

第19回「産科医療補償制度運営委員会」会議録

日時：平成25年4月2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

公益財団法人日本医療機能評価機

○事務局　それでは、委員会を開始いたします前に、資料の確認をお願い申し上げます。第19回運営委員会委員出欠一覧がございます。次に、第19回運営委員会次第と議事資料がございます。次に別添資料として資料1から3がございます。落丁等ございませんでしょうか。

それでは、定刻になりましたので、ただいまから第19回産科医療補償制度運営委員会第10回制度見直しの検討を開催いたします。

本日の委員の出席状況につきましては、お手元の出欠一覧のとおりでございます。なお、一部の委員の方から到着がお客様の旨のご連絡をいただいております。

それでは、議事進行をこれより小林委員長をお願い申し上げます。

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

本日の議事は次第にありますとおり、1、第18回運営委員会の主な意見について。2、診断医への対応について。3、強く改善を求める必要がある事例への対応について。4、制度関連データの再発防止・産科医療の質の向上に向けた活用について。5、その他でございます。なお、見直しの議論のうち、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の議論は、今回までとなります。次回は、これまでの議論をひとまず取りまとめる報告書の素案の審議に入りますので、よろしく申し上げます。

それでは、議事に入らせていただきます。議事1の第18回運営委員会の主な意見について、事務局から説明をお願いします。

○事務局　それでは、1)第18回運営委員会の主な意見についてご説明申し上げます。多くの意見を頂戴しておりますので、ポイントのみご説明いたします。

それでは、まず資料の1ページをごらんください。調整のあり方に関するご意見からご説明申し上げます。論点3、「重大な過失が明らかであると思料されるケース」の具体的な抽出基準を変更するか否かに関するご意見です。1つ目の丸から4つ目の丸が、運営組織が主体的に調整を行うかどうかにかかわるご意見です。1つ目の丸が、運営組織が主体的に調整を行う枠組み自体をなくしたほうがよい。4つ目の丸が、枠組みは伝家の宝刀として残したほうがよい

とのご意見です。5つ目、6つ目の丸が、主体的調整を行う候補の事案を抽出する場についてのご意見です。下から3つの丸が、具体的抽出基準の表現にかかわるご意見です。「医学的水準の観点を基準にすべきではない」、「医療行為として極めて悪質であることが明らかなケース」という表現がよい、「医療水準から著しく逸脱した」との表現がよい等のご意見をいただいております。

続きまして論点4、「重大な過失」があるとして調整を行う判定基準に関するご意見です。カルテの改ざん等のため、原因分析ができない場合の対応について検討を求めるご意見。2ページ目にまいります。原因分析委員会における抽出基準と調整委員会における判定基準は関連しており、原因分析委員会で抽出される基準で、法的な意味での重大な過失があったということを前提にできるのであれば、調整委員会で判定する基準に過失の度合いに関する文言が入らなくてもよいとのご意見をいただいております。

次に論点6、調整及び調整委員会の名称に関するご意見です。このご意見に関しましては、ごらんとおりのご意見となっております。

続きまして、紛争の防止・早期解決に向けた取り組みに関するご意見です。医療ADR立ち上げについて、人集めの困難さに関するご意見。保護者の気持ちを受けとめる仕組みの検討を求めるご意見。話し合いは必要だが、制度とは別がよいとのご意見をいただいております。

ここまでご説明いたしました、調整のあり方及び紛争の防止・早期解決に向けた取り組みについての検討課題につきましては、委員長とご相談の上、整理した内容を次回の運営委員会にお示ししたいと思います。

続きまして、原因分析のあり方に関するご意見をご説明いたします。最初に、家族からの疑問・質問に回避可能性を期待することについてのご意見です。1つ目の丸が家族からの疑問・質問について、回避可能性を期待しないことは、原因分析の本質をゆがめるため変更すべきではないとのご意見。2つ目の丸では、適正な原因分析を行うためには、回避可能性を記載すべきではないとのご意見。2ページ目の一番下の丸ですけれども、原因分析が回避可能性と関係ないとは言えないとのご意見をいただいております。3ページ目にまいります。2つ目の丸が、何も問題が起きていないのであれば患者側の信頼を失わないためにも方針を変える必要はないとのご意見。3つ目の丸が、原因分析報告書が

医療界の信頼を得られており、誤解を招かないよう、家族からの疑問・質問について回避可能性を記載しない方向が現実的。4つ目の丸が家族からの疑問・質問に回答する仕組みを設けている中、回避可能性のみ答えないということは後退することになるとのご意見をいただいております。6つ目、7つ目の丸が本議事について決定する場についてのご意見で、7つ目の丸ですけれども、以前に原因分析委員会で決めたことについて、運営委員会は議論する役割ではないという話があったので確認してほしいのご意見をいただいております。このご意見につきましては、ご指摘のとおりでございますが、平成24年2月15日に開催されました第10回運営委員会において、運営委員会施行規則第2条産科医療補償制度の運営に関する事項の改定の審議を行っておりまして、見直しに関する事項につきましては、運営委員会において行うこととなりました。よって、現時点では、見直しにかかわる事項については、運営委員会において審議されることとなっております。

続きまして、お手元の資料1をごらんになっていただけますでしょうか。本検討課題につきましては、前回の運営委員会の審議の結果を受けて、原因分析委員会で再検討を行ったのでご説明いたします。

原因分析委員会での再検討結果について、第18回運営委員会（平成25年3月5日開催）において、原因分析のあり方について審議が行われ、「家族からの疑問・質問に回避可能性を記載することについて」は多くの意見があり、これらの意見を踏まえ、再度原因分析委員会にて検討することとされました。

