

第16回「産科医療補償制度運営委員会」

— 第7回制度見直しの検討— 次第

日時： 平成24年12月11日（火）
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

1. 開 会

2. 議 事

I. 産科医療補償制度の運営状況に関する事項

- 1) 産科医療補償制度の動向について
- 2) 審査および補償の実施状況等について
- 3) 原因分析の実施状況等について
- 4) 再発防止の実施状況等について
- 5) 制度、補償申請に係る周知等について

II. 産科医療補償制度の見直しに関する事項

- 1) 今後の制度見直しの検討の進め方について
- 2) 第15回運営委員会の主な意見について
- 3) 調整のあり方について
- 4) 社会保障審議会・医療保険部会における議論の状況について

III. その他

3. 閉 会

I 産科医療補償制度の運営状況に関する事項

1) 産科医療補償制度の動向について

(1) 制度加入状況

- 全国の分娩機関の制度加入状況は表1のとおりである。
- 未加入の分娩機関に対しては、これまでも個別に加入の意思確認を実施しているが、引き続き各関係団体の協力のもと、働きかけを行っていく。

表1 制度加入状況（平成24年12月1日現在）

区分	分娩機関数	加入分娩機関数	加入率 (%)
病院	1,206	1,206	100.0
診療所	1,680	1,673	99.6
助産所	443	443	100.0
合計	3,329	3,322	99.8

※分娩機関数：病院・診療所は日本産婦人科医会調べ、助産所は日本助産師会調べ

(2) 妊産婦情報登録状況

- 本制度は加入分娩機関において、分娩予定の妊産婦情報をあらかじめ本制度専用Webシステムに登録し、分娩管理が終了後、分娩済等へ情報更新を行う仕組みとしている。
- 平成23年の妊産婦情報登録状況については、本年7月に開催した第13回産科医療補償制度運営委員会において、登録された妊産婦情報が漏れなく分娩済等へ情報更新されていることを報告した。今回は、登録漏れがないかどうかを確認するため、9月に公表された人口動態統計の確定数との比較検証を行った。
- 平成21年から平成24年の妊産婦情報登録状況は資料1のとおりである。

資料1 分娩済等（掛金対象）件数と人口動態統計との比較について

- ・ 人口動態統計の出生数は、「日本における日本人の出生数」であり、本制度の掛金対象件数に含まれる「日本における外国人の出生数」および「妊娠満22週以後の死産数」は含まれない。

- このため、人口動態統計の「日本における日本人の出生数」1,050,806 人に、「日本における外国人の出生数」11,418 人、「妊娠満 2 2 週以降の死産数」3,537 人を加えた 1,065,761 人（資料 1 の【B】）が、本制度における掛金対象件数（資料 1 の【A】）1,061,149 件との比較対象として適切であり、4,612 件の乖離がある。
- 乖離している主な理由としては以下の要素が考えられる。
 - ①集計基準の相違（本制度は「分娩予定日」ベース、人口動態統計は「出生日」ベース）
 - ②制度未加入分娩機関の取り扱い分娩
 - ③加入分娩機関の管理下外における分娩
 - ④妊産婦情報の登録漏れや分娩機関の更新誤り
- 乖離件数について、平成 2 2 年は 5,443 件であったが、平成 2 3 年は 4,612 件に減少しており、各分娩機関において妊産婦登録・更新および掛金支払に係る適切な事務がより徹底されているものと考えられる。なお、登録漏れ防止等に引き続き努めていく。

2) 審査および補償の実施状況等について

(1) 審査の実施状況

- 審査委員会は、第13回運営委員会（平成24年7月）以降毎月1回、計5回開催している。なお、この間、審査結果に対する不服の申立てがなく、異議審査委員会は開催していない。
- 第13回運営委員会以降の審査結果を反映した、制度開始以降の審査件数および審査結果の累計は、表2のとおりである。

表2 制度開始以降の審査件数および審査結果の累計（平成24年11月末現在）

児の生年 (保険年度)	補償対象基準	審査件数 (累計)	補償対象	補償対象外		継続審議
				補償対象外	再申請可能	
H21年生まれの児	2000g以上かつ33週以上	188	169	6	13	0
	28週以上かつ所定の要件	22	16	6	0	0
	合計	210	185	12	13	0
H22年生まれの児	2000g以上かつ33週以上	147	140	1	6	0
	28週以上かつ所定の要件	13	11	0	2	0
	合計	160	151	1	8	0
H23年生まれの児	2000g以上かつ33週以上	63	61	0	2	0
	28週以上かつ所定の要件	9	8	1	0	0
	合計	72	69	1	2	0
H24年生まれの児	2000g以上かつ33週以上	8	8	0	0	0
	28週以上かつ所定の要件	1	1	0	0	0
	合計	9	9	0	0	0
総計		451	414	14	23	0

- 第13回運営委員会以降、平成21年生まれの児の補償申請数は毎月数件のペースであり、傾向としては横ばいである。平成22年生まれや平成23年生まれ、平成24年生まれの児については、平成21年生まれの児より、現時点ではやや低い水準で推移している。
- なお、補償申請期間が終了した段階での補償対象者数については、現在、医学的調査専門委員会で分析・検討を進めており、来年6月頃を目途に、推計値等が運営委員会に報告される。

○ これまでの補償対象者数の都道府県別（分娩機関所在地ベース）の状況は表3のとおりである。本制度の補償申請に関してはよりきめ細かい周知に努めていく。詳細は「5）制度、補償申請に係る周知等について」のとおりである。

表3 都道府県別補償対象者数（平成24年11月末現在）

北海道	15	栃木	5	石川	8	滋賀	5	岡山	4	佐賀	5
青森	3	群馬	9	福井	4	京都	12	広島	4	長崎	2
岩手	2	埼玉	21	山梨	3	大阪	24	山口	7	熊本	7
宮城	9	千葉	16	長野	5	兵庫	21	徳島	4	大分	6
秋田	3	東京	34	岐阜	5	奈良	4	香川	7	宮崎	2
山形	2	神奈川	29	静岡	23	和歌山	7	愛媛	4	鹿児島	5
福島	4	新潟	6	愛知	18	鳥取	3	高知	6	沖縄	9
茨城	12	富山	5	三重	6	島根	1	福岡	18	合計	414

ア. 補償対象外事案の状況

○ 審査の結果、補償対象外とされた事案は表2のとおり合計37件であり、その概要は表4のとおりである。

表4 補償対象外事案の概要

区分	内容と件数	代表的な具体例
補償対象外	児の先天性要因または児の新生児期の要因によって発生した脳性麻痺の事案・・・7件	・ 脳の形成段階での形態異常による脳性麻痺 ・ 遺伝子異常による脳性麻痺
	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・・・7件	・ 臍帯動脈血pH値が7.1以上で、胎児心拍数モニターも所定の状態を満たさない。
補償対象外 (再申請可能)	現時点では将来の障害程度の予測が難しく補償対象と判断できないものの、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事案・・・23件	・ 現時点の児の動作・活動状況では将来の障害程度の予測が困難

○ 過去に「補償対象外（再申請可能）」とされた事案の内、2件は審査委員会から示された適切な診断時期に再度診断を受け再申請が行われ、審査委員会において再審査を行った結果、補償対象と判断された。

イ. 審査結果への対応

- 補償約款では、運営組織は補償請求者および分娩機関に対して、申請書類を受理した通知を发出した日の翌日から原則として90日以内に、審査結果を通知することが規定されている。現在のところ、申請書類の受理から概ね20日から60日程度で審査結果を通知しており、迅速な審査および補償対象の認定を行っている。

(2) 診断協力医制度の運営状況

- 平成24年12月1日現在の診断協力医は431名（小児神経専門医276名、身体障害者福祉法第十五条第一項の認定医257名、なお、両方の資格を有する医師102名を含む）であり、本制度のホームページにおいて公表している。
- 診断協力医に対しては、本年10月に制度情報および診断書作成に関し参考となる情報を取りまとめた小冊子「診断協力医の皆様へ ー第3号ー」を送付した。そのなかでは、補償申請の考え方等も改めて説明しており、後記の補償申請に係る周知についての取組みの一環ともしている。
- 補償請求者の利便性向上に資するよう、診断協力医登録数の増加に向けては、日本小児神経学会や日本リハビリテーション医学会等の関係団体との連携、および診断協力医ではないもののこれまで診断書を作成していただいた医師への個別依頼等に取り組んでいる。

図1 都道府県別診断協力医登録数（平成24年12月1日現在）

※複数の都道府県でご登録いただいている場合等があるため、必ずしも各都道府県の人数の合計が全体の合計人数とはならない。

											青森		北海道			
											6		14			
											秋田	岩手				
											6	4				
											山形	宮城				
											2	9				
			山口	島根	鳥取						福井	石川	富山	新潟	群馬	福島
			6	2	5						4	5	2	8	9	7
				広島	岡山	兵庫	京都	滋賀	岐阜	長野	山梨	埼玉	栃木			
				5	17	15	20	10	3	7	6	16	8			
	長崎	佐賀	福岡				大阪	奈良	愛知	静岡	神奈川	東京	茨城			
	3	2	25				17	3	25	6	15	59	9			
		熊本	大分	愛媛	香川		和歌山	三重					千葉			
		9	7	8	3		8	5					15			
	沖縄	鹿児島	宮崎	高知	徳島											
	5	3	4	3	1											

(参考) 診断協力医登録数が少ない都道府県

登録数	都道府県名
1名	徳島県
2名	山形県、富山県、島根県、佐賀県
3名	岐阜県、奈良県、香川県、高知県、長崎県、鹿児島県

(3) 補償金の支払い事務に係る対応状況

- 補償約款では、補償対象と認定を受けた場合に、運営組織は補償請求者より補償金請求に必要なすべての書類を受領した日から原則として60日以内に、準備一時金を支払うことが規定されている。現在のところ、請求書類受領から概ね10日から20日程度で補償金が支払われており、迅速な補償を行っている。

(4) 調整に係る状況

- 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、本制度から支払われる補償金と損害賠償金の調整を行うこととなっている。
- 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対してその旨を速やかに報告することを産科医療補償制度加入規約において定めており、補償対象と認定された事案に係る損害賠償請求の有無等の状況を運営組織において把握することができる。
- 平成24年11月末までに補償対象と認定された414件の内、損害賠償請求が行われている事案は23件(5.6%)である。内訳は以下のとおりである。
 - ・ 訴訟提起事案 : 12件(内1件が解決済)
 - ・ 訴外の賠償交渉事案 : 11件(内3件が解決済)別途、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件ある。また、平成24年11月末までに原因分析報告書が送付された187件の内、損害賠償請求が行われている事案は7件(3.7%) (訴訟提起事案2件、訴外の賠償交渉事案5件)である。
- 解決済みの4件の事案については、補償金と損害賠償金の調整を実施している。

3) 原因分析の実施状況等について

(1) 原因分析報告書審議の状況

- 原因分析報告書は、6つの原因分析委員会部会で作成し、原因分析委員会の承認を経て、当該分娩機関および保護者に送付される。
- 部会および原因分析委員会は、毎月定期的を開催しており、本年11月開催の第43回原因分析委員会までの原因分析報告書審議結果の累計は表5のとおりである。

表5 原因分析委員会の審議結果の累計（平成24年11月末現在）

委員会 (開催日)	審議件数	審議結果			
		承認	条件付承認	再審議	保留
第12回～第43回 (平成22年2月 ～平成24年11月)	206件	112件 ^{※1}	93件 ^{※2}	1件	0件

(平成22年2月開催の第12回原因分析委員会から、原因分析報告書の審議を開始)
 ※1 再審議事案として審議を行った事案11件を含む。
 ※2 再審議事案として審議を行った事案3件を含む。

【審議結果区分】

- 承認 : 修正なしまたは修正内容が確定した報告書
- 条件付承認 : 修正があるものの改めて審議する必要はなく、委員長預かりとなった報告書
- 再審議 : 部会において修正後、再度審議をする必要がある報告書
- 保留 : 審議未了となった報告書

- これまでに原因分析委員会で「承認」または「条件付承認」となった205事例の原因分析報告書については、委員会での指摘事項の修正等を行った上で、順次、当該分娩機関および保護者に送付している。

(2) 原因分析報告書の公表

- 原因分析報告書は、当該分娩機関と保護者に送付するとともに、個人情報等に十分配慮した上で公表している。
 11月末現在、182事例の原因分析報告書の要約版を本制度のホームページに掲載するとともに、個人情報等をマスキングした全文版の開示請求が延べ105件あり、延べ2,076件について開示を行った。
- なお、原因分析報告書の要約版については、産科医療関係者がより簡単に閲覧できるよう、加入分娩機関が妊産婦登録等を行う本制度の専用Webシステムにも同時に最新版を掲載している。

4) 再発防止の実施状況等について

(1) 「第3回再発防止に関する報告書」に向けて

- 本年5月より、「第3回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書」の取りまとめに向け、これまでに5回の再発防止委員会を開催した。
- 具体的には、これまでに公表した約180事例の原因分析報告書をもとに、数量的・疫学的分析を行うとともに、再発防止および産科医療の質の向上の視点で5つテーマを選定し、テーマに沿った分析を行っている。
- テーマの選定については、第1回報告書で取り上げた4つのテーマ（「分娩中の胎児心拍数聴取について」、「新生児蘇生について」、「子宮収縮薬について」、「臍帯脱出について」）は分析対象が15件と少なかったことから取上げることにした。加えて、第2回報告書で取り上げた常位胎盤早期剥離は、これまでの公表事例において脳性麻痺発症の原因として最も多い疾患であることから再度取り上げることにし、これらの5つをテーマとした。
- なお、第3回報告書は、来年3月頃に公表する予定である。

(2) 「再発防止委員会からの提言 妊産婦の皆様へ」等について

- 第2回報告書のテーマに沿った分析で取り上げた「常位胎盤早期剥離の保健指導について」では、産科医療関係者に対する提言に加え、妊産婦向けの提言も取りまとめた。
- この度、分娩機関や保健所において妊産婦に対する保健指導に活用されるよう、妊産婦向けに「常位胎盤早期剥離ってなに？」と題したチラシとポスターを作成した。
- このチラシとポスターは、本年12月上旬に、約3,300の加入分娩機関のほか、国、地方自治体、関係団体等、約700機関に送付するとともに、本制度ホームページにも掲載した。
- また、報告書の巻末に掲載する「再発防止委員会からの提言」については、報告書の公表から半年後を目処に改めて送付することとしており、第1回、第2回報告書に掲載した計7項目の提言について、上記に併せて送付した。

資料2 「再発防止委員会からの提言 妊産婦の皆様へ」

資料3 「再発防止委員会からの提言」（第1回、第2回報告書巻末掲載分）

(3) 再発防止に関するアンケートについて

- 再発防止に関するアンケートについて、12月3日に開催された第19回再発防止委員会で審議され、以下のとおり決定した。

ア. 目的

- 再発防止および産科医療の質の向上の観点から、各分娩機関において「再発防止に関する報告書」等が産科医療関係者に周知されているか、日々の診療等の確認や研修等に活用されているか等について調査を行い、今後の再発防止の取り組みに活かすこととする。

