

第10回「産科医療補償制度運営組織準備委員会」 会議録

日時：平成19年11月28日（水）午後2時～4時06分

場所：山の上ホテル 「銀河」

財団法人日本医療機能評価機構

1. 開会

○浜田（事務局） 開始前に資料の確認をお願い申し上げます。

本日の資料は、お手元のクリップどめの資料に次第の入った資料及び参考資料ともにホチキスどめでございますが、用意してございます。

また、別冊、参考資料といたしまして、調査専門委員会からのご報告書を用意いたしました。

以上でございますが、落丁等ございませんでしょうか。ありがとうございました。

ただいまから、第10回「産科医療補償制度運営組織準備委員会」を開催いたします。

本日は、18名の委員の方にご出席をいただいております。

急遽、竹嶋委員がご欠席ということでございますので、よろしくようお願い申し上げます。

なお、一部委員の皆様が遅れてご出席と伺ってございます。

また、厚生労働省のほうから医政局二川総務課長、それから佐原医療安全推進室長、雇用均等児童家庭局母子保健課の小林課長補佐様のほうからオブザーバー出席をいただいております。

それでは、議事進行を近藤委員長をお願い申し上げます。

2. 議事

○近藤委員長 委員の皆様方におかれましてはご多忙中ご出席をいただきまして、誠にありがとうございます。

それでは、議事に入ります。

本日の議事はお手元の次第にございますように、前回の第9回準備委員会におきます委員からの主な意見、2番目に、補償対象者の範囲及び補償額等に係る調査専門委員会からの報告について、3番目は、審査、原因分析・再発防止について（案）、4番目に病院等と妊産婦の間の補償約款のイメージ及び運営組織（案）についてでございます。5番目にその他ということでございます。

それでは、議事の1)第9回（前回）準備委員会における委員からの主な意見につきまして事務局から説明をお願いいたします。

（1）第9回（前回）準備委員会における委員からの主な意見

○浜田（事務局） それでは、第10回委員会次第の書いてございます資料の1ページをおめくりください。資料1でございます

第9回（前回）準備委員会における委員からの主なご意見をまとめさせていただきます。

まず、1. 求償にかかる論点について、大きく2つ分けさせていただきます。

【運営組織が過失認定を行うことが望ましいとする意見】、それからちょっと下に飛びまして、【運営組織で過失判断をすることは困難とする意見】、大きくこの2つに分けての

ご意見をまとめました。上から読ませていただきます。

1. 求償にかかる論点について

【運営組織が過失認定を行うことが望ましいとする意見】

- 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。
- 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。

【運営組織で過失判断をすることは困難とする意見】

- 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。
- 重過失に限定してもその過失の程度の判断は難しい。
- 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。
- 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。
- 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、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。

○ 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。

続きまして、補償の仕組みについてで1つご意見がございました。

2. 補償の仕組みについて

○ 病院は緊急搬送などで妊産婦と分娩機関がきちんと標準約款を確認することができない場合などいろいろなケースが考えられ、今後整理が必要。

続きまして、3番目、補償対象者の範囲及び補償額等の考え方についてのところでは、次のところがございます。

3. 補償対象者の範囲及び補償額等の考え方について（案）

○ 補償対象者数の推計に関して、サンプル数が非常に少なく、更に脳性麻痺患者数が増加傾向にあることから、報告書に記載されている発生率よりも高い水準を見込むことが必要。

○ 本制度の対象となる脳性麻痺患者数は必ずしも増加しているわけではないが、対象者が想定以上に増えると補償水準に影響するので、ある程度余裕を見て制度開始すべき。

○ 患者にとって看護・介護費用の支援という形にしていくためには、一時金＋定期金（有期年金）の形が望ましい。支払い方法を定めるに当たっては脳性麻痺児の親の声を重視すべき。

○ （第8回の準備委員会の質問に対する回答）交通事故の裁判で定期金払いの判決が出された場合には保険金を定期金払いすることはあるが、極めて件数が少ないため手作業で実務を行っており、年間1,000件にもなる本制度において同様の措置は困難。

○ 本制度により医事紛争を減らすために、介護費用等として3,000万円程度の補償水準は確保すべきであり、そのような制度設計を行うべき。

○ 出産育児一時金の引き上げが制度発足と同時に行われることが非常に大切であり、また、相当額の金額の上乗せが必要。

○ 安定的な制度運営を行うには多額の運営費用がかかることに配慮して、制度設計を行う必要がある。

最後に4番目、上述以外の主なご意見ということで、5つほど挙げさせていただいております。

4. 上述以外の主な意見

○ 医療裁判では過失の有無ではなく事実経過が争点となっており、本制度により事実認識が医療機関と患者で共有され、裁判が減少することを期待する。

○ 与党枠組みには出産育児一時金の受取代理について記載があり、健康保険未加入者は本制度の対象となれないような誤解を生むため、整理すべき。

○ 適切な補償額を確保するためには、すべての分娩機関が本制度に加入すべき。特に大病院の加入促進について、厚労省で義務化も含めて検討されることが必要。

○ 多くの医療機関が加入するよう、国や産科医療の関係者が徹底して加入促進を行うことが必要。

○ 産科医が少ない地域では患者は医療機関を選ぶことが出来ないので、自賠責のように、基本的に全ての医療機関が加入するよう厚労省、医師会及び学会が働きかけを行うことが必要。

以上でございます。

○近藤委員長 どうもありがとうございました。ただいま説明がありました意見につきまして、ご意見なりあるいはご質問はございますでしょうか。

○八木委員 ただいま補償対象者の範囲及び補償額等の考え方についてということでご意見のとりまとめを聞かせていただいたのですけれども、前回の打ち合わせの折りに山口委員あるいは木下委員からも同様の話があったかと思うのですけれども、念のため申し上げたい点が1点ございまして、補償水準、それから補償対象者の範囲ですか、そういったことについて意見をいただいておりますけれども、確保された財源の総額と補償対象となる人数に基づいて補償水準というのは決まってくるものだと思っております、具体的な水準については、まず、財源が確認されたうえで実務的な検討がなされるべきものだというように思っておりますので、その点だけもし確認いただければというふうに思います。

○河北委員長代理 財団法人日本医療機能評価機構として運営組織になる可能性もございまして、私どもがどう考えているかということ、我々、給付水準がやはり求められる水準をまず確保するということが前提であって、それを基にその保険料が幾らになるかと。保険料が幾らになれば、その全体の財源として、まあこれは政治を含めてですけれども、どのぐらいの財源を確保するというのを我々がやっぱり打ち出していくということになるだろうと思っておりますので、それはもう皆さん国を挙げてのやはりご努力をお願いをするということで、まず、我々は求められる給付水準はどのぐらいかということを考えるべきでは

ないかというふうに思っております。

○近藤委員長 ほかにございますでしょうか。なければ、次の議事の 2)の補償対象者の範囲及び補償額等に係る調査専門委員からの報告につきまして、事務局からご説明をお願いいたします。

(2) 補償対象者の範囲及び補償額等に係る調査専門委員会からの報告について

○後(事務局) それでは、資料の4ページをごらんください。資料の2でございます。

(2) 補償対象者の範囲及び補償額等に係る調査専門委員会からの報告についてをご説明いたします。

ご説明に入ります前に、ご説明の途中で酸性、アルカリ性の程度を示す値でありますpH(ピーハー)という言葉であるとか、胎児心拍数モニターという言葉が今から何度も出てまいります。

と申しますのも、ここで7ページをごらんいただきたいのですが、7ページに(別紙)とございますが、米国産婦人科学会(ACOG)特別委員会が定めた脳性麻痺を起こすのに十分なほどの急性の分娩中の出来事を定義する診断基準というものがまとめられております。この基準は、産科医から見てかなり厳しい基準というふうに伺っております。この基準のなかに、例えば上の必須項目1~4の1番のなかにはpHの値が出てきており、7未満という基準となっております。それから、下の1~5のなかの2番ですけれども、そこには胎児心拍モニターという言葉が出てまいります。以上の米国産婦人科学会のとりまとめられた基準を基に議論をいたしましたので、このような用語が今から何度も出てくるということがございます。

それでは、4ページに戻っていただけますでしょうか。1. 第5回調査専門委員会における委員からの主なご意見を紹介いたします。

1. 第5回調査専門委員会における委員からの主な意見

1) 個別審査の考え方について

臍帯動脈血pH値(以下「pH値」という。)と胎児心拍数モニター所見によって個別審査の対象を判断する際の考え方について、以下のような意見があった。

○ pH値7.0未満の児は絶対数が非常に少ない。pH値7.1未満でも、1,000分娩当たり10~15、つまり1~1.5%程度である。pH値7.2は正常値という認識である。したがって、pH<7.1を個別審査対象とする基準は妥当である。

○ 胎児心拍数モニターによる心拍数基線細変動の評価は、在胎週数によって多少変わる可能性があるので判断に苦労するところがある。

○ 胎児心拍数モニターの中には判読が難しい波形もあるが、事後的に専門家が記録を見て分娩に係る医療事故か否か判断できる。

○ pH値の検査データおよび胎児心拍数モニター等の情報は必ずしも全て揃っておらず、

また、児の蘇生に掛かりきりでpH値を検査する余裕がないこともある。

- pH値および胎児心拍数モニター所見によって分娩に係る医療事故か否かの判断が可能と考えられる。
- pH値や胎児心拍数モニター所見などから分娩の経過を観察するという体制を進めることで産科医療の質の向上にもつながる。
- 子宮内感染症が早産の原因になっている可能性が高く、その発生は在胎週数28週未満ではかなり高い。
- 個別審査を対象とする児について、すなわち対象とするボーダーラインとしては、在胎週数30週、出生体重1,500g、あるいは、在胎週数28週から30週で線を引くという考えが臨床的に妥当ではないか。在胎週数27週で線を引けばほとんどの臨床医が納得できる。

2) 診断の時期等について

- 確実に診断を行うためには、基本的に生後1年以降とすることが望ましい。
- 全く寝たきりであるような重症の場合は生後6ヶ月で診断は可能である。しかし、2級か3級かの判断は早期には困難であり、4歳くらいまでは経過を見ていたい。
- 多くの医師は、早期に診断する場合、脳性麻痺か否か、また、その程度を判断することに悩むと予想され、現場の医師に心理的負担が多くのかかるのではと懸念する。例えば、医師によっては3歳くらいまで待って診断書を書くといったケースもあり得る。
- 診断の際は、診察医を2名、専門の医師であることを義務付ける等を条件とするなどして診断の不公平をなくすべき。

3) その他ですが、補償対象者の推計について、前回の準備委員会の資料でご説明申し上げましたが、特段の意見はございませんでした。

そこで6ページに行っていただきます。

2. 個別審査の考え方および診断の時期等について（案）ということで、これまでの議論を踏まえましてつくりました案についてご説明させていただきます。

2. 個別審査の考え方および診断の時期等について（案）

1) 個別審査の考え方について

- 未熟性に伴い脳性麻痺のリスクが高まることに着目して設定した、除外基準を除き一律に補償する基準を下回る児についても、基準に近い児については、分娩に係る医療事故という観点から個別審査により補償対象とする。
- 以下の基準に該当する場合に個別審査の申請をさせ、審査を経て補償対象とするか否か決定する。