第48回原因分析委員会（平成25年3月27日開催）において、第18回運営委員会の審議結果について、報告を行うとともに下記のとおり原因分析委員会委員長提案が行われ、家族からの疑問・質問に対する対応については、見直しは行わず、現行どおりとするとの結論に至っております。

まず、(1)ですけれども、脳性麻痺発症の回避可能性については、原因分析報告書においては、責任追及につながるおそれがあるとして言及しないと整理されています。一方、報告書の別紙として作成している、家族からの疑問・質問に対する回答においては、どうしていれば脳性麻痺の発症を防止できたかという質問があった場合でも、わかる範囲で可能な限り、その質問に答えると整理されております。

(2) 原因分析委員会委員長提案です。運営委員会での意見にもあるが、現状の取り扱いにおいて特段の問題は生じていない。具体的には、「家族からの疑問・質問に対する回答」については、保護者とともに当該分娩機関にも送付しているが、これまで、記載内容についてクレーム等はなく、また、「原因分析に関するアンケート」においても、「家族からの疑問・質問に対する回答」について、分娩機関からの意見はない。このような状況において、見直しを行うことは原因分析の後退ととられるおそれもある。については、当面は現状のとおり取り扱いを維持し、万一、今後何らかの問題が生じた場合には、改めて見直しも含め対応を検討する。

(3) 原因分析委員会の結論です。家族からの疑問・質問に対する対応については、見直しは行わず現行どおりとする。本件に関しましては、後ほどご審議のほどお願いしたいと思います。

続きまして、本体資料の3ページに戻りたいと思います。3ページ目の資料1と書いた下の部分です。NICU（搬送時での新生児管理）における医学的評価に関するご意見です。原因分析委員会において、医学的評価の対象とする可能性があるので、「医学的評価を行わない」ではなく、現状どおり「医学的評価の対象としない」としたほうがよいのではないかと。

それから、次に運営組織の分割に関するご意見です。補償と原因分析・再発防止、両方とも大事であることは承知の上で、適正な原因分析、情報提供、情報収集を行うためには、調整等の法的な要素との切り分けが重要である。難しいことはわかっているが、補償と原因分析・再発防止の枠組みは分けてほしい。

次の丸です。審査結果は、仮に原因分析で補償対象の基準に該当しないことがわかっても覆らない。また、運営組織が主体的に判断し調整するような事案は非常に少ないので、わざわざ別の組織に分割せず、現状のままのほうが現実的ではないかと。

前回の主な意見につきましては、以上でございます。

○小林委員長 ありがとうございます。まず、先ほど、事務局より説明のありました資料1、原因分析委員会での再検討の結果につきまして、ご審議をお願いします。

直近の原因分析委員会で家族からの疑問・質問に対する対応については、見

直しを行わず現行どおりとするという結論になりましたが、いかがでしょうか。これでよろしいでしょうか。

飯田委員、どうぞ。

○飯田委員 前から何回か同じことなのですが、改めてこれを決めるということで発言いたします。委員長提案のところですが、(2)です。この前の運営委員会でも今まで問題が起こったことがないというお話がありましたが、今までなかったからいいのではなくて、そういうおそれがあるものは、やはりきちんと検討しておくべきだと思います。

報告書に書かないから、家族への説明書に書くのだからこれはいいのだというお話ですが、前にこの運営委員会でも何回も申し上げていますが、それも同じ効力を持つので、回避可能性を書くべきではない、報告書だけではなくて説明書にも書くべきではないと考えています。

これは、原因分析委員会でも、私、オブザーバーで出ていましたが、そういう発言があったのですが、結局はこういう現状になっておりますが、私は改めて、回避可能性を書くべきでないというふうに考えておりますので、よろしく願いいたします。

○小林委員長 ほかに、いかがでしょうか。

○岡井委員長代理 ざっくりばらんに申し上げまして、飯田委員はいつも回避可能性について、書かないほうがいいということをおっしゃるんですが、原因分析は責任追及ではないと、その理念を通すために、報告書では回避可能性については、記載しないという方針を書いています。そこまではいいですよ。家族からご質問があったときにほかの質問は全部、できるだけ丁寧に具体的に回答しているのに、それに少し関連のある質問が出たときに、これは、可能性があるから書かないというやり方がほんとうにいいかどうか、実質的にデメリットはどこにあるかというのを考えてみますと、今、そういうおそれがあると言われましたが、4年間やってきて、そこにそういうことが記載されたために損害賠償に至ったという事実は全くありません。

それと逆に、家族の方が何か質問されたときに、多少は回避可能性にかかわる記述があってもそれは責任追及にならないということは、多いにあり得るんです。それは、その答えに対して、具体的に説明をしっかりとつけてあげて、わ

かりやすくしてあげれば、それで疑問がとれてかえって訴訟にならないとか、むしろそっちのほうのメリットのほうが多いと思います。飯田先生は、ほんとうにデメリットがどこにあるかと思っておられるのですか？実質的に何が問題なのか、具体的に言っただけですか。

○飯田委員　同じことの繰り返しです。どういう説明の仕方はともかく、回避可能性を書くこと自体は原因分析とは直接は関係ない。原因分析に関しては書いてはいけないとか、そういうことを一切言っておりませんので、やはり、それに対してはきちんと明確にさせていただきたいと思います。

○岡井委員長代理　だから、報告書には書かないんです。でも、家族が疑問に思っておられることに対しては答えてあげたいのです。家族に答えてあげることがどういう実質的なデメリットとか問題になりますか。それを聞いているんです。心配されていることはわかります。そのために、本来責任追及を受けべきじゃない事例が、そこにそういう記載があるために不当な損害賠償請求を受けたということがあれば、あるいは受ける可能性があるればそれはよくないかもしれない。しかし実際に、それはないんですよ。気分ですっきりしないのわかりますよ。気持ちわかるけれども、現実にはそういうことはないわけだし、そこにそういうことを書いたがために、問題が起こるといえることはないように気をつけて丁寧に書いています。