イ. 調査対象

- 約3,300の本制度の加入分娩機関のうち、病院、診療所、助産所それぞれ300施設程度を対象としてアンケート用紙を送付する。

ウ. 実施時期

- 平成25年1月上旬に調査対象の分娩機関へアンケート用紙を送付し、平成25年2月中を目処に取りまとめる。

資料4 再発防止に関するアンケート（案）

5) 制度、補償申請に係る周知等について

(1) 制度に係る周知等について

- 本制度に係る広報については、従来より、ホームページやチラシ、分娩機関向けのハンドブック等により、分娩機関および妊産婦への周知に取り組んできたところである。
- 7月に開催された第13回運営委員会以降、本制度に関して行った主な講演、および関係団体等において本制度が取り上げられた主な講演、研修は以下のとおりである。
 - ・ 8月21日、日本看護協会主催「医療安全管理者養成研修」において講演を行った。
 - ・ 9月6日、JICA 主催ベトナム医療安全研修において講演を行った。
 - ・ 9月7日、日本病院会主催「医療安全管理者研修会」において講演を行った。
 - ・ 9月12日、東京大学政策ビジョンセンター主催国際シンポジウム「立場や価値観の違いを超えて ～患者の安全のための「合意形成」を考える～」において講演を行った。
 - ・ 9月27日、地域医療振興協会主催「医療安全管理者養成研修Ⅱ」において講演を行った。
 - ・ 10月6日、日本産婦人科医会学術集会にて「産科医療補償制度再発防止委員会から」において講演が行われた。
 - ・ 11月1日、日本看護協会主催「産科医療の最新の知見とトピックス」において講演が行われた。
 - ・ 11月25日、日本医事法学会主催シンポジウム「医療事故の無過失補償と医療の安全」において講演が行われた。

(2) 補償申請期限等に係る周知について

- 本制度の補償申請期間は児の満5歳の誕生日までであるため、平成21年生まれの児については、平成26年に順次補償申請期限を迎えることになる。このため、制度や補償申請期限が認知されていないことにより補償申請が行われない事態が生じることのないよう、より一層の周知が重要となり、積極的な対応を図ることとする。
- 第1回医学的調査専門委員会において、本制度で補償対象となる範囲につい

て必ずしも広く認知されていないとの意見もあり、また補償対象範囲についての誤解等により補償申請が円滑に行われない事態も生じていることから、周知等の必要性が指摘されている。

このようなことから、補償申請漏れの防止に向け一層の取組みの強化を図ることとする。

ア. これまでの取組み

- 補償申請漏れの防止に向けて、平成24年9月以降、補償申請の主体である加入分娩機関等の産科医療関係者、小児神経科、リハビリテーション科等の脳性麻痺児に関わる機会が多い医療関係者、補償申請を行う当事者である脳性麻痺児の保護者を対象に、以下の取組みを行ってきた。

【産科医療関係者】

- 加入分娩機関に対し、補償対象の考え方、補償対象となった参考事例、補償申請期限等に関する文書を送付した。
- 日本産婦人科医会ホームページや日本産婦人科医会報に、補償対象の考え方、補償対象となった参考事例、補償申請期限等に関する文書が掲載された。また日本産婦人科医会の理事会、地域代表者会議にて加入分娩機関向けに送付した文書の説明が行われ、学術集会にてこの文書が配布された。

【脳性麻痺児に関わる機会が多い医療関係者】

- 診断協力医向けの文書として、「診断協力医の皆様へ ー第3号ー」を送付し、補償対象の考え方、補償対象となった参考事例、補償申請期限等に関して周知を行った。
- 日本小児神経学会ホームページおよび日本リハビリテーション医学会ホームページに、補償対象の考え方、補償対象となった参考事例、補償申請期限等に関する文書が掲載された。
- 第57回日本未熟児新生児学会学術集会および第38回日本重症心身障害学会学術集会において、補償対象の考え方、補償対象となった参考事例、補償申請期限等に関する文書が配布された。

【脳性麻痺児の保護者】

- 補償申請期限に関する案内を本制度ホームページのトップ画面に掲載した。

イ. 今後の取組み

- 補償申請漏れの防止に向けて、今後、行政機関や関係団体等のご協力を得ながら以下の取組みを行うこととする。

【産科医療関係者】

- 補償対象範囲や補償申請期限を十分にご理解いただけるように、補償対象の考え方、補償対象となった参考事例、補償申請期限等に関する文書の送付、関係団体の学術集会における文書配布、関係団体ホームページへの文書掲載等を継続的に行う。

【脳性麻痺児に関わる機会が多い医療関係者】

- 補償申請に係る診断を行う可能性が高い医療関係者に対しては、より適確に補償対象となる可能性のある児の診断を行えるよう、診断上の留意点や補償対象の考え方について、より具体的かつ広範な情報提供を行うこととし、文書の送付、関係団体の学術集会における文書配布、関係団体ホームページへの文書掲載等を継続的に行う。
- 補償申請に係る診断を行う可能性は必ずしも高くないものの、脳性麻痺児に関わる機会が多い医療関係者に対しては、制度の概要、補償対象の考え方、補償申請期限等について広く認知されるよう、文書の送付、関係団体の学術集会における文書配布、関係団体ホームページへの文書掲載等を継続的に行う。

【脳性麻痺児の保護者】

- 本制度の概要や補償対象範囲、補償申請期限等について、広く理解されるように、脳性麻痺児の保護者が利用する可能性が高い、施設、身体障害者手帳の申請窓口、身体障害に関する相談窓口等において、ポスター掲示や文書配布を行う。また、本制度ホームページ、マスメディア等を通じて広く周知を行う。

Ⅱ 産科医療補償制度の見直しに関する事項

1) 今後の制度見直しの検討の進め方について

- 制度見直しの検討の進め方については、本年9月に開催した第14回運営委員会において、以下のとおり整理されている。
 - ・ 補償対象者数の推計値等のデータがなくとも検討が可能な原因分析のあり方、調整のあり方等については、順次審議を行い、平成25年春頃を目途に報告書を取りまとめる。
 - ・ 補償対象者数の推計値等のデータに基づいて検討する必要がある補償対象範囲、補償水準、掛金の水準、剰余金の使途等については、平成25年6月頃を目途とする医学的調査専門委員会からの報告に基づいて、速やかに検討を行う。
- 「補償対象者数の推計値等のデータがなくとも検討が可能な課題」については、平成25年春頃を目途に報告書を取りまとめ、その後実務準備を行い、平成26年1月を目途に見直し後制度を施行できるよう進めていく。
- 「補償対象者数の推計値等のデータに基づいて検討する必要がある課題」については、平成25年6月頃を目途に医学的調査専門委員会からの報告を受けて速やかに見直し内容の議論を行う。その後、年内を目途に議論の結果をとりまとめ、その後実務準備を行い、平成27年1月を目途に見直し後制度を施行できるよう進めていく。

2) 第15回運営委員会の主な意見について

【原因分析に関するアンケートの実施結果に関するご意見】

- 「原因分析が行われてよかった」という回答の割合について、分娩機関は7割、保護者は6割と差があったが、分娩機関と保護者ではよかったと思う理由や前提となる知識に差があるので回答に差がでるのは当然と思う。
- 保護者の「その他」の意見への対応を検討する際には、運営委員会で報告してほしい。

【NICU（搬送先での新生児管理）における医学的評価に関するご意見】

- 搬送先のNICUについても、補償申請した分娩機関のNICUに対して行っている医学的評価と同じように実施すべきではないか。
- 新生児搬送を受け入れた医療機関（NICU）についても医学的評価の対象にする方向で進めることで良いと思うが、産科を有しないため本制度に加入できない医療機関についての対応を検討すべきではないか。
- 本制度について小児科への周知がされていないと言われているが、搬送先のNICUについても医学的評価の対象とすることで、本制度が産科および新生児科という周産期医療全体の制度であるという認識につながるのではないか。
- NICUでは専門的で高度な医療が行われており、これまでの原因分析においてもNICUの対応に大きな問題があったことはない。仮にNICUまで医学的評価を行う場合には、新生児科の委員を増やさなければならない。その労力に比べ、NICUまで医学的評価の対象を広げた場合に医療の質の向上にどれくらいの効果があるかということも踏まえて検討する必要があるのではないか。
- 脳性麻痺発症の原因を分析するためにNICUからきちんと診療録等が提出されることが重要である。もともと産科のために本制度ができたことから、今のところはNICUの医学的評価を行う必要はないのではないか。
- 原因分析において、NICUの対応が脳性麻痺の決定的な原因となった事例は見受けられないので、事務局で現状の問題点を整理して、その上で議論すべきではないか。

【分娩機関に対する改善に向けた対応に関するご意見】

- 日本産婦人科医会では、再発防止委員会からの提言を整理した上で、各支部に伝えている。また、日本産婦人科医会では報告制度があるが、どのように原因分析報告書の情報を提供いただき、当該分娩機関により提案をできるか運営組織と相談していきたい。
- 日本助産師会では、事故を起こした助産所に対して指導しており、さらなる指

導の強化も考えているが、任意団体であることから、一番重い処分であっても除名である。除名しても開業ができるので、行政的な処分等の別の仕組みも考える必要がある。

- 日本産婦人科医会、日本助産師会、運営組織間の連携は必要であり、その協力度体制を確保するために、具体的にどのような方法が考えられるのか検討してもらいたい。また、分娩機関への指導について、運営組織は国の機関ではないので行政的指導ではなく、分娩機関が理解し納得して改善するような方法を検討してほしい。
- 原因分析報告書で改善を求めていることに対応していない分娩機関について、結果として同じ事例を再発することがないように、その後のフォローをきちんとできるように日本産婦人科医会や日本助産師会との連携方法を検討してほしい。
- 原因分析に際し、2事例目において1事例目に指摘した改善事項について対応がされていない場合には、問題点を指摘するよう通知することとしている。日本産婦人科医会等への情報提供については、あらかじめ約款等で明確に示していないので、現行制度においては不可能ではないか。
- 日本助産師会としては、本部や各県に安全対策委員会を置き、事故を起こした助産師にすぐに指導できるようにしているが、指導を強化していくために補助金等の支援も検討してほしい。なお、運営組織からの日本助産師会への情報提供については、現状でも事例の把握は可能であるため特に必要ないが、情報提供について、今の約款では問題があるというのであれば、約款の見直しも検討してほしい。
- 医療関係者からみても問題がある事例については、医療界自らが患者の立場に立って対応していくことが、医療界は自浄能力があると言われ、信頼に繋がる。問題がある事例が多くあることを想定して指導強化の仕組みをつくることは、産科医療の関係者からの合意も得られにくいので、問題がある事例が発生した際に、運営委員会等で議論しながら制度づくりをすることでよいのではないか。

【訴権の制限に関するご意見】

- 訴権の制限はあり得ず、議論すること自体がナンセンスである。
- 訴権の制限の議論を続けることが本制度の混乱を招くので、訴権を制限しないという結論でよいのではないか。
- 一般に「裁判を受ける権利」など憲法上定められた権利を制限するには、制限しても止むを得ない合理的な理由と必要な代替措置が必要と考えられる。本制度においては、裁判を受ける権利を制限しなければならない合理的な理由があるとは考え難く、また現在の補償額では一般的な損害賠償の水準との差が大きいため代替措置として十分なものとも言えない。したがって、現在の枠組みの中で訴権を制限する仕組みを設けることは困難かつ適当でないのではないか。

3) 調整のあり方について

- これまでの運営委員会における調整のあり方に係る主な意見について、項目ごとに意見と論点を資料5のとおり取りまとめた。
- 調整のあり方については論点が多岐にわたるため、資料5に記載の「項目」ごとに分けて、順次検討を進める。

資料5 調整に係る意見と論点

- 検討にあたって、現在の調整の仕組みと各論点との関係を資料6のとおり整理した。

資料6 現行の調整の仕組みと各論点の整理

(1) 調整の基本的な枠組みについて

ア. 損害賠償金と補償金の調整について

- 当時の与党・医療紛争処理のあり方検討会において、「過失が認められた場合には、求償する」との枠組みが示された。

【与党 医療紛争処理のあり方検討会】

- 過失が認められた場合には、医師賠償責任保険等に求償。

- その後、産科医療補償制度運営組織準備委員会（以下、「準備委員会」という）で整理がなされ、損害賠償金と補償金の調整の仕組みを設けることが産科医療補償制度運営組織準備委員会報告書（以下、「準備委員会報告書」という）に取りまとめられた。

【産科医療補償制度運営組織準備委員会報告書】

本制度から支払われる補償金と損害賠償金が二重給付されることを防止するために、分娩機関に損害賠償責任がある場合は、補償金と損害賠償金の調整を行う。具体的には、分娩機関に損害賠償責任がある場合は、分娩機関は本制度が存在しない場合と同様に、損害賠償に関する金銭を自ら全額負担するという考え方にもとづき調整を行う。

イ. 運営組織が過失有無を判断することの是非について 論点①

(ア) 現状と現状に至る経緯

- 準備委員会において、以下の論点について議論が行われた。

【第9回 産科医療補償制度運営組織準備委員会】資料2 抜粋

2. 論点 2) 原因分析との関係

- 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、運営組織は純粋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。

【第9・10回 産科医療補償制度運営組織準備委員会における主な意見】

<運営組織が、医学的判断にとどまらず、過失認定を行うべきとの意見>

- ・公的な負担に由来する本制度が過失責任主義で負担すべきものの一部を補う形になるのは望ましくない。
- ・原因究明を行うのだから、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過失認定を行うことは十分あり得る。

<運営組織が過失判断を行うべきではない（医学的判断にとどめるべき）との意見>

- ・判決・和解等の紛争の終了時に求償を行うべき。
- ・理念として、本制度創設の目的は患者や患者家族の精神的、経済的な負担を軽減していくものであり、法的判断を行うための組織づくりに費用がかかることで、補償金の給付水準を落とすべきではない。
- ・医療裁判は困難で時間がかかっているので、運営組織で過失認定を行うことは屋上屋を架すことになり、当事者にとっても望ましいことではない。
- ・医療ADRに話し合いで持ち込むなどにより、過失の有無の判断は他の第三者組織で十分に対応できるのではないか。
- ・現実的な問題として、年間1,000件近く起こるであろう問題を、誰が具体的に処理をしていくのかということがあり、弁護士が行うとなると実際に弁護士を集めて組織を作ることは極めて困難。
- ・医師の過失を運営組織で追究するということになると、原因分析・再発防止が適切に行われなくなる恐れがあるため、運営組織が過失認定を行わない形で制度をスタートさせる方が現実的。
- ・医療事故の再発防止のために、運営組織は純粋に医学的な原因分析を行うべき。

- ・運営組織で何もかも行うことは反対であり、補償対象かどうかをきちんと判断して患者を早期に救済することに注力すべき。

- 準備委員会での議論の結果、運営組織は医学的観点からの原因分析のみを行い過失判断を行わないとの整理がなされた。

【産科医療補償制度運営組織準備委員会報告書】

2. 補償 5) 補償金と損害賠償金の調整 抜粋

運営組織は医学的観点から原因分析を行い、分娩機関と児・家族へ分析結果を通知する。賠償責任の成立要件となる過失認定に関しては、基本的に分娩機関と児・家族との間の示談、裁判外による紛争解決（ADR）または裁判所による和解・判決等の結果に従い、これにもとづき補償金と損害賠償金の調整を行う。

(イ) これまでの主な意見

<運営組織が、医学的判断にとどまらず、過失認定を行うべきとの意見>

- 調整委員会が、補償金額が足りないと考えた場合は、自発的に医賠責保険と調整する橋渡しをすることができれば、紛争、裁判は大幅に避けられるようになり、医療側の不安も解消されるのではないか。（第12回運営委員会 参考人意見）

<運営組織が過失判断を行うべきではない（医学的判断にとどめるべき）との意見>

- この制度の中に過失を判断する仕組みを入れることになると調整委員会にて全ての案件を法的にチェックするという不自然な話になるため、慎重に考えるべきで、原因分析報告書をベースにそれぞれの立場で検討する、現行の仕組みが望ましい。（第12回運営委員会）

