても診断がされて補償申請が行われるということを見込んでおります。

その下の○ですが、上記により、21年生まれの最終的な対象者数を予測するためには、同年生まれの児の多くが3歳以降となる24年の状況を注視する必要があります。同時に、昨年実施した「重度脳性麻痺児の予後に関する医学的調査」に

において収集した、沖縄県の療育施設で療育が行われた脳性麻痺児595名のデータを活用しながら、現行制度での補償対象者数の予測を行うこととしております。

それから、続きまして、イです。補償金支払までの期間です。下の括弧ですが、【補償申請から補償金支払までの期間】、1つ目の○ですが、補償対象と認定された事例252件の申請から補償金支払までの平均期間ですが、73日となっております。この平均期間の算出ですが、すべての必要書類が運営組織に提出されて受理通知書を発出した日から数えまして、補償金の着金日までの日数を数えております。

次の○で、その内訳ですが、内訳の1つ目が、受理通知から審査結果通知まで34日、約款上は原則として90日以内としております。その範囲に収まっております。

次、内訳の2つ目が、補償請求者が補償金請求を行うまでで25日。

それから内訳の3つ目で、補償金請求を受けてから補償金の支払いまでが14日、約款上は60日以内としております。このようになっております。

最後の○ですが、損害賠償においては、訴訟であれば提訴から終結まで2年前後、訴訟外であっても賠償請求から示談の成立までに数カ月を要することが多いなか、本制度では申請から2カ月強で補償金の支払いを行っております。保護者にとっては、児の看護・介護に必要な費用が速やかに支払われているということを実現しております。ここでいったん区切らせていただきます。

○小林委員長 以上、制度の現状、特に補償の申請から補償金支払までのところですが、ご質問等ありますでしょうか。よろしいでしょうか。

○鈴木委員 4ページですが、本制度の目的が約款の1条に書かれているということですが、この約款に書かれている目的と、その下の○の現行制度の効用を測るその以下の観点が微妙に違うのですが、これは何か、例えば原因分析を行いという目的が入っていますが、効用を測るうえでは、「原因分析」という言葉は出てきていないということと、それから産科医療の向上を図るという目的は書かれていますが、それ以外に「産科医療提供体制の改善」という言葉が効用測定の観

点には入ってきているということ。こういうずれというのは、何か意図してこのずれがあるのでしょうか。

○後理事 意図してずらして、そのずれの部分に意味があるということではございません。十分ではないのですけれども、原因分析のところも(1)～(4)のうちの(2)番でしょうか、後ほど出てまいります、紛争の防止・早期解決のところ、原因分析の報告書をつくって、云々という内容が出てくるようになっております。

それから、(4)産科医療提供体制の改善は、産科医療の質の向上を図ることを通じて、ひいては提供体制の改善も図られていくという大目的が、もともとの枠組みなどにもありましたので、このようなことを盛り込んでいるということでございまして、両者一致していると受けとめていただいて結構でございます。失礼しました。

○鈴木委員 現行制度を評価するということでは、目的で何をするのか、それがされているのかというのが評価の基準になると思うので、何をするのかは、目的では補償する、分析を行う、情報を提供する、そして紛争と産科医療の質の向上を図るという、この4つ行動が規定されていますので、これに一応沿って書いておいたほうが、目的がどの程度遂行されたかという評価との整合性が保たれるので、原因分析がどこに入るのかというのは紛争解決だけではないと思いますので、そこは少し整合性をつけておいたほうが、かえって読みやすいのではないかと思います。

○後理事 はい。わかりました。

○小林委員長 では、事務局のほうで検討していただいて、今までこの文言で進めてきたところはあると思いますが、検討して、特に「原因分析」というのは非常に重要な言葉だと思いますので、反映させていただければというふうに思います。ほかに、ほかの委員からいかがでしょうか。

○勝村委員 審査の概要を詳しく説明していただいたんですけども、不服審査



について何かまとめているものがあれば、これを機にお聞きしておけたらと思うんですけれども。

○小林委員長 今、すぐに説明ができますでしょうか。もしあれだったら、後では、簡単に、今、お願いします。

○事務局 それでは、事務局のほうから説明させていただきます。

不服審査につきましては、今まで3回の異議審査委員会を開催しておりまして、全部で5件の不服審査がありました。そのうち1件は、補償対象に変わっております。残りの3件は、審査委員会の最初の結果どおり補償対象外です。残りの1件は、今継続審議中という内訳です。

今回、本体資料でご説明しました補償対象の数には、審査委員会では補償対象外になったけれども、その後の異議審査で補償対象と変わって、いわゆる当制度としては補償対象にした事案も含んで計算して、きょうの資料の数字としてございます。

○小林委員長 現在までに不服の申請が5件あったということですね。その結果も踏まえて表1は反映されているということだと思います。

ほかにかがででしょうか。それでは、ちょっと議題も多いですので、先に進みたいと思います。

では、事務局、次のほうをお願いします。

○後理事 それでは、9ページをお願いいたします。資料の9ページです。9ページから12ページまで4ページありますけれども、少し急いでご説明させていただきます。失礼します。

(2)紛争の防止・早期解決のところでは、紛争の形にはいろいろあると思いますが、ここでは損害賠償請求を中心に見ております。そして、ア)ですけれども、補償対象と認定された事案における損害賠償請求の状況を見ております。これがア)なんですが、後にイ)が出てきまして、そこは補償事例全体ではなくて、その内訳の原因分析報告書を送付した事例の賠償請求の状況を見ます。すな

わち、このようにア) とイ) であわせてご理解いただければと思います。

それでは、ア) の下の1つ目の○ですけれども、本制度では、分娩機関が重度脳性麻痺について法律上の損害賠償責任を負う場合、補償金と損害賠償金の調整を行うこととしております。

次の○ですが、このため、分娩機関が損害賠償請求を受けた場合には、運営組織にその旨を速やかに報告することを加入規約で定めておりますので、補償対象と認定された事案の損害賠償請求の有無等の状況を運営組織が把握することができるといってございます。

下の○ですが、昨年12月末時点で把握している損害賠償請求等の状況は以下のとおりということございまして、その下の括弧です。【損害賠償請求等の状況について】という部分です。

その下の1つ目の○ですが、平成23年12月末までに補償対象と認定された252件のうち、損害賠償請求等が行われている事案は18件（7.1%）でございます。

次の○で、また18件のうち、2件（0.8%）については、損害賠償が確定し、調整済みでございます。したがって、補償に関する作業は完了しているものが2件ですけれどもあるということでございます。

3つ目、4つ目、5つ目の○ですけれども、ここは少し込み入った書き方になっておりますので、ちょっとご説明しますが、ここで書かれておりますのは、252件を2つのグループに分けております。半年以上経過例と1年以上経過例の2つのグループに分けております。これは仮に補償がきっかけとなって損害賠償が増えるとしますと、半年後、1年後と時間がたつと損害賠償事例の割合も増えるかもしれないと考えて、そのような集計をしております。

そこで3つ目の○に行ってくださいまして、その結果ですが、半年以上経過している事例は178事例でございます。そのうち損害賠償請求等が行われている事案は14件（7.9%）でございます。

4つ目の○ですが、1年以上経過している事例は108件でございます。損害賠償請

求事例は9件(8.3%)でございます。

この3つ目と4つ目の○を見ますと、252件全体で見ても半年で区切っても1年で区切っても大体7～9%ぐらいです。補償認定後、突然増加しているといった時期は見出されておられません。

そこで、5つ目の○ですけれども、時間的な経過とともに、損害賠償請求等が行われている事案の比率が大きく増加する傾向は見られないとしております。

それから次の括弧ですが、【損害賠償請求等の態様について】。損害賠償請求を行われている18件の状態を書いております。

1つ目の○ですが、18件のうち、既に損害賠償が確定した2件については、いずれも訴訟によらず決着しております。裁判にはなっておりません。

それから、一番下の○ですが、その他16件の内訳ですけれども、これらはまだ有責無責は確定しておりません。その内訳ですけれども、訴訟が提起されている事案が3件、訴外、つまり裁判外の賠償交渉中の事案が5件、証拠保全のみで、訴訟の提起や賠償交渉が行われていない事案が8件と、このようにさまざまな状況です。

続いて10ページをお願いいたします。

【損害賠償責任確定までの期間について】でございますが、確定したものが2件ですので、その2件を1つずつ見ているというものです。

1つ目の○ですが、2件のうち、1件については、損害賠償請求から賠償責任確定までの期間は約2年です。

それから2つ目の○で、もう1件については、補償申請前に賠償責任が確定しているため、損害賠償請求から賠償責任確定までの期間は不明でございます。このように、補償申請前に賠償責任が確定しておりました。しかし、それでも申請はありました。原因分析や再発防止の意義を考えたご申請かと思えます。

続きましてイ)です。運営組織で把握しているその他の事案の状況でございますが、その他のということがわかるのは、正式な申請には至っていませんけれど

も、何らかの連絡が事前にあつたりしますので、少し情報がわかることもあります。それらをまとめたものです。

1つ目の○ですが、補償申請に際しては、分娩機関がその都度運営組織から専用の書式を取り寄せる仕組みとしておりますので、書式を送付したケースについては、運営組織で定期的に分娩機関に進捗状況等の確認を行っております。フォローしております。

2つ目の○ですが、補償対象事案ではないものの、将来申請の可能性のある事案の進捗状況等の確認を行うなかで運営組織で把握した賠償請求等に係る事案として、点線の四角の中のような事例が9件ございます。ただ、今後状況が変わる可能性はあります。

四角の囲みの中の1つ目の・ですけれども、補償申請を行うことなく、損害賠償責任が確定済の事案があります。

2つ目の・ですが、補償申請を行うことなく、損害賠償請求等が行われている事案があります。

3つ目の・ですが、補償申請も検討しているが、並行して損害賠償請求等が行われている事案もあります。

そして一番下の・ですが、これは申請後になりますが、現在審査中ということですが、既に損害賠償請求等が行われている事案もございます。

このように補償制度に申請することなく、また補償認定の結論を待つことなく損害賠償が行われたり賠償責任が確定している事案があると、それが9件あるということでございます。

それから、ウ)にまいります。運営組織では把握していない事案ですけれども、これはその下の○ですが、補償申請が行われていない、それからやり取りもないというような事案がもしあれば、そのような事案は把握できないということが書いてあります。そのような事案も一定数存在するものと見られると書いておりますが、あくまで推測です。

それから、次が、イにまいります。イは原因分析報告書が送付された事案における損害賠償請求等の状況を見たものでございます。これが先ほどのアに対応するものです。

1つ目の○ですが、本制度では、補償対象と認定された事案につき、脳性麻痺発症の原因分析を行い、補償対象と認定されてから半年から1年後に分娩機関および保護者に報告書を送付しております。これは半年から1年後と決めているわけではございませんで、そのぐらい時間がかかっているという意味でございます。