それで、責任追及ということが起こる事例があるとすれば、家族への回答どころか、その前の報告書を読めば責任があることがはっきりしている事例しかそういうことにはならないわけですから、損害賠償請求が増えるとか、そういうことは心配する必要は全くないと、私は思います。

○飯田委員　増えるかどうか知りませんが、やはり、報告書には書かないけれども、説明書に書くというのは合わないのです……。

○岡井委員長代理　だから、そこが合わない気持ちはわかりますと言っている……。

○飯田委員　ちょっと、待ってください。気持ちを言っているのではないです。論理を言っているのです。要するに、報告書に書かないからいいじゃないか、説明書でも報告書と同じ効力があるわけですから、回避可能性が書いてある、全く同じなのです。今までは、そういうことがなかった、それは事実でし

よう。今まであったかないかが問題ではなくて、そういうことが起こり得ることを書くべきではない、要するに、ひどい人います、それはいいです。それは、もちろん損害賠償にしようが民事であろうが、それは構わないのです。それは否定しておりません。原因分析委員会でそれを書いてはいけないということを言っているだけです。

○小林委員長 両様のご意見がありますが、ここは家族に対する説明ということで、回避可能性そのものの議論ではなくて、疑問に対してお答えする姿勢を貫くということですので、飯田委員のご意見は報告書にはとどめさせていただきましても……。

○飯田委員 いや、違います。どうしたら避けられますかということは、これは回避可能性なのです。

○小林委員長 現行どおりの対応をするという結論です。

○飯田委員 それは、それは……。

○小林委員長 回避可能性について、必ず書き込むという結論ではございませんので、そこはちょっと、理解していただきたいと思います。そこ1点に議論を続けると、いつまでたっても見直しの議論はできませんので。それは、また、問題が生じた段階で、運営委員会できちんと取り上げたいと思いますので。

○飯田委員 私が、そのようなことを発言したという議事録が残っていればいいです。

○小林委員長 はい。

○鈴木委員 ちょっと、いいですか。この問題は、岡井委員と飯田委員の意見の違いだけじゃないんです。岡井先生がおっしゃっていることに、私も別の意味で異論を持つてるわけです。それは、岡井先生も十分ご承知だと思いますし、今、飯田委員がおっしゃったことで、言葉尻捉えるようではありますが、回避可能性は原因分析とは関係ないということ自体が、原因分析が何であるかを全くご存じない考えだと思います。原因分析というのは、なぜ起きたのか、どうすれば防げたのが原因分析の本質ですから。ですから、回避可能性が原因分析とか関係ないとおっしゃるような事故分析をなさっているのでは、医療界が信頼を失うということなのです。

○岡井委員長代理 私は、原因分析は、責任追及をするものではないという

理念に基づいて回避可能性は書けませんと言ってる。

○鈴木委員　はい、そこはわかります。

○岡井委員長代理　それで報告書は通してるわけで患者さんの疑問に答えてあげるといふことは、それとは全く別の次元の話で、家族への回答の中で、これこれこうだという説明を加えたことが、責任追及になることはないと思っておりますから、最初の理念は必ずしも崩してはいないんです。

ここのところすっきりしないという気持ちはわかるんです。飯田委員の気持ちはわかるんだけど、何もそのために今やっていて、とっつもうまくいっていて、患者さんから、回答文にそう書いてもらってよかったって言ってもらえるのをひっくり返すという、そこまで気持ちがすっきりしないということを大きく捉えるつもりはありません。

○小林委員長　ほかの委員から。勝村委員。

○勝村委員　前回も僕、発言していますけれども、せっかく無過失補償制度というのができて補償もすることになって、それで第三者が原因分析をするということができたということは、これまでやらざるを得なかった裁判というものをせずに済む制度、やらずに済む制度ができたということ。今までは、全く説明がされなかったし、きちんと何でこうなったかとかそういう原因がわからなかった、それを知りたいということでの裁判だったわけで、そういう意味で、医学界とか医療界がそういう説明を被害者に対してきちんとしてこなかったの、裁判でそれを求めていた。今は、それをきちんとしていくということで裁判が減るわけなので、科学的に質問に答える、質問に答えられる範囲で、科学的に答えられるものは専門家として答えましょうという姿勢を貫くのか、ほんとうは答えられるけれども、言ったらどうなるだろうと損得勘定したりとか、何かと政治的な配慮でそういうふうに情報を閉ざそうとするということは、この制度自体の信頼に大きくかかわるので、今までどおり、言い過ぎる必要もないですけれども、科学的に説明責任として、報告書を出した者として答えられる範囲できっちり答えていきましょうという姿勢があるから、裁判をせずに済むのであって、飯田委員のおっしゃることが僕、もう一つ理由がよくわからないんですけれども、答えたら損得勘定をしたりとか、こんなふうに答えたらこうなるんじゃないかみたいな想像に専門家が配慮する、そういう姿勢こそが、

医学界、医療界への不信だったと、そういう配慮がこの制度でもあるんだったら、裁判をして、本当の意味で説明をきちんとしてくれる人に説明を求めたいということになっていくわけです。何で、これまで被害者たちが裁判が起こさざるをえなかったかということを中心に理解できていないという意味で、非常に憤りを感じる発言です。

○小林委員長 飯田委員、どうぞ。

○飯田委員 ちょっと、私の発言が曲解されていると思いますが、私は、回避可能性を、この原因分析委員会で書くべきでないということを言っているのです。原因分析することが、鈴木委員がおっしゃるように、回避可能性をいうのとイコールに近いというのはわかります。それは否定してないのです。