(ウ) 検討のポイント

論点①

- 「運営組織は医学的観点から原因分析を行うこととし、賠償責任の成立要件となる過失認定に関しては、基本的には分娩機関と児・家族との間の示談や裁判の判決・和解等の結果に従う」との現行の枠組みを変更するか否か。

(2) 「重大な過失」の取り扱いについて

ア. 「重大な過失が明らかと思料されるケース」に限り運営組織が主体的に調整を行うことの是非について **論点②**

(ア) 現状と現状に至る経緯

○ 準備委員会において、以下のとおり議論がなされた。

【第10・11回 準備委員会における主な意見】

<重大な過失が認められた場合には主体的に調整すべきとの意見>

- ・重大な過失があっても紛争化しなければ求償を行わないということであれば、分娩機関を訴えられない者は泣き寝入りすることになる。
- ・原因分析で重大な過失が明らかになった場合には、すぐに求償を行うことが自然であり、第三者機関の原因分析結果に基づき、速やかに求償すべきである。
- ・病院等が過失を認めない場合には訴訟も辞さない構えをとる必要がある。なお、運用上当初は明白な過失や重大な過失に限定することも1案であると思われる。
- ・原因分析の段階で過失があるとわかっていても求償を行わないことは不自然であり、過失が明らかである場合は、運営組織が主体的に求償を行うべき。
- ・裁判所で法的判断が下されない限り求償しないというのは制度的におかしいので、産科学的な判断で明確に不注意極まりないというようなものは、裁判の枠組みを飛び越してでも積極的に求償すべき。
- ・分娩事故で裁判を起こすに至るまでには多くの垣根を越えて到達するものであり、重過失事案であっても訴訟に到達するまでのハードルが低いとは到底言えない。
- ・医学的におかしいと思っただものは法的に過失であり、医学的に見て標準を逸脱していればその判断は法的評価として通用する。
- ・明白な過失であるという原因分析結果が出ているにも関わらず医療機関が認めないといった場合、そのままだとまずいので何らかの措置を行うべき。

<重大な過失が認められた場合でも主体的な調整を行うべきでないとの意見>

- ・重過失に限定してもその過失の程度の判断は難しい。
- ・重過失と考えられる事例で患者が訴訟を起こさないことは、現実的に非常に考えにくく、極めて数が少ない事例を原則にして組織を作るべきではない。
- ・実務運用の観点から、求償するにあたっては病院等が補償金の返還義務を明確に認識し、同意していることが必要であり、賠償責任を自ら認めている場合に

限定することを制度の枠組みとして明示しておくべき。

- 準備委員会での議論の結果、「重大な過失があると思料されたケース」については、運営組織にて法律的な観点から検討し、その結論を経て調整を行うことを枠組みとする整理がなされた。

【産科医療補償制度運営組織準備委員会報告書】

2. 補償 5) 補償金と損害賠償金の調整 抜粋

しかしながら、医学的観点から原因分析を行った結果、分娩機関に重大な過失が明らかであると思料されるケースについては、運営組織は、医療訴訟に精通した弁護士等を委員とする専門委員会に諮って、法律的な観点から検討し、その結論を得て、当該分娩機関との間で負担の調整を行うものとする。

(イ) これまでの主な意見

<現行の枠組みを変更すべきとの意見>

- 重大な過失となると刑事責任の問題ともつながってくるので、それをこの制度の中で検討するのはあまり適当ではない。(第12回運営委員会 参考人意見)

<現行の枠組みを維持すべきとの意見>

- 調整委員会は重大な過失が明らかと思料されるときのみ法的な確認を行う、言わば伝家の宝刀である。(第7回運営委員会)
- 本制度から補償金を払うべきでないものが払われるという、保険としてのモラルハザードを第三者的に防ぐことが調整委員会であると認識しており、調整委員会の諮問の手続きは皆で考え、コンセンサスを得てほしい。(第7回運営委員会)
- 準備委員会においては、重大な過失が明白なときは、司法的な判断が出るのを待たず、補償金の返還の請求をしていいということのみ議論されており、それ以外の論点はなかったはず。今までの準備委員会での経過をトレースしておく必要がある。(第12回運営委員会)

(ウ) 検討のポイント

論点②

- 「分娩機関に重大な過失が明らかであると思料されるケースについては、法律的な観点から検討し、その結論を得て、当該分娩機関との間で負担の調整を行う」と

の現行の枠組みを変更するか否か。

イ. 「重大な過失が明らかと思料されるケース」の具体的な判定基準について

論点③

(ア) 現状と現状に至る経緯

- 『重大な過失が明らかと思料されるケース』の具体的な判定基準について、原因分析委員会において以下のとおり議論がなされた。

【第3回 原因分析委員会における主な意見】

- 故意に近い過失とは、ルール違反、医学準則を知っていながら、あえて逸脱した行為をした場合である。
 - 重大な過失が認められる事例で分娩機関がその過失を認めない場合、分娩機関にしかるべき対応をとるように勧告する。
- 原因分析委員会および運営委員会における議論の結果、「重大な過失が明らかであると思料されるケース」とは、故意に近い悪質な診療行為であるとの整理がなされた。

【第4回 産科医療補償制度運営委員会】

3) 原因分析の準備状況について (2) 前回の運営委員会以降の主な準備状況

エ. その他 抜粋

(重大な過失が明らかであると思料されるケース)

- 分娩機関に重大な過失が明らかであると思料されるケースとは、故意に近い悪質な診療行為(助産行為を含む)がこれに該当するものと考えられる。
- 具体的には、今後、原因分析委員会において、実際の事例について原因分析を行いながら、整理をしていくものとする。なお、診療行為(助産行為を含む)には、不作為を含み、診療録等の記載やデータの保管等は含まないものとする。

(イ) これまでの主な意見

- 調整委員会のイメージが、準備委員会で議論したときと実際に制度が始まってからと大きく異なっており、調整委員会が本来どのような形で位置付けられるべきなのか、見直しの中で準備委員会の議論も踏まえて議論し直すべき。(第10回運営委員会)
- 原因分析委員会が重大な過失の判断をして調整委員会にかける仕組みについて、かなりの矛盾を抱えている。法的な過失を判断しないはずの原因分析委員会が重大な過失の判断を行い、また医学的評価が最も低い「劣っている」であっても重大な過失には該当せず、仕組みとして機能していない。この仕組みを維持するかどうか、また維持しない場合は代替案として調整の仕組みをどのように考えていくか、議論したほうがよい。(第10回運営委員会)

(ウ) 検討のポイント

論点③

- 「重大な過失が明らかであると思料されるケース」の具体的な判断基準を変更するか否か。

ウ. 「重大な過失」があるとして調整を行う基準について 論点④

(ア) 現状と現状に至る経緯

- 準備委員会での議論の結果、「重大な過失があると思料されたケース」については、運営組織にて法的な観点から検討し、その結論を経て調整を行うこととされた。

【産科医療補償制度運営組織準備委員会報告書】

2. 補償 5) 補償金と損害賠償金の調整 抜粋

しかしながら、医学的観点から原因分析を行った結果、分娩機関に重大な過失が明らかであると思料されるケースについては、運営組織は、医療訴訟に精通した弁護士等を委員とする専門委員会に諮って、法的な観点から検討し、その結論を得て、当該分娩機関との間で負担の調整を行うものとする。

(イ) これまでの主な意見

- 今までのところ原因分析委員会で医学的評価として悪質な事例として評価したものは1例もないが、実際に1例あったときに調整委員会での調整の対象を「法的な」重大な過失に限るかどうかは全く議論されておらず、整理が必要である。(第12回運営委員会)

(ウ) 検討のポイント

論点④

- 調整委員会での調整の対象を法的な重大な過失があると判断された事案に限るか否か。

3) 調整委員会のあり方について 論点⑤ 論点⑥

(ア) 現状と現状に至る経緯

- 準備委員会および運営委員会での議論の結果、原因分析委員会は「重大な過失と
思料される事案に該当するか否か」を判断し、調整委員会は「重大な過失の有無に
つき、法的観点から審議を行い、調整を行うべきか否か」を判断するとの整理がな
された。

【産科医療補償制度運営組織準備委員会報告書】

2. 補償 5) 補償金と損害賠償金の調整 抜粋

医学的観点から原因分析を行った結果、分娩機関に重大な過失が明らかであると思料されるケースについては、運営組織は、医療訴訟に精通した弁護士等を委員とする専門委員会に諮って、法的な観点から検討し、その結論を得て、当該分娩機関との間で負担の調整を行うものとする。

【第4回 産科医療補償制度運営委員会】

4) 各種委員会の検討状況について

(2) 調整委員会

(調整委員会の審議対象)

- 原因分析委員会において分娩機関（その使用人およびその他業務の補助者を含む。以下同様とする）に重大な過失が明らかと思料された事案につき、審議を行う。但し、分娩機関と補償請求者との間で既に紛争解決がなされている場合は、この限りではない。

(調整委員会の審議事項)

- 分娩機関の重大な過失の有無につき、法的観点から審議を行い、調整を行うべきか否かを判断する。

(イ) これまでの主な意見

- 本制度から補償金を払うべきでないものが払われるという、保険としてのモラハラを第三者的に防ぐことが調整委員会であると認識しており、調整委員会の諮問の手続きは皆で考え、コンセンサスを得てほしい。(第7回運営委員会)

- 「重大な過失」については、故意またはそれに準ずる悪質な診療行為と定義づけ、それに該当する場合に調整委員会に諮ることになっているが、これまで該当する事例はなく、そのような事例を審議する場としての必要性も含めて、調整委員会のあり方について検討してほしい。(第11回運営委員会)
- 原因分析と調整委員会とは切り離して考えるべき。原因分析委員会は原因分析だけを医学的に判断し、調整委員会は自主的な判断に基づいて何らかの行為を行うほうがよい。(第12回運営委員会 参考人意見)

(ウ) 検討のポイント

論点⑤

- 原因分析委員会は「重大な過失が明らかと思料されるか否か」を判断し、調整委員会は「重大な過失の有無につき、法的観点から審議を行い、調整を行うべきか否か」を判断するとの現行の役割分担について、変更するか否か。

論点⑥

- 「調整」と「調整委員会」の区別がわかりにくいとの声もあり、調整委員会の名称を変更するか否か。

4) 社会保障審議会・医療保険部会における議論の状況について

- 本年11月7日に開催された第57回社会保障審議会医療保険部会において、制度見直しの検討状況等について報告を行った。

参考資料 第57回社会保障審議会医療保険部会議事録（抜粋）

【 資 料 一 覧 】

- 分娩済等（掛金対象）件数と人口動態統計との比較について・・・資料1
- 「再発防止委員会からの提言 妊産婦の皆様へ」・・・資料2
- 「再発防止委員会からの提言」（第1、2回報告書巻末掲載分）・・・資料3
- 再発防止に関するアンケート（案）・・・資料4
- 調整に係る意見と論点・・・資料5
- 現行の調整の仕組みと各論点の整理・・・資料6
- 第57回社会保障審議会医療保険部会議事録（抜粋）・・・参考資料

平成 24 年 12 月 1 日現在

分娩済等（掛金対象）件数と人口動態統計との比較について

		平成 21 年 1-12 月	平成 22 年 1-12 月	平成 23 年 1-12 月	平成 24 年 1-12 月
妊産婦情報登録状況	妊産婦情報登録件数 (①+②+③)	1,088,375	1,098,864	1,078,008	1,070,885
	分娩済等（掛金対象）件数 (①) 【A】	1,058,803	1,081,855	1,061,149	952,614
	更新未済件数 (②)	0	0	0	105,096
	転院等（掛金対象外）件数 (③)	29,572	17,009	16,859	13,175
人口動態統計	掛金対象件数との比較対象として適切である人口動態統計の出生数 (④+⑤+⑥) 【B】	1,086,086	1,087,298	1,065,761	—
	日本における日本人の出生数 (④)	1,070,035	1,071,304	1,050,806	—
	日本における外国人の出生数 (⑤)	12,349	12,311	11,418	—
	妊娠満 22 週以降の死産数 (⑥)	3,702	3,683	3,537	—
分娩済等（掛金対象）件数と人口動態統計の出生数の乖離 【B】 - 【A】		27,283	5,443	4,612	—

※人口動態統計の出生数は、本制度の登録数と集計基準が異なる。

じょう い たい ばん そう き はく り

常位胎盤早期剥離ってなに？

産科医療補償制度において、脳性麻痺の原因分析を行った79件のうち、常位胎盤早期剥離を認めた事例が20件あり、その中に自宅で変調を認識した事例が14件ありました。同じような事例の再発防止を図るために、**いつもと違う症状があるときは、できるだけ早く分娩機関に連絡し受診することが重要です。**このため、再発防止委員会では常位胎盤早期剥離について取り上げ、妊産婦の皆様にご心がけていただきたいことを取りまとめました。

常位胎盤早期剥離とは

常位胎盤早期剥離とは、まれに赤ちゃんがお腹の中にいる間に、胎盤が子宮から剥がれることをいいます。赤ちゃんは胎盤を介してお母さんから酸素や栄養を受けているため、胎盤が先に剥がれると酸素が不足し、脳性麻痺などの障害が残ることや死亡することがあります。また、お母さんが重篤な状態となることもあります。そのため、大至急の対応が必要です。



どんな症状？

こんな時は
相談しましょう！

代表的な
症状

性器
出血

腹痛

お腹の
張り

その他の症状

胎動の減少
腰痛
めまい
便意 など



腹痛やお腹の張り、性器出血などは、切迫早産の徴候、また陣痛やおしるしなどの分娩の徴候と判別が困難なことがあります。

しかし、**急な腹痛、持続的な痛み、多めの出血**などは常位胎盤早期剥離が疑われます。

代表的な症状がみられなくても、いつもと違う症状があり、判断に困るときは、我慢せずに分娩機関に相談しましょう。



常位胎盤早期剥離になりやすい危険因子は？

妊娠高血圧症候群、常位胎盤早期剥離の既往、切迫早産、腹部の外傷、喫煙などの危険因子に該当する場合、常位胎盤早期剥離を発症しやすくなります。

以下のような自己管理を心がけましょう！

妊娠高血圧症候群

「強い頭痛が続く」「目がちかちかする」などの症状がある場合は注意しましょう。予防のためには、睡眠や休養を十分にとり、過労をさけ、また毎日の食事は望ましい体重増加になるようバランスのとれた内容とし、塩分はうすくすることを心がけましょう。

常位胎盤早期剥離の既往

以前の妊娠で常位胎盤早期剥離の既往がある場合、必ず妊婦健診で主治医に相談しましょう。

切迫早産

安静や薬の内服などの指示が出されます。しかし、自己判断による内服は、常位胎盤早期剥離などの症状が隠される恐れがあるため、いつもと違う症状があるときは、まず分娩機関に相談しましょう。

腹部の外傷

妊娠中に腹部の外傷を受けたときは、一定期間の観察が必要なことがあるため、まず分娩機関に相談しましょう。

喫煙

妊娠中の喫煙は、切迫早産や常位胎盤早期剥離を起こしやすくし、胎児の発育に悪影響を与えます。より安全な妊娠や分娩のためにも、お母さん自身の喫煙はもちろんのこと、周囲の人も、お母さんのそばでの喫煙はやめましょう。

※なお、これらの危険因子に該当しない場合でも発症することがありますので、注意してください。

予防や早期発見のためには…

妊婦健診をきっかけに、上記のような異常が見つかることがあります。特に気にかかることがなくても、**適切な時期や間隔で妊婦健診を受け、また専門家の保健指導を受けましょう。**