○ なお、基準の作成にあたっては、米国産婦人科学会が取りまとめた報告書——先ほど申しました7ページの別紙でございます——（別紙）に示されている基準を参考とした。

四角のなかが案でございます。読み上げさせていただきます。

以下の2点のいずれか、または両方に該当する場合は補償対象とする。

ただし、臓器・生理機能等の発達が未熟なために、医療を行っても脳性麻痺のリスクを回避できない児については、原則として補償対象としない。

（1）低酸素状態が持続して臍帯動脈中の代謝性アシドーシス（酸性血症）の所見が認められる場合（ $pH < 7.1$ ）。

（2）胎児心拍数モニター上、特に異常のなかった症例で、通常、前兆となるような低酸素状態が、例えば前置胎盤、常位胎盤早期剥離、子宮破裂、子癇、臍帯脱出等によって起こり、引き続き、突発性で持続性の胎児徐脈または心拍細変動の消失が頻発する遅発一過性徐脈または変動一過性徐脈を伴っている場合。

次が、2）でございますが、診断の時期等についての案でございます。

2) 診断の時期等について

○ 確実に診断を行うためには、基本的に生後1年以降とすることが望ましい。ただし、全く寝たきりであるような重症の場合は生後6ヶ月以降で診断は可能であるため、生後6ヶ月以降1年未満については複数の小児神経の専門医による等、一定の診断要件を踏まえて判断することが望ましい。

○ 身体障害者等級の診断は慎重に行う必要がある。最重症児では1級の診断が比較的早期に可能であるが、2級の一部については生後3年程度まで経過を見て診断される必要があり、制度運営において配慮することが望ましい。

○ 1級と2級の補償金額に差を設けるかについては、級別の発生率が不明であり、保険設計上の対応も困難であることから、なじまないものと考えられる。

という案をまとめました。7ページは先ほど申しました別紙で、米国産婦人科学会の基準でございます。以上です。

○ 近藤委員長 はい。どうもありがとうございました。極めて専門的なお話でございますけれども、ご意見をお願いいたします。

○ 五阿弥委員 まさに専門的なので、私なんか素人ですから、よくわかりません。pH値7.1未満とか、それはどのような意味があるのかということを知りやすく、pH値とその心拍数モニターですね。要するに、ここでの議論が、その後、議事録として公開

されます。そういうようなものを普通の人が見てこの制度についての理解をするわけですが、まさにこの点は非常に重要な点なので、わかりやすくちょっと説明していただければと思います。

○後（事務局） それではご説明させていただきます。

pH値が出てまいりますのは、まず、pHと申しますのは酸性あるいはアルカリ性あるいは中性といった度合いを示す数値でございます。純水、真水でありますと7でありまして、これが中性を示す数値ということになっております。

一方、体の中の状態はと申しますと、pH=7.4に厳密に調整されております。そして、その値から少しでも狂う場合は、7.4に戻すという働き、これを緩衝系と申しますけれども、そういう働きが体の中にはございます。

そして胎児の状態も母体と一緒に7.4に維持されることが望ましいわけですが、分娩の途中でトラブルが起こった場合には、胎児の状態は悪くなるということになります。その場合は、胎児の体の中の酸性・アルカリ性の度合いに変化が起りまして、重症になりますと酸性側に傾きます。これをアシドーシスと呼んでおります。それをどうやって調べるかといいますと、例えば聴診器を当てたらわかるというわけではございませんで、その指標となるのが胎児の体から臍の緒を通して胎盤に戻ってくる血液を取り、その中の酸性度、アルカリ性度の数値でありますpHを調べることでわかるということでございます。そこで、胎児のその臍の緒のなかの臍帯動脈、これは胎児の体を一巡りして返ってくる血液が入っており、胎児の体のなかの状態を反映した血液が返ってきていることになります。それを取って調べると、正常であるはずの7.4からどれだけ酸性側に変わっているかということを見て胎児の状態を推測するということがございます。

しかし、基本的に分娩の際は、胎児は非常に低酸素の環境に置かれるのが通常でありますので、7.2ぐらいのpHの値でありますと、それは分娩時によく見る値であるというのが臨床家の先生方のご意見でございます。

一方で、米国産婦人科学会の基準では、7.0未満であると、まず、分娩中に何かトラブルが起こったということであろうという基準になっております。

それから、その中間の段階は、またこれは断定的なことは申せませんが、今回の私どもの提案した基準では、その中間の7.1あたりでよいのではないかという専門家のご意見を踏まえてその数字にしているということでございます。よろしいでしょうか。

○五阿弥委員 ありがとうございます。それと、もう1つ、このアメリカの診断基準というのは、日本の医療現場ではどの程度用いられているのでしょうか。

○後（事務局） 産科あるいは新生児を扱う小児科の臨床の先生方にはずいぶんとこの基準をご存じでいらっしゃるということがございます。

一方で、この基準のつくられてきた経過を見ますと、まず、米国では多くの文献に基づいて基準をつくっておられますけれども、それは主に正期産のお子さん、つまり37週以降、それから正期産に近いお子さん、34週以降、そのあたりのお子さんたちのデータが

文献としてたくさんあるということで、それらを基につくられております。

一方で、きょう、議論していただいておりますのは33週未満、あるいは2,000g未満というような小さいお子さんということになりますので、必ずしも米国の基準のすべてが適用できるという時期のお子さんではないということになります。そこで一部を使えるものを臨床家の先生方に選び出していただいて、本日お示ししている案を作成しております。

○五阿弥委員 ありがとうございます。

○高久委員 診断を専門の医師がするとなると小児神経の専門の医師だと思うのですが、複数で診断するとなると、年間1,000例というのと、そんなにたくさんのお小児神経の専門医が日本にいるのですか。具体的な数を教えてもらえますか。

○上田室長 ここに専門医と書いておりますのは、脳性麻痺の診断に精通した医師ということで、例えば学会等の専門医ですとか、あるいは、身体障害者手帳の診断は各都道府県で指定された医師が行っていますが、そのような医師を考えています。

それから、1人の専門医の診断を考えていましたが、早期に診断する場合には判定が難しいために、複数の小児神経の専門医のご指摘がありました。したがって複数の医師とする場合に、すべてのケースで複数とするか、あるいは一部のケースとするのか、今、先生おっしゃいましたように、医師の確保のこともございますので、その辺を検討したいと思っております。

○後（事務局） 1点補足をさせていただきます。4ページの1)のいちばん下の○に、個別審査を対象とする児について、ボーダーラインとしては30週、出生体重1,500g、あるいは28週とか30週、あるいは27週と、臨床医の先生方のご経験を踏まえてもなかなか議論の分かれるところでございます。ただし、27週というようなところで線を引けば臨床医は納得できるというふうに書いてございます。

私どもの案では、そのような具体的な週数が出てきておりませんが、一方で、6ページの四角のなかですが、臓器・生理機能の発達が未熟で医療を行っても脳性麻痺のリスクを回避できない児は対象としないと書いております。医療を行っても限界があるということ、これを何g・何週ということを科学的に証明するというのは難しいわけですが、いちばん頼りになりますのは、これらのお子さんを診療しておられる先生方の臨床経験でございます。その臨床経験に基づいて、場合によっては27週であったり28週であったというあたりをいわば医療の限界というふうにとらえまして、その週数以上のお子さんであつて、しかも33週未満とか2,000g未満というお子さんを対象とするというようなことを考えております。このあたりはもう少し専門家の話を聞いて詰めるという要素もありますので、きょうの案では、その意味も含めて「臓器・生理機能の発達が未熟なために」云々というふうに表現をさせていただきます。以上、補足させていただきます。

○近藤委員長 今の補足も含めましてご意見をいただければ幸いです。それでは、また改めて案というのが次回以降出てくると存じますので、そのときまたご議論願いたい

と思います。

それでは、次の議題に移らせていただきます。次は、議題の3の審査、原因分析再発防止について（案）でございます。事務局からお願いいたします。

（3）審査、原因分析・再発防止について（案）

○後（事務局） それでは、資料の8ページをお願いいたします。8ページ、資料の3でございます。（3）審査、原因分析・再発防止について（案）でございます。この部分は5ページにわたっておりますが、一気に5ページ分読み上げを中心にご説明させていただきます。

1. 審査

1) 申請者

○ 本制度の補償申請者は病院等である。具体的には、制度の加入者である病院等が、当該機関において出生した児からの申請依頼に基づき、申請する。

○ なお、分娩を取り扱った病院等が廃業し、児が申請を依頼できなくなるなどの不利益を被らないための仕組みが必要である。

2) 申請書類

○ 運営組織において補償対象か否かを迅速にかつ適切に審査するために、児が小児神経の専門医から取り付けた診断書や、病院等が作成する専用の申請書等の書類が速やかに提出される必要がある。

○ 更に、本制度においては補償対象か否かの審査に加え、原因分析・再発防止を通じて産科医療の質の向上を図る観点から上述に加え、分娩時の診療録・助産録、分娩監視記録（これは胎児心拍数モニターと同じような意味でございます。）等も病院等から提出される必要がある。

3) 審査の流れ

○ 病院等から提出される申請書類に基づき、運営組織において補償対象か否かを審査する。具体的には、概ね以下のような流れが想定される。

①制度対象か否かの確認（当該病院等が制度に加入しているか、保険料が払い込まれているか、妊産婦の登録情報と合致するかなど）

②運営組織が委嘱する産科医・小児科医が書類審査を実施（書類審査については後述）

③②の結果をもとに、運営組織内に設置される審査のための委員会（以下「審査委員会」という。）で最終審査を行い、補償可否を決定（審査委員会の体制については後述）

④審査結果を保険会社と病院等に通知（保険会社から児へ補償金を支払い）

4) 書類審査及び審査委員会

○ 速やかな補償金の支払いが求められる一方で、厳正で公正な審査が行われる必要があることから、脳性麻痺に関する十分な医学的専門知識を有する産科医・小児科医が申請書類に基づき書類審査を行い、この結果を受けて審査委員会で最終的に補償可否を決定する二重審査の形式が望ましいと考える。

○ なお、ひと月あたりの補償申請数を100件、一人あたりの審査件数を10件とした場合、毎月10名に書類審査を依頼する必要があるが、関係団体等からの医師の推薦・派遣等の協力を得ることが不可欠である。

○ 審査には脳性麻痺に関する医学的専門性ととも、厳正性や公正性が求められることから、審査委員会はこの分野に精通する産科医・小児科医及び学識経験者等を中心に構成されることが望ましい。