○鈴木委員 否定してましたよ。

○飯田委員 いや、そうじゃない……。

○鈴木委員 否定してました。

○飯田委員 回避可能性を書くことを私は否定しているのです。回避可能性を書くことを否定しているので、原因分析にかんしてきちんと申しあげていること自体は、それは否定しておりません。もし、いろいろな大きな問題があれば、別ないろいろな仕組みがありますから、ですから、何かを感情的だとか気分だとか、あるいは避けているということではありません。

○小林委員長 ほかの委員から特にご意見なければ、この事項は、これで終わりにしたいと思いますが、よろしいでしょうか。さまざまなか、意見があったということは議事録にとどめたいと思います。

ほかの点について、ご意見はありますでしょうか。前回の委員会のまとめにつきまして、よろしいでしょうか。では、先に進めたいと思います。

続きまして、議事2の診断医への対応について、事務局より説明をお願いします。

○事務局 それでは、資料の4ページをごらんください。議事2、診断医への対応について、ご説明申し上げます。まず、(1)現状です。本制度の診断基準及び専用診断書は、専門家で構成された「産科医療補償制度に係る診断書作成に関する検討会」(委員長鴨下重彦氏)の報告に基づき作成されており、診断書には、以下の2種類がございます。診断書の中身については、こちらの

下の表のとおりになっておりますが、上の段の補償認定請求用専用診断書は、分量がA4判13ページ。補償分割金請求用の専用診断書がA4判2ページという分量になっております。

2つ目の丸です。補償申請に係る「補償認定請求用専用診断書」の作成には、一般的な診断書以上に医師に負担がかかることから、診断基準を説明した小冊子「診断書作成書の手引き」を作成し、また、日本小児神経学会等関係学会の協力のもとで診断に活用できる情報の提供等に努めております。

診断書作成に係る診断書料は、一般的な診断書料と同様に、医療機関から家族に対して請求されており、本制度から診断書料等の支払いは行っておりません。なお、補償対象外となった場合には、補償請求者に対し本制度から診断書料の一部補助として、一律1万円を支払っております。

(2) これまでの主な意見です。診断書作成には大きな負担がかかる。補償申請の診断書を作成いただいている全国の診断医に対して、何らかの処遇を検討してもらいたい。第11回運営委員会でのご意見です。

続きまして、(3) 検討のポイントです。診断書を作成する立場の医師からは、日本小児神経学会学術集会のセミナー等を通じ、これまでに以下のような意見を多くいただいております。5ページ目をお願いします。診断医からの主な意見。診断書の作成には、複数回の診察や面談が必要な場合があり、時間的・物理的な負担が大きい。作成した診断書が高額な補償金支払いにかかわることから精神的負担が大きい。

次の丸です。適正な審査の水準を保つために、診断医への協力は不可欠であり、これらの意見に対応を検討する必要があります。また、昨年10月に実施した「保護者および分娩機関へのアンケート」において、保護者向けの「補償申請の準備や手続きにあたり、困った点や気づいた点がありましたらご記入ください」との項目について、以下のような意見がございました。アンケートにおける、保護者からの主な意見。診断に時間がかかり、記載項目も多くて、診断医に負担をかけた。診断医が少ないため、予約や通院に時間がかかった。

次の丸です。補償申請を行う保護者にとって、診断を受けやすい環境を整備しておく観点でも、診断医の負担への対応を検討する必要があります。

診断医及び保護者の意見からは、補償申請に係る「補償認定請求用専用診断

書」について、診断医に物理的・精神的負担がかかっていること。また、その負担を軽減することなどにより、保護者がより補償申請をしやすい環境につながるということが推察できます。

次の丸です。診断医の負担へ報いるためには、大きく分けて「診断書料等の報酬の支払い」と「物理的・精神的負担の軽減」の2つの方向が考えられ、それぞれについて以下のとおり整理します。まず、診断書料等の報酬の支払いです。補償申請に係る「補償認定請求用専用診断書」の作成は、診断書作成業務であるため、その対価は基本的に受益者である児・家族から医療機関に対して、診断書料として支払われるものであり、診断医に対して、本制度から診断書料等の対価を支払うこと等はなじまない。このため、診断医に対する診断書料等の何らかの報酬を支払う仕組みを設けることは困難であると考えられます。

次に、物理的・精神的負担の軽減です。補償申請に係る「補償認定請求用専用診断書」の作成に際して、診断医にかかっている負担には、診断や診断書作成に時間がかかるという物理的負担と、補償対象となるか否かの判断に係る精神的負担があると考えられます。

6 ページをお願いします。物理的負担の軽減策としては、診断書作成等の実務時間の短縮を図るために、以下の3点が考えられます。①です。判断等に迷うケースを減らし、より円滑に診断を行うことのできるよう、診断書作成に参考となる事例集を作成し提供するなど、ツール類の一層の整備と充実を図る。②です。自由記載欄を減らし、チェックボックス方式の一層の導入を図るなど、診断書の書式の工夫により作成をしやすくする。③です。今後の補償対象範囲の見直し等に応じ、新たな診断基準等を検討する場合には、今までの審査における経験を生かして、診断項目を整理することなども含め、診断医の負担軽減に十分配慮した診断基準・診断書となるよう留意する。

最後の丸です。精神的負担の軽減策としては、診断医が補償対象となるか否かの判断の責任を負うとの誤解を招かないよう、補償の可否は運営組織において審査を行い判断する仕組みであることの広報にこれまで以上に努めてまいります。