望ましいとされている妊婦健診の受診時期

妊娠初期より妊娠23週(第6月末)まで	4週間に1回
妊娠24週(第7月)より妊娠35週(第9月末)まで	2週間に1回
妊娠36週(第10月)以降分娩まで	1週間に1回

出典：「母性、乳幼児に対する健康診査及び保健指導の実施について」
(平成8年11月20日児発第934号厚生省児童家庭局長通知)



※産科医療補償制度は、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺のお子様とご家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、脳性麻痺発症の原因分析を行い、同じような事例の再発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ことを目的としています。この提言に関する内容は、「第2回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書」のテーマに沿った分析の中の「常位胎盤早期剥離の保健指導について」および「再発防止委員会からの提言(揭示用)」に記載されております。

本制度の詳細および本報告書につきましては公益財団法人日本医療機能評価機構のホームページ(<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/>)をご参照ください。

再発防止委員会からの提言

産科医療補償制度再発防止委員会において取りまとめた「第1回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書」の「テーマに沿った分析」の中で提言を行っています。提言は、産科医療関係者の皆様にこれだけは行っていただきたいと考える内容です。産科医療関係者の皆様にとっては、日常の臨床現場で当然行っていると思われる内容もありますが、一方で実際に掲載した事例のようなことが起っていることも事実です。提言を今一度、日々の診療等の確認にご活用ください。

分娩中の胎児心拍数聴取について

産科医療関係者は、胎児心拍数聴取にあたって「産婦人科診療ガイドラインー産科編2011」および「助産所業務ガイドライン2009年改定版」に従い、分析対象事例からの教訓として、まずは以下のことを徹底して行う。

(1) 病院・診療所

- ① 妊産婦が入院した際は、分娩監視装置を20分以上装着し、正常胎児心拍パターンであることを確認する。
- ② ①を満たした場合、次の分娩監視装置装着までの一定時間（6時間以内）は間欠的胎児心拍数聴取（15～90分ごと）で監視を行う。ただし、分娩監視装置による連続モニタリングを行ってもよい。
- ③ 産婦人科診療ガイドラインで必要とされる時期に分娩監視装置による連続モニタリングを行う。

(2) 助産所

「助産所業務ガイドライン2009年改定版」に従って胎児心拍数聴取を行う。

※この内容の詳細は、「第1回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書」P18から25をご参照ください。

この情報は、再発防止委員会において取りまとめた「第1回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書」の「テーマに沿った分析」を一部抜粋したものです。本制度の詳細および本報告書につきましては公益財団法人日本医療機能評価機構のホームページ(<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/>)をご参照ください。



再発防止委員会からの提言

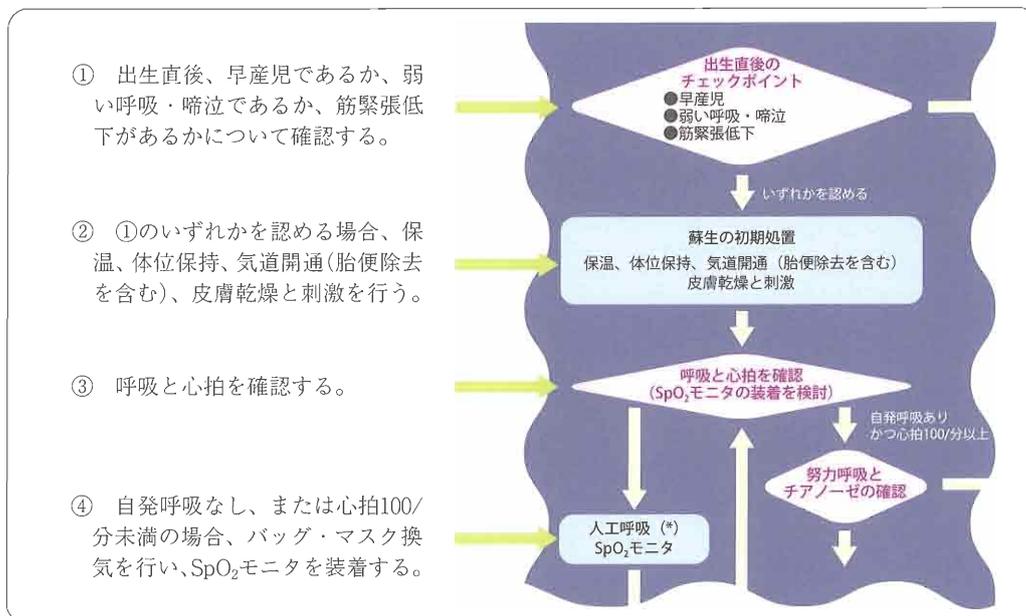
産科医療補償制度再発防止委員会において取りまとめた「第1回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書」の「テーマに沿った分析」の中で提言を行っています。提言は、産科医療関係者の皆様にこれだけに行っていただきたいと考える内容です。産科医療関係者の皆様にとっては、日常の臨床現場で当然行っていると思われる内容もありますが、一方で実際に掲載した事例のようなことが起っていることも事実です。提言を今一度、日々の診療等の確認にご活用ください。

新生児蘇生について

産科医療関係者は、分娩を行うにあたり次の(1)～(4)のことを必ず行う。

(1) 新生児蘇生の手順に従った実施

分娩に携わるすべての産科医療関係者に求められる蘇生の手順



(2) 器具・器機等の整備

- ① 必要な器具(保温に必要なもの、吸引器具、バッグ・マスク、SpO₂モニタ)を常備する。
- ② 分娩する場所で酸素投与ができるよう整備する。

(3) 新生児の蘇生法アルゴリズムの周知

- ① 「新生児の蘇生法アルゴリズム」のポスターを分娩室に掲示する。

(4) 新生児蘇生法に関する講習会の受講

- ① 院内で新生児蘇生法に関する講習会を開催し、産科医療関係者はそれを受講する。
- ② 日本周産期・新生児医学会の「新生児蘇生法講習会」を受講する。
- ③ 各地域において新生児蘇生法に関する講習会を継続的に開催し、産科医療関係者はそれを受講する。

※この内容の詳細は、「第1回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書」P 26から36をご参照ください。

この情報は、再発防止委員会において取りまとめた「第1回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書」の「テーマに沿った分析」を一部抜粋したものです。本制度の詳細および本報告書につきましては公益財団法人日本医療機能評価機構のホームページ(<http://www.sanka-hp.jcqhc.or.jp/>)をご参照ください。

再発防止委員会からの提言

産科医療補償制度再発防止委員会において取りまとめた「第1回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書」の「テーマに沿った分析」の中で提言を行っています。提言は、産科医療関係者の皆様にこれだけは行っていただきたいと考える内容です。産科医療関係者の皆様にとっては、日常の臨床現場で当然行っていると思われる内容もありますが、一方で実際に掲載した事例のようなことが起こっていることも事実です。提言を今一度、日々の診療等の確認にご活用ください。

子宮収縮薬について

産科医療関係者は、子宮収縮薬の使用にあたって、「産婦人科診療ガイドラインー産科編2011」、「子宮収縮薬による陣痛誘発・陣痛促進に際しての留意点 改訂2011年版」および添付文書を順守し、分析対象事例からの教訓として、まずは以下を徹底して行う。

- (1) 開始時投与量、時間毎に増量する量、維持量を適正に行う。
- (2) 子宮収縮薬を使用する前から必ず分娩監視装置を装着し、使用中は子宮収縮および胎児心拍数を連続的に記録し、厳重に監視する。
- (3) 子宮収縮薬の使用の際、使用の必要性(適応)、手技・方法、予想される効果、主な有害事象、および緊急時の対応などについて、事前に説明し妊産婦の同意を得る。
- (4) 子宮収縮薬の使用について、診療録に記載する。

※この内容の詳細は、「第1回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書」P37から53をご参照ください。

この情報は、再発防止委員会において取りまとめた「第1回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書」の「テーマに沿った分析」を一部抜粋したものです。本制度の詳細および本報告書につきましては公益財団法人日本医療機能評価機構のホームページ(<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/>)をご参照ください。

再発防止委員会からの提言

産科医療補償制度再発防止委員会において取りまとめた「第1回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書」の「テーマに沿った分析」の中で提言を行っています。提言は、産科医療関係者の皆様にこれだけは行っていただきたいと考える内容です。産科医療関係者の皆様にとっては、日常の臨床現場で当然行っていると思われる内容もありますが、一方で実際に掲載した事例のようなことが起こっていることも事実です。提言を今一度、日々の診療等の確認にご活用ください。

臍帯脱出について

産科医療関係者は、分娩管理を行うにあたり以下について認識する。

- (1) 臍帯脱出が起こった3件すべてに、経産婦、頭位、分娩誘発、メトロイリント挿入、メトロイリント自然脱出、妊産婦の移動、人工破膜という共通点があった。
- (2) 児頭が一度固定されたとしても、妊産婦の移動や体位交換などにより児頭の位置が変わることがある。
- (3) 臍帯下垂がないことを内診や超音波で確認しても、臍帯脱出をきたした事例があった。

※この内容の詳細は、「第1回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書」P54から61をご参照ください。

この情報は、再発防止委員会において取りまとめた「第1回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書」の「テーマに沿った分析」を一部抜粋したものです。本制度の詳細および本報告書につきましては公益財団法人日本医療機能評価機構のホームページ (<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/>) をご参照ください。

再発防止委員会からの提言

産科医療補償制度再発防止委員会において取りまとめた「第2回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書」の「テーマに沿った分析」の中で提言を行っています。提言は、産科医療関係者の皆様にこれだけ行っていたらいいと考えている内容です。産科医療関係者の皆様にとっては、日常の臨床現場で当然行っていると思われる内容もありますが、一方で実際に掲載した事例のようなことが起こっていることも事実です。提言を今一度、日々の診療等の確認にご活用ください。

吸引分娩について

産科医療関係者は、吸引分娩施行にあたって分析対象事例からの教訓として「産婦人科診療ガイドラインー産科編2011」に従い、まずは以下のことを徹底して行う。

(1) 吸引分娩施行の判断を適切に行い、適正な方法で吸引分娩を行う。

吸引分娩に習熟した医師本人、または習熟した医師の指導下で医師が行う。

また、吸引分娩にあたっては、妊産婦の状態、ステーション、児頭回旋などの分娩進行状況を十分に把握し、適応や施行する際の条件を守ることが重要である。

(2) 吸引分娩施行中は、随時分娩方法の見直しを行う。

「産婦人科診療ガイドラインー産科編2011」にある「児頭が嵌入(ステーション0)している」状態であっても吸引分娩が成功しない場合は、他の方法での急速遂娩が必要となり、しかも既に児へのストレスがかかっているため、早急な対応が必要となる。「産婦人科診療ガイドラインー産科編2011」では、吸引分娩総牽引時間20分以内、吸引分娩術回数5回以内ルールを推奨しているが、それ以内であっても随時分娩方法の見直しを行うことが重要である。また、吸引分娩を行う際は、帝王切開術への移行および新生児の蘇生が必要になる可能性を念頭に置いて準備をするとともに、施行するにあたり必要な人員を集めておくことも重要である。さらに、急速遂娩はいつ必要になるかわからないため、各分娩機関りのシミュレーションを行うなど、日ごろから準備しておくことも重要である。

(3) クリステレル胎児圧出法の併用は、胎児の状態が悪化する可能性があることを認識する。

クリステレル胎児圧出法は、数回の施行で分娩に至ると考えられるときのみ併用し、漫然と施行しないことが重要である。

(4) 吸引分娩により出生した児は、一定時間、注意深く観察する。

吸引分娩が行われた事例の19件中2件に出血性ショックをきたすほどの帽状腱膜下血腫が発症している。1件は、出生約2時間半後に出血性ショックが診断されており、もう1件は、出生約4時間後に出血性ショックが診断されている。吸引分娩により出生した児は、一定時間十分な監視下に置き、帽状腱膜下血腫の有無など、注意深く観察することが必要である。

※この内容の詳細は、「第2回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書」P42から51をご参照ください。



再発防止委員会からの提言

産科医療補償制度再発防止委員会において取りまとめた「第2回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書」の「テーマに沿った分析」の中で提言を行っています。提言は、妊産婦の皆様と産科医療関係者の皆様にこれだけに行っていただきたいと考える内容です。

常位胎盤早期剥離の保健指導について

1) 妊産婦に対する提言

- (1) 常位胎盤早期剥離は、発症すると母児ともに急速に状態が悪化する重篤な疾患であることを理解する。

常位胎盤早期剥離は、母体から酸素や栄養を供給する胎盤が先に剥離することにより、胎児が低酸素状態となる。一方、母体も出血多量によるショックなど重篤な状態となることがある。発症すると短時間でも母児ともに急速に状態が悪化するため、迅速な対応が必要である。また、発症率は単胎で1000分娩あたり5.9件であるという報告がある。

- (2) 代表的な初期症状は腹痛と性器出血であり、これらの症状は切迫早産徴候や分娩徴候との判別が難しいことがある。常位胎盤早期剥離が疑わしいとき、または妊産婦が判断に困るとき、特に常位胎盤早期剥離の危険因子(妊娠高血圧症候群、常位胎盤早期剥離の既往、切迫早産、外傷)に該当する場合は、早急に分娩機関に連絡し受診する。

- (3) 常位胎盤早期剥離の危険因子を予防・管理するために、および常位胎盤早期剥離の徴候を早期発見するために、適切な時期や間隔で妊婦健診を受けるとともに、自己管理を心がける。

【望ましいとされている妊婦健診の受診時期】

妊娠初期より妊娠23週(第6月末)まで	4週間に1回
妊娠24週(第7月)より妊娠35週(第9月末)まで	2週間に1回
妊娠36週(第10月)以降分娩まで	1週間に1回

出典：「母性、乳幼児に対する健康診査及び保健指導の実施について」
(平成8年11月20日児発第934号厚生省児童家庭局長通知)

2) 産科医療関係者に対する提言

- (1) 常位胎盤早期剥離について、妊産婦が十分に理解できるように保健指導を徹底する。

- ① 常位胎盤早期剥離は、発症すると母児ともに急速に状態が悪化すること、および症状が現れた場合には早急に分娩機関に連絡し、その後の指示を受けることについて指導する。
- ② 常位胎盤早期剥離の代表的な初期症状は、切迫早産徴候や分娩徴候と類似することを妊産婦に認識してもらうために、具体的な症状を分かりやすく説明する。
- ③ 常位胎盤早期剥離の危険因子を有する妊産婦に関しては、より注意を促すよう十分な保健指導を行う。

- (2) 常位胎盤早期剥離の危険因子を予防・管理するために、および常位胎盤早期剥離の徴候を早期発見するために、適切な時期や間隔で妊婦健診を受けるよう妊産婦への保健指導を行う。

※この内容の詳細は、「第2回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書」P52から62をご参照ください。

この情報は、再発防止委員会において取りまとめた「第2回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書」の「テーマに沿った分析」を一部抜粋したものです。本制度の詳細および本報告書につきましては公益財団法人日本医療機能評価機構のホームページ(<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/>)をご参照ください。





再発防止委員会からの提言

産科医療補償制度再発防止委員会において取りまとめた「第2回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書」の「テーマに沿った分析」の中で提言を行っています。提言は、産科医療関係者の皆様にこれだけは行っていただきたいと考える内容です。産科医療関係者の皆様にとっては、日常の臨床現場で当然行っていると思われる内容もありますが、一方で実際に掲載した事例のようなことが起きていることも事実です。提言を今一度、日々の診療等の確認にご活用ください。