2つ目の○ですが、補償対象と認定された252件の内、賠償請求等が行われた事案は18件（7.1%）と先ほど申しました。この252件の中で12月末までに原因分析報告書が送付された事案が87件ございます。この87のうち、賠償請求等が行われた事案が8件（9.2%）あるという状況です。

一番下の○ですが、この8件のうち、原因分析報告書送付後に賠償請求等が行われた事案は2件あるという状況でございます。

続いて11ページをお願いいたします。

11ページ目の1つ目と2つ目の○は、先ほどと同じような考え方で、時間軸に沿って半年、1年のグループをつくって賠償請求等が行われた割合を見ております。これも考え方も一緒に、時間がたって報告書を送付という段階に進んでいきますと、賠償請求の割合が増えるかもしれないという考えで見ておりますが、その結果ですけれども、1つ目の○にありますとおり、報告書送付後、半年以上経過している事案は43件ございます。そのなかで損害賠償請求等が行われている事案は2件（4.7%）でございます。

2つ目の○にありますように、1年以上経過している事案は20件ございます。その内賠償請求等が行われている事案は1件（5.0%）でございます。このあたりになりますと件数はかなり少なくなってまいります。

次の○ですけれども、既に損害賠償責任が確定している2件ございましたが、その内1件は報告書送付前に損害賠償請求が行われております。もう1件は、補

償申請前に損害賠償責任が確定済みの事例でございます。いずれも報告書がきっかけとなった賠償請求ではないようです。

それからその下の○ですけれども、今後、報告書送付後に賠償請求等に至る事案が一定程度増加する可能性はまだありますけれども、わかりませんが、現在のところ、報告書が損害賠償請求等に影響しているというようなことは必ずしも言えないものと、そのような現象は観察されていないということでございます。

その下の○ですが、また、報告書送付後に損害賠償請求等に至っている事案でありましても、今のところ2件あるわけですが、報告書受領前から賠償請求を予定していた可能性もございます。原因分析報告書が損害賠償請求等のきっかけになったか否かということ突き詰めては把握できないと考えております。

それから、次、ウですけれども、原因分析に関するアンケートを行っております。その結果でございます。

その下の1つ目の○ですが、第8回運営委員会で報告いたしましたアンケートを昨年7月から8月に実施しております。

2つ目の○ですが、アンケートは一昨年、原因分析報告書を送付した20事例の保護者、分娩機関に送付しております。

次の○で、回答率は、分娩機関が70% (17/24) です。保護者40% (8/20) でした。

集計結果は、本日の資料1にございます。資料1ですけれども、資料1につきましては、後ほど岡井先生のプレゼンテーションのスライドにグラフになりましたので出てまいりますので、そちらのほうがよくわかると思いますので、そちらに譲りたいと思います。失礼して省略させていただきます。

同じ部分の一番下の○ですが、集計結果については、回答数が限られること、特に保護者からは8件の回答しか得られておりませんので、現時点で結論づけられませんけれども、今後も継続的にアンケートを実施することとしております。

そして、エにまいります。訴訟件数の推移でございます。

その下の1つ目の○ですが、最高裁判所の医事関係訴訟委員会が公表しております「医事関係訴訟事件の診療科目別既済件数（平成16年～22年）」によりますと、医事関係訴訟は全体的に減少傾向にあります。そのなかでも産婦人科の訴訟件数は大幅に減少しております。これが12ページの表になりますので、両方ごらんいただければと思います。

そして次の○ですが、制度発足後の平成21年～22年の産婦人科の平均訴訟件数は、86.5件/年でございます。制度発足前の16年～20年の平均件数134.8件に比べて35%減になっております。その間、全診療科における減少幅は10%ということで、それより多い減少幅になっております。

また、制度発足直前で見ますと、平成19年～20年の平均訴訟件数は103.5件。これに比べても16%減少しております。同じ時期の全診療科における減少幅は2%です。

次の○ですが、ただし、留意すべき点がありまして、この統計はあくまで産婦人科全般における訴訟件数でして、産科のしかも脳性麻痺事案に限定した資料ではございません。また、既済件数ですので、つまり終結した件数で、例えば判決とか和解とか請求の放棄とか認諾とか訴え取り下げとか、そういう終結を見た件数でございますので、始まったのは本制度発足前である可能性があります。そのような事案が大半を占めている可能性もありますので、本資料をもって制度の検証をするよりは、もう数年時間を要して数年後の資料のほうがよりよいのではないかと考えております。ここでいったん区切らせていただきます。

○小林委員長 紛争の防止等に関する現状の報告ですが、ご質問等いかがでしょうか。

○飯田委員 この制度の補償と損害賠償請求との関係がよくわからないのですが、こちらに補償請求しておきながら損害賠償請求もしている、その順序が逆のこともあります。両方に申請するということは、損害賠償額が産科医療補償制度の補償額よりも大きいということですか。そうとしか考えられないのですが。

○山田部長 そうですね。今までの事例を見ましたら、損害賠償のほうが大きいということです。

○後理事 1点補足させていただきます。賠償が確定した後、補償申請がなされたケースが1件ございます。それはパッと頭で考えると、どうして申請するのかなど疑問に思うのですが、恐らく、原因分析や再発防止に意義を見出しておられ、申請すればそういう活動につながるので申請する、というお気持ちもあったかと考えられます。以上です。

○勝村委員 今の話のそのケースは、そのまま原因分析、再発防止につなげていくということですか。そのケース。

○後理事 今、私が申しましたケースは、そのとおりです。原因分析や再発防止に役立てていくことができるということです。

○勝村委員 調整済みが2件ということなんですけれども、これらは具体的にはどういうやり取りになるのでしょうか。つまり、医賠償の保険からこの機構の保険に対して直接何かあるのか、どういう動きになるのか、ちょっと知っておきたいと思うんですが。

○小林委員長 じゃあ、事務局のほうでお願いします。

○事務局 一応、事務局からお答えさせていただきます。賠償額の大きさにもよりますけれども、かなり大きい額だというケースで考えますと、こちらから既に分割で払っておりますので、幾らか補償金を払っているわけですね。その分は決まった賠償額の内枠として優先的に充当してもらいます。仮に1億の賠償が決まったとして1,000万払っていたとしたら、1,000万はまず賠償金としてそのまま使ってくださいということにして、そうすると、分娩機関は今度1億また賠償のために捻出するんですけれども、9,000万は患者さんに払い、1,000万はこの制度に返させていただきます。

あと、この制度の補償金は3,000万ですから、残り2,000万あるんですけれども、その部分はお支払いをストップするというような感じになります。



この2件がどうかということではないんですけれども、ほとんどの場合が医賠責に加入していますので、それは医賠責の支払の時に1,000万はこちら、9,000万は患者さん、そういうふうに分けたような感じでコントロールしているということでございます。

○勝村委員 今回は2件とも医賠責に入っていたのかなと、今のお話で思ったんですけれども、それは医療機関を通さずに、保険会社とここで直接やり取りをするんですか。それとも、いったん医療機関に行くんですか。

○事務局 お金の流れは直接です。

ただ、その直接というのも、医療機関の意思に基づいてももちろんやりますので、医療機関が例えば医賠責の保険会社に、こっちに幾ら、そっちに幾ら払ってくださいというふうに、その医療機関が加入している保険会社に指示して、保険会社はそれに従って支払先はここですね、という確認をして払ってくるということですよ。

ですから、お金の動きとしては直接ですけれども、いわゆる医賠責の被保険者である分娩機関の指示の下に動いているということになります。

○小林委員長 よろしいですか。かなり複雑なのでわかりにくいところがありますけれども。

○勝村委員 もう1つなんですけれども、調整委員会ってまだ開かれていないですよ。今回、この2件の場合は、その保護者の人と医療機関の間で話し合いとか、医賠責の保険会社のほうできちんと話ができたとこのこの制度の事務局に伝わってきたから、そこで事務的な調整をしたということだと思っんですけれども、その事務的なことがうまくいかない、例えば医賠責の保険会社がかかわっていないとかいう場合で調整委員会を開く可能性というのは、何か準備されているのかということと、調整委員会というものは何度もこれまで運営委員会でお聞きしているんですけれども、今の話の一連の中でどういうときに必要だという位置付けで理解しておけばいいのかを教えていただけたらと思います。

○小林委員長 調整委員会の役割ですね。

○山田部長 調整委員会の役割ですが、原因分析委員会で重大な過失が明らかと  
思料されるという指摘があった場合に、それを受けて調整委員会を開催するとい  
うことになっております。だから、補償金と損害賠償金の調整とはちょっと意味  
が違うということでご理解願いたいと思いますが。

○小林委員長 今回のケースは、医療機関が補償金の全額を払って、制度のほう  
には返還があったということですね。

○山田部長 はい。今回の場合は、調整委員会を通した調整という意味ではござ  
いません。

○小林委員長 当事者同士の間で合意に至ったということですね。

○山田部長 そういうことでございます。

○小林委員長 争いはなかったということですね。

○山田部長 この2件とも訴訟ということによらずに決着しているという件でござ  
います。

○勝村委員 今回、きちっとまとめていただいて、原因分析の報告書が出される  
ことでかえって裁判を誘発しているんじゃないかというような危惧みたいなもの  
をインターネットなんかで書いている人がいてるんですけども、それはエビデ  
ンスがないということがはっきりした。その事実を早速示していただいたことは  
すごくありがたいと思っています。僕もこれまでに、この制度が始まる前から産  
科の医療裁判をされてきた人をたくさん知っていますが、この制度で裁判が増え  
るようなことには僕はならないと思って発言してきましたし、それは原因分析や  
再発防止がされずに放置されるのを防ぐために多くの人が提訴してきたと感じて  
いますので、この制度でそれらがされるということによって裁判はずっと減ると  
思っていました。

ただし、その裁判をするエネルギーみたいなものは、何度も言ってきましたけ  
れども、正しい情報が出ていない、出されないという、証拠保全をしても、記録

は紛失しましたとか、カルテにはほとんど何も書いていないとか、そういうケースは本当にまれではない。これまでの裁判を見ていただければわかります。

それからもう1つは、原告や被害者の本人尋問とか陳述書、これまでの裁判を見ていたらわかりますけれども、やっぱり真実が伝えられていないという思いを持っている人たちが裁判をしていると。うそをついているんじゃないかという趣旨の、そういうものがとてもしんどい提訴の決断へのエネルギーに代わっている。そういう思いを持つに至った人が裁判に至っていると感じています。

この事例の1つ1つは、ちょっとプライバシーの問題があると思いますけれども、僕はこの裁判になっている事例と、原因分析の報告書で一部、もったきちんと十分に記録を書くべきだという趣旨で少し指摘されている事例があったと思うんです。そのような事例と実際に裁判になっている事例との、裁判というか別途、原因分析するまでもなく事故直後から提訴されている方がおられますね、これを見ていると。そういう事例との何か相関関係みたいなものがあるのではないかと。今の段階では数が少ないかもしれませんが、僕はその関連性についてぜひ見たいと思います。僕はきっと事実経過をいい加減にされてしまうことをなくしていくことで本当に裁判は減ると思っていますので、そのあたりについて、ちょうど制度見直しの時期でもありますので、何かどこかで示していただくことができればありがたいなと思いますので、お願いしたいと思います。