以上でございます。

○小林委員長 今、報告のありました、診断医への対応について、ご質問、

ご意見等ありますでしょうか。診断する小児科医等にかかりの負担がかかっているという現状があるわけですがけれども。

河北委員、お願いします。

○河北委員 結局、結論をどこに置くかによるのだらうと思いますけれども、この制度の中で、この保険料を納めていただいているのは分娩を扱う医療機関であり、そのことを踏まえて、出産育児一時金というものが42万円とされています。それと同じような手法で、現在の補償額は600万円プラス年間120万円を20年間で、トータルで3,000万円になりますけれども、この600万円に含むか含まないかという議論の中で、例えば、最初の事務経費みたいなものをお支払いする方法は考えられないか。このぐらゐの金額を、児の親が支払っているという事実を踏まえて、補償額を経由してお払いすることは考えられるのではないかと、私は思います。

○小林委員長 ほかにご意見はいかがでしょうか。

それでは、これはかなり技術的な話でもありますので、1つは、経済的な補償に関してどこまでできるかということと、あとは、物理的な負担です。診断書の様式をなるべく効率化するというか、無駄を省いて、時間がかからないものにするということを事務局で考えてもらって、報告書に可能であれば盛り込んでもらうという形で進めたいと思います。

それでは、次の議題に移りたいと思います。3の強く改善を求める必要がある事例への対応について、事務局から説明をお願いします。

○事務局 それでは、7ページをごらんください。3) 強く改善を求める必要がある事例への対応についてです。最初の丸です。第16回運営委員会及び第17回運営委員会において調整のあり方についての議論が行われた中で、悪質な事例に対する対応については、産科医療の質の向上のためには、金銭面の調整だけでは不十分であり、改善に向けた対応を検討する必要があるとされました。また、診療録の改ざんや原因分析が行えないほどの記載不備があった場合の対応については、調整の議論とは切り分け、別途検討することとされました。

続いて、(1) 運営委員会での主な意見となります。1つ目です。カルテの提出拒否や改ざん等はあってはならないので、それらに対する手だては、伝家

の宝刀として決めておくべき。カルテの改ざん等については、別の仕組みを考えたほうがよいのではないか。3つ目です。改ざん等については、この制度の中でどこまで何ができるのかを探っていくのが一番適切な方法ではないか。4つ目です。悪質な事例が出た場合には、機械的に原因分析委員会から調整委員会へ進めるのではなく、運営委員会で議論したり、専門家から意見をいただいたり、団体にヒアリングを行うなどして進めればよいのではないか。最後です。原因分析委員会で悪質な事例があった場合、社会的意義という観点で重要なのは金銭的な調整ではなく、早く医療安全の方向に進んでいくよう、この制度がどう後押しをしていくかである。このようなご意見をいただいております。

続いて、2番目は現状です。本制度では、万一問題となる事例が発生した場合は、今般見直しの審議が行われた調整、主体的調整のほうになりますけれども、この対応をはじめとして、以下の対応を行うこととしております。

1つ目がアの診療録等の不正記載等が疑われた場合の対応です。以前に対応方法を決めております。原因分析を行う過程で診療録等の不正記載等が疑われた場合の対応については、第14回原因分析委員会で決定し、第6回運営委員会において承認をされております。

続いて、8ページをごらんください。点線の囲みです。診療録等の不正記載等が疑われた場合の対応。ここは読み上げます。原因分析の過程で万一診療録の記載等に不正記載等が疑われた場合は、分娩機関に確認を行うとともに追加情報の提供を求めることがある。しかし、再度確認を行っても最終的に疑問点が解消されず、診療録の不正記載等が強く疑われると判断された場合は、その旨を報告書に記載する。

なお、極めて悪質な不正記載等が明らかである旨の報告書となった場合は、運営組織は当該分娩機関に対し、強く改善を求めるとともに、状況に応じて本制度からの脱退勧告等を行うこともある。このようにしております。

上の丸ですけれども、今、読み上げました、この対応については、加入分娩機関に対しても、分娩機関向けの冊子「原因分析の解説」というもので案内をしております。

なお、これまでに原因分析が行われた事例の中で、診療録の記載不足を指摘された事例はあるが、不正記載等が疑われた事例はありません。3つ目です。

診療録の記載不足があった場合は、原因分析報告書の「今後の産科医療向上のために改善すべき事項」の欄において、診療録の記載不足を指摘するとともに改善を求めています。4つ目です。また、再発防止委員会では、第2回再発防止に関する報告書において、診療録等の記載についてをテーマの1つと取り上げまして、診療録の適切な記載について周知を図っております。

続いて、2つ目がイの同一分娩機関に対する2事案目の対応です。同一分娩機関における2事案目の対応については、第23回原因分析委員会にて、以下のとおり決定し、第8回運営委員会において、承認をされております。同じく囲みの中です。同一分娩機関における2事案目の対応です。同一分娩機関における2事案目の原因分析を行った結果、1事案目の原因分析報告書で指摘した事項等について、ほとんど改善が見られない。もしくは、1事案目の報告書の受領前の分娩事案であっても、同じような事例の発生が繰り返されるおそれがあると原因分析委員会が判断した場合。原因分析委員会と運営組織の連名にて2事案目であることを指摘するとともに、より一層の改善を求める内容の別紙を作成し、分娩機関へ送付する原因分析報告書に添付する。また、別紙送付から半年後をめどに指摘事項のその後の改善取り組み状況について当該分娩機関より報告を求める。このようにしております。

9ページが一番上の丸ですけれども、なお、これまでに原因分析が行われた事例の中で、当該対応、別紙対応を行った事例は5件あるが、全て1事案目の原因分析報告書の受領前の分娩であり、1事案目の報告書の受領後に報告書で指摘した事項等について、ほとんど改善が見られることなく、2事例目に至ったケースはありません。