○ 審査委員会の開催頻度は、速やかな補償を実現すること及び具体的な審査の件数を根拠に適切な回数確保する必要があるが、目安として、毎月の定期的開催を基本とする。

5) 異議・不服への対応

○ 審査内容に異議・不服がある再審査等の要請に対応するための仕組み作りが必要である。

2. 原因分析

1) 目的

○ 運営組織において、十分な情報収集に基づき専門家が医学的な観点で事例を検証・分析し、その結果を病院等及び児にフィードバックすることにより、紛争の防止或いは早期解決を図ることを目的とする。

2) 原因分析の流れ

○ 運営組織において原因分析を行うにあたっては、概ね以下の流れが想定される。

①当該事例に関する十分且つ適切な情報収集

②収集した情報に基づき、運営組織が委嘱する産科医が事例の分析を行い、個別の事例毎に報告書案を作成

③②で作成された報告書案をもとに、運営組織に設置された原因分析のための委員会（以下「原因分析委員会」という。）にて更に専門的に検証・協議

④③で最終確認された、原因分析結果が記載された報告書を、当該事例の病院等および児へフィードバック

3) 十分且つ適切な情報収集

○ 原因分析を適切に行うためには、分娩にかかる診療内容等の記録の正確性が重要であ

り、かつ資料として忠実に提出されることが不可欠であるため、病院等から運営組織への書類・データ提出の義務化等を検討すべきである。

○ 審査および原因分析に供される書類の種類・標準的に必要となる記載事項・提出要領などは、本制度が開始される前に、各病院等に対して十分に周知徹底しておくべきである。

○ なお、十分な情報収集の観点から、病院等から提供される情報だけでなく、必要に応じて児の親等からも情報収集するべきである。

4) 産科医による原因分析

○ 運営組織から委嘱された産科医は、医学的な観点から原因分析を行い、その結果を分かりやすく記載した報告書案を作成し、原因分析委員会に提出する。

○ なお、前述と同様に、ひと月あたりの原因分析件数を100件、一人あたりの原因分析件数を5件とした場合、毎月20名の産科医に依頼する必要があるため、産科医の負担も相当大きい。しかしながら、本制度の原因分析は産科医療の質の向上に資するものであり、学術的にも極めて意義があることを関係団体等に十分理解いただき、適切な人材の推薦・派遣等の協力を得ることが不可欠である。

5) 原因分析委員会

○ 原因分析委員会では、各産科医から提出される報告書案を検証・協議し、最終確認を行う。検証・協議にあたっては、必要に応じて、報告書案を作成した産科医を原因分析委員会に招聘して事例の説明を求める。○ 原因分析委員会のメンバーは、審査委員会と同様に、脳性麻痺に関する医学的専門性等が求められることから、この分野に精通する産科医・助産師等を中心に委員会が構成されることが望ましい。

○ 原因分析委員会において最終確認された報告書は、原因分析委員会の最終確認をもって当該事例の病院等および児童にフィードバックされる。

○ 原因分析委員会の開催頻度は、審査委員会と同様に、具体的件数を根拠に適切な回数確保する必要があるが、目安として、毎月の定期的開催を基本とする。

3. 再発防止

1) 目的

○ 個々の原因分析された事例情報を運営組織において、体系的に整理・蓄積し、広く社会に公開することにより、将来の同種の事故の再発防止並びに産科医療の質の向上を目的とする。

2) 再発防止委員会

○ 体系的に整理・蓄積された分情報について、上述の目的を達成させるために、運営組織に再発防止のための委員会（以下「再発防止委員会」という。）を設置し、再発防止策

の検討や公開の方法等について協議・検討を行う。なお情報公開に際しては、児や病院等の個人情報等が第三者に伝わることをないよう留意すべきである。

○ 再発防止委員会のメンバーは、上述の目的と達成させるために産科医、助産師、患者代表、学識経験者、関係団体等が考えられる。なお、開催頻度は、一定の情報が蓄積された上で開催されることを踏まえると、年数回程度となるものと見込まれるが、緊急に再発防止を啓発すべき事例等があった場合には、その都度再発防止委員会を開催できるようにしておくことが必要と思われる。

3) 再発防止に資する施策

○ 再発防止は本制度の重要な目的の一つであり、脳性麻痺発生率の減少等、産科医療の質の向上に資するよう、収集されるデータおよび医学的な原因分析結果を最大限に活用して、多様な施策を積極的に展開していくことが必要である。

○ 再発防止策の検討にあたっては、広く一般的に共有できる再発防止策に加え、特定の病院等に向けた施策についても検討すべきである。

○ 再発防止に資する施策は、具体的には再発防止委員会で詳しく検討されることとなるが、例としては以下のようなものが考えられる。

- ・ 報告書の定期的発行
- ・ 関係団体や行政機関と連携・協力した研修会の開催
- ・ ガイドライン・マニュアルの作成
- ・ 国の実施する再教育制度との連携 など

12ページ、これが最後のページでございます。4番、求償でございます。

4. 求償

1) 損害賠償金との調整

○ 与党枠組みでは、過失が認められた場合には、求償を行う旨の記載があることから、本制度における「求償」のあり方について、以下のとおり整理した。

○ 二重給付を避けるために、病院等に賠償責任がある場合は、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。例えば、損害賠償金が先に支払われた場合は、本制度からは補償金は支払われず、逆の場合は、損害賠償金から本制度に戻入される。

○ 病院等に賠償責任がある場合は、病院等は、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べきであると考えられる。

2) 原因分析との関係

○ 賠償責任の成立要件となる過失認定に関して、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否かについては、多様な観点から慎重に検討する必要がある。

○ 運営組織が過失有無の判断を行うこととした場合は、過失認定を行うための体制面・費用面の負荷が大きいこと、判断結果について病院等を拘束することが困難な可能性があること、運営組織の判断結果と裁判の結果が異なる場合が起こり得ること（法的リスクの問題）等を考慮しなければならない。

○ 一方、運営組織が過失有無の判断を行わないこととした場合は、病院等に過失があるにもかかわらず、児が損害賠償を請求しない場合は、過失認定が行われなため、病院等が全額負担すべき損害賠償金が本制度による補償金によって補てんされることなどを考慮しなければならない。

○ 上述を踏まえ、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、基本的に裁判の判決・和解等の結果に従うこととする。但し、医学的な原因分析を行った結果、病院等に重大な過失があることが明らかであると判断された場合には、その旨を病院等へフィードバックする。その際に、当事者間で紛争解決に進まなかったときは、求償を行うべきであると考えられる。

○ なお、紛争解決をするために、ADR等（ADRと申しますのは、裁判外紛争処理制度のことです。）の仕組みを活用することも考えられる。

以上でございます。

○近藤委員長 ありがとうございます。審査、それから原因分析、それから再発防止、求償と、非常に広い範囲にわたってございました。どこからでも結構でございますので、ご意見をお願いいたします。

○高久委員 これは素朴な質問ですが、病因の分析から再発防止、頻りに委員会を開く必要がある。運営組織はずいぶんお金がかかると思うのですが、この費用は基本的には補償金を含めたお金のなかから出していくわけですか。そういう考えですか。

○上田室長 はい。基本的には保険料で補償審査や原因分析などを行います。

一方、原因分析や再発防止の取り組みについては国からの助成を検討したいと思います。

○勝村委員 進め方についての質問なのですが、1つ前の先ほどの件ですが、個別審査の考え方に関する診断の時期等について、審査、原因分析・再発防止について（案）と書かれていますけれども、これはつまりこの文言を報告書の案にしたいという趣旨なのか、それともきょうの議論のためのたたき台案と考えて、議論の例えば整理案のようなものなのかとか、つまり、もうここを通過していくと、この点に関してはこれが報告書にそのまま載っていくということなのかどうかとか、とりあえず、きょうの議論がどういう位置づけなのかとか、ちょっとそのあたりのイメージを教えてくださいと思います。

○上田室長 前は、補償対象者の範囲及び補償額等の考え方について（案）、提案させていただいて、時間は限られていましたが、いろいろご意見をいただきました。そして、今回は、審査、原因分析・再発防止について（案）ということで、基本的にはこれまでの議論を踏まえながら事務局で整理をさせていただきました。この案について、きょう、皆様方からいろいろご意見をいただいて、できるだけ1つの方向にまとめていただければと

思っております。

そして、最後にお話ししようと思いましたが、次回ですが、前回や今回に議論されたものを報告書（案）にまとめさせていただいて、それについてご意見をいただきたいと考えています。次回、報告書（案）についてご議論をいただきますけれども、きょうは、審査、原因分析、再発防止などについてご意見をいただきたいと思っております。

○勝村委員 確認なのですけれども、1つ前の審査のきょうの案にしても、これがそのまま報告書にはならないような文章の書き方になっているわけですね。だから、そういう理解でいいですね。つまり、きょう、出されている案というのは、あくまでもきょうの議論のたたき台という意味であって、本当の報告書の案というのは次回以降出てくるということ。つまり、きょう、文言のすべてを網羅的に触れていかなければいけないのかどうかということです。

○上田室長 ですから、最終的な報告書（案）の形で、次回、提案したいと思っております。

ただ、その内容が全く新しいものと、いろいろな議論になりますので、これまで議論してまとめてきたことを積み上げて整理したものを考えています。

例えば、一定の基準以上の児は除外基準を除いて一律補償する。その基準は33週、2,000gとして、そのような基準より低い場合は、今回の提案のような個別審査を進めていきます。その考え方でまとめましたらそのような内容を報告書（案）に記述したいと考えております。

したがって、きょうは、事務局のまとめについていろいろとご指摘していただいて、できるだけまとめていただければと考えております。

○小林委員 中身について2点、意見ですが、まず、1点目は10ページの最初の3つの○のところ、情報収集ですが、事故、これは過失を含まないものも含めて、事故のあったところからの情報だけでなく、例えば比較の対照になるような病院、定点のモニターの病院、あるいは助産所等からの報告を求めたほうが原因分析に役立つと思いますので、その点をもし書き込めるようであれば、お願いしたいと思います。場合によってはそういう医療機関には、その事務的な費用を何らかの形で弁済するというようなことも考えたほうがいいと思います。

2点目は、12ページの下から2つ目の○ですが、原因分析の結果を病院等へフィードバックすると書いてありますが、ここは病院だけではなくて、患者あるいは家族にもフィードバックしたほうがその後の展開、長期的には医療の質の向上につながるように考えますので、もう少し表現を詰めたほうがいいのではないかと思います。

○上田室長 最初のご指摘でございますが、これまでも先生やほかの委員の方からも、この制度は申請があった事例から、情報が収集されますが、定点などから、全体的な産科医療のデータを取るべきではないかのご指摘がございます。非常に大事なことですので、検討していきたいと思っております。