○小林委員長 では、勝村委員からの要望は損害賠償に至った事例のもう少し詳しい情報をということですね。また、それは検討していただいて。

○後理事 検討させていただきます。その前提で、原因分析報告書は、委員の皆様ご承知のとおり、再発防止を行うために作成しております。ですから、原因分析報告書の記述や内容がこうであれば裁判になってその結果はこの程度になるといったことが全くよくわかる表ができてしまいますと、このことは、報告書は再発防止のために作成しているという趣旨からちょっと変わって来たりしますので、そのあたりが私ども検討するときのポイントだろうなと思っております。まずは

検討させていただきたいと思います。ありがとうございました。

○鈴木委員 10ページのイ) の2つ目の○のところですが、この中の4つのうちの最後の現在審査中の事案で既に損害賠償請求がされているというのは、これは約款上報告義務があるから、当然のごとく損害賠償請求されているかどうかは把握できるというものですよね。そうですね。

○上田委員 もう1度説明をお願いします。

○鈴木委員 つまり、現在審査中の事案ということは、申請されているわけないので、申請されている事案については、損害賠償請求を受けた場合には報告義務があるんですよね。そうですね。

○事務局 すみません、また事務局から説明させていただきます。

○小林委員長 また、事務局ほうからお願いします。

○事務局 一応、加入規約等では、補償対象になると補償金との調整の問題もあるので、補償請求者から賠償請求を受けた場合は必ず報告するというのを義務化しているんですけども、まだ申請してこの後どうなるかわからないという段階では、実務的に義務までは課していません。

○鈴木委員 なるほど。

○事務局 ただし、そういうところとは絶えず事務局としてもいろいろコンタクトをとっているんで、そういう情報は基本的にあらかじめ全部把握しながら対応を進めるということで、こういう情報を収集しています。

○鈴木委員 わかりました。

そうしますと、9ページのア) の2つ目の○なんですが、損害賠償請求を受けたことについて運営組織に報告義務がある事案というのは、給付をされた事案に限るということになりますか。補償対象かどうかというのは審査しないとわからないんですけども、要するに、給付決定がされた事案だけに報告義務がかぶると。

○山田部長 補償と認定された事案については報告義務があると、そういう意味

でございます。

○鈴木委員 報告義務が課されると、そういうことですね。

○山田部長 はい。

○鈴木委員 そうすると、10ページの4つ目の○は、審査中なのでまだ報告義務は課されていないが機構が把握していると、こういう事案ですね。

○山田部長 はい。そういうことでございます。

○鈴木委員 わかりました。

そうすると、その前の3つは補償申請されていないわけですが、何か問い合わせがあって事実上把握している事案なんでしょうか。

○山田部長 そうです。

○鈴木委員 そういうことですか。はい。

それで、ちょっと文章上の問題なんですけど、10ページのイ)の2つ目の○のところの冒頭に「補償対象事案でないものの」と書いてあるんですが、これは「補償決定事案ではないものの」という意味なんですね。「補償対象事案でない」と言うと、補償要件が、補償を受ける要件がない事案を何か把握しているかのようになり、ちょっと文章上誤解を与えると思います。そういう意味なんですね。

○山田部長 はい。そういう意味でございます。

○鈴木委員 はい。わかりました。

○小林委員長 では、今のところは誤解を与えるというか、間違いの表現ですので、訂正を後でお願いいたします。

ほかは。

○勝村委員 すみません。先ほどのお願いがきちんとうまく伝わっているか不安になったので、もう一度発言させてください。

具体的になんですけれども、原因分析の報告書を読むと、時々記録が不十分な面があるというたぐいの指摘が、程度の差こそあれ、されていることがあると意識しています。もっときちんと記録すべきだったと。こういうことも記録してお

くべきだとか、そういう事実の記録に関して、つまりきちんとデータがあるはずの、本来、通常の産科医料であればあるはずのデータがなかったり記録が不十分な面があるというように指摘されている事例と訴訟になっている事例との関係性というものがあるかどうかを知りたいということのお願いです。ご検討いただきたいと思います。

○小林委員長 よろしいですか。

○後理事 はい。理解しました。

○小林委員長 それでは、次の報告に移りたいと思います。では、事務局、お願いします。

○後理事 それでは、続きまして13ページをお願いいたします。13ページから15ページまで、3ページにわたりますてご説明させていただきます。

(3)再発防止に資する情報提供と産科医療の質の向上でございます。再発防止の機能の評価ということでございます。

その下の○ですけれども、制度開始から約3年が経過した現時点で、脳性麻痺の発症数の減少等の具体的な効果を定量的に示すことは困難ですけれども、本制度においては原因分析および再発防止として、同じような事例の再発防止や産科医療の質の向上の取り組みを進めており、中長期的には同じような事例の再発防止や産科医療の質の向上に資するものと考えております。

2つ目の○で、このため、現時点では、継続的に取り組むことで将来的な効果につながると考えられる取り組みについて、以下にまとめております。

まず、アですけれども、原因分析における取り組み状況でございます。これにつきましては、お手元に参考資料1と2をご準備ください。参考資料1と2でございます。原因分析における取り組み状況をご説明させていただきます。

1つ目の○になりますけれども、原因分析の目的を書いております。原因分析では、分娩機関から提出された診療録等に記載されている情報および保護者からの意見等に基づき、医学的な観点から原因分析を行うとともに、今後の産科医療

の質の向上のために、同じような事例の再発防止策等の提言を行うこととしております。

2つ目の○ですが、具体的には、原因分析報告書の中に5番という柱を立てまして、「5. 今後の産科医療向上のために検討すべき事項」という項目を設けております。これがお手元の参考資料1の18ページになります。参考資料1の18ページが、これは架空の事例に基づく報告書のイメージなのですが、その18ページに5番という柱を立てておりまして、今後の産科医療向上のために検討すべき事項を書いております。

この5番の柱の中で、今後どうすれば脳性麻痺の発症を防止することができるのかという視点に立ち、結果を知ったうえで臨床経過を振り返る分析で考えられる方策を記載しております。この5番の中に書いてある事柄の見出しを点線の四角の中に書いております。資料の四角の中ですけれども、5番の中に、まず1)としまして、当該分娩機関における診療行為について検討すべき事項。2)としまして、当該分娩機関における設備や診療体制について検討すべき事項。それから3)が、わが国における産科医療について検討すべき事項としまして、学会・職能団体に対する提言、それから国や地方自治体に対する提言を書いております。

そして、その四角の下の○ですけれども、原因分析対象事例が発生した分娩機関には、上記の内容が記載された分析報告書を送付しまして、診療行為や設備・診療体制について提言を行っております。

次の○ですが、特定の地方自治体に対する提言が必要な場合には、当該自治体へ原因分析報告書（全文版）を送付して、今後の取り組みを要望しております。

一番下の○ですが、さらに原因分析報告書は、高い透明性を確保すること、また同じような事例の再発防止や産科医療の質の向上を図ることを目的として、個人情報、分娩機関情報の取り扱いに十分留意の上、公表しております。14ページをお願いいたします。

具体的には、報告書の「要約版」を本制度のホームページに掲載しております

が、「要約版」のイメージが参考資料2です。「全文版」が22ページぐらいまでありまして、「要約版」が6ページですが、大体ボリュームとしてそのぐらいの感じになっております。この「要約版」をホームページに掲載しております。

それから個人情報等をマスキングした、ですから黒塗りした「全文版」を一定の手続で開示しております。

次の○ですが、「要約版」には原因分析報告書の中の5番に当たります「今後の産科医療向上のために検討すべき事項」を基本的にはマスキング等行うことなく全文掲載しております。そこでだれでも閲覧することができるようになっております。この参考資料2の「要約版」（仮想事例）で見ますと、3ページの下から4番としまして今後の検討すべき事項ということで最後まで続きます。

それから、資料の次の○に行きますけれども、また「全文版」につきましても、これまでに医療機関、医療関係団体、報道機関等から59件開示請求が行われまして、産科医療の質の向上に向けた取り組み等に活用されております。

そして次の○ですけれども、次の○は、重度脳性麻痺が複数件生じた医療機関への対応を書いております。その○ですけれども、また、同一分娩機関における2事案目、3事案目以降もありますから、複数事案目とも書いておりますが、その原因分析を行った結果、1事案目、2事案目以降の原因分析報告書で指摘した事項等についてほとんど改善が見られない、もしくは、1事案目の報告書の受領前の分娩事案であっても、同じような事例の発生が繰り返されるおそれがあると原因分析委員会が判断した場合には、原因分析委員会と運営組織（日本医療機能評価機構）の連名で「別紙」を作成しまして、分娩機関へ送付する原因分析報告書に添付いたします。そして2事案目であること、あるいは複数事案目であることを自覚してもらうということと、一層の改善を求めています。

それから、その次の○ですが、さらに、半年後をめぐりに、改善事項に関し、その後の取り組み状況について報告を求めています。

それから、次のイのところですが、再発防止における取り組み状況です。



1つ目の○ですが、再発防止の取組みでは、個々の事例情報を整理・蓄積して、数量的・疫学的な分析を行うとともに、医学的観点からテーマに沿った分析も行っております。そして報告書として取りまとめて、国民や分娩機関、関係学会、行政機関等に提供することにより、再発防止と産科医療の質の向上につなげることにしております。

次の○ですが、産科医療関係者がこのような情報をもとに再発防止に取り組むことにより、国民の産科医療への信頼を高めることを目的としています。

一番下の○ですが、原因分析委員会で分析された事例の情報をもとに、再発防止委員会において、平成23年、昨年8月に「第1回産科医療補償制度 再発防止に関する報告書」を公表いたしました。15ページをお願いいたします。

具体的には、平成22年に、ですから、一昨年に原因分析報告書を公表した15事例をもとに、個々の情報を整理・蓄積して、数量的・疫学的な分析、15事例ですので、数はかなり少ないという数量的・疫学的分析と、それから4つのテーマを選定して分析を行っております。4つのテーマは、胎児心拍数聴取のことと、新生児蘇生のこと、子宮収縮薬のことと臍帯脱出のことでございます。

次の○ですが、報告書の公表にあたっては、委員長による記者会見を行っております。そして報告書を分娩機関、関係学会・団体、行政機関、本制度各委員会委員等に提供するとともに、ホームページにも掲載しております、広く周知を図っているところです。

次の○ですが、さらに医師会、それから産科婦人科学会、産婦人科医会、助産師会、助産学会、看護協会等々、合計9団体に対して、報告書に記載している「学会・職能団体に対する要望」という内容について、検討を依頼する旨の文書も発出しております。