診療録等の記載について

- (1) 「産科医療補償制度の原因分析・再発防止に係る診療録・助産録および検査データ等の記載事項」を参考に診療録等を記載する。
- (2) 特に、異常出現時の母児の状態、および分娩誘発・促進の処置や急速遂娩施行の判断と根拠や内診所見、新生児の蘇生状況については詳細に記載する。

原因分析および再発防止が適正に行われるため、また医療安全の観点からも診療に関する情報が正しく十分に記載されることが重要である。一見して分娩経過が分かるように、パルトグラムに診療情報を記載するなど1ヶ所に全ての診療情報を記載する工夫も必要である。

※この内容の詳細は、「第2回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書」P 63から70をご参照ください。

この情報は、再発防止委員会において取りまとめた「第2回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書」の「テーマに沿った分析」を一部抜粋したものです。本制度の詳細および本報告書につきましては公益財団法人日本医療機能評価機構のホームページ (<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/>) をご参照ください。



産科医療補償制度の原因分析・再発防止に係る診療録・助産録および検査データ等の記載事項

I. 診療録・助産録

1. 外来診療録・助産録

1) 妊産婦に関する基本情報

- (1) 氏名、年齢、身長、非妊娠時体重、嗜好品（飲酒、喫煙）、アレルギー等
- (2) 既往歴
- (3) 妊娠分娩歴：婚姻歴、妊娠・分娩・流産回数、分娩様式、帝王切開の既往等

2) 妊娠経過記録

- (1) 分娩予定日：決定方法、不妊治療の有無
- (2) 健診記録：健診年月日、妊娠週数、子宮底長、腹囲、血圧、尿生化学検査（糖、蛋白）、浮腫、体重、胎児心拍数、内診所見、問診（特記すべき主訴）、保健指導等
- (3) 母体情報：産科合併症の有無、偶発合併症の有無等
- (4) 胎児および付属物情報：胎児数、胎位、発育、胎児形態異常、胎盤位置、臍帯異常、羊水量、胎児健康状態（胎動、胎児心拍数等）等
- (5) 転院の有無：転送先施設名等

2. 入院診療録・助産録

1) 分娩のための入院時の記録

- (1) 母体所見：入院日時、妊娠週数、身体所見（身長、体重、血圧、体温等）、問診（主訴）、内診所見、陣痛の有無、破水の有無、出血の有無、保健指導等
- (2) 胎児所見：心拍数（ドプラまたは分娩監視装置の記録）、胎位等
- (3) その他：本人・家族への説明内容等

2) 分娩経過

- (1) 母体所見：陣痛（開始時刻、状態）、破水（日時、羊水の性状、自然・人工）、出血、内診所見、血圧・体温等の一般状態、食事摂取、排泄等
- (2) 胎児所見：心拍数（異常所見およびその対応を含む）、回旋等
- (3) 分娩誘発・促進の有無：器械的操作（ラミナリア法、メトロイリナーゼ法等）、薬剤（薬剤の種類、投与経路、投与量等）等
- (4) その他：観察者の職種、付き添い人の有無等

3) 分娩記録

娩出日時、娩出方法（経陰自然分娩、クリステレル圧出、吸引分娩、鉗子分娩、帝王切開）、分娩所要時間、羊水混濁、胎盤娩出様式、胎盤・臍帯所見、出血量、会陰所見、無痛分娩の有無等

4) 産褥記録

母体の経過：血圧・体温等の一般状態、子宮復古状態、浮腫、乳房の状態、保健指導等

5) 新生児記録

- (1) 新生児出生時情報：出生体重、身長、頭囲、胸囲、性別、アプガースコア、体温、脈拍・呼吸等の一般状態、臍帯動脈血ガス分析値^{※注}、出生時蘇生術の有無（酸素投与、マスク換気、気管挿管、胸骨圧迫、薬剤の使用等）等

※注：個別審査対象の児に必要であり、他の児についても検査することが望ましい。

- (2) 診断：新生児仮死（重症・中等症）、胎便吸引症候群（MAS）、呼吸窮迫症候群（RDS）、頭蓋内出血（ICH）、頭血腫、先天異常、低血糖、高ビリルビン血症、感染症、新生児けいれん等
- (3) 治療：人工換気、薬剤の投与（昇圧剤、抗けいれん剤等）等
- (4) 退院時の状態：身体計測値、栄養方法、哺乳状態、臍の状態、退院年月日、新生児搬送の有無、搬送先施設名等
- (5) 新生児代謝スクリーニング結果
- (6) 新生児に関する保健指導

3. その他

分娩経過表（バルトグラム）、手術記録、看護記録、患者に行った説明の記録と同意書、他の医療機関からの紹介状等

II. 検査データ

外来および入院中に実施した血液検査・分娩監視装置等の記録（コピー可）

産科医療補償制度

再発防止に関するアンケート

本アンケートは、分娩機関の皆様へ平成23年8月に送付した「第1回 再発防止に関する報告書」、平成24年5月に送付した「第2回 再発防止に関する報告書」、平成24年12月に送付した「妊産婦の皆様へ 常位胎盤早期剥離ってなに？」と「再発防止委員会からの提言」に関するご意見をお伺いするものです。

本アンケートは、全加入分娩機関の中から無作為に抽出した分娩機関の皆様にお送りしています。

本アンケートは、問1から問17まであります。無記名式ですので、分娩機関が特定されることはありません。また、ご回答いただいた内容は、統計的な処理を行ったうえで集計・分析を行い、今後本制度の再発防止の取り組みをよりよいものにしていくために活用させていただきます。趣旨をご理解賜り、何卒ご協力をお願いします。

なお、平成24年6月末までに補償対象となった児が出生した分娩機関の皆様に対しては、先般、「産科医療補償制度に関するアンケート」のご協力をお願いしましたが、本アンケートは再発防止の取り組みに関するアンケートですので、お手数おかけいたしますが改めてご協力をお願いします。

ご記入後は、同封の返信用封筒に入れ、
●月●日までに投函してください

＜本アンケートへの記入に際しての注意点＞

- 本アンケートは、診療所・助産所の場合は院長、病院の場合は産科部長または同等の責任者の方がご回答をお願いします。
- 以下についてご意見をお伺いします。
 - ①「第1回 再発防止に関する報告書」(平成23年8月送付)
 - ②「第2回 再発防止に関する報告書」(平成24年5月送付)
 - ③チラシ ポスター「妊産婦の皆様へ 常位胎盤早期剥離ってなに？」(平成24年12月送付)
 - ④チラシ「再発防止委員会からの提言」8枚(平成24年12月送付)

②



③



④



- ご回答についてはあてはまる番号に○をつけてください。
- 自由記載欄についてもご記入をお願いします。

【本アンケートに関するお問い合わせ先】

〒101-0061

東京都千代田区三崎町1丁目4-17

公益財団法人日本医療機能評価機構 産科医療補償制度運営部

(担当：加藤・屋代)

TEL：03-5217-2357 <受付時間 午前9時から午後5時(土日祝日除く)>

問6. 「再発防止に関する報告書」をどのように周知・活用していますか。該当する番号すべてに○をつけてください。

1. 院内で回覧した
2. スタッフが閲覧できる場所に置いている
3. 日々の診療等の確認に活用している
4. 研修会・勉強会等で周知・活用している
5. 特に活用していない
6. その他（)

問6. で5. とご回答された方にお伺いします。

問7. 「5. 特に活用していない」理由について、該当する番号すべてに○をつけてください。

1. 脳性麻痺発症の原因や再発防止に関する新たな知見や情報が得られないから
2. 提言内容に納得できないから
3. すでに同様の研修会・勉強会等を行っているから
4. 日々の診療等の確認に活用できると思えないから
5. 報告書の構成や内容が分かりにくいから
6. 再発防止や産科医療の質の向上につながると思えないから
7. 今後活用する予定である
8. その他（)

問8. 「再発防止に関する報告書」に記載されている「産科医療関係者に対する提言」に取り組まれましたか。該当する番号ひとつに○をつけてください。

1. すでにほとんど取り組んでいる
2. すでに一部取り組んでいる
3. まだ取り組んでいないが、これから取り組む予定である
4. 取り組む予定はない

問9. 平成24年12月に「第1回 再発防止に関する報告書」および「第2回 再発防止に関する報告書」の巻末に記載されている「再発防止委員会からの提言」(掲示用)を改めて送付させていただきました。再発防止委員会では年1回の報告書の公表に加え、提言内容の振り返りのために、報告書の公表から半年後を目処に「再発防止委員会からの提言」(掲示用)を改めて送付することとしております。今後も同様に送付することについてどのように感じますか。該当する番号ひとつに○をつけてください。

1. 良いと思う
2. どちらかというが良いと思う
3. どちらとも言えない
4. どちらかというの意味がないと思う
5. 意味がないと思う

問10. 平成24年12月に「妊産婦の皆様へ 常位胎盤早期剥離ってなに？」のA4版チラシを送付させていただきましたが、どのように活用されましたか。該当する番号すべてに○をつけてください。

1. 妊産婦への保健指導の際に活用している
2. 待合室などに置いている
3. 今後活用する予定である
4. 特に活用していない
5. その他 ()

問10で4. とご回答された方にお伺いします。

問11. 「4. 特に活用していない」理由について、該当する番号すべてに○をつけてください。

1. すでに記載の内容について十分な保健指導を院内で行っているから
2. 記載の内容が妊産婦を不安にさせると思うから
3. その他 ()

問15. 今後、「再発防止に関する報告書」等で取り上げて欲しいテーマはなんですか。

()

問16. 報告書の送付部数についてお伺いいたします。報告書は各分娩機関に1冊ずつ送付しておりますが、十分でしょうか。該当する番号ひとつに○をつけてください。

1. 十分である
2. 足りない(何冊程度必要ですか: 冊)

問17. その他、「再発防止に関する報告書」や「妊産婦の皆様へ 常位胎盤早期剥離ってなに?」、「再発防止委員会からの提言」についてご意見・ご要望がございましたら、ご記入ください。

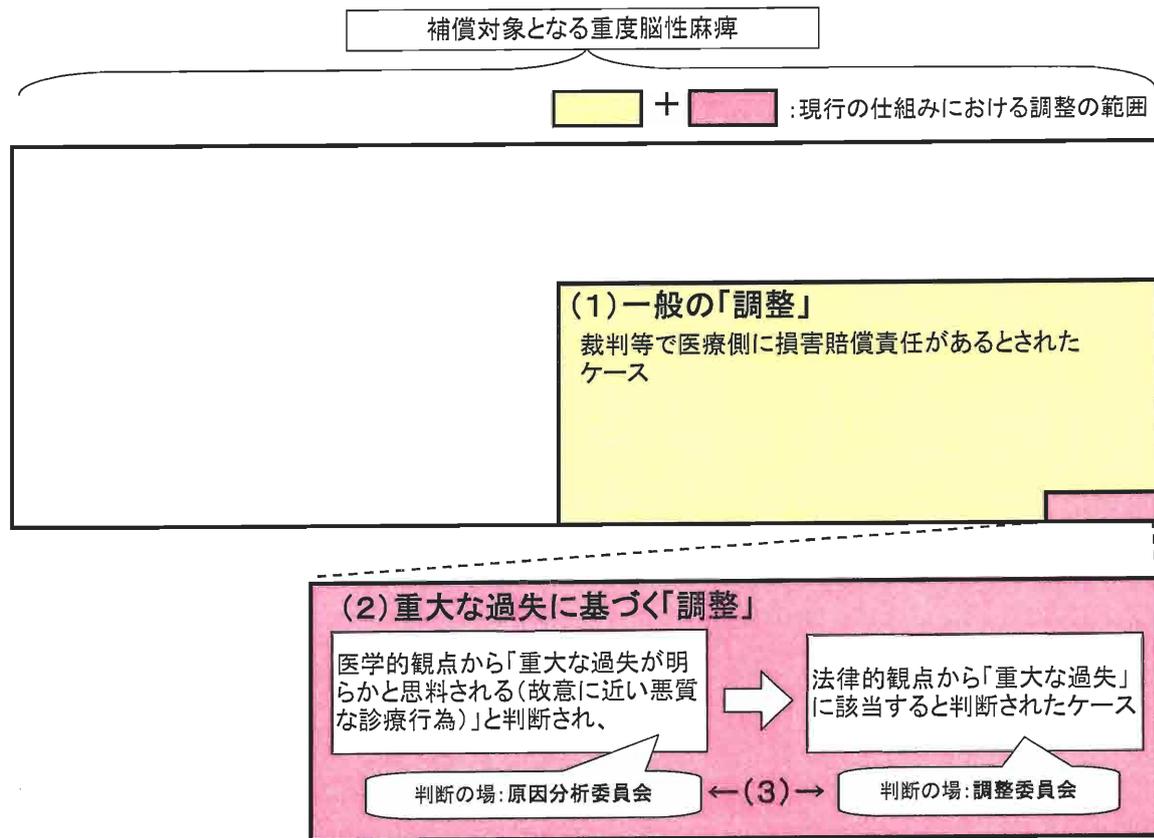
()