また、その取り組みを、この制度のなかで考えるのか、あるいはこの制度との関連で進

めるのか、どのような形で取り組むかは整理しまして、提案したいと思っています。

それから2点目のご指摘でございますが、10ページを見てください。原因分析委員会で原因分析を行いまして、そして3つ目の○ですが、「原因分析委員会において最終確認された報告書は、原因分析委員会の最終確認をもって当該事例の病院等および児にフィードバックされる」ということで、原因分析の結果は病院等だけではなく児のほうにもフィードバックするというのが基本でございます。

そうしますと、病院等の、ご指摘でございまして、私どもこのように考えました。12ページの下から2番目の○ですが、運営組織は医学的観点から原因分析を行うこととしています。3行目ですが、但し、医学的な原因分析を行った結果、病院等に重大な過失があることが明らかであると判断された場合には、その旨を病院等へフィードバックして、そして病院等においてその対応を働きかけるという考えでありまして、そこで病院等と整理しています。

すなわち、原因分析の結果については両者に通知をいたしますが、病院等に重大な過失があることが明らかであると判断された場合は、求償につながりますが、やはり紛争が解決されることが望ましいですので、病院等その旨を伝えて紛争解決のほうへ働きかけるということで病院等へフィードバックするという表現にさせていただきました。

○鈴木委員 率直に言って歯切れが悪いですね。すごくね。原因分析の結果は、その両親にもフィードバックするけれども、重大な過失の場合には両親には、重大な過失であることについてはフィードバックしないということなんですよ。ね。「病院等」というのは、いろいろなものが入るという意味ではなくて、病院や診療所や助産所などを「病院等」と呼んだわけですから、医療機関にしかフィードバックしないということですね。で、医療機関にしかフィードバックしなくて、「その際に、当事者間で紛争解決に進まなかった」、「その際」と「当事者間」というのはどういう意味なんでしょうか。フィードバックしたけれども、一定の期間たって、当事者間で紛争解決したかどうかの報告を求めるんですか。「その際」というのがどういうスパンで言っているのかよくわかりませんね。で、「紛争解決が進まなかった」と言っても、別にその妊婦さん、その児の両親から何も言ってきてませんでしたからということで、それは紛争解決したということになるんですか。すごくそこが僕は歯切れが悪いと思うんですね。

それから、この求償のところの2)の原因分析との関係で、最初の○のところでは「慎重に検討する」と書いてあって、プラスとマイナスがあって、4つ目の○には「上述を踏まえ」と書いてあって、慎重に検討した結果がこの4番目の○なんですか。個別に慎重に検討するという意味じゃないんですか。制度として慎重に検討したけれども、結論は4番目の○だよと、こういうことですか。4番目の○が慎重に検討した結果なんだと、こういう意味ですか。

○上田室長 2番目の○と3番目の○に2つの論点がありまして、それぞれに課題がありますので、慎重に検討する必要があるとしています。いろいろ検討した結果、これはあく

までも事務局の整理でございますが、「上述を踏まえ」このような提案でございます。

それから、もう1点、「その際に」というご指摘ですが、病院等に重大な過失があることが明らかであると判断された場合には、「病院等」は、病院、診療所、助産所ですので、病院、診療所、助産所にその旨を伝えて、そのような状況ですので、その対応をするように働きかけを行うとしています。

最後に、「なお」でございますが、その際に、ADRですとか、いろいろな取り組みなども活用しながら紛争解決へ進めようとしています。

ただし、一定期間たっても、紛争解決が進まない場合には、重大な過失がありながら何らその対応をしないというのは、やはり問題ですから、そこは求償を行うべきということで整理させていただいております。

○鈴木委員 ということは、紛争化しなければ求償は行わないんですね。重大な過失があっても紛争化しなければ行わないということですね。地域の産婦人科医療機関に訴えられないという方もいらっしゃるんですよ。そういう方は、言い方は悪いですけども、泣き寝入りすることになりますよ。そういう方もいらっしゃいますよね。そういう場合はそもそも紛争化しないわけですから、重大な過失があっても紛争化しないわけですから、それは求償を行わないということになるわけですか。

○上田室長 病院等に重大な過失があることが明らかな場合には、例えば裁判や和解ですとか、あるいはADRですとか、いろいろな形で対応が求められます。それで、何も動かなかったときにどうしますかというご指摘ですが、その場合は病院等に重大な過失があることが明らかですので、それに対する対応をきちんとしないといけなと思います。ですから、そこは求償すべきですとしました。

○鈴木委員 つまり、対応するということは、紛争解決をしろということではなくて、賠償金を払いなさいと、こういうことですね。

それから、最後の質問ですけども、そういう判断はだれがするんですか。今までは審査委員会や原因分析委員会や再発防止委員会で、その判断組織があるんですけども、この求償については判断組織は何も書いていないんですけども、だれが判断するんですか。事務局が判断するんですか。

○上田室長 その辺の記載が不十分ですが、まず、医学的判断について、原因分析委員会で判断をします。その判断で、病院等に重大な過失があることが明らかだという事例については、改めて運営組織のなかにその法的判断のための委員会を設けて、そこで過失の判断を行った後に、求償といいますか、返還の申し入れを行うことを考えております。

○近藤委員長 宮澤先生、どうぞ。

○宮澤委員 この文章のなかで私のほうで理解したことは、まず第1点、理解というか、ここを変えたほうが良いと思うような第1点なんですけど、まず、病院等にだけではなくて、やはり当事者双方に知らせるべきであろうということは考えております。やはり、病院等だけではなくて、医学的に重大な原因があると、重大な過失があるということは、双方に

伝えるのがやはり公平であろうと思います。

そしてもう1点、次に当事者間で紛争解決に進まなかったときというのは、話し合いの場という形で働きかけが双方から、どちらかからあれば、その話し合いの経過を見守るとというのが当事者の紛争としては筋であろうということなので、紛争解決に進まなかった場合というのは、そういう手続きが一切どちらからも起こらなかった場合というふうに理解をしています。

もう1つ、当事者間で紛争解決が進まなかったときというのは、どういう時期で進まなかったかというのはやはり明らかにしておく必要があると思いますので、その意味では原因を双方に伝えてから1年以内に何らかの動きがなかった場合という形で期限を切ったほうが明らかではないかと思っています。

その意味では、そのどちらかから解決のための話し合いの場が持たれる等ということが全く行われなかった場合、そのときは求償のための委員会をつくって判断をしていこうと、こういう趣旨で理解するのがいちばんいいのかなというふうに考えております。

○大井委員 この話は、実は病院団体としては非常に重い話ですね。前回の委員会のときにもお話したのですが、実際に私ども日本病院会のメンバーというのは比較的大きい病院が多いですから、実際のそういう重篤な症例というのはほとんど送り込まれてくる。それまでは診療所の先生にごらんになっていたり何かしていても、危なくなったりすれば送り込まれてくる。それは日常常に起こっていることなんですね。そこが混乱してこの問題が大きく起こって来ている最大の原因だろうと思うんです。自民党案もそれを何とかしてくれという、その叫びに近いだろうと思いますね。

実際には、病院団体の産科の先生方も、そういうことに耐えきれずに辞めていくんですね。その辺が病院医療の産科の崩壊につながっているんだろうと思います。

そう考えていくと、こんなにきれいごとでいかないだろうかと、私は管理者としてそう思うんですね。何とかしてそこを救っていくためには、そのところを抜かして考えてほしくない、そういう場合を抜かして考えてほしくないんですね。ずうっと見ていて危なくなった、送り込んできた、もうそのときは約款のお互いの確認なんて、そんなこと言っていられません。実際の分娩が起こっていきます。

そうすると、その結果、重篤な状態が起こったとします。脳性麻痺が発生したとする。その場合にはだれの責任なんだろうと。どっちなんだということになりますよね。そういうふうにして現場が疲弊していくんですね。ただ、脳性麻痺の子どもさんを抱えるのは病院なんですよ、実は。そこからまた苦労が始まっていくわけですね。NICUで必死になって救命措置をやったり何かしていくわけですね。産科も小児科もそういうふうにして疲弊していくので、そこに何とか救いの手を差し伸べてほしいというのが、この制度のもとの起こりだったんじゃないだろうかと思うんです。

そうすると、前半の流れのなかは私は賛成します。この前もちょっと質問したんですが、いつその契約が起こるかというのは、駆け込みや何かも、委員長の近藤先生から、そうい

う特例についてはそういう事項を付記すればよろしいでしょうということで、それはそれで納得いたしました。

しかし、その後のことで見ていると、この制度の流れが原因究明とか再発防止のほうに余りシフトし過ぎると、現場はやっぱり救われなだらうなど。極端に言うと、病院の産科の医師が自分のところでずうっと見ていた児に対しては責任を持つでしょう。しかし、急遽紹介されてきた場合にはお断りということが、そんなことになったらまたもとのもくあみじゃないでしょうか。何とかしてみんなで救っていこうということにこの制度の目的があると思うんですよね。そうすると、原因が非常に複雑になってくるはずですが、でも、そういうことでも原因究明とか再発防止で委員会で動いていくということにはある程度は賛成ですが、それに余り力を注いで、しかもその委員会が最後は求償権まで得る。やはり私ちょっと行き過ぎじゃないだらうかなという感じはするんですが、その辺はいかがなんでしょうか。

○勝村委員 僕は井委員と問題意識は全く一緒なんですけれども、現状に関しては。そういう意味では、勤務医である産科医の皆さんを応援したいという気持ちで、そういう立場で常に意見を言っているつもりなんですけれども、だからこそ、ちょっと結論的には僕はあいまいにせずにとしっかりと、きちんとしていくことこそが、ごく普通の精いっぱいにごろから医療に取り組んでおられる方を僕は救っていくと思っているわけです。

だから、もし紹介されて来て、精いっぱいの治療をしたけれども亡くなり、かつその前に過失があったということがもし明らかなケースだったら、そこに運び込まれる前の医療機関でひどいことがあったということが明らかになるわけです。そういうことをきちんとしていくべきだとし、そういうことの積み重ねがごく普通の勤務医たちを守っていくことになるということです。にもかかわらず、結局そこはだれが悪かったかはもうなしにして、ただ病院は責めんといてくれよと、一生懸命やっているんだからと、そういうふうなやり方をしていると、原因究明があいまいになってくるので、だめだと僕は思っているわけです。

もう1つ、保険という観点からすると、それこそ民間の保険会社が入っているんだからと、前にもお話ししたんですが、保険者という言葉があるように、保険の運営をする側は人格を持つべきだと思うんです。保険者です。保険を持った限りは、それが原因分析までするわけでしょう。それで原因が大体自分としてはこうだということを、一定の結論や思いを持つわけですね。そうしたら、これはここで私が支払います、保険金として払います。でもそのケースはそっちの保険で払ってください。という場合も、それはそれできちんとすべきで、1年間待つよ、みたいな、何かあいまいなことをするというのは良くないと思います。1年以内にきちんと賠償しなさい、それで、賠償したら賠償したことを受けて求償するというような、その回りくどい手順というか、そういうことをすると、かえって混乱を起こす。もっと素直に普通にやっていくことのほうがだれにとってもすごくわかりやすく納得がいく。そういうふうに変わってほしいと思いますし、ま