次の○ですが、さらに厚生労働省より「『産科医療補償制度第1回再発防止に関する報告書』に関する掲示用資料の活用について」、この掲示用資料と申しますのは、重要な内容をぐっと凝縮して1ページにまとめた掲示用の資料にもなる

ページをつくっておりますけれども、そのことです。その活用についてという通知が出されております。

次が、(4)ですけれども、産科医療提供体制の改善の評価でございます。主に産婦人科医の人数の推移を見ております。

1つ目の○ですが、厚生労働省の「医師・歯科医師・薬剤師調査」における産婦人科の医師数の推移を、表7に示しております。9,800以下は省略しております、そこから上を表にしております。

○の2番ですが、産婦人科医師数は平成18年まで減少傾向でありますけれども、その後増加傾向に転じて、平成20年、22年と増加しております。これは2年に1回の調査です。

その下の○ですが、平成18年前後には、産科医不足の解消に向けて厚生労働省、日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会等、多くの関係者がさまざまな取り組みを着手されました。その効果も出ているものではないかと思っております。以上でございます。

○小林委員長 以上、ここが原因分析と再発防止にかかわる現状かと思っておりますが、ご質問等ありますでしょうか。

○勝村委員 14ページの4つ目、5つ目の○について、以前にも進捗状況とかはお聞きしていると思うんですけれども、現段階での具体的な事案等の何か具体的な状況を教えていただければと思います。

○小林委員長 事務局、お願いします。

○山田部長 いろいろ個人情報の絡みもありますので、公表しないということになっておりまして、ご了承願いたいと思っております。

○事務局 追加で、事務局のほうからお答えをさせていただきます。

前々回、7月の運営委員会の際に、これまでに1事案、別紙対応を行ったところがありますという報告をさせていただきました。その後、1施設増えまして、累計で2施設、これまでに別紙対応を行っております。以上でございます。

○小林委員長 2施設、今までに。2例目の。

○上田委員 別紙を送りました。

○岡井委員長代理 ああ、そういう意味ですか。その2例とも、原因分析委員会でその症例を検討した結果、違う原因であるということなので、ダイレクトには関係していないと判断しました。前回指摘したことを守っていても起こり得る状況はあったと、2例に関してはそういうことです。今の段階では。

前に指摘したことをきちっと検討してくれましたかという問い合わせはしております。それに関しては、イエスという返事が返ってきています。

○小林委員長 岡井委員は、原因分析委員会の委員長ということで、今の追加のご説明がありました。いかがでしょうか。

○勝村委員 この2つ目に、半年後をめどに報告があるということだと、その2つの事例のうち1つの事例は、この報告書が出されるにまで至っているという理解でいいわけですか。

○小林委員長 いかがでしょうか。2つ目の○ですね。取り組み状況についての報告が来ているかどうかということですね。

○事務局 今、岡井委員からもお話をいただきましたけれども、最初の事例については報告を受けておりました、原因分析委員会のほうでも確認をしております。

○小林委員長 岡井先生、何かその最初の事例の取り組み状況についての追加のご発言はありますでしょうか。

○岡井委員長代理 どういう原因が考えられたかとか、具体的にどういうことをこちらから改善検討するように指摘したかはちょっと覚えていません。

しかし、そのとき思ったのは、2つの事例は原因を別にしている、検討の結果前のこととは違う問題を指摘したということだったと思います。

それから、前のことを検討してくれましたかという問いに対しては、イエスの回答を得ています。

○勝村委員 ありがとうございます。ということは、この2つ目の○は、その

報告を求めている。そしてその報告が出されれば、原因分析委員会でそれが再度閲覧されるとかいう形で、そこで確認されるという、そういう手続きだという理解でいいわけですね。

○事務局 はい。

○小林委員長 では、原因分析委員会のほうでこの問題に関してはきちんと議論をしているということですね。

ほかにかがででしょうか。

それでは、この後、ヒヤリングがありますので、次の議題に進みたいと思います。以上でこちらの冊子のほうの説明は終わりということですね。

では、次の議事ですが、岡井委員からのヒヤリングに入りたいと思います。

この制度の見直しに当たっては、さまざまな立場の方からお話を伺うということをご今後考えております。今回は、本制度の準備段階から深く運営にご尽力いただいております原因分析委員会委員長、日本産科婦人科学会副理事長および同学会の医療安全推進委員会委員長、そして昭和大学医学部産婦人科主任教授を務めていらっしゃいます岡井委員からお話をいただきます。それでは、岡井委員、よろしく願いいたします。

#### 4) ヒヤリング

○岡井委員長代理 資料がございます。4)ヒヤリングと書いた色の付いた資料です。これをごらんになってください。

先月までに100例近くの原因分析が終了して、報告書を送付しております。その過程を振り返り、まとめて経過を報告させていただきたいと思います。

最初の1ページ目でございますのは、原因分析委員会の役割とかその基本的な考え方ではありますが、医学的な観点から原因を究明する、これはそのとおりであります。

それから2つ目に大事なのが、再発防止策を検討して、そこから産科医療の質

の向上を図るということです。それを目的に、この原因分析委員会を行っております。報告書にまとめて公開する等につきましては、先ほど、後先生からお話があったとおりであります。基本的な考え方下のところの黄色い色の付いたところに、責任追及を目的とするのではなくという文章がございますが、この原因分析委員会の役割は、損害賠償責任があるかどうかということを判定することでもなければ、そういう形で罰則を与えようとかいうことでもないということです。

大事なことは、ここで過失を犯した、それに対してこういう責任があるということを追及していきますと、これまでの裁判で行われたように、医療提供者側はディフェンシブになります。そこで言いわけが表面に出てきて、本当の原因の分析もできなければ、公正な医療評価というのでもできなくなります。だんだん歪んでいくということになりますので、先ほども訴訟との関係という話がありましたが、この原因分析委員会を出す報告書は、基本的には私たちの姿勢といいますか、理念としては全く損害賠償責任があるないということとは関係のない報告書にしています。もちろん、書かれている内容からどう判断するかについては、ある程度影響があることはわかっておりますし、裁判になったときに何らかの形でそれが引用されることもあるかもしれません。

しかし、私たちはあくまでも、この医療評価は再発防止を目的としてやっているということであり、原因は医学的にきちっと解明するという姿勢を貫いているというわけです。そのことは後でまた出ます。次のページに行きますと、原因分析報告書の内容は、先ほどお話にありましたように、1～5まであります。

事例の概要のところは、診療録に書かれていることを基本に構成していますが、診療録は、先ほど勝村委員からご指摘があったように、不十分なケースがあったりとか、そこに書かれている担当医師の診断が委員会での診断と異なっていたりすることが時々あります。その場合は、その診療録の記載にはこうなっているけれども、本委員会で検討した結果こうであったということもつけ加えつつ、その事例をよく理解してもらえるようにしております。

それから次に、原因分析と医学的評価ですが、その原因分析の仕方ですけれども、もともとこの補償制度の対象になるのは、分娩中の事象によって起こった脳性麻痺という規定がございますが、審査委員会の段階で分娩中に起こったことが問題だろうというふうに判断されて対象事例であるという認定を受けて原因分析委員会に回ってきたものでも、原因分析委員会で審査をしていくうちに、これは分娩以前の問題であるということがわかる場合があります。そんな事例も原因分析はそのまま継続し、報告書を作成して公開しております。

したがって、後で医学的なまとめを話しますが、全体の中には、分析してみた結果、分娩前のことが原因であったという症例が17%ほどございました。ですから、そこに書いてあるように、妊娠中まで含めすべての要因について検討をしているということです。

それから下のほうに、科学的エビデンスに基づいた資料と書いてありますが、以下の意味が込められています。これまでのさまざまな分析等のやり方を見てきますと、どうしても経験から得られた医学的知識とか理解とかいうものが優先される場合が多いんですね。特に、委員会では、それぞれ周産期学の専門家が集まっていますので、私の経験ではという話になりがちなんですが、そこをなるべく抑えてエビデンスに基づいた分析をやろうということで、わざわざそのことを分析の仕方の、これは内規みたいになるんですかね、マニュアルに書かせていただいているわけです。

それで、特に重要視しているのが、そこに黄色で書いてある「産婦人科診療ガイドライン産科編」です。このガイドラインは、大変意味が深いのでありまして、実は原因分析でも重要であります、この次お話しする医療評価でも大変重要になります。

このガイドラインの作成に当たりましては、ちょっと細かいことにはなりますが、産婦人科学会の中から委員が選ばれて、それでそれぞれ1つの事象に関して文献を相当集めて、こういう疾患に対してはこういう取り扱いをするのがいいだろう

というガイドライン案をつくるわけですが、それを委員のメンバーが全員で検証しながら作製し、その案を今度は評価委員会という、作成委員とは全く別のその道の専門家が集まって、修正を加えて、さらにそこで決まった案をコンセンサスマーケティングという、学会員全員が参加できるマーケティングで議論して、さらにそこで決まったものを学会機関誌に出して、修正箇所が必要であれば申し出てください、と意見を聞いて、最終のガイドラインを作製しています。そこまでやっていますので、このガイドラインというのは、学会員皆さんは当然知っているべきものであるという前提になりますし、それからそれを学会員が認めたんだという事で、このガイドラインが医療評価の中心になってきております。そういうやり方で分析を進めています。

次のページを見てもらいたいんですが、臨床経過に関する医学的評価についてです。医療行為等について医学的評価を加えるのはなぜかということですが、無過失補償制度の外国でやっている医療評価というのは、ある一定よりもレベルが低い医療行為を判定することが目的です。民事裁判で損害賠償責任があるなしと行われるようなレベルではなくて、もっとうんと低いレベルで、行政処分に相当するかどうかを見るというのが主な目的でやられています。私の知る限りそうです。

しかし、ここでは、その行政処分をどうこうということでは全くありません。じゃあ、なぜやるのかというと、目的は1つです。再発防止につなげるためです。産科医療の質の向上を図ること、そのために医療評価をやっているのです。

実は、こういう機会なのでちょっと発言させてもらいますと、「再発防止」という言葉も余りいい言葉ではないんですね。多くの脳性麻痺の事例を検証してきましたが、いわゆる過失というのが、薬を間違えたとか患者さんを間違えたとか、そういうような意味での過失なんていうのは、ほとんど実際にはないんですね。医療の質という面で言えば、もっといい治療があったらとか、平均よりも低いレベルで、これはちょっとまずいぞというのはもちろんあります。

しかし、そういう場合に、何となく「再発防止」という言葉を使うと、最初に言ったような形の過失というものを防止するという感覚を受けるので、私はここはできれば今後は、脳性麻痺の発症を回避するとか防止するとか、そういう言葉に変えてもらいたいと個人的に思っています。これは余談でしたが。

それで、その医学的評価が、先ほど言いましたように、あくまでも私たちは再発防止の目的でやっているのですから、それが損害賠償する責任があるような医療行為だったかどうかということは、全く判定はしないわけです。