以上でアンケートの質問は終了です。
ご協力いただきありがとうございました。

項目	主なご意見	論点
1) 調整の基本的な枠組みについて	<p>○調整委員会が、補償金額が足りないと考えた場合は、自発的に医賠償保険の適用を保険会社と調整する橋渡しをすることができれば、紛争、裁判は大幅に避けられるようになり、医療側の不安も解消されるのではないかと。(第12回運営委員会)</p> <p>○この制度の中に過失を判断する仕組みを入れることになると調整委員会にて全ての案件を法的にチェックするという不自然な話になるため、慎重に考えるべきで、原因分析報告書をベースにそれぞれの立場で検討する、現行の仕組みが望ましい。(第12回運営委員会)</p>	<p>運営組織が過失有無を判断することについて、「運営組織は医学的観点から原因分析を行い、過失認定を行わない」との現行の枠組みの変更要否</p>
2) 「重大な過失」の取扱いについて	<p>○重大な過失となると刑事責任の問題ともつながってくるので、それをこの制度の中で検討するのはあまり適当ではない。(第12回運営委員会)</p> <p>○調整委員会は重大な過失が明らかと史料されるときのみ法的な確認を行う、言わば伝家の宝刀である。(第7回運営委員会)</p> <p>○本制度から補償金を払うべきでないものが払われるという、保険としてのモラルハザードを第三者的に防ぐことが調整委員会であると認識しており、調整委員会の諮問の手続きは皆で考え、コンセンサスを得てほしい。(第7回運営委員会)</p> <p>○調整委員会のイメージが、準備委員会で議論したときと実際に制度が始まってからと大きく異なっており、調整委員会が本来どのような形で位置づけられるべきなのか、見直しの中で準備委員会の議論も踏まえて議論し直すべき。(第10回運営委員会)</p> <p>○準備委員会においては、重大な過失が明白なときは、司法的な判断が出るのを待たず、補償金の返還の請求をしていいということのみ議論されており、それ以外の論点はなかったはず。今までの準備委員会での経過をトレースしておく必要がある。(第12回運営委員会)</p> <p>○本制度から補償金を払うべきでないものが払われるという、保険としてのモラルハザードを第三者的に防ぐことが調整委員会であると認識しており、調整委員会の諮問の手続きは皆で考え、コンセンサスを得てほしい。(第7回運営委員会)</p> <p>○調整委員会のイメージが、準備委員会で議論したときと実際に制度が始まってからと大きく異なっており、調整委員会が本来どのような形で位置づけられるべきなのか、見直しの中で準備委員会の議論も踏まえて議論し直すべき。(第10回運営委員会)</p> <p>○原因分析委員会が重大な過失の判断をして調整委員会にかけられる仕組みについて、かなりの矛盾を抱えている。法的な過失を判断しないはずの原因分析委員会が重大な過失の判断を行い、また医学的評価が最も低い「劣っている」であっても重大な過失には該当せず、仕組みとして機能していない。この仕組みを維持するかどうか、また維持しない場合は代替案として調整の仕組みをどのように考えていくか、議論したほうがよい。(第10回運営委員会)</p> <p>○今までのところ原因分析委員会で医学的評価として悪質な事案として評価したものは1例もないが、実際に1例あったときに調整委員会での調整の対象を「法的な」重大な過失に限るかどうかは全く議論されておらず、整理が必要である。(第12回運営委員会)</p>	<p>「重大な過失が明らかであると思料されるケース」に対する運営組織の具体的な対応について、「調整委員会に諮って、その結論を踏まえて対応する」との現行の枠組みの変更要否</p> <p>「重大な過失が明らかであると思料されるケース」の具体的な判断基準について、「故意に近い悪質な診療行為」との現行の枠組みの変更要否</p> <p>「重大な過失」に該当するとして調整を行う基準について、調整の対象を法的な重大な過失があると判断された事案に限るかどうか。</p>
3) 調整委員会のあり方	<p>○「重大な過失」については、故意またはそれに準ずる悪質な診療行為と定義付け、それに該当する場合に調整委員会に諮ることとしているが、これまで該当する事例はなく、そのような事例を審議する場としての必要性も含めて、調整委員会のあり方について検討してほしい。(第11回運営委員会)</p> <p>○原因分析と調整委員会とは切り離して考えるべき。原因分析委員会は原因分析だけを医学的に判断し、調整委員会は自主的な判断に基づいて何らかの行為を行うほうがよい。(第12回運営委員会)</p> <p>○原因分析委員会が重大な過失の判断をして調整委員会にかけられる仕組みについて、かなりの矛盾を抱えている。法的な過失を判断しないはずの原因分析委員会が重大な過失の判断を行い、また医学的評価が最も低い「劣っている」であっても重大な過失には該当せず、仕組みとして機能していない。この仕組みを維持するかどうか、また維持しない場合は代替案として調整の仕組みをどのように考えていくか、議論したほうがよい。(第10回運営委員会)</p>	<p>原因分析委員会は「重大な過失が明らかであると思料される事案に該当するか否か」を判断し、調整委員会は「重大な過失の有無につき、法的観点から審議を行い、調整を行うべきか否か」を判断するとの現行の役割分担の変更要否</p>

項目	主なご意見	論点
4) 付加機能(ADR的機能等)	<p>○調整の枠組みとして、法的な検討をしてほしいという保護者の要望に対応する余地がないか、議論してほしい。(第7回運営委員会)</p> <p>○医師と患者の信頼関係を良好に維持していくことも一つの目標なので、原因分析報告書を受領した後、医療側と患者側とで対話をしてもらうことが重要。メディエーターやADRを活用する方法もある。(第10回運営委員会)</p> <p>○制度内がいいか制度外がいいかわからないが、どこかでADR的なものを働かせて、医療側と患者側の話し合いを持ち、それで決着する方向にリードする仕組みを追加してほしい。(第12回運営委員会)</p> <p>○この制度にADRの機能を持たせることが過剰な負担となるとの声もあるが、やりようによっては過剰な負担なく機能することができる。本制度は国民全体が適用になる制度であるため、調整機能についても国民全体が恩恵を受けられるようにすべき。(第12回運営委員会)</p> <p>○ADR的な機能は非常に重要であるが、本制度の中では医学的な観点のものに限定し、法的な評価を含む損害賠償の調整という機能は、例えば東京の3弁護士会のような外部で実施するほうが医学的な部分と法的な部分をはっきりわけるとい意味で望ましい。(第12回運営委員会)</p>	調整の仕組みの中に付加機能(ADR的機能等)を設けることの是非

○ 現行の調整の仕組みと各論点の整理



(1) 調整の基本的な枠組みについて

- 運営組織が過失有無を判断することの是非 について

論点①

「運営組織は医学的観点から原因分析を行うこととし、賠償責任の成立要件となる過失認定に関しては、基本的には分娩機関と児・家族との間の示談や裁判の判決・和解等の結果に従う」との現行の枠組みを変更するか否か。

(2) 重大な過失の取り扱いについて

- 「重大な過失が明らかと思料されるケース」に限り運営組織が主体的に調整を行うこと

論点②

「分娩機関に重大な過失が明らかであると

- 「重大な過失が明らかと思料されるケース」の具体的な判定基準について

論点③

「重大な過失が明らかであると

- 「重大な過失」があるとして調整を行う基準について

論点④

「調整委員会での調整の対象を「法的な」重大な過失に限るかどうかは全く議論されておらず、整理が必要である。」との意見について、調整の対象を法的な重大な過失があると判断された事案に限るか否か。

(3) 調整委員会のあり方について

論点⑤

原因分析委員会は「重大な過失が明らかと思料されるか否か」を判断し、調整委員会は「重大な過失の有無につき、法的観点から審議を行い、調整を行うべきか否か」を判断するとの現行の役割分担について変更するか否か。

論点⑥

「調整」と「調整委員会」の区別がわかりにくいとの声もあり、調整委員会の名称を変更するか否か。

2012年11月7日 第57回社会保障審議会医療保険部会議事録(抜粋)

○日時 平成24年11月7日(水)9:57~12:14

○場所 如水会館「スターホール」

○議題

1. 協会けんぽの財政状況について
2. 産科医療補償制度について
3. その他

○議事

○遠藤部会長 おはようございます。まだ定刻に若干時間がございますけれども、委員の皆様、御予定の方はすべて御着席でございますので、ただいまより、第57回「医療保険部会」を開催したいと思います。

まず、委員の御異動がございましたので、御報告いたします。

安部委員が退任をされました。新たに日本薬剤師会常務理事の森昌平委員が就任されておられます。

次に、本日の委員の出欠状況でございますが、本日は、岩村委員、岩本委員、岡崎委員、齋藤訓子委員、福田委員より御欠席の連絡をいただいております。

続きまして、欠席委員のかわりに出席される方についてお諮りしたいと思います。

岡崎委員の代理として村岡参考人、齋藤訓子委員の代理として菊地参考人の御出席について御承認いただければと思いますけれども、よろしゅうございますか。

(「はい」と声あり)

○遠藤部会長 ありがとうございます。

また、本日は、産科医療補償制度を議題の2としておりますが、この御説明をいただくために、日本医療機能評価機構の上田理事にお越しいただいております。後ほど御説明をいただきますので、どうぞよろしく願いいたします。

次に、前回の医療保険部会以降、厚生労働省幹部に人事異動がございましたので、事務局から御紹介をお願いしたいと思います。事務局、お願いします。

○濱谷課長 それでは、人事異動について御紹介をさせていただきます。

まず、保険局長の木倉でございます。

本日は、国会対応のため、途中退席となります。

続きまして、医療保険・医政担当の審議官、神田でございます。

審議官も、本日は国会対応のため、恐縮ですが、途中退席となります。

続きまして、保険局保険課長の木島でございます。

国民健康保険課長の中村でございます。

医療課長の宇都宮でございます。

歯科医療管理官の田口でございます。

医療課薬剤管理官の近澤でございます。

医療課医療指導監査室長の泉でございます。

最後に、保険局総務課長、私、濱谷でございます。よろしく願いいたします。

それでは、保険局長から一言御挨拶をさせていただきます。

○木倉局長 改めまして、このたびの異動で保険局長に参りました木倉でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

委員の皆様には、御多忙の中をこの部会に御出席いただきまして、どうもありがとうございます。

この夏前までは、部会も開かせていただいたようでございますけれども、その間、2月には社会保障の機能強化、税制の持続可能性ということの確保を図っていくための医療保険制度、医療制度を含んだ社会保障・税一体改革大綱、これを閣議決定をし、国会を進めてきたところでございます。また、その後、この間でも与野党間のお話し合いもされ、8月には社会保障制度改革推進法というものが成立しておるところでございます。これまで途中までの経緯は御報告申し上げておりますけれども、また改めてこのような視点を踏まえて御議論をいただきたいと思っております。

全体の高齢者医療制度のあり方につきましては、この与野党間の合意、あるいは推進法にありますとおり、3党間の議論もする、また、推進法に書かれておりますように、国民会議の場でもあり方というものをきちんと議論をしていくという位置づけがなされているところでございます。まだその場が立ち上がっていないわけではございますが、それに備えてまいりたいと思っております。

それから、当面の課題といたしましては、予算の夏の概算要求のときにもお示しさせていただいたのでございますけれども

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、武久委員、お願いいたします。

○武久委員 私、余り詳しくはないのですが、健康保険組合がいろいろ分かれておりまして、将来は統一するということを言われていると思うのですが、今、個別の組合である状況下において、一方のところがお金に余裕があるから融通していくというのは、それぞれの組合が努力をされてきている結果だと思っております。これは、保険局の医療保険委員会ですので、大学病院の附属病院の入院患者さんの平均が70歳を超えているというデータもございます。すなわち、医療問題すなわち高齢者問題ということと同義語じゃないかと思うのですが、結局、高齢者が高度急性期病院に長く入院していると、処置が終わった後も入院していると。これの医療費の1日当たりが非常に高い。処置が終わったなら次の段階に移っていくという仕組みを考えていかないと、ここで数字の何%とか細かいことばかり言っても、結局根本解決にならないと思いますし、これは医療課のほうで当然そういうこともお考えと思いますが、高齢者医療がどんどんふえるから、高齢者医療を減らすのだという単純な削減よりは、システム上の問題というか、治療が終わっても長く入院している人をできるだけ少なくするというような議論も必要ではないかと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

よろしゅうございますか。

いろいろと御意見が出たわけでありまして、抜本改革をなくして小手先のことをやっても余り意味もない効果もないだろうというようなお話、これはまさにそのとおりでありますけれども、同時に、国民会議と言われるものが実際のアジェンダは私はよく知りませんが、抜本改革に近いようなことが議論されると聞いておるわけでありまして、また、24年度末に時限の支援策が切れるというのが実態としてあるという中で、当面、当部会としては、先ほど菅家委員がおっしゃったように、当面切れるであろう時限措置に対して、当部会としてどう考えるか。そのためのいろいろな資料が出てきたわけありますので、とりあえずそのあたりのところを集中的に審議をしていくというのが適切な対応なのではないかと思っております。事務局にもそのような仕切りで事務的にいかどうか、ちょっと聞いてみたいと思っておりますけれども、保険課長いかがですか。

○大島課長 まさに今年度で切れまして、それは来年度予算にも、非常に額が大きいものですから影響が大きいということで、年内に措置が切れますところをどうするかということを中心として御議論をいただいて、結論をお願いできればと思います。

抜本的な議論につきましては、国民会議での議論も始まると思っておりますが、当部会においてもそういった議論と並行しながら議論していくということになるかと思っておりますが、短期、中長期で言えば、当面この12月までは、短期の措置が切れるところの取り扱いを集中的にお願いしたいと思います。

○遠藤部会長 わかりました。ありがとうございます。

本来であるならば抜本改革と一緒に議論するというのが筋なわけでありまして、時間のラグの問題もございますので、とりあえずは今回その問題に集中し、その以降は、場合によっては国民会議と並行するのもかもしれませんけれども、抜本的な議論を当部会としても審議することもやぶさかではないということでありまして、そういう段取りを進めていきたいと思っております。よろしゅうございますか。

(「異議なし」と声あり)

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、一通り御意見を承ったと思っておりますので、本件につきましてはこのあたりにしたいと思います。

それでは、引き続きまして、次の議題でございますけれども、産科補償制度についてを議題といたします。

本議題につきましては、前回御議論を既にいただいたところでありますけれども、本日はそれに引き続き御議論ということでございます。

上田理事が御参加いただいておりますけれども、まず、上田理事から資料の説明をお願いいたします。その際、前回、医療保険部会でいろいろな御意見が出まして、その御意見、御質問に対する検討事項も盛られていると伺っておりますし、また、機構独自で見直しの議論もされているということなものですから、その中身についても御報告をいただければと思っておりますので、上田参考人、どうぞよろしくお願いいたします。

○上田参考人 日本医療機能評価機構の上田でございます。よろしくお願いいたします。

7月の医療保険部会において、産科医療補償制度について御報告させていただき、皆様からさまざまな御意見や御要望をいただきました。その後、当機構において運営委員会を2回開催し、医療保険部会における御意見等も踏まえ、制度見直しの進め方などについて検討を行っておりますので、本日はその状況について御報告させていただくとともに、前回御質問いただいた事項について回答させていただきます。

まず、お手元の資料の1ページ目の産科医療補償制度運営委員会における制度見直しの検討状況についてをごらんください。運営委員会における検討状況について、医療保険部会と関係の深い部分を中心に取りまとめております。

9月18日に開催した第14回運営委員会においては、医療保険部会での御意見等を踏まえ、制度見直しの進め方などについて議論を行いました。前回の医療保険部会において、補償対象者数を早期に推計すべきとの御意見をいただき、私もできるだけ速やかに推計し、見直しの検討を進めていくことを御説明させていただきましたが、この点について記載しております。

まず、アであります。本制度の補償申請期間は児の満5歳の誕生日までであります。専門家からは、脳性麻痺の型や程度によっては早期の診断が困難との御意見があるなど、現時点での補償対象者数の推計は困難であります。

しかし、前回の医療保険部会で御意見をいただいたことなどを踏まえ、平成27年中ごろの補償対象者数の確定を待たず

にできるだけ早期に推計し、制度見直しを行うために、医学的調査専門委員会を立ち上げることとなりました。

次に、イですが、この医学的調査専門委員会においては、補償対象者数の推計及び制度見直しの検討に当たって必要な脳性麻痺の発症等のデータの収集・分析等を行い、具体的な議論を行えるよう整理しまして、平成25年の6月ごろを目途に、その結果が運営委員会に報告されることとなりました。

ウですが、このことを踏まえて、以下の進め方で見直しの検討が進められることとされました。

まず、補償対象者数の推計値等のデータに基づいて検討する必要がある補償対象範囲や補償水準、掛金の水準、剰余金の使途等の課題については、医学的調査専門委員会からの報告に基づいて、速やかに検討を行います。

一方、補償対象者数の推計値等のデータがなくても検討が可能な課題については、医学的調査専門委員会の検討を待たずに順次審議を行い、平成25年春ごろを目途に報告書を取りまとめます。

具体的には、この下に記載しております原因分析のあり方から診断医の体制等までの課題でございます。これらはいずれも出産育児一時金とは関係しない課題ですので、順次審議を行うこととしております。

なお、内容がわかりにくいと思われる項目につきましては、アスタリスクで注を付しておりますので、適宜御参照ください。2ページでございます。

続きまして、2ページの保護者及び分娩機関へのアンケートの実施についてでございます。

制度の評価及び制度運営の課題について検証し、制度見直し及び制度運営に資することを目的に、本年の6月末までに補償対象と認定された327事例の児の保護者と、児が出生した分娩機関を対象にアンケートを実施することとし、その内容等について審議が行われました。現在、このアンケートを実施しておりまして、年明けを目途に集計結果を取りまとめる予定でございます。