るで医療機関の方に問題がある場合は、1年間の間に紛争になっているかのような議論で、こういう第三者機関がきちっとやってくれるから紛争がとまるのであって、1年間紛争が起こるのを待ってしましようみたいな感じでは、何かもう本末転倒していると思うんですよ、原因究明までして求償しないというのは。ごく普通にやるべきだと思うんですよ。原因究明をする人のなかに産科医の皆さんも入るんですから。

○宮澤委員 私もごく普通にやっていくということになるだろうと思うんですね。ごく普通というのは何かというと、原因究明のなかで重大かつ明らかな過失があると双方に伝えられると、通常は話し合いなり何なりに入っていくのが普通だと思います。それを待つというのは、別に普通を逸脱しているということではなくて、当事者の解決の努力、それをまず待っている。それでも全くやられなくて、重大な過失があるにもかかわらず放置されるということに関しては、その後きちんと対処をしていこうということなので、むしろその進み方のほうが普通なのではないかなというふうに考えています。

○勝村委員 それは重大な過失があるということをして1人の人間、または保険者というものがそう感じたなら、保険者という人格を持つ者の自然な行為は、求償することだと思うんですよ。保険者として。僕はそれが素直だと言っているの、それをほかの人の動きを見てから自分が行動しますというのは素直じゃない。だから、その当事者同士がどんな状況や条件の中にいるのか、いろいろあるわけですよ。それはそれで別途また当事者同士は当事者同士で別のいろいろな人格をもっているいろいろな権利があっいろいろな法律のなかでやっているわけですけども、そういう間にいい形で入って行ってあげようという制度なんだから、自分たちは大体一定の結論を得たからそのことは言っておいて、一応こっちでお金を払っておくけれども、ちょっと1年間ほど様子を見ますというのは普通じゃないと思います。

○宮澤委員 やはり医療の事故なり何なりというのは、極めて当事者としてはだれかという、やはり医療機関と患者、これが本来の当事者であることは、これは間違いがないと思うんですね。そうすると、その当事者がどういう解決をするかというのを見るというのが本来の筋だと思います。それでなおかつ動かないというときに、保険者としての責任上こっちのほうで動いていくというのが本来的な順序だと思います。そのときは当事者性がいちばんだれがあるかといえば、やはり患者さん、そのご家族及びその医療機関というのが本来の第1当事者であると。保険者はそれが動かないということになってきたときに、きちんとした動きをしていく。動かないというわけではないので、保険者としての責任をどういう形で認めるかというのが考え方かなと思います。その考え方にはいろいろな意見があるかと思いますが、私はそう思います。

○近藤委員長 ほかにございますでしょうか。どうぞ。

○伊藤委員 今回の件とは別なことで。

○近藤委員長 結構です。

○伊藤委員 これは、先ほど、いちばん最初の高久委員がおっしゃったこととも関連しま

すし、小林委員から情報収集の点でご提案があったこととも関係するんですが、さらにその11ページの再発防止策の具体例のなかを見てみますと、医療機関が事例として挙がっております。こういうふうな事業を想定してみますと、いわゆるその医療保険の保険料を財源として実施するという事業の性格から言うと、いろいろ今後具体的なこの予算なり制度設計を厚生労働省なり保険者団体との合意形成のときにすんなりいくかどうかという点が若干危惧の点があるんですね。

したがって、その点は、こういう制度設計をしたうえで、それで仮にその保険料財源からどの程度まで出してもらおうかという話が出てくるんじゃないかと思うので、そのときはその保険料財源だけではなくて、厚生労働省のいわゆるその一般財源として適切な事業かどうかということも併せて検討していくということが必要じゃないかなと思ったので、その点も最終報告書のなかに一言折り込んだらどうかということも提案させていただきたいと思います。

○勝村委員 僕は保険のモラルハザードというのはいろいろな意味があると思っていて、例えば銀行が幾ら赤字になっても幾らでも税金で補てんしてもらえるのだったら幾らでもいい加減なことをしていくかもしれないわけですよ。だから、その求償もしない、国から税金が出て損失分が確保されるという、そういう感じの健全な人格が壊れていくようなことは非常に問題だと思うので、ごく普通の人格をもって健全な感覚者、市民感覚で保険者が動く必要があります。だから、国民にとってみれば、ごく普通の健全な感覚で保険者が運営しているから、そして国も普通の感覚でしていればみんな信頼するわけですが、逆に、そうじゃないかもしれないような、何か不自然な感じ、何で求償しないのか、過失があることがわかっている。何かそういうふうなやっぱりちょっと違和感があるようなことをし始めたら、僕は国の税金の使い方という意味でも、それでいいのかという話が出てくると思うんですよ。どんどん必要なお金はお金で国のお金なので使っていけばいいと思いますけれども、そのためにも本当にごく普通の健全な運用をしていくべきで、過失があるとわかって求償しないというのはやっぱり、求償したという形をとってほしい、取り立てに行くということを言ってるのではないです。こっちでは払うとは考えない、これに関しては何と求めるいうことをやっぱりきちんとしていくという、保険者がそういう判断をきちんとしているの、人格として信頼できるとなってほしい。だから健全な制度だと言えるように、そういう形を僕は示してほしいと思います。

○宮澤委員 基本的に言っている内容は余り変わらないと思うんですね。求償しないと言っているのではなくて、すぐするか、当事者間の話し合いにまず委ねて、その結果何もしないという怠慢な状況に陥ったときにやるかというだけの問題であって、求償するという、時期の問題だけの問題で、大きな差はないのではないかという気はしているんです。

○勝村委員 いや、それは全然違うと思います。これはもう想像力の問題なので、想像力の違いというのだったら、どれほど真剣に想像するかの違いだと思うんですけども、例えば1年間、もし病院が何も動かなかったら患者側はどんな動きをしなきゃいけない

のでしょうか。1年間待つておくんですか、ずうっと。それを、だから求償を求めるということをしてくれて、そのうえで一緒にやっていくんだったらいいけど、求償は求めないけど、過失はあると言われて、けど、病院の側が何も動かないとき、つまり病院側がやってくれるはずだと言っていますがやってくれなかったときにどうするわけなんですか、その交渉は。だから、それはやっぱり、結局はその両者でやることになりますけど、せっかく国のお金を使ってやっている制度が、きちんとごく普通の求償の意思表示をしてほしい。それですべて解決するわけじゃないですけど、やっぱり何か素直じゃないと思うのは、何のためにそれを待つのかかわからないからです。求償はとりあえずしたらいいじゃないですか。それで実際に、執行とか強制的な動きをするときには、いよいよその保険者自体が提訴することもできるわけですが、そうするまでに1年間待つ、というのは構いませんよ。けど求償はすぐすべきじゃないですか。

○宮澤委員 なかなか議論がこうずうっとかみ合わないままなんですけれども、基本的に求償しないということではなくて、想像力の差だと言われると、こう医療の紛争をたくさん抱えた私の想像力と、勝村さんの想像力というのは恐らく違うんだろーとは思いますが、私自身の考え方としては、やはり紛争というのは2当事者があって起こるものだから、その当事者の動き、どう考えてどう判断して動いていくか、それは病院だけではなくて患者さんの側もそういう情報を伝えたよということを私は原則でというふうに申し上げましたから、患者さんご自身の側もじゃあどうするんだという働きかけがあるというのが普通だと思いますし、お互いに何も無いという状況になったときには、保険者としての責任を果たしていこうということなので、これはもう意見の対立ということなので、これ以上言っても仕方がないかなと思います。

○勝村委員 いや、意見の対立というよりも、中身がちょっと違うと思います。

○近藤委員長 いいですか、ちょっと私のほうからあれなんですけど、このフィードバックのやり方によって、勝村さんが言っているようなやり方は当然あるんだと思う。あなたはこういう過失を犯しているから払いなさいよと。こういうふうな恐らく勧告みたいなフィードバックであれば、かなり勝村さんがおっしゃっていたような効果というのがあって、ここではすぐには、求償手続きと最後に書いているのは、これはもう訴訟までやりますよと。まさに伝家の宝刀として取っておきますよということだろうと思うんですね。

ですから、せっかくこの制度そのものが訴訟による不毛なものをやめたいということから始まったものが、ここの保険者がまさに代理戦争みたいなものを奨励するというのはどうだろうかというのが、抑制的に考えるという考え方だと思うんですね。抑制的に。

ですから、けど、モラルハザードが起こってはいけないと、こういうことで、重大な過失があるときにはこれは当然求償しますよと。求償するときの手続き論で若干のクッションを起きますよと、こういう案だと思います。

○勝村委員 1年待つてそれで何も動かなかつたら、この運営組織がその病院を提訴しますよということが確約されているなら家族は待てるでしょうね。それは。

ところが、そうでないのならば、何が起こるかと言ったら、病院側に不誠実な対応をさせる期間をつくってしまう可能性があるわけですよね。待つんですから。病院側に。求償してくれたら、一定の非常に大きな公的な第三者的な保険機関が求償してくれるということであれば、その求償をしたことに対する手続きや医療機関の対応や返し方はどうなのかということ、逆に患者が見ていられるわけですよね。そこの運営機関と医療機関とのやりとりはどうなっていくんだろうと待てるわけです。動きが起こる可能性があるわけですから。

ところが、とりあえず動かないんですよということであるならば、本当に患者が病院との間に動きをつくっていかなきやいけないわけですよね。そのときの病院側の動きが不誠実だったり悪かったときには、これこそ提訴しなきやいけないということが起こるわけです。僕はこれは裁判や紛争をなくすためにこの制度をつくらうとしているのに、そこは矛盾じゃないかと思うんですよね。

○大井委員 不思議に思うのですが、この原因分析をやって原因分析委員会で判定しますね。それで、この事例は補償金を支払うのに該当しません。明らかな過失で、これは裁判によるもの、そっちで解決すべきものではないかというように決めますよね。しかし、それでも払うわけですね。

○近藤委員長 はい、先に払っちゃう。

○大井委員 一時払って後で返すということになりますね。そうすると、審査の結果をフィードバックしますよね。そうしたら、問題の解決に向かって動き出すんじゃないかなと私は思っているんです。だから、その求償権というのは、本当の最後の、先生もおっしゃられたように本当の最後の手段だろうと考えたんですね。そうしないと、病院の産科はとも今耐えられない。というのは、お産がいつも1例ずつきちん、きちんと終わっているわけじゃないんですよ。ひどいときはもう続いて飛び込んできます。分娩室に入りきれないような状態でもやらざるを得なくなるんです。そういうことだって起こり得るわけですよね。だから、そういう現場を何とかして救ってほしいと。さっき委員長先生がおっしゃっていたとおりになんですよね。そこから始まったことだということをもう一遍知っていただければ、私はそれをフィードバックするのだったらやっぱり解決するんじゃないだろうかなと思います。それが性善説だとか想像力の差だと言われると、私ももうそれ以上何も言えませんが、私はそう思いますけれども。