ですから、総合的にこの事例は何点満点のうちの何点だったということはやりません。大事なことは、脳性麻痺の発症を回避するという目的を考えた場合には、総合点は必要ないんです。1つ1つの医療行為について評価をします。ここの医療行為がどうだったか、もう少し違う手段のほうがいいんじゃないかとか、この検査をやっていなかったということは、これはよろしくない、今度からやってみましょうとか、検査をやったときに、その検査の結果を見てどう判断したか、治療法をどう選んだか、そこに問題であれば、そこをこういうふうにしたほうが脳性麻痺の回避につながるという、そのような考え方をした場合には、1つ1つの医療行為、判断、検査、それぞれについて評価を加えるのが良いと考えています。その評価が、その後で改善につながる提言をするということにつながるという、そういう気持ちでやっております。

3ページの下にあるのが、医療水準の高低に関する表現例です。ここで大事なものは、さっき言ったように本当に明らかに間違った医療行為も、それは人間ですから過ちはありますけれども、脳性麻痺の事例を見ていたら、そういう事例はほとんどなくて、1つの医療行為、例えばこういう胎児の心拍数陣痛図の曲線が出たと、それをどう判断するか、その判断がこれぐらいのレベルに分かれるんです。とても良い、これはすごく的確な判断だというレベルから、下へ行くと、誤っているとか劣っているとか、それぐらいレベルは分かれるので、そこをきちっと、1つ1つの医療行為なり診断の能力なり、そういうものに対して評価のどれかの



表現を当てはめていくということをやっております。

これは大変もめることもあります。もめるというのは、委員によって意見が違ふんですね。その場合は、どうしても決着がつかなければ、賛否両論があるということで、そのまま書きますし、いろいろな意見を皆さんでディスカッションしていくうちに集約されてくることもあります。このケースでは、例えば選択肢の1つであるというような判断でいいだろうと、そういうことを審議して表現しているわけです。

それで、その次の4ページですが、医学的評価が重要なのは、先ほどからもちよっと話題になりましたように、原因分析委員会の報告は再発防止委員会のほうに基礎データとして行くわけです。それを一般の人が読むと過失に思えることもあり、場合によったら裁判に持っていく材料になったりとか、場合によったらそれを実際に裁判になったときの資料にされるということもあります。

したがって、医学的評価というのは大変に難しいと思いながらやっているわけですが、そこにありますように、これが甘すぎる評価になると、医療の質の向上を阻害することになります。当然です。もっといい方法があるのに、今やった方法がいいという評価になりますと、それは直らないで次も同じ方法が取られることになりますから。実は今までの裁判で争われたときがそうなんですね。被告側は、自分たちのやったことは絶対的に肯定するわけだし、そちらに立つほうは、その医療をいい、いいと、言ってきたわけです。そうすると、さらに質の高い方法があっても上を向いて直っていかないという現実がありました。本当に今度のこういう制度で原因を分析し、医学的評価を行うというのは、訴訟から切り離せるので本当のことが言えるんですね。だから、そこはきちんとやっていかなくちゃいけないと思っています。

それから、さらにこの評価が不公正であるということで社会から反発を受けますし、制度そのものの意義がなくなってゆきます。それじゃあ、やめてしまえということになりかねないのです。

一方、評価が厳し過ぎると、こんなに日本の産婦人科の医者はひどい医療をやっているのかということになります。産婦人科の医師に対する社会からの信頼が失墜するということにもなりますし、先ほどから懸念されている訴訟が増加して医療側に不利な判決が出るんじゃないかと、こういう意見も一方では出るわけです。

ですから、私たちはこれをどちらにも傾かないように、真ん中を、真っすぐ進み、あくまでもニュートラルを貫くつもりです。それも医学の質を向上させるという目的に沿ってしっかりやっという事で、この点には大変腐心をしております。いろいろな意見が出るのはいいことなんですが、どちらかにも偏らないようにということで、その議論を深めて、1つ1つの事例に時間をかけて審議をしているわけでありまして。

それで、その結果についてのアンケートの説明をします。次のページに行ってください。幾つかアンケートの質問があるのですが、全部ではありません。重要なところだけ円グラフをつくってみました。

最初の幾つかは、医療提供者側です。施設に対して送ったアンケートですが、結果が届くまでどうでしたかという質問に対して、黄色いのは「普通だった」で、それが多数を占めます。「早いと感じた」という人も少しいるぐらいで、医療をやっている人は、症例の原因分析を行って報告書を書くのにはこのぐらい手間がかかるかということはある程度わかっているんだと思うんです。患者さん側からはやっぱりちょっと遅いと感じておられます。後で出しますけれども、これは違いがあるなというふうに思います。

それから次、原因等について、原因分析報告書に記載されている内容は、原因分析報告書をごらんになる前の認識と同じでしたかという質問です。「まったく同じだった」という人が4分の1ぐらいいて、「だいたい同じだった」人というのは4分の3近くいるんですね。脳性麻痺の事例を担当した医師から見ても、原因はやっぱりあそこにあるなということは、大体わかっておられるんだと思いま

す。だから、「だいたい同じだった」という回答が多くて、「かなり異なっていた」というのもちょっとあるんですが、それは少数派であるということです。医師の方は最初からわかっておられるんですね。それでも大事なことは、原因について第三者がきちっと分析した結果を報告しているということです。

次に、内容について納得できましたかという質問です。この内容とは、医学的評価のことを意識して書いているんですけども、「とても納得できた」「だいたい納得できた」が多いのです。やはり先ほども言いましたように、医療提供者は、その事例を後から考えてみると、ここところがちょっとまずかったなどか、もう少し早くこういう判断ができていればよかったなどかいうことは、やっぱり皆さん自分で考えておられるんですね。それが裁判になったら絶対に出ないというだけの話なんですね。

委員会の評価を、実際に担当した医療提供者側が納得しているということは、今のところ、そんなに間違った評価もしていないし、そういう意味では、先ほどのどっちに傾くかという話ですけども、医療提供者側にとても厳しいという評価ではないと、私は思っています。

それから、原因分析が行われたことは良かったですかの質問ですが、これも「とても良かった」というのが半分以上です。「どちらとも言えない」「あまり良くなかった」も、一部いますが少数です。さっきの再発防止委員会からの提言が出たときに、一部の産婦人科医師の人から、こういう分析をやれば裁判が増えるんじゃないかとか、正しくない批判をいろいろと受けましたが、これを見てもらえばそんなことはないというのがわかると思います。

何が良かったかというところについて、右下に書いていますが、一番多いのが、「第三者により評価が行われたこと」でした。それから、「今後の産科医療に役立つこと」と続きます。あと、スタッフに対する、患者さん側からの「不信感が軽減したこと」は、ちょっと少ないですね。「原因がわかったこと」というのは、最初から自分が思ったのと余り違ってないから、ここには余り票が入らないで

すね。

その次の7ページに、原因分析報告書を受けて院内でどのように周知、活用しましたかという質問の回答が出ています。院内カンファレンス等で検討会を開いてこの報告書を使って検討したというのが半数です。ただ、そこまでやっていないんですけれども、「院内で回覧を行った」というのが残りで、「何も行ってない」というのはないんですね。

ちょっと問題なのはここからなんですが、「原因分析報告書の内容について、ご家族と話をされましたか」の質問についてです。「まったく話をしていない」というのが一番多くて、「ほとんど話をしていない」、あと「まあまあ話をした」「十分に話をした」とあるんですが、これ順番を変えればよかったんですが、後で患者さんの側の家族の方の回答と比較してみたいと思いますが、ここはちょっと問題なんですね。

その次に行きます。8ページは、保護者のほうのアンケートに対する回答です。先ほどちょっとお話ししましたが、報告書が届くまでの期間について、ちょっと遅いと感じた人が医師よりは多いですね。

その次です。内容について理解できましたかの質問です。これには、難しくないと感じられて「大体理解できた」という答えが多いです。

次に、家族の方からは“質問とか疑問”を受けていて、それに対しては相当丁寧に回答をつくってお答えしているのですが、「まあまあわかりやすかった」が半分で、「どちらとも言えない」「少しわかりにくかった」「とてもわかりにくかった」とかあるので、ここのところをもう少しわかりやすく回答する必要があるのは、私たちの1つの課題だと思います。

それから、その次の脳性麻痺の原因等についてですが、報告書に記載している原因は、あなたのご自身で考えておられた認識と比べてどうですかという質問です。「だいたい同じだった」が多くて、「まったく異なっていた」はないんです。ごめんなさい。色がちょっとわかりにくいですが、「わからない」という人が4

分の1ぐらいいます。「わからない」というのは、どっちかと言えば、前から余り自分の家族に起こったことについての原因を、医者ではありませんから、自分たちだけで分析も余りしていなかったということだろうと思います。

それで、分析が行われたことは良かったですかという問いに対して、「とても良かった」「まあまあ良かった」が半分です。そのなかで、なぜ良かったかは、「第三者により評価が行われたこと」「今後の産科医療に役立つこと」「原因がわかったこと」、こういうのがありますが、一方で、茶色の部分ですが、「あまり良くなかった」という意見が4分の1ぐらいあるんです。

なぜ良くなかったのかを聞いています。これは重複回答がありますが、先ほどの医学的評価のところの下の方に当たるような文章が出てくると、こういうまずいことをやったのかというようなことで、医療機関やスタッフに対する不信感が高まったというのが2例あるわけです。

それに関しては、いろいろなところで、特にメディアの人にも協力してもらわなくてはいけないことなんです、一般の人にわかってもらわなければならないことがあります。何か事故が起こって悪い結果になったときには、一般の人は、医師がとんでもないことをやったと、そういうふうに思うのです。逆に事故にならない医療はみんな100点満点のように思っているのです。実際にはそうじゃなくて、医療というのは委員会で行っている位細かく全部チェックしていくと、悪い結果になったのではなく、とてもいい結果になっている事例でも100点満点なんかありません。ここは良いけどここはまずい、がいっぱい出てくるものなんです。現場の医療というのはそういうものだということを知って報告書を読んでもらうと、報告書によって不信感が高まったということは減らしていけるんじゃないかと思っています。医療というのは、いつも100点満点じゃないのです。幾つも問題を抱えながら私たちはやっていて、運が悪いと結果としてこうになってしまうという部分があるのです。そのところの認識を一般の人に余り期待するのは無理かもしれないんですが、わかってもらうように私たちも努力していくことによって、

この報告書を読んだ結果として不信感が高まったという部分を減らしていきたいというふうには思っています。

それから、その次の11ページの下のほうをまず見てもらいたいんですが、これがさっき話に出たことで、「十分に話をした」は医師にちょっとあって、「まあまあ」がありました。患者さんの側からは、「まったく話をしていない」という回答が多いんです。これは医者の方はそこそこ説明したつもりであっても、受け取る側は余り説明してもらったという気にはなっていないということの現れだと思います。そのディスクレパンシーですね。