続いて、(3) 検討のポイントです。1つ目です。これまでに、原因分析が行われた事例において、「重大な過失が明らかと思料される」、これまでは故意に近い悪質な診療行為と定義をされておりましたけれども、該当した事例はありません。2つ目です。また、先ほどの繰り返しになりますけれども、診療録等の不正記載等が疑われた事例や、診療録の記載不足のために原因分析が行えなかった事例もありません。

さらに、これも繰り返しですけれども、原因分析報告書で指摘した事項等について、ほとんど改善が見られることなく、同じような事例が繰り返されたケ

ースもありません。4つ目ですが、このように、これまでこのような問題となる事例がない中で、強く改善を求める必要がある事例が発生することを前提に、現状以上に対応策を準備しておくことは、産科医療関係者の理解を得られないことが考えられる。よって、今後、実際にそのような強く改善を求める必要がある事例が発生した際に、改めて運営委員会にて、当該事例に対する対応を検討することも考えられる。また、先般審議された調整のあり方に関し、原因分析委員会で極めて悪質と判断された事例が発生した場合の対応も同様とし、調整委員会に諮るだけでなく、運営委員会にも報告し、金銭的な調整以外の対応について検討することが考えられる。下から3つ目ですけれども、その際には、必要に応じて、日本産婦人科医会や日本助産師会に当該分娩機関に対する指導等を依頼することが、より有効な対応となることが考えられる。下から2つ目です。第15回運営委員会での分娩機関に対する改善に向けた対応の審議においても、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、同種の事例を再発することがないように、その後のフォローをできるように、日本産婦人科医会や日本助産師会との連携方法が今後の課題とされました。最後です。なお、関係団体等への情報提供については、あらかじめ約款等で明示する必要があると考えられます。

以上となります。

○小林委員長　ありがとうございました。それでは、議事3の強く改善を求める必要がある事例への対応について、ご意見、ご質問等がありますでしょうか。どうぞ、勝村委員。

○勝村委員　最初にまず、質問なんですけれども、記載不足だと指摘された事例はあるということが書いてあるんですけれども、それが大体、どのぐらいどの程度あって、やはり、そういうのがあると、原因分析がやりにくくはなると思うんですけれども、そのあたりは、どんな現状なのかを教えていただければと思うんですけれども。

○小林委員長　いかがでしょう。

○事務局　第2回の再発防止に関する報告書でもテーマとして取り上げましたけれども、その中でも、程度はさまざまですけれども、何らかの指摘がある事例が大体4割あります。全体の4割です。

○勝村委員 その場合の、その後の対応といいますか、追加の資料提出に関しては、どんな対応をされているのでしょうか。

○事務局 基本的に情報がないことについては、分娩機関に追加情報を求めています。その上で分析を行っています。また、その改善事項の欄に、要は今後きちんとカルテを記載するようにという旨の記載を行っております。

○小林委員長 勝村委員、どうぞ。

○勝村委員 もう一つ、原因分析の報告書の中で、保護者と医療機関の事実経過の主張が異なるために、もし保護者の主張どおりの事実経過ならば、こういう原因分析になるけれども、医療機関の主張の事実経過ならば、こういう原因分析になるだろうというふうに、事実経過が一致しないまま、原因分析の報告をせざるを得なくなっているものが、大体どれぐらいあるのかということと、そのことと記載不備になっている事例との、何か関係があるかないかとか、そのあたりも、もしわかればと思うんですけども。

○小林委員長 いかがでしょうか。

○事務局 正確には、カウントしてないんですけども、もともと事例の概要は、カルテをもとにして事務局が作成をして、まず、分娩機関に確認をしてもらいます。その上で今度保護者に、この内容はあなたの記憶と相違ないですかという確認を行います。そのときに、自分の記憶と異なる、あるいは追加説明、補足説明をするという場合に、報告書には家族によると、何々とされているという記載がされています。おそらく、半数以上の事例で、そのような記載があるかと思います。ただし、記載の多くは、先ほど説明したような追加の説明であったり補足の説明が多いかというふうに思います。ただ、まれに、例えば、説明を受けた受けてないとか、吸引分娩について回数が異なるとか時間が異なるとかというケースもまれにあります。そういうようなケースは、当然医学的評価にもかかわってきますので、そういう場合は、分娩機関のカルテどおりだとすると、一般的である。一方、その家族の意見のとおりだとすれば、それは一般的でないといったような評価がされるケースがまれにございます。

○小林委員長 今の確認ですが、家族のコメントが書かれているのが、原因分析書の半数ということですね。食い違いということではないですね。

○事務局 半数以上ですね。

○小林委員長 コメントが記載されている報告書が半数ぐらいいある、半数を超えているということですね。

○事務局 はい。

○岡井委員長代理 はい、よろしいですか。

○小林委員長 岡井委員、どうぞ。

○岡井委員長代理 今、ご説明いただいたとおりなんですが、これは残念ながら一般的に診療録というのは、記載が不十分なケースがしばしば、現状としてあるんです。何も特別なことを行わなくて、結果もよくて順調にいけばそのまま済んでしまうんですが、結果として、重篤な事態になった場合に、振り返ってみると記載不足であるなという、こういうことはほんとうに残念ですが、しばしばあります。ですが、原因分析をしていく上で、原因がそのためにわからない、これは困ったなというの、それはそんなにはないんです。しかし、家族の人のご意見とは違う、あるいは、家族の人が気にしておられることに関して、全く記載がないということはあるので、先ほど、原さんが言われたみたいに、家族の意見によると何々、ということが事例の概要の中に書き込まれる、そういう症例はあります。ただし、そのために評価が分かれるというところまでいく症例は多くありません。それぞれの過程において、家族のご意見のとおりであればこういう評価になる。一方、分娩機関の言っているとおりであれば、こういう評価になると、分かれて両方が書いている、そこまで分かれているのはそれほど多くはないと思います。症例の数はちょっと思い出せないですけども。