○勝村委員 ちょっと混乱しているかと思うんです。その前の宮澤先生の話に戻しますけれども、求償するかしないかじゃなくて、求償するというのとは一致しているんですよ。1年後かすぐかということが論点なんですよ、違いはそこでしょう。だから、過失があったときは求償するんですよ、1年たっても何も動かない場合は。

○宮澤委員 いや、当事者の話し合いを待つか待たないかという差だと思います。

○勝村委員 同じことですよね。当事者の話し合いを待つか待たないかの差だということですよね。だから、ちょっと、その違いで僕と宮澤さんは議論しているんですよ。求

償というのは、例えば富士見産婦人科病院事件みたいなことが今後起きたときに、それは一生懸命勤務医が大変な環境の中でやっていて事故が起こったというのとは違うでしょうと思うわけです。僕なんかはそういうケースを想定して、過失が明らかになった場合、というケースの想定として議論をしているわけです。現に起こった事件ですから。そういうときに、すぐ求償するのか、当事者間の様子を待ってから、1年たってもだめだったら求償するのかの、そのどちらが自然ですか、健全ですか、ということだと僕は思うんです。

○高久委員 私は、補償金が出るわけですから、やっぱり当事者間の話し合いをまず優先すべきだと私は思います。想像力が余りないものですから。

○鈴木委員 要は、いかにして公正なシステムをつくるかということだと思うんですね。公正なシステムをつくるときに、何となく裁量的判断に任せるというのではなくて、どういうこと、どういう要件で、だれがどうやって決めていくかということをしかりすることだと思うんですね。

求償は例外的なことですよ。すべてが求償できるようなことであれば、産科医療は崩壊しているということですから。求償は例外的なことですけれども、重大な過失、外面的には過失ですけれども、運用は重大な過失で僕はいいいと思っているんですけれども、重大な過失がありながら、その決め方が要するにきちんとしていないということが制度の信頼性や公正を害すると思うんですね。

1つは、情報は均等に両親にも渡すということが公正だと思うんですね。それからもう1つは、ピアレビューですよ。同僚審査がきちんと、重大な過失がありと、過失という言葉を使うかどうかはともかく、医療上してはいけないことや、やらなきゃいけないこと基本的なことを欠いていたというような場合に、その同僚審査の結果がきちんと専門家集団のなかに、それが規律や規範として生きていくような仕組みにしないと社会的な信頼は得られないと思うんですね。

その意味で、医学系の方々を中心にして重大な落ち度があると言っておきながら、それを単に当事者間の紛争解決で任意に任せていくというのでは、僕は公正なシステムではないと思います。力関係は歴然としていて、患者さんたちは常に泣き寝入りを強いられるという環境にあるわけですから、そこをあえて言えばですよ、あえてきちんと本当にやるのであれば、この委員会が間に入って話し合いをさせるというぐらいのところの仕組み等があつていいと思うんですよ。それを当事者、紛争だから当事者の解決に委ねるとするのは、今のADRなどの考え方に反していますよね。紛争はすべて裁判所に行くのではなく、市民社会のなかで成熟したやり方で公正に解決するんだと、紛争はほったらかしにしておいてはいけないと、解決すべきだというのが今の時代の流れだと思いますので、その意味では、幾つか要件を作りながら、最終的にはもしそれがほったらかしに、つまり両親に泣き寝入りを強いるような結果になるんだとすれば、この委員会が出て行ってまでも、きちんとした公正な結果を生み出すような仕組みにしていくということだと思うんですね。その意味で、僕はもう少し求償の要件や判断やそれを組織的にきちんとするという枠組みを作

っていただければいいと思います。

そのなかで、事実上その1年とか、まずはどういう順序で行くのかということについて納得のいく仕組みになると思いますし、それが組織で検討されて初めてその1年、2年たっていて、全体の組織の運営のあり方自体が今度はピアレビューされて、この組織は本当に公正なのかどうかということになるんだろうと思うんですね。だから、そういう仕組みだけはちゃんとつくってほしいというのがありますけれども。

○飯田委員 議論がよくわからないのですけれども、泣き寝入りだとか公正でないという話は、よく僕は理解できないのです。まず患者さんなり家族には補償があるわけですね。そして、過失があったものを罰したいと言っているのですか、泣き寝入りという言葉は、意味がよくわからないのですけれども。

○鈴木委員 損害賠償責任を全うさせるということですよ。

○飯田委員 いや、それはいいのですよ。そのためにじゃあ1年待てないという話がよくわからないのです。重大な過失がある、重大でなくても過失と思ったときに、また賠償責任を求めて争うことがあり得るわけです。裁判になったときは、それは待たなくてはいけないわけじゃないですか。ですから、1年が待てないという意味と、その重大な過失があった場合に、患者・家族にも、あるいは医療機関にも伝えれば、当然何らかの手は打たれるはずですよ。打たれなかった場合には、それは訴えればいいいわけです。それをこの組織として求償するために急ぐという理由がよくわからないのです。なぜ急がなくちゃならないのですか、この組織で。どうも議論がよく読めないのです。補償されているのですから、そんなに急いで患者さんあるいは家族に対する負担があるとは、精神的なものはあるかもしれませんが、悪いことをしたのに罰せられないと、そういう精神的なものはあるかもしれませんが、それをここで求めても仕方がないと思います。どうもそういうふうに聞こえてならないのですが。

○勝村委員 本当に、議論に誤解があると思うんですよ。医療関係者の方は、過失があったと言える場合の医療について、すごく何かイメージを誤解されていると思うんですけれども、例えばわかりやすく、ご存じだと思いますけれども富士見産婦人科病院事件みたいなことがあった場合、と僕は例に挙げているんですけれども。そのようなひどい過失があって、これはこの公的な保険からは払えないという判断はだれがするのかというと、ここにおられる産科のお医者さんたちがするんでしょう。要するに、この制度では、例えば、皆さんのような方々が集まって原因分析をされるわけですよ、そういう前提で議論されていますよね。その結果、これは払えないよと思ったときに、とりあえず払えないよという宣言を病院のほうに伝えるということ、つまり払えないから、あなたのところのお金はとりあえず自分の保険でこれは払ってくださいねと、国の税金を使った保険では払えないよということをとりあえず伝えるということをするのが、そういう場合は自然じゃないですかと言っているだけであって、それをしないで、例えば富士見産婦人科病院事件は、いろいろなところが架空請求もあったから、患者に対して、その分のお金を病院に請求しな

さいよと行政は患者に言ったんですけれども、それで患者・被害者の方が病院に請求したけれども病院は払わないわけですよ。そういうケースが実際にあるんですね。明らかに過失があるというのは、かなりレアケースだと思うんですよ。そういうときに毅然とできるかどうかという、そういう健全な感覚があるかどうかということが問われていると僕は思っているの、そういうのはすごくきちんとやっておいたほうがいいと思うんですよ。

だから、明らかに過失があつて、これは払えませんよ、という判断をするケースがどんなケースだという前提で皆さん議論されているのか、ちょっと僕はわかりにくいんですけども。

○近藤委員長 払えませんよというのは、どういう意味ですか。

○勝村委員 これはつまり、求償しますよということは、つまりこの制度の保険では補償しませんよと。つまり、この事故に関しては、これに関しては余りにひどいから、これはこの産科医療の補償制度では補償しませんから、自分たちが入っている保険なり何なりできちんとやってあげてください、ということです。だけど、とりあえず当事者の方にはこっちから支払っているからその分求償しますということをするということです。そんなにその今の医療現場の状況とかそんな話ではなく、何て言うか、皆さんが、明らかに過失がある、求償すべきだというふうに判断された、つまり産科医の専門家の方々がそういうふうに判断されたのだったら、そこはすぐに求償すべきじゃないですかという議論だと思うんですけども、今の議論は。

○近藤委員長 ですから、求償はするんですよ。するけれども、その前にクッションを置くか置かないかだけの話だと思うんですよ。クッションを置いたほうがいいという意見と、すぐ即何か代理戦争みたいなことをやれということなのか、どちらがソフトであるかハードであるかというだけの差じゃないかと思うんですけどもね。だから、これは運用の問題ではないかと思うんです。だから、公正な委員会をつくってきちっと結果としては満足いけるように持っていくと、こういうことだと思うんです。

○勝村委員 はい、だから近藤委員長とか鈴木委員とかがおっしゃっていることが具体的にしてくれるのなら僕も納得いくと思うんですけども、今、そこは具体的にないから、発言しているんですね。

○近藤委員長 いずれにしても、今のような議論は当然必要ですので、きょう、これはまだ求償の関係は今まで余り煮詰まっていなかったものですから、それを先に優先させて、そのやり方そのもののことはまだ漏れているという理解だということに理解していただきたいと思います。

○河北委員長代理 多少どころか誤解があると思うんですけども、刑事事件的なその求め方と民事事件的なものとは違うと思うんです。ですから、刑事事件であれば、国がその当事者になって介入をする。でも、民事というのは当事者間の話ですから、ですから、我々は求償しないと言っているのではなくて、とりあえず医学的な判断としては原因がここにあるということをまず示して、それで民事的には、これは当事者の問題にまず委ねて、

それが何も起こらないときに我々が求償を行うというような順序を考えているということ
をぜひご理解いただきたいと思います。

○木下委員 今、河北先生がお話しになったことに尽きると思います。この原因究明委員会
というの、基本的には医学的な観点から問題があるかどうかということを検討するの
です。したがってデータの全てをきちんと出して純粋に評価してもらおうという視点がベ
ースにあります。

そういうことから、今のようなことが起こったときに、その原因究明委員会が、あたかも
集団鑑定のようなことをすることになると、これは非常に問題が起きてまいります。

したがって、まず、そこで原因究明を行い、それから今河北理事が言ったようなことと
して、双方の当事者の方々にお話し申し上げたうえで、医学的な問題があるという場合に、
和解であるとかいろいろな賠償の方策を探る流れだと思いますが、しかし、なかには何も
おっしゃらない方がいらっしゃる場合も想定しておくわけです。しかし、これは極めて例
外なことですが、明らかに問題がある場合には、これは補償金ではそぐわないから問題に
しているわけです。このことに長い時間をかける必要はないので、そういったケースに対
しては求償をどうするかという問題はまた委員会をつくって、それを具体的に考えるとい
うことを言っているわけですから、ぜひそれはご理解いただいて先に話を進めていただき
たいと思います。