次に、原因分析に係る検討の進め方についてでございます。

本制度は、補償に加えまして、原因分析、再発防止を行うことを制度の柱の一つとしており、原因分析のあり方について、幾つかの検討課題が運営委員会において提起されたところでございます。医学的評価のあり方や回避可能性の記載の要否は、原因分析は、責任追求を目的とせず、再発防止の観点で行うものでありますが、記載によっては責任追求につながる恐れがあるとの意見があり、論点となっております。また、原因分析の対象件数が増加する中、体制面の見直しなどが論点となっております。

次に、11月1日に開催されました第15回運営委員会について御説明申し上げます。

まず、医学的調査専門委員会の状況でございます。

医学的調査専門委員会を設置しまして、10月18日に第1回の委員会を開催しております。

委員については、小児神経科等の専門家の6名で構成されておりまして、東邦大学医学部名誉教授の多田裕先生に委員長をお願いしております。

次に、イでございますが、第1回の委員会においては、補償対象者数の推計及び制度見直しの検討に当たって必要なデータに関して、具体的な内容と取得方法、調査・分析の進め方等について議論が行われました。

その結果、沖縄県、栃木県、三重県において脳性麻痺発症に係る医学的調査を行い、データを収集するとともに、文献等も踏まえて分析・整理を行うこととされました。

次に、ウであります。3ページをお願いします。委員から、どのような事例が補償対象となるかについて必ずしもまだ広く認知されておらず、補償対象となる範囲について誤解されている可能性がある、また、脳性麻痺のタイプによっては早期の診断が困難であるため、補償申請が行われていない事例が相当あると考えられるとの意見がありました。そこで、小児科やりハビリの施設、また脳性麻痺児の保護者等への周知・広報にしっかりと取り組むことが重要であるとされました。

当機構としては、これまで補償申請漏れが生じないよう、その周知に努めてまいりましたが、さらなる周知に努めてまいりたいと考えております。

次に、(2)の原因分析のあり方についてでございます。

補償対象者数の推計値等のデータがなくとも検討が可能で順次審議を行うと整理された課題については、見直しの検討に入っております。

まず、アですが、平成23年1月から12月までに原因分析報告書を送付した67事例の保護者及び分娩機関を対象に、本年の7月末に実施した「原因分析に関するアンケート」について集計結果を報告しました。

前回の医療保険部会においては、昨年実施した「原因分析に関するアンケート」について御報告をさせていただきましたが、今回もおおむね同じような結果でございました。

イでございますが、分娩後に新生児搬送が行われた事例について、NICU等の搬送先における新生児管理に関して、原因分析報告書の中で医学的評価を行うことの是非について審議が行われました。いろいろ意見がございましたが、これまで原因分析をした事例を再度確認し、新生児管理に対する医学的評価の必要性等を分析・整理した上、改めて審議を行うこととされました。

ウですが、分娩機関に対して改善を促すための対応について議論が行われました。

続いて、訴権の制限の再検討についてでございますが、訴権の制限の是非について審議が行われ、現状どおり、保護者は補償金を受け取った場合でも損害賠償請求訴訟等を行うことが適当であるとされました。

運営委員会における検討状況の御報告は、以上でございます。

なお、運営委員会の資料及び議事録は、当機構のホームページで公開しております。

続きまして、資料の4ページをお願いします。

前回の医療保険部会でいただいた御質問のうち、後日回答することとなっております質問の6項目について、それぞれ回答を記載しております。時間の関係で御説明は割愛させていただきますが、御確認いただきますようお願いいたします。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

回答のところが確認するということでありましたけれども、ただいまの御質問について、何か御意見、御質問ございますでしょうか。白川委員、どうぞ。

○白川委員 肝心な部分の御説明がなかったのが残念でございますが、医療保険部会なものですから、むしろ後半部分が我々にとっては非常に関心が高い部分でございます。ただ、事前に読ませていただいておりますので、幾つか意見を申し上げたいと思います。

前回、いろいろ資料をお出しいただきまして、その際に私は3つぐらい意見を言ったと記憶しております。

1つは、制度設計の段階からまだ4年弱しかたっていないので確定値はなかなか出ないということは、確かにそのとおりですけれども、それにしても、当初予定したよりもかなり補償対象者が少ないだろうと。500人から800人と言っていたのが、たしか200人弱ということを見ると、多分そこまでは行かないだろうと見込まれるという前提でございましたので、それに関して、掛金の見直しを早急にやるべきだと。どう考えても3万円は必要ないでしょうという話が1つ。

2つ目は、過去3年間で毎年200億円ずつぐらいの剰余金が蓄積されている。5年たてば1,000億という金額。しかも、たしか20年間の年賦でお支払いする部分が大部分ですから、1,000億の剰余金の扱いをどうするかということが2つ目の議論と。

3つ目は、前回、経費の内訳、事務費の内訳を出していただきましたけれども、明らかに公的保険にもかかわらず、民間の保険会社が、私に言わせれば過大な利益を上げている構造になっている。したがって、来年の民間保険会社との契約について、ぜひとも見直すべきではないかという3つの意見を申し上げたと思います。

その続きでございますが、前回お出しいただいた、特に事務経費のところを私どもでも精査をさせていただきます。その件で特に具体的に御指摘をさせていただきますと思っております。

1つは、制度変動リスク対策費というのが16億円強、毎年支出されることになっております。これは、要は保険会社のリスクのヘッジのために一定額を補償しようという内容だと思いますが、どう見ても保険会社にリスクは全くないと。なぜこれを16億円、ただであげているようなお金があるのかというのが、はっきり言うとは許せないと言わざるを得ません。これは即刻やめていただきたい。

それから、最低保険料というのがあるようでございまして、補償実績が300件を下回る場合は、300件との差が保険会社の取り分だという契約になっているようでございますが、これも何のことやらさっぱりわからない。過去の実績を見て300件を超えたケースはないわけでございますので、これも取りやめをしていただきたい。

それから、運用収益について、剰余金、今、600億ぐらいあると思っておりますけれども、この運用益については、前回質問いたしましたけれども、今回の回答では具体的なことを何も書いていないのですが、これはどう考えても保険会社がその分、運用益は取っていると考えられます。これもおかしな話で、この運用益をどうするかということについて、ぜひ評価機構でも詰めていただきたいし、契約の更改に当たっては反映をさせていただきたいということが3つ目。

4つ目は、聞くところによりますと、この保険会社は5社で引き受けていると聞いておりますけれども、その3分の2が1社に集中していると。たしか理事会でそういう議論があったと聞いております。どう考えても公的保険、前回、自賠責の話为例として出されましたけれども、公的保険で1社が3分の2のシェアを取るとことは普通あり得ないわけでございまして、このシェアについてもぜひとも見直しをしていただきたい。

それ以外にもいろいろ意見はございますが、とりあえず1月から保険会社と契約更改というふうに聞いておりますので、早急に取り組んでいただいて、契約更改に反映をしていただくように強くお願いしたいと思います。

それから、もう一点、今お示しいただいた資料の1ページ目の下半分、ウの(ア)でございまして、運営委員会等で対象範囲や補償水準、掛金の水準、剰余金の使途等を検討するやに書かれておまして、そんなことはないと思いますが、これを評価機構のほうで全部決めるんだというお考えだとすれば、それは全く私は違うと思っております。それは、医療保険部会のような所できちんと議論をして合意を得て進めるものであると考えておりますので、そのための資料を評価機構のほうで出していただくというふうに捉えておりますが、それによろしいかどうか、御確認をお願いしたいと思います。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

先ほど小林委員もお手を挙げられましたけれども、前回、似たようなことをおっしゃっていたので、もし今と関連するのであれば、一度にしたほうがよろしいと思います。では、小林委員。

○小林委員 白川委員と全く同じ意見でありまして、関連しておりますので、同じ内容になるかもしれませんが、私どもの意見を申し上げたいと思います。

質問事項について回答が示されており、説明はありませんでしたが、この中には幾つか問題があると考えております。特に今、白川委員がお話しになった最大の問題というのは、5ページの問3に対する回答の最後の3行であります。この中には、財団内部の運営委員会において、補償対象範囲、補償水準、掛金の水準、剰余金の使途等をあわせて議論していくこととし、その検討状況については、当部会に御報告し、関係者の御理解をいただきながら進めてまいりたいとありますが、この財団の考え方というのは、当部会の考え方と随分違います。

この制度は、そのもとを辿れば、社会保険料と税金で成り立っている公的制度であります。その補償対象範囲や補償水準、あるいは掛金の水準をどうするかというのは、まさに公的な制度をどうするかという議論であり、この制度論は、当然この医療保険部会で行うべきものです。

以前の医療保険部会で西辻前保険課長は、「産科医療補償制度の掛金に充てる出産育児一時金の水準をどうするか」という医療保険の給付に係る部分は、この医療保険部会で御議論願いたい」とおっしゃっていましたが、そのような理解で間違いがないか、まず事務局に確認させていただきたいと思っております。

○遠藤部会長 それでは、保険課長、お願いします。

○大島課長 今、小林委員、御指摘のとおり、7月30日のこの部会で、当時の西辻課長のほうから、医政局とも相談いたしまして、産科医療補償の掛金に充てる出産育児一時金の水準をどうするかという医療保険の給付に係る部分については、この医療保険部会で医療機能評価機構から報告をいただきながら検討をお願いしたいと考えておりますということ述べております。この整理は今もそうだと考えています。

○小林委員 ありがとうございます。

○遠藤部会長 私も当時の西辻さんとお話をして、そのように理解しております。

○小林委員 引き続きよろしいですか。

○遠藤部会長 お願いします。

○小林委員 ただいまお聞きになったとおりでありまして、ぜひそのようなことで議論を進めていくべきだと思いますが、そのほかにも幾つか問題がありますので、申し上げたいと思います。これも事務局において、私どもの問題提起についてお考えいただいて、次回以降で構いませんので、しっかりお答えいただけたらと思います。

まず、1つ目の問題ですが、4ページの問1の回答です。補償対象数の推計は困難であると真ん中くらいにありますが、いまだ補償対象数の推計が困難な状況という中で財団内部で議論を進めるとするのはどういうことなのか、理解に苦しみます。これについて事務局の見解をお答えいただきたい。

2つ目です。同じページの問2も、保険金に匹敵する事務経費というのはどうも納得ができないし、保険会社の分がその大半を占めているというのは制度的な欠陥と言っても過言ではないと思っております。早急な見直しが必要だと考えますが、これも事務局のご見解をお願いしたいと思います。

最後に、いずれにしても、剰余が出た場合は財団に返還されるということですが、剰余金については、余ったら保険者に戻すべきであるし、少なくとも今後の掛金の値下げに充てる以外の選択肢はあり得ないと考えております。財団内部で剰余金の使途について議論いただく必要は全くないと考えておりますので、後ほど結構でございますので、これについて事務局のお考えをまとめていただきたいと思っております。白川委員の御意見と、私も全く同じです。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

類似のご質問ですか。余り多くなり過ぎてもあれなので、ひとまず御回答を得たいと思っております。ただ、申しわけありませんけれども、前回の話はあくまでも保険のファイナンスの話だったわけですから、そここのところの御回答が直接承れなかったというのは、プレゼンテーションの仕方として適切ではないという印象を私も受けましたので、そここのところを白川委員から再度細かく質問がありましたので、御説明いただきたいと思っております。細かい内容だったので、もし御質問の趣旨がわからないようだったら、再度御質問いただければと思います。それでは、上田参考人、お願いします。

○上田参考人 まず、見直しの進め方について、先ほど大島課長からもお話がありましたが、私からも、基本的な考えをお話したいと思っております。

産科医療補償制度の見直しについては、運営委員会で議論を行っていますが、このうち、出産育児一時金に関連する部分につきましては、運営委員会での議論の内容を適宜医療保険部会に御報告し、そして医療保険部会での御意見を受けて、また改めて運営委員会で議論していただくなど、医療保険部会にも十分御理解をいただきながら進めていきたいと考えております。

○遠藤部会長 わかりました。確認します。決定はそちらですと。ただし、こちらの意見は聞くと、そういう理解でよろしいですか。ただいまの御発言。

○上田参考人 ですから、出産育児一時金に関しては、こちらで決定されますので、当然その関連したものを議論していただいて、出産育児一時金については、こちらで決定されるということで私ども理解しております。

○遠藤部会長 どうぞ続けて。

○上田参考人 それで、私どもの資料1を見ていただきたいのですが、ここにありますように、今の私の話と関連しますが、補償対象者数の推計値等のデータに基づいて検討する必要がある、1ページのウの(ア)でございます。補償対象範囲や補償水準、掛金の水準、剰余金等の使途等の課題については、議論するに当たって、イにありますように、補償対象者数の推計及び制度見直しの検討に当たっての必要な脳性麻痺の発症等のデータの収集・分析等を行って、そしてこういったデータに基づいて行う必要があるということをお話しております。

したがって、こういったデータをあくまでも医学的に、この推計、あるいは必要なデータを、先ほどから申し上げております医学的調査専門委員会でまさに医学的データを出していただく。そして、出していただいたものをもとに、先ほども申し上げましたが、運営委員会で審議をします。と同時に、先ほど申し上げましたように、適宜こちらのほうに報告し、議論をしていただくということで進めていきたいということでございます。

もう一つは、1ページの(イ)であります。一方、補償対象者数の推計値等のデータがなくても検討が可能な課題、すなわちこれは出産育児一時金と関連の乏しい課題でございます。こういった原因分析のあり方、調整のあり方については、これは随時、審議を進めて、来年の春ごろを目途に報告書を取りまとめるということで考えております。

これが基本的な考えでございます。出産育児一時金にかかわる項目をもう少し丁寧に説明すべきという部会長からの御指摘、大変失礼いたしました。ただいま、白川委員、そして小林委員から、経費の問題等々の御指摘がございました。この点について、私どもの考えを申し上げたいと思っております。

これも何度も私申し上げていますが、本制度においては、全国的な十分なデータがない中での制度設計でありました。そして、補償対象者数が推計値を上回る恐れもありましたので、それに対するリスク対策費等を計上した経過がございます。しかしながら、3年半を過ぎて、ただいまの白川委員、小林委員から御指摘のように、当初の800に比べると、今は200弱じゃないかとか、いろいろな御指摘がございます。したがって、そういった皆様方の御意見を我々も十分踏まえながら、確かにこの制度は公的な性格を有する制度でございますので、事務経費をできるだけ抑えていくことは非常に大事でござ

ざいます。したがって、先ほど御指摘のありました運用益の問題、あるいは制度変動リスク対策費の問題、こういったものを含めて、保険会社における事務経費の来年以降のあり方については、厚生労働省ともよく相談します。そしてまた、保険会社とも相談しながら進めていきたいと考えております。

ですから、こういった経費については、私ども、例えば保険会社の経費節減、実際に平成21年対比3億6,000万の事務経費の減となっておりますが、こういった効率化も当然図りますし、先ほど申し上げました運用益、あるいはリスク対策費等々のこういった問題については、厚労省とも相談して進めていきたいと思っております。

それから、もう一点、300の最低基準について御意見がございました。制度創設時には、これも前回お話ししましたけれども、補償対象者数が予測を上回ったら、その上回った分が損保会社の損失となってそれに対応していただく。予測を下回ったら、下回った分が保険会社の利益となる仕組みと当初なっておりました。しかしながら、これは制度開始後でありますけれども、保険会社が過大な利益を得るべきでないという御意見がありましたから、予測を上回った場合のリスクはそのままにしながら、一方、下回った場合の剰余金は運営組織に戻されるということとなったものでございます。

しかし、民間保険を活用する以上は、全額返還される契約はあり得ないということから、厚生労働省とも協議の上、300人を最低保険料の基準としたものでございます。この基準については、先ほど私、資料の1ページで御説明させていただきましたが、こういった問題も含めて、データをそろえ、そして全体の議論をする中で、検討していきたいと考えております。