この原因分析をやってみて、自分たち医療提供者として反省をしているわけですけども、分娩記録をもっと丁寧に書くということは、私たちが、みんな気をつけてこれからやっていかななくてはいけないという、そういうことがこういうシステムができて、初めてみんな強く意識するようになったんだと思うんです。

先ほどの話ですが、強く改善を求める必要がある事例、また、ほんとうにすごく強く求める以外にも、改善していく必要のあることというのは幾つか見つかってきているんです。ここはほんとうに、木下会長いらっしゃいますけれども、産婦人科医会とか助産師会とか、そういうところと連携して、また、医会

等に頑張ってもらって、改善する方向に会員を引っ張っていただくということをやらしてもらわないと、機構そのものがそこまでやれるか、何ていうか、権利というか、そういうものはっきりしません。皆さん、いいほうに持っていきたいと思っていますけれども、それをできるのは、やはり医会や学会であって、そうじゃないと、産科医療補償制度の原因分析委員会からこう言われたという、何か他人事のように感じて、上から言われているとか、よそから言われているという感覚を受けるのですが、医会からであれば、それは自分たちがやっているのであって、みずからが向上を求めて動いているという気持ちになりやすいと思いますので、ぜひ医会とか助産師会とかが中心に改善するべきところは主張していただいて、正しい方向に引っ張ってもらえればと思います。

○小林委員長　ほかにいかがでしょう。大濱委員、どうぞ。

○大濱委員　今の議論にも関係するのですが、この産科医療補償制度の機構が発足するときに、産婦人科医会、あるいは助産師会が協力をしているとは思いますが、正式に何か協定というようなものを結んでいるのでしょうか。

例えばこれを全面的に支援しますという何らかの協定があれば、今、岡井先生が言われたように、ここの運営委員会では、機構は個人に対してというよりも、医会とか助産師会にこういう事例がありましたと、指導をお願いしますというのがあります。先ほどの9ページの下のほうの②の指導を依頼するとか、いろいろなときのフォローもお願いするとか、連携もお願いするとなっていますが、協定がちゃんとしておれば、こういうことを事務的にというか、スムーズにできるのではないかと思いますので、その点ちょっと教えていただきたいと思っています。

○小林委員長　協定の有無はいかがでしょうか。

○後理事　ご説明いたします。協定というものがあるわけではございません。ただし、この制度ができるときの経緯を改めて考えますと、私ども、病院の第三者評価を行っている医療機能評価機構は、産科医療補償制度の創設を私どもがにわかに発想したわけではなくて、これは産科の先生方の長い年月の議論が積み重なった結果、形になったものです。そのときには、中立、第三者機関である評価機構が本制度の運営者となっただきいという強いご依頼を文書で受けました。これは助産師会も同様でございます。

そういう経緯ですので、これまで制度発足以降、今日まで非常によく連携し、また、ご協力もいただいております。細かいことはいろいろございますが、大きな制度ですので、私どもだけで運営できるものではございませんので、これからも同じようにご協力いただけるものと思っております。

○小林委員長 岡本委員、お願いします。

○岡本委員 助産師会のほうでも、この制度に関連した事例というだけではなくて、いろいろな事故の分析をしたときに、やはり同じような傾向があります。記録が不十分であるとか。それで、数年前には、助産録のモデル的なものを会で作成して普及に努めています。今後またそれをもう少し改良していこうと検討しています。それから、いろいろな研修会で、再発防止に、向けての提言は公表されておりますので、カルテ記載はもっと丁寧にとというような指導を実施しています。

特別な契約書がなくても、これは当然会としてやっていくべきことなので、これからも協力すべきと考えています。自分たちがやるべき当然のこととしても取り組んでいきたいと思っております。

○鈴木委員 よろしいでしょうか。

○小林委員長 木下委員にまず発言していただいて。

○木下委員 ご指摘のとおりでありまして、そもそもこの産科医療補償制度ができる準備委員会のときからその辺のご指摘はいただいております。私たちが原因分析をやるということは、再発予防につながるような事例であるならば、それに対しては具体的な改善をしつつ、脳性麻痺の事例を減らしていこうという姿勢は何ら最初るときから変わっておりません。カルテの記載の問題でありますとか具体的な内容に関しては、この制度そのものの中で、どこの施設でどのようなことがあったということを正確に伝えてもらうことが可能になるならば、内容に関して具体的にどのようにするかについては原因分析委員会の岡井委員長とも相談しておりますが、これは日本産婦人科医会のみならず日本産婦人科学会等も含めて、具体的にやっていこうという姿勢で動いているということをご報告したいと思います。

○小林委員長 鈴木委員、どうぞ。

○鈴木委員 医療訴訟で出てくる診療記録は幾つかの特徴があるのですが、

正確な数字的なことは申し上げられませんが、極めて記載の薄いもの、他方で、少数ですがこんな短時間に、こんな簡単に書けるのかと思うほど極めて書いてあるもの、こういうものが少し特徴としてあるわけですが、やっぱり診療記録を充実させるということが医療安全とのかかわりでどういう意義を持つのかということについて、医学的な議論、医学会での議論を、ぜひこの制度の中から浮かび上がってきた問題点の1つとして、これは再発防止委員会かもしれませんけれども、ぜひ活発に意見交換をして現場にフィードバックするということが必要なのではないかと思います。

書くべきなのだから書くべきだということだと、どうしても上から押しつけられたから書かなければいけないという意識があって、日常の中で書いていくことの重要性が落ちていく可能性があるんだろうと思うんです。