それで、そういうことの結果として、上のところの「原因分析報告書をご覧になった後に、分娩機関や医療スタッフへの信頼について、保護者の方のお気持ちに何か変化はありましたか」の質問への回答が次のようになった訳です。「少し悪いほうに変化した」と「とても悪いほうに変化した」とかが見られます。これには、先ほど言ったように、医学的評価するとき、「一般的ではない」とかそういう評価の言葉を使っているんで、それがとても悪いように捉えられているというのがありますが、この話し合っていないということも、1つの問題点だろうと思います。

最終的に訴訟とかそういうものを減らしていくということも目標の一つです。結果として訴訟が減ったかどうかを単に数値で見るというだけではなく、こういう残念な悲しい結果に終わっても、医師と患者さん側との間の信頼関係というものを崩さないで良好な関係を保っていくということ、これ自体がやっぱり1つの目標に入ると思うので、そのためにはこの報告書を受け取った後、何とか上手に話し合いをもってもらいたいと思っています。医師の側は話しにくいというところもあるので、それこそメディエーターとかが活躍する場面であって、ADRというものがここで本格的に活動してくれれば、さらに一歩進められるんじゃないかというふうに考えています。

それから次は、分析結果のまとめです。12ページは医学的な観点からです。簡

単に言いますと、60%は分娩中の低酸素状態が原因で、これが最も多かった。分娩前に原因があると思われるのが17例ありました。それと、子宮内感染が関与したというのが、原因分析委員会の委員の先生方の審議の結果34%もあることが分かりました。今まで、ここまで多いという数値は出ていませんでした。厳密に分析をしたので出てきた事実であります。

それから、臍帯脱出とメトロイリントルという分娩誘発法との関係が、問題になりました。問題になったというのは、臍帯脱出の3例はみんなメトロイリントルと関連しているようだったので、本当に関係しているのかどうかを、学会で検討してください、調査してください、というふうに要望しているのです。

大事なのは、最終的に脳性麻痺の発症を回避して、発症頻度を減らしていくことです。学会には相当活躍してもらわなくちゃいけないと私は思っています。

そこに、学会が取り組むべき課題というのを4つ挙げていますが、2、3、4は再発防止委員会の第1回の提言で書かれていることです。

1番目の常位胎盤早期剥離については、あの時点では、まだ症例数は多くなかったんですが、その後どんどん増えてきたので、ここに記されているのです。常位胎盤早期剥離は頻度も高く、とっても重要であるということがわかってきたので、学術集会での講演に際してこのことをトップに挙げて学会に対してお願いした訳です。

それで、じゃあ学会は実際活動を起しているのかというと、やっているんですね。常位胎盤早期剥離の病態解明のための症例の集積を、日本産科婦人科学会の周産期委員会というところで始めました。

それから、次の子宮内感染。これは一番難しいんですが、周産期新生児医学会等に宿題としてぜひやってもらいたいと思っています。メトロイリントルと臍帯脱出の関連についての調査についてですが、産科婦人科学会では分娩の経過を登録して、年間に7万例ぐらいの症例について相当細かいことまで報告してもらっ

て集積しているんですね。ところが、そこでは臍帯脱出とメトロイリントルの関係がわかるような登録の項目になっていないので、早速そこにメトロイリントルに関する項目を設けてもらうようにしました。これからその関係がわかってくると思います。

その後の4番のことも学会にお願いしていて、最近盛んに講習会とか研修会の頻度も増えておりますし、私たちがこの産科医療補償制度の原因分析の立場から学会にいろいろ要求していることは、学会側としても少しずつ対応してくれているということだと思います。

それで、次のページですが、原因分析をこの2年半やってまいりました実際の印象です。これほど緻密な原因の解析が可能になるとは実際思っていませんでした。本当に信じられないぐらいです。今まで脳性麻痺の症例というのは、損害賠償請求をされるが多かったのです。実際に裁判になるのはその中の一部ですが、示談が成立してお金を払ったり払わなかったりもあるかもしれませんが、ほとんどのケースは何らかの形で問題になります。

そうすると、問題になるほとんどのケースの中には、私達から見てもこれは防ぎようがないという事例、例えば一気に赤ちゃんの状態が悪くなって大急ぎで帝王切開をしたけれども間に合わなかったというような症例でも裁判になるぐらいなんですね。ですから、脳性麻痺という症例はどうしても医療提供者側がディフェンシブになって、本気で原因は何だったか、どうすれば防げたかという解析をやってこなかったという過去の経緯があります。これは日本だけじゃなくて、世界中で同じ状況だったのです。そんな理由からも、現実として脳性麻痺が全然減っていないんです。胎児死亡も減っていますし、母体死亡も減っているのに、脳性麻痺だけが減っていない。それには、一つ一つの症例について、医療提供者側が自分たちを守るために深く掘り込む解析を避けてきたということは関係していると思います。それをこの制度で打ち破ることができるのであれば、それはとてもいい結果につながるだろうということで、私は、一番最後に、脳性麻痺の発症を



減少させ得る感触を得たということを書かせてもらっているわけです。

あと、問題点もないことはなくて、診療録の記載が不備である、ということは重大な問題です。そのために、一番肝心なところがわからないというのは困ったことです。聞き直したりもしていますけれども、細かいところはしょうがないというところもあります。でも、大事なことは診療録にきちっと書いてくださいというのを提言しています。

それから、もう1つ問題なのは、新生児に関してです。これは分娩機関のほうが入っている保険で、その代わり取り決めとして診療録を出してください、質問に教えてくださいということを書いてあるのですが、新生児側に関しては、特に搬送された場合には、NICUでその赤ちゃんを診たときの管理がどうであったかということは余り評価できないような仕組みになっているので、これも何とか解決したいと思っています。

それと、今、申し上げましたように、本当に時間もかけ、丁寧に検証していますので、人的、金銭的負担が大きい。これをこのまま続けていけるのかという心配は多少あります。今後、事例数は益々増えてきますからね。

それからもう1つ、適正な医学的評価についてです。今、何とかそこを真ん中、中立を保とうとしていますが、この後、メンバーも代わり、若い先生が入ってくると、場合によっては医療提供者側にもものすごく厳しい、自分たちがこのレベルだからみんなそのレベルまで上げろみたいな話になっていく可能性があり、それをちょっと心配はしています。それは何とか上手に引き継ぎをしながら継続的に中立のスタンスは守ってゆかなければと思っています。

最後に、報告書を公開した後の対応として、診療側と患者さんの側とで対話をしてもらうようにして、メディエーターに入ってもらってもいいですけども、せっかくの報告書を良い方に活用してもらいたいと思っています。

それからもう1つ、ある点に関して相当低い評価をされた時、例えば、胎児心拍数陣痛図の判読が劣っているとか、そういう評価を受けた場合に、そのことを

勉強し直さないといけないと思っています。納得しただけではダメで、しっかり学習して研修しないと、その能力を上げることはできませんから、それを支援するような体制というのを学会・医会等につくっていくということも大事なんだろうと思っています。これは、外国では、先ほど言いました行政処分みたいな形になるんですが、この制度ではそういうことを全く考えていません。しかし、相当低い医療行為があったような場合は、それを直していくための教育的指導のようなことを、学会等できちっとやっていくというふうになってもらえればということと思っています。

最初に、この制度が発足したときに掲げた目標が、訴訟を減少させることと、脳性麻痺の発生頻度を低下させること、この2つは何とか達成したいと思っています。以上です。

○小林委員長 岡井委員、ありがとうございます。原因分析委員会、親委員会、それからこの作業部会も含めて、非常に精力的に活動していただいております。

ただいまのお話について、ご質問等ありますでしょうか。

○大濱委員 岡井先生から非常に詳しい説明をしていただきましたし、この制度の意義が非常に大きいということも強調されたと思います。学会ではガイドラインを作成してそれを徹底するために、以前から同じようなことを繰り返してやっており、そのために、日本の周産期医療は、ご存じのように、世界ではナンバー1ぐらいのところにあります。それでもこういった不幸な事例が後を絶たないため、より高いレベルの医療を目指しているということは十分皆さん理解されていると思います。最後に指摘されましたように、このガイドラインや、今回出された分析の報告が現場で活用されるための研修を十分するということが必要ではないかと思います。全国規模の学会等での研修でもせいぜい1,000人ぐらいしか聴くことができません。一方、産婦人科は、1万人を超える数いますので、ぜひ各都道府県といたしますか、各地区の研修会で産婦人科医会などが研修テーマに取り上げて、ガイドラインとこの報告集の両方を教材にして徹底していただきたいと思

います。

それから、都道府県ごとに先ほどの周産期死亡率とか母体死亡率にかなり差がみられます。したがって、地域ごとによく徹底させ、今後も地域同士が競争するなどしてすべてがよい方に向かっていくような、そういう取り組みにすることが望まれます。それが今回の補償制度の非常に大きな付加価値とされますので、これを外に向かってもう少しアピールして、この制度はすばらしいということをおアピールしてもらいたいと思います。報告集を自治体や関連団体に配っていると思いますが、基本的には読んでもらい、活用してもらわないといけないので、そこまで機構のほうもフォローしていただき、せつかく多額のお金、労力を使ってやっていますので、成果のあるようなものにしていただくことを希望します。

○小林委員長 はい。ありがとうございました。産科の学会、あるいは医会、それから機構のほうでさらに連携を進めてもらうということで、岡本委員、突然で申し訳ないんですが、岡本委員のほうからも何か追加の発言がありましたらお願いします。

○岡本委員 助産師のほうも、特に日本助産師会は開業も勤務もおりますけれども、まず、開業の助産師に対しましては、研修会等でやはり再発防止の報告が出ましたので、そのなかでも1例助産所の症例も分析されておりましたので、どこが課題であったかということをお話しています。特に、記録の徹底は以前から言っているんですけども、児の心拍数の管理体制のことと、それから蘇生の研修の普及が課題です。今、ちょっと調査しておりますけれども、各地域でも蘇生の研修をしっかりするよということを進めています。医療連携の調査をやりましたら、答えてきたものの数にもよりますが、8割方蘇生の研修を一応受けているという結果が出ていますので、さらにそのブラッシュアップとか、まだ抜けている部分とか、それから事故事例の症例に関しましては、その地域の支部長とも連携を取りまして、現在どのような形で本人が課題の部分の研修等のフォローをしているか、その報告書もいただいておりますので、指導の徹底を図るよ