○勝村委員 いや、ちょっといいですか。もう最後にしますけど。僕も、でもこの議論は
自分から始めたわけじゃないんですけれども、つまり、聞いていて、ちょっと違うんじゃない
かと言っているだけです。僕もレアケースだろうと言っているわけですよ。極めて
レアケースだということはどういうことかという、やっぱりあってはならない、もしす
ごくレアケースな非常にこれはひどいと思うことがもし起こっていたんだということがわ
かった場合だというふうに僕は想像しているから、そんなときは患者側からしたら病院と
やりとりするのがいちばんしんどいわけでしょう、そういう医療機関は。だから、そんな
レアケースだから話を先にというのではなくて、そこはそこできっちりしておいてくださ
いよということを僕はお願いしているわけです。もちろん、本当に多くの一生懸命やっ
ても事故が起こったケースの議論こそが本筋だと僕も思っていますから、その議論をきちん
としていくためにも、そっちのほうを健全に運営していくためにも、皆さんが判断して、こ
れはひどいという判断された事例に関しては、きちんとそれをできるだけ患者に負担のな
いように求償という形で示してあげてくださいよということをお願いしているわけです。
そういうことがもしあった場合にはですよ。それにもかかわらず1年間自分たちでやりな
さいというのはかなりひどいと思うわけです。専門家のごく普通の健全な産科医が見て、
かなりひどいケースだなこれは、と思われたのに、1年間とりあえず当事者間でやりな
さいということが、僕にはちょっとイメージとしては理解できないということなんですよね。
○近藤委員長 だから、1年というのは、いつまでも放置できないから一応区切りをつけ
るという意味だと思いますが、基本はやっぱり当事者間が一応話し合いをする機会を設け

ると、こういうことだろうと思います。

○伊藤委員 今のことと関連するんですが、先ほど、鈴木委員のほうからですね、この実施機関が紛争調停機能まで持ったらどうかというようなご発言があったと思うんですが、私はあくまでもこの過失の有無について、それで明らかな過失がある場合は、それはその病院側と患者さん側にその結果はフィードバックするにしても、仮にこの医療機能評価機構がこの運用機関になる場合に、紛争調停機能はやはり持つべきではないと思うんです。それはそういう結果をフィードバックして、あくまでもその法定外という紛争解決にするのか、訴訟にするのか、いずれにしても今院内ADRみたいな形も普及してきていますから、私はこの制度のなかでは紛争調停機能というのは初めから、それはもう機能として持たないという前提で制度設計すべきではないかなと思います。

○鈴木委員 私は必ずしもそういう機能を持つべきだと申し上げたつもりはありません。そのぐらいの気持ちでピアレビューをしていくという、そういう公正な今そういうところまでやって初めて公正と言えるわけなので、そこまでやっていくぐらいの気概で制度設計をしてほしいと言ったので、今回、ADR的な機能をもつとか仲裁機能をもつとかということをお願いしているわけでは必ずしもありません。誤解を生んだら申し訳ないと思います。

○行天委員 純然たる第三者としてずうっとお話を伺ってしまして、それぞれの委員の方がおっしゃるのはもう全部本当にそうだろうなと。特にお立場からいって、勝村委員や何かが非常に気にいらっしゃることがあるというのはよくわかるんですけども、私はやっぱりもっと原点に戻って、何で今この制度をという、いちばん具体的な問題としては産科医、特に病院勤務の産科医の希望の問題とそれに伴う出産というケースが非常に大きな重大な問題になっているので、何とかしてそれに対する手を打たなければいけないというのが純然たる前提だと思うんですね。

しかし、同時に忘れられていけないのは、やはり非常に不幸な状況のなかで生まれた赤ちゃんが、今まで何ら救済というか具体的な手を打たれないでそのままきたので、その期間という問題はものすごく大変だと思うんです。ですから、私は、これはまさに時間との戦いであって、この産科医療というものに対する救済と言うとおかしいんですけども、具体的な方法の展開という問題と、それから不幸に生まれた赤ちゃんに対する家族、特に児の問題は別としまして、家族に対して救済の方法というのは、この1年という時間は余りにも長過ぎて、即救済してほしいと。そのために診断基準そのほかに大きな誤差が出ようが何であろうが、細かい問題は全部放っておいて、とにかく助けるんだと。それによって運用をよくしていくというような基本線みたいなものにかえていただいたほうがいいんじゃないかなと思わしてね。原点は非常にシンプルなんですけれども、当たり前な話ですけども、この制度的に手を入れるためには細かい点を1つ1つつぶしていかなくやらないのはよくわかりますですけどもね、詰めるほうに時間がかかっていると、幾らやったら無限に広がるわけですから。しかもこれ一たんつくった制度を永遠に続け

られるはずがないので、とにかく今やらなきゃいけないと。産科を突破口にして、今いちばん重大な国民にとっての不幸につながる医療と一般の人たちとの間の不信を前提とする行動というものに何らかのメスを入れなければいけないので、そういう意味においては、私はぜひ大筋に関して原点に戻ってわかりやすいようにしてつくっていただきたいと思いますと思うわけです。

それで、今までの話のなかで、私自身もちょっと重大なお話を伺っていなかったんですが、この制度がスタートしますと、具体的な問題として、妊婦とそれから病院側、これは実際に幾ら負担するようになるんでしょうか、1件当たり。それを今まで伺ってなかったので、私のほうも何から何まで全部国がやってくれるのか、あるいは上乘せした形でやっていくのか、その辺ちょっと伺ってなかったので、ちょっと教えておいていただきたいんですが。お産が、例えば今までよりも10%増しになるのか、やはり極めて重大な問題だと思うんですよ。

○上田室長 これまでもお話ししていますように、分娩機関が保険会社に運営組織を通じて保険料を払います。分娩機関が妊婦さんに対して分娩料としてその分をお願いします。そうしますと、妊婦さんのほうは、その分の負担が生じます。そこで出産育児一時金は現在35万円ですが、その引き上げを、お願いしたいということで考えております。現実に対応するかですが、前回河北委員から、スタート時において引き上げてほしいと発言がありました。きょう、厚労省の方もいらっしゃいますけれども、こういう議論を聞いて支援していただきたいと考えております。

○河北委員長代理 本日の資料の3ページをごらんいただきたいんですけども、前回、私がこの財団法人日本医療機能評価機構が運営組織を担うということを前提をお願いをした数字がこちらのほうに出ております。こちらに、その上から3番目の○でありますけれども、3,000万円というふうに私はここで発言をしておりますけれども、それはいちばん最初に一時手当として、これは自宅の改修その他の準備として、恐らく数百万円をその一時金としてお渡しをしなければいけないというふうに思っておりますし、その後の介護費用というものが、今の国のその補償制度、補償というよりも障害者の補償の制度がありますから、それに上乘せをするという意味でこの介護費用を計算をしますと、やはりその月々10万円程度ぐらいはやっぱり上乘せをしなければいけないということで、例えば20年の分割であれば2,400万程度ということになって、全部合計すると3,000万円程度ということになります。

ですから、この3,000万円程度を可能とするその保険料というものが結果として確保できるのかどうかということは、これは財源の問題になりますので、その財源のほうの調整はぜひその関係の方たちをお願いをしなければいけないということになります。

○行天委員 今のお話は、前回、先生からもお伺いしましてわかっているんです。わかっているというか、ご希望のほうの金額はわかっているんですが、私、さっきお伺いしましたのは、今想定できるなかで、実際問題としての妊娠・出産なんて1回もしくは2回、3

回が限度ですから、そういうときにたとえ10%でも何でも上乗せという形を取らざるを得ないのか、また病院にとっては、大病院で特にこれから積極的に出産をやるようとする病院にとっては、1件当たり幾らといっても相当高額になってくると思うんですよ。これが全然考えられないで何となくやむやみになっていると、いざふたを開けたときに、出産料、分娩料が高くなったとかですね、それは当然一般の声としては出てくると思うんですよ。ですから、それが想定できる数字なのか、あるいはそんなものは今はまだ幾ら払うかが逆に出ないんだから、前にはフィードバックできないといえはよくわかりますけれども。

○河北委員長代理 これは保険のその運営になりますけれども、私ども事務局のほうで試算をした結果でありますけれども、ほぼ3万円程度ということになります。ですから、それは年間に100万件を超える分娩があって、その大部分の方たちに参加をしていただくということが前提であって、この機構の運営費も含めて計算をしますと、試算としてはほぼ3万円程度ということになります。

○行天委員 わかりました。

○近藤委員長 それでは、次に進んでよろしゅうございますでしょうか。では、議事の4番目の病院等と妊産婦の間の補償約款のイメージ及び運営組織について、事務局から説明をお願いいたします。

(4) 病院等と妊産婦の間の補償約款のイメージ及び運営組織について (案)

○浜田 (事務局) はい。それでは時間も押してございますので、手短かにポイントをご報告申し上げたいと思います。

資料13ページをお開けください。13ページの資料では、こちらは病院等と妊産婦の間の今も関係が出てまいりましたが、補償約款のイメージというのがありまして、後ほどご説明します次のページは、運営組織についてと。運営組織につきましては、特に今までご議論いただいていたことがございましたので、このたび議事として出させていただきました。

まず13ページでございますが、病院等と妊産婦の間の標準約款のイメージでございます。

1. 約款のイメージ

まず、1. 約款のイメージと。約款ということで、契約などには定められる条項だとか、あらかじめ作成した契約条項といったようなものが約款でございますけれども、○の1つ目でございます。

まず、約款の位置づけといたしまして、

1) 約款の位置づけ

○ 病院等は、当該病院等で出産を行う妊産婦すべてに対して、分娩により児が脳性麻痺

となった場合に共通の内容で補償を行うことを約束する。

ということが1つございます。それが約束事としての1つ目でございます。

それでそれを裏づけるものとしたしまして、2つ目の○でございますが、

○ 国は補償内容についての標準約款を示し、各病院等は当該標準約款を踏まえた補償約款を策定・明示することで同一内容の補償を実施。

それで3番目の○でございますけれども、

○ 補償内容等は、補償約款として院内掲示や事前説明等で妊産婦に事前に明示。

要するに、国の定める、告示する標準約款に従って病院等も補償約款というものを妊産婦に明示すると。

それはどういふものかというのが2)でございます。2) 補償約款の院内掲示や妊産婦への手交文書等による周知（イメージ）ということで、すべて書いてあるわけではございませんので、こういうようなものでございますということでイメージを書かせていただきました。産科医療補償制度について（補償約款）四角のなかでございますけれども。

2) 補償約款の院内掲示や妊産婦への手交文書等による周知（イメージ）

産科医療補償制度について（補償約款）

1. 当院で出産される妊産婦の方については、本約款に基づき補償がなされます。
2. 補償金の対象は・・・
3. 補償金は・・・ など。

と、こういったような、わかりやすいこの補償の仕組みを院内に掲示するなり妊産婦に文書として手渡しするというようなことで、この補償契約をするということでございます。

それで下の絵でございますが、ご参考ということで、補償約款と保険契約の関係のイメージということでございまして、今、私のほうが申し上げたものは、すべてこの妊産婦と病院、妊産婦が丸で、病院等が四角で囲った点線囲いが4つほどありますが、これからはそれぞれその補償の仕組みでございます。

それを保険として裏打ちするべく網かけ部分でございますが、病院等が被保険者、加入者となりまして、運営組織が保険契約者、代表契約者という位置づけになり、保険契約を保険会社と結ぶというようなイメージで考えてございます。