それから、剰余金の使途については、これまで、保険者への返還、あるいは将来の保険料に組み込むことで掛金を下げるべきという御意見がございました。またもう一方、補償対象範囲や補償水準の見直しに活用すべきといった御意見などもございます。剰余金の使途につきましては、補償対象者数の推計が何人になるのか、あるいはそれに伴ってどれほどの剰余金が生じるのか、また、補償対象の範囲ですとか、補償水準、掛金水準の見直しなど、こういった内容にもよりますので、資料の1ページにもありますように、この点については、医学的調査専門委員会で議論ができるデータを出していただいで、それをもとに、制度全体のあり方の中で検討していきたいと考えております。

それから、医学的調査専門委員会は、6月を目途にデータを出していただいで、そして、先ほど言いましたように、速やかに運営委員会で議論しますが、その状況は適宜こちらの医療保険部会に報告し、また議論していただき、よく連絡を取りながら最終的に確認をしていきたいと思っております。

そして、補償対象範囲、補償水準などの内容がかたまりますと、実際に実施するに当たっては、その内容を加入分娩機関や妊産婦への周知ですとか、あるいは契約関係の改定ですとか、あるいはWebシステムの改修等を行います。

創設に当たって検討を行いました。こういった準備を考えますと、私ども、来年6月に医学的調査専門委員会からデータをいただき、それをもとに運営委員会で議論し、そして医療保険部会でも議論していただきながら、医療保険部会の御理解もいただきながらまとめて、先ほどの準備などを考えますと、平成27年1月を目途に実施するというのを今のところ考えております。しかしながら、この点については、運営委員会の議論ですとか、医療保険部会からの御意見を踏まえ、そして厚生労働省ともよく相談しながら進めていきたいと思っております。

とりあえず以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

白川委員の御質問にお答えいただいたわけなので、まずは白川委員お願いします。

○白川委員 今のお話を伺ってしまして、医療機能評価機構というのは何なんだろうという気が実はしているんです。要するに、我々は法令で定められた形で3万円の掛金を出産育児一時金としてお支払いしているけれども、それで剰余金が出たら、これは医療評価機構のお金であって、それをどう使うかは機構が決めるんだというふうに、極論するとそういうふうに関わってしまったのですけれども、そういうものではないでしょうか。我々が医療機能評価機構に期待しておりますのは、補償を受ける方、それから、我々掛金を支払っている側、この立場に立って、どうしていけばそういう方々の負担がいかに低くなるか、小さくなるかというのを考えていただけるといいうふうに期待をしていたのですけれども、はっきり言うと、あきれ返っています。これは反論は結構です、私の意見ですから。あきれ返っていますよ。機構に入った剰余金は自分たちのお金だから、これを適用拡大しようかとか、保険会社はどんどん利益を持っていけと、こういうのでしたら立場が逆じゃないかと申し上げざるを得ませんので、それだけは申し上げておきます。反論は結構でございます。私の意見ですから。

○遠藤部会長 簡潔に上田参考人、お願いします。

○上田参考人 私、今、白川委員がおっしゃられたそういう考えで申し上げているつもりでございませぬ。私、申し上げたのは、確かに我々は産科医療補償制度の事業を実施しております。ですから、制度の見直しについては運営委員会でまずは議論します。しかしながら、出産育児一時金に関連する事項、すなわち出産育児一時金は、この医療保険部会で決定されますから、私、申し上げたのは、剰余金の問題など、あるいは補償対象の基準など、つまり、出産育児一時金に関連する部分について、まずは確かに私ども議論します。議論しますけれども、と同時に、医療保険部会にそういった状況報告をして、そして医療保険部会でも議論していただく中で進めさせていただくことを申し上げておりますので、決して私どもが一方向的に審議し決定して、これでいきますということで申し上げているつもりではございませぬ。この点よろしくお願ひしたいと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、順番で、横尾委員、鈴木委員、樋口委員でお願いしたいと思います。

○横尾委員 ありがとうございます。

支払備金、7ページですけれども、問5に対しての回答が出ているのですが、こういった場合はどう回答するか。普通は、150~200億円の内訳はこういうことになっていて、大括り、こういうふうに分けていますと。それぞれの金利はこういう金利運用で、何年間の契約をどことしていきますとかいうふうなデータが出てくるのが普通の回答なのですけれども、文章だけの考え方の回答では、個人的には余り誠意がないのかなという感じがいたしまして、そこら辺は明らかにしたほうが透明性が高くなる運営になると思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思います。

なお、このことについては、厚生労働省は内訳は全部把握されているのでしょうか。

- 遠藤部会長 保険課長、お願いします。
- 大島課長 医政局ではしているかもしれませんが、保険局ではしていません。
- 遠藤部会長 それは御要望しますか、横尾委員。確認しますか。
- 横尾委員 出していただくとありがたいです。
- 遠藤部会長 もし可能であれば。

上田参考人、どうぞ。

○上田参考人 ただいまの御質問ですが、まず1つは、ただいまの資料の4ページに、問2の表で、4で178件があって、今のところは53億4000万がそれに充てている。これはあくまでも中途段階であるということと、それから、これは前回の資料ですが、私どもの産科医療補償制度の概要の参考資料の2でございますが、これにつきまして、8ページに、21年、22年、23年、それぞれの生まれの児について、補償金が172件、126件、26件、そして保険料からそれを差し引いた支払備金として214億、250億、272億、これを支払備金として確保し、そしてこれは満5歳まで申請可能ですので、それに対応する備金として対応しているということでございます。

○横尾委員 それは表を見たらわかることなので、要は、内訳がどうなっていて、金利がどうなっているか、そもそもの質問にはちゃんと答えたほうがいいと思います。

以上です。

○遠藤部会長 お答えはまた改めてということで、それでは、鈴木委員、お待たせしました。

○鈴木委員 私どもとしては、余裕が出た場合、これは当初、全然見通しのつかないままに、限られたデータをもとにかなり抑えてスタートしたという経緯がありますので、日本産婦人科学会、医会の御意見も踏まえまして、補償対象の拡大や補償金額の増額を要望したいと思っております。そういう議論をするにしても、今日の機構の御説明では、現時点での補償対象者数の推計は困難であるとした上で、医学的調査専門委員会を立ち上げてその議論を開始したとのことですが、この結果が出るのが来年の6月ごろ、その他の報告書が出るのも来年の春ごろということで、今後の議論の進め方として、そういった結果が出るまで、我々はここで議論ができないのでしょうか。医会、学会の先生方が心配されているのは、そういうデータが出る前にここの結論が出てしまうような形になるのは困るとおっしゃっているのですが、その議論の進め方、結論が出てから議論するのか、出なくても議論して結論を出してしまうのか、あるいはその中間ということもあるかと思いますが、どういう議論の進め方をするか、事務局に確認させていただきたいと思います。

それから、保険者の先生方がかなり強くおっしゃっている保険会社の利益ということですが、これは我々も現状には非常に問題だと思っております。特に私は、300人まで対象者がいかない場合には差額全部保険会社の利益にするというのは、幾ら何でも問題だと思うので、そういったものを見直しはいつごろ行われるのか、それもそういうデータが出る来年の6月とかじゃないとできない話なのか、そういった保険会社の利益に関する透明性の確保は議論の前提になる話だと思いますので、これはしっかり行っていただきたいと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

樋口委員、お願いします。

○樋口委員 ありがとうございます。

産科医療補償制度そのものに関しては、いろいろ見直しが必要だとは思いますが、私はぜひ続けていただきたい制度だと思っております。今お話を伺っている間に、確かに主人公、主体がどこか、わけがわからなくなるようなお話でございましたけれども、制度的なフォーカスポイントというのはしっかりあるだろうと思っておりますが、基本的に私は、主体はと言ったらいいか、この制度によって恩恵を得るのは、母親であり、子供であり、医療者たちであって、その人たちが安心して出産に立ち会い、出産に臨み、万一不慮の事故があったときには補償されて、そして、かつ、きちんと分析することによって、補償金は出て行くかもしれないけれども、そこがきちんと明るみに出て分析されることによって再発が防止されれば、結果として医療財政に金目の面でも益する制度だと思っております。ですから、現状では数が把握できない、少ないとしても、私はこの制度は見直した上で、ぜひ存続していただきたいと思っております。実はこれは将来のお金の浪費をなくするいい制度だと思っておりますし、広い意味での今度の社会保障・税一体改革の、あえて言えば、子供の出産、子育てに重点を向けていくというその施策にも合うものだと思っております。ここまでが応援演説です。

しかし、誰が主体であって、そして、どのように運用するかということについては、私も皆様方の多くがおっしゃいましたように、きょうの御説明を聞いてもわかりません。そもそも私はこの委員会にそれほど古くなくて、後期高齢者医療制度が立ち上がって運営され始めてから高齢者枠で加わった人間でございますので、よく知りましたのは、前回、夏のこの委員会ぐらいでしたけれども、そのときに、まずこういう公的機関に生命保険会社が入っているということで、ちょっとびっくりいたしました。きょう伺いましたら、5社入っているんですか。そのうちの全体の2分の1を1社が独占しているんですか。

○白川委員 3分の2です。

○樋口委員 3分の2。とにかく保険者が払おうと、その保険者の元金はどこから出ているかといったら、我々被保険者が払う保険料から出ているわけです。そういうものからできるとしたら、やはり透明性というのは最も大事な事柄ではないでしょうか。生命保険会社に委託しなければならない。確かに民活、民活と言われておりますから、そういうところに一部使うことを全面的に否定はいたしませんけれども、だとしたら、そういう情報ははっきりと公開していただいて、例えばこの委員会に出てくる報告の中にも、生命保険会社の実名を上げて何が悪いのでしょうか。実名を上げて発表して、ここに何%ぐらい委託している、そういうことがあってしかるべきではないかと私は思いますけれども、皆様ないし厚生労働省はいかがでございますでしょうか。

ついでに厚生労働省に伺いたいのですけれども、きょういただいた資料、私はわかりません。参考資料1でございます。産

科医療補償制度についてとごさいまして、これは機構から出ているのではなくて厚生労働省保険局から出ております。頭のほうはまだわかるのですけれども、なんでここに大正11年法律第70号。なるほど私が生まれる前からの法律が今も生きて日本に脈々と続いているのは、ある意味でとても喜ばしいこととごさいますけれども、当時制定された法律と現行の法律とどういふ関連性があって、どう生かされているかというのをちょっと御説明いただかないと、私、わかりませんでした。

以上です。

○遠藤部会長 最後の質問は、事務局は御対応可能ですか。それとも次回以降に。すぐお答えできますか。保険課長、お願いします。

○大島課長 出産育児一時金に加算してそこから産科医療補償制度のお金を出していますというところに関連する条文を書いています。出産育児一時金の法律上の根拠が、大正11年の健康保険法の101条にあって、そこには金額は政令で決める旨が書いてあります。

その下の健康保険法施行令のほうですけれども、39万円の出産育児一時金に、別途3万円の範囲内で額を加算するという規定が書いてありまして、実際にはこの3万円で産科医療補償制度が回っている。その関連する条文を書いたものごさいます。

○菅家委員 次回以降もやるんですか。

○遠藤部会長 次回以降、では、ちょっと整理させていただきますと、実はこの制度そのものは、もともとは医療事故とか産科医療の話なものですから、医政局マターで話が進んでいるわけですが、現実には相当なお金が拠出されているということで、保険制度も兼ねているというところで、そういう意味で医療保険部会とも非常に関連のあるところであったと。しかも、運営上やや問題があるということで、特にスポンサー役であった保険者から非常に強い御指摘が出ているということで、この問題は全然まだ解決はしていないと思います。

そもそもこの制度の運営上の、先ほど透明性というようなこともおっしゃいましたけれども、ある種ガバナンスをどういふふうにするのかというところがはっきりしていませんので、そこはある程度はっきりさせる必要があるかなと思いますし、当面の課題としては、保険会社への委託、損害保険なのですから、損害保険会社への委託のやり方について疑義があるということがる言われておるわけですから、契約見直し時にどうするかということ、これを決めなければいけないと思うわけですが、その議論も、どこがどういふ視点でやっていくのかということ、今のところはっきりしてないというのが現状ではないかなというのが私の今の認識でございまして、となると、これは1回で済む話ではないなと思っておりますが、事務局、いかがでしょうか。総務課長、お願いします。

○濱谷課長 御指摘のとおりでございまして、この制度そのものは医政局の所管でもございまして。そういう意味で局をまたがる話でございまして、この部会でどこまで審議するかという整理も必要であります。その点につきまして、事務局でまず整理をさせていただきたいと思っております。

また、時期でございまして、先ほど来、宿題もいただいておりますので、そう遅くない時期にということではあるかと思っております。ただ、一方で、推計の話、あるいは事務的な検討の話については、機構のほうである程度の準備があるだろうということ、それから、年内には、実は局長から申し上げましたけれども、協会けんぽの財政問題、高齢者の患者負担の見直し、高額療養費の見直しということで、かなり時間をとるといふような事情もございまして。こういったことも勘案しまして、時期につきましては、部会長とよく相談をさせていただきたいと存じます。

○遠藤部会長 そのような対応で。

それでは、菅家委員、お願いします。

○菅家委員 今のお話にもありましたとおり、この制度の所管は医政局ということとごさいまして、つまり、逆の言い方をすると、機構が主体的につくった制度ではないわけですね。そういう意味では、制度のありようについては、医政局にきちんと対応してこの場で答えていただけるような仕組みを考えていただかないと、なかなかこの議論は深まらないと思っておりますので、要望したいと思っております。

○遠藤部会長 事務局、どうぞ。

○濱谷課長 この場での医政局の参加なども含めまして、部会長と相談させていただきたいと思っております。

○遠藤部会長 そのように対応させていただきます。

それでは、上田参考人、どうもありがとうございました。

それでは、時間がオーバーしております申しわけございません。

最後に、議題、その他として、これまで当部会で議論していただきました審査支払機関のあり方についてと、社会保障・税一体改革に関するこれまでの経緯についての資料が事務局から提出されておりますけれども、本日、時間もございませんので、資料配付の形で報告という形にさせていただきたいと思っております。もし御質問等々があれば、事務局に問い合わせるという形に対応していただければと思います。

失礼しました。それでは、小林委員、お願いいたします。

○小林委員 時間をオーバーしているところで大変恐縮ですが、2点だけ意見を簡潔に申し上げたいと思っております。

私ども協会けんぽは、平成22年9月8日付で本部会に傷病手当金の支給要件のあり方、調査権の強化に関する具体的な制度改正要望を出しております。2年経過しておりますが、まだ審議が継続中です。ぜひこれは一刻も早く実現に向けて結論を出していただくべきと考えます。

それから、もう一点は、私どもの健康保険委員の件であります。私ども保険者は加入者との距離感があって、保健事業の推進等に苦慮しております。健康保険委員の皆さんが相談・助言を行い、加入者、国民の健康保険制度に対する啓発に努めていますが、ぜひ健康保険事業の強力な推進のために、健康保険委員の位置づけや役割を法律に明記していただきたいと考えております。この2点について意見を申し上げます。

済みません。ありがとうございました。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

御要望ということで受けとめさせていただきますので、また事務局と相談して、それなりの対応をさせていただきたいと思
います。

では、どうもありがとうございました。

次回開催につきましては、追って事務局より御連絡したいと思います。

本日は、お忙しい中お集まりいただきまして、どうもありがとうございました。

(了)



〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2 電話:03-5253-1111(代表)
Copyright © Ministry of Health, Labour and Welfare, All Right reserved.