うにしています。そういう意味では本制度は非常に助産師の場合も課題が明確になってきているので、非常によかったかなというふうに評価しています。

○小林委員長 ありがとうございます。

○木下委員 岡井委員長代理が原因分析の委員長であります。岡井先生のお話を皆様方お聞きになったとおりであります。この原因分析委員会のメンバーというのは、日本の周産期学のリーダーたちで、胎児心拍数の解析からいろいろな臨床の場面場面で適切な判断が出来るスペシャリストたちの集団であります。そういう方たちが真摯に医学的な視点で脳性麻痺の原因分析を検討しておりますが、現在その結果を整理してまとめていただいております。このまとめ方は真剣にそこから問題点を抽出していくという視点でまとめられたものです。この原因分析の結果から、再発予防のための提言を作成することになりますが、実は、我々が原因分析をしてもなぜこのような重度な脳性麻痺が起こるのであるかと、現在の進んだ医学的知見からみても、本当に原因がわからないという事例は、ここにも書いてありますように、全体の中で17%もあるのです。さらに、例えば常位胎盤早期剥離も診断されてすぐに処置をすれば助かるかもしれませんが、実際には医療施設に来たときには、すでに遅くて、どうにも救いようがなかったというケースが多々あるわけでありまして。全体の約50~60%は残念ながら我々が何をして結果として救えなかったという事例が実はあるのです。

過去においては、脳性麻痺になると原因を求めて、医療者あるいは助産師等に対して、何か問題なかったのだろうかと考えて、訴えることが多かったと思います。今回のこのような大々的な原因分析を産婦人科学会や医会を中心におこなったことで、全脳性麻痺の中で、本当に改善すべきである事例は少ないことが明らかになってきました。数は少なくとも、当然、現場の医師が留意すべきことがあれば、それに対してはきちんと対応しなければなりません。具体的には、胎児心拍数の読み方が十分ではない事例や、急速遂娩術の方法の問題もあるでしょうし、また新生児蘇生の方法の問題もまだこれからということもあります。このような

事実から具体的な改善につながる方策を考え、「脳性麻痺を回避する」ことを学会と医会へ実践していく考えです。いずれにいたしましても、脳性麻痺を回避していくということは究極的な目的でありますけれども、実は全体の脳性麻痺のなかで本当に回避できるというのは、原因分析の結果をみる限り実は30%程度ではないかと思えます。

学会もそうでありまして医会もそうありますが、大濱委員がお話しになりましたように、この制度から始まった原因分析の結果は重要で、これは国内だけではなく、海外でもこれだけ正確な脳性麻痺の原因分析の報告はありませんので、いずれ学会や、国際的学術誌に報告してほしいと思えます。それほどに価値の高いものであると思えます。一方、我々現場サイドとしましては、いかに回避するかという視点で、報告書を活用すべきですが、現実には報告書を配っても、読んでくれないことが多いだけにどうやって有効に使ってもらえるかの方策を考えたいと思えます。脳性麻痺を回避するためには、1人1人の分娩担当者が自分のこととして再研修していくことに尽きると思えますので、その仕組みを医会として具体化していくことを試みたいと考えています。原因分析を担当している委員の労力は大変なものでありまして、各委員の御尽力に心より感謝しています。従ってその結果を我々は生かしていくということで脳性麻痺を少しでも減らしていく努力をしていきたいと思えます。この制度は実際に運用してみてこれほどにまで有意義な精度で機能するとは、正直のところ思っておりませんでした。しかし患者様方に対しては、従来は補償されなかったであろう事例が、無条件に補償されるということだけではなくて、医学的な視点からも極めて大事な情報が提供されつつあるということもあり、ぜひ今後よりよい形で改正されたらいいと思っております。

○小林委員長　それでは、岡井委員には引き続き原因分析委員会をリードしていただきたいと思えます。

また、折に触れてご報告をしていただきたいというふうに思えます。

○勝村委員 時間がないと思いますので簡単に言います。このアンケートの結果を初めて見て、非常に興味深く思っているんですけども、送付数、医療機関が24件で保護者が21件ですが、これは原因分析が終わった順の24件、20件、つまり、最初の15例で再発防止の報告書が出ましたけれども、その最初から20、24ということなんでしょうか。

○事務局 事務局からお答えします。資料にも記載させていただきましたが、分娩機関について、搬送事例については搬送元の分娩機関にもアンケートを実施しておりますので、分母が24ということになっております。

○小林委員長 医療機関のほうは増えているということですね。

○勝村委員 これは、最初の、前の再発防止の報告書があった15件プラス5件、中身としては。あの15件の内容に対してアンケートしているという理解でいいわけですね。

○事務局 はい。

○小林委員長 それでは次の議事、今後のこの見直しに関する主な検討課題と論点について、事務局から説明をお願いいたします。

#### 5) 主な検討課題と論点について

○後理事 それでは、本日の資料の最終ページと、それから資料2の2枚でございます。本日の資料の最終ページと資料2でございます。

主な検討課題と論点についてでございますが、この制度の準備委員会におけるご意見ですとか、それから制度開始以降にもさまざまなご意見が寄せられております。そこで見直しにおける検討課題と現状、主な論点について、いったんまとめたものが資料2でございます。

資料2のご説明に移る前に、この資料2も、きょう、これから全然変わらないというものではありませんで、今後、制度に関する有識者や補償申請を行った分娩機関、それから患者さんの保護者の方からのヒヤリングなどを予定しております。

それらも踏まえてこの資料2をさらに整理していくことにしております。

それでは、資料2を見ていただきまして、一番左側の縦の列が検討課題でございます。大きく6つに分けておりますが、それぞれさらに細かく分けると全部で14あります。

1番の補償対象範囲につきましては、1)の補償対象基準を週数や体重などを見直すことの要否。個別審査基準の変更の要否などが論点になっております。

2)重症度は、これも変更の要否です。

3)除外基準ですけれども、これも先天要因、新生児期の要因などの基準の変更の要否。また、6カ月未満の死亡事例は申請できませんので、その取り扱いの変更の要否などを論点として整理しております。

2番は、補償額でございます。1)補償額。現状は真ん中の列ですけれども、3,000万円。論点としては、この額の変更の要否。あるいは障害程度等級別に差をつけて補償額を設定するか、そのことの要否。

それから、2)支払方式。現状は分割払方式を取り入れておりますが、この方式の変更の要否。例えば、一時払、分割払、年金払、それらの組み合わせなどが考えられます。

それから、3)掛金です。1分娩につき3万円。この掛金変更の要否が論点としてあります。

それから、3番は調整の仕組みです。調整の仕組みの変更の要否が論点としてございます。そして、最後のページにまいります。

4番が、原因分析の仕組みでございます。現状は先ほどのご説明のとおりです。論点としては、空欄になっておりますが、先ほどありましたように、年間数百件を分析していく体制の検討などが必要です。

それから、5番が組織体制でございます。現状は、たくさん書いてありますが、審査、原因分析、再発防止、異議審査、調整、こういった機能は、すべて日本医療機能評価機構で行っております。この組織体制の変更の要否が論点でございます。

す。

最後が、6番のその他でございまして、ここに5点課題を挙げております。

1)補償原資に剰余が生じた場合の取り扱いでございまして。現状では、剰余が生じた場合は、趣旨に照らして適切に利用することにしております。将来の制度充実に資する使途を検討することが必要になっております。また、欠損が生じた場合は原資の確保も課題になります。

それから、2)廃止時等預り金(100円)でございまして、現状は、3万円の内、1分娩につき100円は「廃止時等預り金」という名前で別建て管理してございまして、これは分娩機関の廃止等により掛金の支払が不能になったときに、運営組織が補償責任を引き継ぐための費用として費消することができることになっておりますが、この単価の100円の変更の要否です。それが余ったときの使途などが論点になっております。

それから、3)掛金対象週数ですが、現在、在胎週数22週以上の分娩、死産も含むことになっております。この週数ですとか死産の取り扱いの変更の要否が論点です。

それから、4)訴権の制限でございまして。現状は、訴権は制限されておられません。保護者は、補償金を受け取った場合でも損害賠償請求を行うことができます。その結果、調整ということもあり得ます。この点について、訴権の制限の可否および是非の検討が論点になっております。

最後が、不服申立・異議審査の仕組みでございまして。現状は、不服がある場合は、補償請求者は不服申立を行い、異議審査委員会で再審査を求めることができるようになっております。これを続けるか見直すかという論点がございまして。

以上、整理してございまして、先ほど申しましたように、次回以降また再整理をしていきたいと考えております。以上です。

○小林委員長 以上が、現時点で事務局のほうで用意した制度の見直しに関して可能性のある事項ということでございまして。何か今の説明について、まずご質問



等ありますでしょうか。ちょっと専門的な言葉もありますので、わかりにくいところもあるかと思えます。

○鈴木委員 先ほどご質問しました次第の4ページの「現行制度の効用を測る」という評価、現状の評価の4つないし5つのポイントと、今の資料2が対応していないように見えるので、そこは、次第のほうの4ページではこういうポイントで評価をしていくと言っていますが、資料2のほうは、制度の端から端まであるのを何か全部見直すかのような、そういうものになっていますので、ちょっとこの次第の4ページと資料2の整合性を位置付けていただきたいというふうに思います。

それから、資料2の主な論点のところは、書いていないところはこれから補充していただくだらうと思えますし、書いてあるところも、こういう見直しが必要ではないかという意見が多少なりともあるのであれば、そういう論点を記載していただいて、1から全部見直して新しい制度をつくるかのような、平成26年から新制度でスタートするという言葉もさっき出ていましたけれども、平成26年までやった制度とは違う制度を一から2年間検討してつくるんだ、つくるかのような、そういう誤解を与えると思えますので、主な論点については、抽象的に考えられる、もう一から制度設計するときに抽象的に考えられる論点のような突き出し方をしていますので、やっぱり3年間やってきて、ないしは5年間やって、問題点を整理していくという姿勢で整理をしていただいたほうがいいのかというふうに思います。

それで、この資料2の主な論点のところの2枚目の6. その他の4) 訴権の制限ですけれども、これも今言った一般的な、訴権制限は憲法学者などでは裁判を受ける権利、憲法上保障されている裁判を受ける権利を侵害する訴権制限をすれば違憲になるという論点も強く主張されているところですので、これは無過失補償制度全体にかかわる論点ですけれども、日本国憲法が持っている裁判を受ける権利の保障との整合性を余り考えないで、抽象的にこういう論点もあり得るのでは

ないかというのは、ちょっと責任希薄、薄いのではないかというふうに思いますので、1つ1つは少し整理をしていただいたほうがいいのかというふうに思います。

個別の意見については、またその整理に従って意見を述べさせていただくことになると思います。

○小林委員長 では、今のはかなり大きなご指摘ですので。

○山田部長 今のご指摘のとおりでございますが、資料2は、関係者からいただいた意見を、見直しに対して論点になるであろうという点を取りあえずとりまとめたというものでございます。

それで、次回以降の運営委員会では、具体的な内容を一応ご審議いただくことになりますけれども、各課題についてすべて見直すという趣旨ではありません。見直しが必要か否かも含めてご審議いただくということでございますので、よろしくお願いたします。

○小林委員長 今回は、かなり現状の説明が多かったので、見直しにかかわる検討課題を、この後、余り審議する時間がありません。次回以降、2～3回かけてどこを重点的に見直しをしていくかということの絞り込みをして、またこの資料2に代わるようなものを事務局のほうで準備していただくというようなことではないでしょうか。