約款のイメージというのは以上でございます。

続きまして、ちょっともう次に進めさせていただきます。

14ページ、運営組織についてでございますが、運営組織については、「これまでの準備委員会における議論を踏まえた検討の方向性（案）」、本日も参考資料で出ささせていただいていますが、そのなかではこの2点ほど整理してございます。

- 制度を適切に運営していくため、公正で中立的な第三者機関である「運営組織」を設置。
- 運営組織が、補償対象か否かの審査や事故原因の分析を実施。

このように、今までのご議論のなかで整理をしておりますが、もう少し踏み込みまして、運営組織は、本補償制度において今までもご説明申し上げているとおりでございますが、中核的な役割を担う重要な組織であるということでございますので、運営組織として求められる条件等について、以下のとおり事務局のほうで整理をさせていただきました。こういったようなことは運営組織としては望まれるというようなことで、ちょっと例を挙げてございます。読ませていただきます。

- 1 営利を目的としない公正で中立的な組織であり、本制度の加入者である病院等及び妊産婦等一般国民の視点からみて、運営組織としてふさわしいという実態を備えていること。
- 2 補償対象か否かについて、適切かつ円滑に審査を行う能力が期待できること。
- 3 病院等が本制度に加入する上で、取りまとめ等の事務を適切に行うことができること。
- 4 医療事故の原因分析や再発防止に係る事業を全国的に行う能力を有し、かつ、十分な活動実績を有すること。

このようなものが恐らく運営組織として求められる条件ではないかということで挙げさせていただきました。以上でございます。

○近藤委員長 どうもありがとうございました。それでは、この補償約款、それから運営組織の条件につきましてご意見をお願いいたします。

○木下委員 運営組織の件でございますが、日本医師会あるいは産婦人科医会等がそもそもこの制度を何とか具体的にしたいということで試案を作りまして厚労省をお願いをして、具体的にしていくのに準備委員会その他どこにどうするかというときに、最もふさわしい組織としてお願いしたいところが日本医療機能評価機構でございました。そういうことで準備委員会はこれとおりでずっと数回にわたりましてやってきた流れがございまして、そのことからしても、今後、具体的なその中核的な組織として運営していくためには、この延長線上と申しますか、もっともっと大きな規模になるかと思えますし、機能そのものも拡大していかなきゃならないという視点からいたしましても、やはり今後具体的にお願いしたいなということ、私たち医療サイドとしてはぜひお願いしたいと思っておりますので。

また、具体的な手続きとして何か必要なことがありますれば、日本医師会としても対応するというふうなことで行きたいと思っておりますので、ぜひ皆様方もご賛同を願えれば日本医療機能評価機構にお願いしたいと思っております。どうぞよろしくお願い申し上げます。

○勝村委員 資料4の約款のイメージというのは法律的によくわからない面があるんですが、1つちょっと唐突かもしれませんが、この際、厚労省の方もおられるわけです

から、大きく産科医療全体の制度改革とか考えてはどうかということをちょっと意見として述べさせていただきたいと思いますけれども。

出産の際にそういうお金のやりとりがあるということで、最近はその妊産婦さんがかかりつけ医のお医者さんに行けなくて急に救急車で運ばれるみたいなことが起こっているということが問題になっていて、そういう事例を思うに、僕は、その出産というのは病気じゃないという扱いをずうっと受けてきていたけれども、そういう議論をしていると、なぜ妊娠がわかった時点でお医者さんにちゃんと行っていないのかという話になっているわけですね。前回、鈴木委員でしたか、何かお話がありましたけれども、保険に加入できていないとか、国保なんかでは保険証が取り上げられているとかいろいろあるわけですね。そういうことの人はどうなんだという疑問も出てきたりとかになってきているので、僕はもう出産を全部、保険適応する。つまり何らかの形で現物支給的な保険給付の枠組みに全部入れてしまうという発想が必要で、うまく全部、整合的にお金のやりとりとかやることなんかも、そういうことなんかも議論していかないと、やっぱり枠組みから外れていってしまうような人というのはやっぱり出てきてしまうんじゃないかということのをちょっと思うのです。厚労省にちょっと検討をお願いしたいという気持ちがあります。すぐに無理かもしれませんが、僕は本心でお願いしたいと強く思っています。

○近藤委員長 約款について、何かご意見ほかにございますでしょうか。もっと恐らくいずればもっと詳しいものが用意されるんだと。もちろん、中身が固まらないと書けないものもあるのでこの程度になっているんだと思いますが。

○大井委員 1つだけ先生、確認でよろしいですか。3ページに書いてあるんですが、このなかで、この制度で一番大切なのは医療機関が本制度に加入することですね。特に産科を多く扱っている機関は、絶対にみんな加入しなければならないだろうと思うんです。そういう意味では、病院団体に関係する者として、私はこれは参加を呼びかけていくつもりではいるんですが、ここに○3つ目に、「厚労省で義務化も含めて検討されることが必要」だと書いてあるんですが、このところをちょっともう一遍説明していただいて、私は半分は賛成なんですけど、説明していただけますでしょうか。

○上田室長 よろしいですか。義務化と書かれておりますが、先生ご指摘のように、やはり医療機関、助産所、多くの分娩機関の加入が基本であると思います。したがって、加入をどう勧めるかですが、関係団体だけではなく、やっぱり厚労省も含めて取り組んでいただきたいと、熱い思いでこのような意見が交わされました。

○河北委員長代理 ちょっと補足をいたしますけれども、まず、この制度は自民党から示された枠組みというものが基本になっておりまして、これはあくまでも民間の保険制度であるということが基本でございますので、まず、この仕組みを作って開始をするということが今はいちばん大切なことではないかというふうに思っております。将来的に、もちろん制度というのは変化が必要でありますので、こういったその義務化も検討すべきときが来ればまたその検討をするということであって、とりあえずは民間の制度としてスタート

をしたいということを考えております。

○飯田委員 今の大井委員の質問と関連して、ちょっと確認しておきたいのですが、この13ページの図で、運営組織と医療機関が契約していない場合ですね、それから妊産婦と病院が、これも普通はあり得ないと思うのですが、ここでも契約しないと。これは明示的な***のような方が、受診すればもうここで契約があったというふうに考えるのですか。この2つのことを確認しておきたい。どういうふうに扱うのか。診療契約があればもう契約があったとするのですか、この妊産婦と病院との関係は。そうではないのですか、やはり契約を明示的にやるのです。

○上田室長 13ページです。ここに約款があります。その3つ目の○で、補償内容等は、補償約款として院内掲示や事前説明等で妊産婦に事前に明示します。ですから、そのような説明をして理解をしていただいて、確認をするというふうに進めます。もう少し具体的なことは、さらに整理して提案させていただきます。

○飯田委員 もっと言うと、できない場合としたくない場合と両方ありますね。それは医療機関と運営組織の関係もあるし、それから医療機関と妊産婦との関係もあります。契約がなかった場合はどう扱うのかということ、もう1回確認したいのです。

○河北委員長代理 今のことですけれども、これは先ほど私が申し上げましたように、あくまでも民間の医療保険ですから、契約に基づくということが基本であります。ですから、準委任契約という通常の医療とは違うということでもあります。

○飯田委員 しつこくて申し訳ない。そうすると、契約関係で、契約がなければ補償されないと、そういうことでよろしいのですね。

○河北委員長代理 そういうことです。

○伊藤委員 それで、1つ提案があるんですが、確かに、そういう前提はあるんですけれども、今度の医療法の改正で医療機関のその情報公開制度というのができているわけです。ですから、厚生労働省のほうで、この保険に加入しているかどうかということ、きちっと情報提供制度のなかに組み込んでいただくというのはすぐにもできることです。それはやっていただいたほうがいいんじゃないかなと思います。

○近藤委員長 恐らくですね、ご本人が拒否した場合は当然入らないと思いますが、事前に明示できないような緊急に入ったときにどうするかというのは、これはやっぱり入れるような形で恐らく整理すべきじゃないかと思うんですが、そこはまだもうちょっと。

○上田室長 このケースはもう少し整理いたします。

○鈴木委員 これは、保険料相当分は分娩費用に上乘せされるんですよ。そうすると、いわゆる分娩費用の相場が上がるということになりますよね。にもかかわらず保険に入っていないと、こういうことはできるということになりますね。

つまり、妊婦さんのほうはそういう制度があるということを知らないということもあり得るわけですね。初診でかかり始めたと、ほかと同じような分娩費用だと説明を受けたと。しかし、入っていないと。ちょっと違和感を、そういう医療機関も出得るといこと

に違和感を感じますね。

いわゆる保険契約で、司法上の保険契約だったとしても、やっぱりある程度の行政指導とか、いちばん極端な例は、自動車賠償責任保険法は要するに強制保険、つまり保険に加入しなければ車検が取れないと。車検に相当するものが何なのかよくわかりませんが、ある程度の強い行政指導などで、先ほど伊藤先生がおっしゃったような、きちんと情報公開をして入っていないところについては入るように指導するというようなことをぜひしていただきたいなと思いますけれども。

○近藤委員長 鈴木委員がおっしゃっていること、まさにいちばん当初にこの案を考えたときから心配の種でございまして、一たん給付として出ながらそれが使われないというケースが本当に心配なので、本当に全員が網羅できるぐらいにやっぱりPRとか、いろいろな手段をやっぱり講じてもらわなきゃいかんと、こういうふうに思っています。

あとはよろしゅうございますか。それでは、本日の議題は終了させていただきまして、ほかに事務局からございますか。

○上田室長 今後の主なスケジュールですが、早急な立ち上げのためには運営組織の設置や保険商品の開発、事務システムの準備等が必要でございまして、したがって、これは先ほども申し上げましたが、これまでの準備委員会における議論を踏まえまして、次回の準備委員会では報告書（案）についてお諮りをしたいと考えております。どうかよろしくお願ひしたいと思ひます。

また、次回の開催につきましては、12月19日（水）ですが、15時～17時、場所は本日と同じ会場でございまして、この山の上ホテル本館1階「銀河」を予定しております。どうかよろしくお願ひしたいと思ひます。ご案内は正式にさせていただきます。

○近藤委員長 次回に報告書案というふうな形で出てくるわけということで希望されているわけですが、1回でまとまるかどうか、はっきり言って今から申し上げるわけにはいかないわけでもございまして、それは次回にもう1度議論していただけると、こういうふうに思ひます。

○鈴木委員 かなり大部なものが出るのであれば、1日でも2日でも前にいただけるといいですね。

○上田室長 そのようにします。

○勝村委員 19日以降は、まだわからないんですか。

○上田室長 今、委員長がおっしゃられましたように、その議論の結果でどうするかです。

○近藤委員長 では、これをもちまして、第10回の準備委員会を終了いたします。各委員におかれましては、ご多忙のなか大変ありがとうございました。

——了——