○勝村委員 そういう前提のうえで、ちょっと自分が忘れてしまわないうちに、発言させて下さい。

ちょっとわからないんですけども、さっきの岡井委員のお話のなかで、最後の13ページの下のスライドの特に1、2、5番などは、原因分析委員の皆さんだけでなしに、制度としての見直しのなかで何かその問題点解決に寄与できるのではないかという面があると思いますので、例えば原因分析の仕組みの主な論点のところに、この13ページの下の1、2、5番なんかを議論できたらいいなというふうに思ったので、ちょっと意見として述べておきます。

○小林委員長 では、今の点も事務局のほうで検討ください。

ほかにはいかがでしょうか。もう特に質問に限らず、この委員会で言う見直しに関して広く意見をいただければというふうに思います。

例えば、ここに挙げた資料2の1～6以外にもこういうものがあるのではないかとか、あるいは鈴木委員が言われたように、ここは検討するについてはちょっと大き過ぎるとか、現実的ではないようなというようなご指摘もいただければというふうに思います。

○鈴木委員 私も原因分析委員会のメンバーでこんなことを話すのはなんですけれども、原因分析委員会でも少し議論をしているのですが、いわゆる調整の仕組みで、原因分析委員会が重大な過失を判断をしてそして調整委員会にかけるというこの仕組みですけれども、これはかなりの矛盾を抱えている仕組みだと思うんですね。

つまり、法的な過失を判断しないと言っている原因分析委員会が、重大な過失を判断すると。しかも、先ほどの岡井先生のスライドの中の、いわば医療水準レベルの最も低い「劣っている」というのも報告書の中には出ているわけですけれども、「劣っている」でも、重大な過失ではないと。こういうことで、積極的に重大な過失が何かということも極めて不明確であるという、これは形はありますけれども、この制度は使わないということで動いているように思いますので、いわば原因分析委員会が重大な過失を判断して調整委員会にかけるという、この仕組み全体は機能していないと思いますので、この仕組みを残すかどうかも含めて、また代替案をどのように調整を考えていくかどうかも含めて、ここはきちんと議論をしたほうがいいのではないかとこのように思います。

○岡井委員長代理 今、鈴木委員が言われたとおりで、そこはもう1回議論し直す必要があるんですが、これまでのところ、原因分析委員会でやってきた考え方は、重大な過失というのは、故意又はそれに準ずるぐらい悪意に近いようなものであるという考えです。これはいろいろ定義も複雑で、イギリスでもなかなか決まらないらしいという話をこの間聞きましたが、それぐらいの感覚なので、場合

によったら刑事責任を問われるかもしれないようなものというぐらいな感覚で  
“重大な過失”というのをとらえていますから、医療行為として見た場合に、その質が相当低くても、それは重大な過失には当たらないという感覚でやっている  
ので、今まで100例近く分析を行いました、すべて“重大な過失”には当たらないという判定にしています。調整委員会をどうするかは、今後、また審議してほしいと思います。

○鈴木委員 その感覚はその感覚で、岡井先生のご意見ですから尊重したいと思  
いますけれども、それを「重大な過失」という用語を使うこと自体に大きな問題  
があると思うんですね。今、おっしゃっているのは、重大な過失の問題ではない  
と思うので、過失だという法的判断をしないと一方で言いながら、重大な過失は  
相当ひどいやつだと。その相当ひどいやつは、ランクの中に書いていないと。こ  
ういうことでは、ちょっと説明ができない。制度をきちんと。

○岡井委員長代理 質が違っていると思ってください。我々が審議するものとし  
てですね。医療の質を評価するのは、今言った中に全部入ってきます。

それ以外にいわゆる犯罪に相当するような悪質なものを、ここでは「重大な過  
失」と呼んでしまったという感じです、私たちのとらえ方は。「重大な過失」は  
こういうものであるということは、以前の議事録に書かれています。

○鈴木委員 だから、こういうものだと書いてある中身を、もうちょっと事例の  
類型化とかそういうことをやっていくのであれば、この制度を残すということに  
なりますけれども、そこはやられていませんので、そこはこういう制度を維持す  
るかどうかも含めて議論すべき課題かなというふうに思います。

○小林委員長 資料2で言えば、3番の調整の仕組みのところの3項目目ぐらい  
になるかと思いますが、実際、調整委員会は今のところまだ開かれておりませ  
んし、ここら辺のところは、もし必要であれば小委員会等をつくって、法律上の話  
もありますので詰めてもらえたらいいかなというふうには思います。いずれにし  
ても、事務局のほうでまず検討していただきたいと思います。

○飯田委員 まず、今の論点に関して、前から私が申し上げていますが、原因分析委員会で有責・無責とはっきり書かないまでも、それに近い過失ということを書かないまでも、それに近い表現はやはり避けるべきだと思っています。だから、原因分析は原因分析、再発防止に徹してほしいと。やはり、有責・無責は別な枠組みでやってほしいということ、見直しの際にまた言いますが、それはぜひ押さえてほしいと思います。

○小林委員長 ほかにいかがでしょうか。

○勝村委員 時間がないので、あんまりお話しできませんが、僕は、そもそも調整委員会が準備委員会の段階のときのイメージと、実際に制度が始まってからのイメージが、僕自身は大きく異なっていると感じているので、やっぱりそのあたりが、準備委員会での議論がいまだに生きている云々よりも、新たに議論したらいいのでしょうかけれども、本来、どういう形でこれがやられるべきものかというのは、やっぱりきちんともう1度原点に戻って考えるべきではないかと思います。いまだに1度も開かれていないということと、準備委員会でどんな議論だったかということも踏まえて、もう1度議論し直したいなというふうに思っています。

○小林委員長 はい。ありがとうございます。それでは、ここの調整の仕組みはかなり重要な論点ということで、事務局のほうでも再度整理をしていただきます。

ほかのところはいかがでしょうか。

○飯田委員 全体のことですが、先ほど、運営会議と理事会との関係は、定款に書いてあるというので今私読みました。運営会議に関して書いてありますが、置くことができるだけ書いてありますが、どういう役割か書いてありません。委員会もそうです。それを置くことはいいし、当たり前だと思いますが、どの組織でもそういうものはあります。そこで議論した重要な、例えば委員会同士の議論の違いとか、重要な提案に関しては、きちんと運営会議で議論することはもちろんいいですが、理事会で機関決定をきちんとしてほしいということ、また改め

て要望いたします。

それからもう1点、アンケート調査の話がありましたが、先ほど来、各委員からご意見がありまして、非常に興味深い結果で、有意義だと思います。

ただ、追加していただきたいのは、裁判になったか、なっていないかということも非常に大事ですけれど、裁判になる前の紛争になっているかどうかということも改めてそのアンケートで調べてほしいと思います。その結果がどうかということがわかればいいのですが、まだ係争中のものは出てきませんので、それはアンケート調査で何らかの形で出てくるだろうと思います。

賠償の話は、やはり保険のほうの賠償の話と、それとは別に民事の話もあり、あるいは裁判から示談の話もありますので、それをきちっと分けてデータを取っていただかないといけません。見直しのときにどうなっているかということがわからないといけませんので、ぜひデータとして出していただきたいと思います。

○岡井委員長代理 アンケートは、原因分析委員会の報告書に対するアンケートということで取っていますので、先生言われた裁判になったとか、損害賠償の請求があったとかいうことは、このアンケートとは別に調査をきちっとしてもらうのが良いと思います。これと訴訟とを結びつけないのです。

○飯田委員 ですから、私は、運営委員会としてお願いしているわけです。どこでやってもそれは結構です。機構としてやってほしいということです。

○小林委員長 では、先に2つ目のほうのご意見に関しては、原因分析委員会とは別に、運営委員会としてそのような紛争にかかわるようなアンケートができなにかということ事務局のほうで検討してもらおうと。

それから、1番目のほうに関しては、今、ありますか。

○事務局 それでは、事務局のほうからお答え申し上げます。

先ほどご質問のございました運営会議についてでございます。

実は、当機構の運営会議規則に、諮問機関である委員会からの諮問事項について、担当の理事から提案された事項について審議し承認すること、ただし、理事

会の決議を経ていない事項、または重要な事項については理事会に諮らなければならないと、そういう事項がございます。それによって行われているというものでございます。よろしくお願いたします。

○飯田委員 ですから、前の委員会のときに承った話では、運営会議で決定したから機関決定だという発言があったものですから、それはちょっと違うのではないかとこのことを申し上げておきます。

○小林委員長 事務局から追加があるようです。

○事務局 事務局のほうからもう1点、2番目におっしゃられました賠償にかかわる各種データの件なんですけれども、今、私どものほうで損害保険会社各社にデータの収集、医師賠償責任保険のデータの収集を今各社に依頼しておりまして、それを取りまとめまして、次回をめぐりにデータのご提供を申し上げる予定で、今、準備をしているところでございます。

○飯田委員 私が求めているのは、それもそうですが、それ以外のものも出していただきたいと言っているのです。

○小林委員長 ほかにいかがでしょうか。今の事務局の説明は、損保会社、あるいは恐らく日本医師会等のご協力をいただいて、この脳性麻痺児に係る訴訟、あるいは訴訟に至らないまでも紛争している件に関して、賠償の観点から資料を提出いただけると、近いうちにいただけるということだと思います。

それから、飯田委員のご意見はそれに加えて、直接その保護者に対してアンケートをしてもらえればということですね。

○飯田委員 保護者および医療機関です。双方にしないとわかりませんから。

なぜかという、現場からそういう疑問点がでておりますので、ぜひお願いしたいと思います。

○小林委員長 ほかにいかがでしょうか。

そろそろ、かなり私の不手際で、時間も超過しましたので。ただ、これは重要なことですので、もし最後にどうしてもこの検討課題を反映していただきたいと

いうご意見があれば受けたいと思いますが。よろしいでしょうか。

では、制度見直しの検討課題は引き続き議論するという事で、とりあえず用意した議題はこれで終わりということで、その他、事務局のほうから何かご報告ありますでしょうか。

#### 6) その他

○山田部長 次回の開催日につきまして、3月下旬から4月上旬を予定しております。委員の皆様のお手元に日程調整表を配付させていただいております。記入の仕方ですけれども、会議は一応2時間を予定しておりますので、都合のよい時間帯を2つ以上連続して○をご記入くださるようお願いいたします。

例えば、14時開催の場合ですと、14～15時のところと15～16時の2つの欄に○をご記入くださるようお願いいたします。大変お手数でございますけれども、2月24日までにファクスにて返信いただくよう、よろしくお願い申し上げます。ご記入いただきました内容を基に開催日程を決定し、改めて案内を申し上げますので、何とぞよろしくお願い申し上げます。以上でございます。

### 3. 閉会

○小林委員長 それでは、これもちまして第10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。委員におかれましては、ご多忙中のところ、まことにありがとうございました。