岡井委員長が先ほどおっしゃったことで、多くは正常に経過するから。確かにそうだろう。しかも、多少の異常があっても人体の反応は非常に多様性がある。だから軽く考えるということなのですが、私たちは医療事故を多く見過ぎてきたせいか、むしろ記録は数少ない異常を監視する機能を記録するということによってもっているのではないかと。医療事故以上に確率の低い分野というのはいっぱいあるわけですね。運輸事故なんかもそうですね。そういうところでふだんは正常だからということで、赤いランプが点滅したりサイレンが鳴ったときに何かの間違いだろうというようなことはあり得ないわけですね。

医療事故は、やっぱりほかの事故に比べて特徴的なのは、事故率といいますか、意に反した意外な結果の発生率が非常に高い分野ですので、そのことも考えて、やはり診療記録を記載することがいかに重要なのかという実質的な議論をぜひ医学会に期待したいと、それを再発防止に反映させていただけたらいいのかなと考えます。

○小林委員長 岡井委員、どうぞ。

○岡井委員長代理 鈴木委員の意見を引き継いでちょっと発言させていただきますと、診療録をきちっと書くということは、医療安全にどうつながるか、最終的にはとても強いつながりがあるんです。診療録の記載とは、自分のやっている医療を記載していくことで、みずからの医療を検証することになりますから、やはりきちんと記載をしていく診療をやっている先生方は、毎日の診

察で自分の診療能力を高めていっていると思うんです。その辺のことが欠けていると、逆に診療能力は高まっていかない。

ですから、診療録を記載するかどうかは最終的には、社会全体で見ても日本の産婦人科医師の診療レベルが全体で上がるか、全然上がらないかにつながるのです。それを医療安全の観点から見てみますと、最終的には事故の数も減ってくるしということになると思います。その重要性というものになかなか医師も気がつかないんですよ。重篤な結果になった症例を集めて、検討してみて初めて、お恥ずかしい話ですけども、医師、私たちがみずから気がつき始めたというところだと思います。これから何とかそういうふうやっていきたいと思えます。

○小林委員長 勝村委員、どうぞ。

○勝村委員 意見なんですけれども、今ちょっとご説明していただいたところは論点が2つあって、診療録の不正記載が疑われた場合と、もう一つは同一分娩2事案目ということなんですけれども、再発防止の1回目の報告書が出たときに、やっぱり率直な感想としては、ガイドラインを大幅に逸脱している事例が多くて、事故に遭った母子の気持ちになるとひどい状況だったのではと思う事例が非常に多かったんですけれども、逆の言い方をすると、これまではそれぞれが裁判になってやっとそういう事実が明らかになったりとか、隠蔽とか、そういうものと戦わなければいけなかったような事例ではないかと僕は想像したわけです。

ところが、ひどいなと思う事例が正直に出てきているというのがこの制度のいいところだなと思っています。正直に出ていることがなぜいいかというと、再発防止につながるからなんです。だから、正直に出してくれている医療機関に関しては、それが2回、3回と繰り返すことになったらどうなっているんだということになりますけれども、正直に報告してくれていると再発防止につながっているわけですから、それはそれでよしということにして、そういう形で制度を続けていくことで再発防止になっていくんだらうと思っていたんです。けれども、皆さんも読まれているかと思うんですけれども、2回目の報告書の不記載の事例を読んだときには、僕はそこは非常に危機感を持って、こういう形になっていくんだらうたら、こういう事例がもっとひどくなっていくんだらう

ら制度として非常に困ると思ったわけで、記載不備に関してはしっかり歯どめをしていかないと再発防止につながっていかないと思っているわけです。

裁判になりそうだから、どうしても隠蔽や改ざんがしたくなってしまっていたかもしれないけれども、実際は、隠蔽や改ざんをされるから裁判をしなければいけないわけですけど、この制度では逆に隠蔽や改ざんさえしなければ再発防止につながるんだから何もおとがめはしないけど、隠すとか、そういうことになってくるんだったら、それはこの制度の趣旨からして、この制度ができる前と同じように裁判をしなければいけなくなるということになっていくので、それは困るということで、僕はそこの危機感を言っているわけです。今まで2回目の報告書の不記載に関する記載みたいなものを危機感と感じて、今後の改革の議論の中で生かしてほしいと。

僕の要望とすれば、やはり2回目の報告書以降、不記載とか記載の不足とか、そういうのが欠けて減ってきているのかという検証を再発防止委員会でしてもらわなければいけないし、そういう動きをしてきちんとやってもらいたいと。

ちょっと具体的な話なんですけれども、8ページの丸の2つ目の記載は、「記載不足を指摘された事例はあるが、不正記載が疑われた事例はない」という表現は、僕はちょっと論理的におかしいと思うんです。不正記載というのが万一あったとすれば、目的は僕らからすると隠蔽なのではないかと思うわけなので、隠蔽は記載不足ということが隠すことになるわけなので、記載不足というのは不正記載の中に絶対入ってなければいけない。記載不足が不正記載とは違うんだというのは全く納得できない。何も出さなかったら事実全く明らかにならないわけなので、やっぱり記載不足ということを非常に深刻に捉えてほしいというのが僕の気持ちです。

そのために、9ページの検討のポイントの丸の2つ目ですけれども、診療録の記載不足があっても原因分析が行えたと言ってしまうのも、僕はちょっとおかしいと。かなりそこで苦労したし、こんなことは本来はよくないわけなので、本来、あまりに記載不足があっても原因分析委員の人たちが、でも、普通こうするだろう、きつこうしていたんだろうとか、後で聞いたらこう言っていたとかいうことでやることをよしとするというような流れだけはしないでほしい

ということで、こういうものに対しては毅然としてほしいと。こういうことを許しても再発防止に一切つながらないと。なので、そこに関してはやっぱりきちっとしておくタイミングなのではないかなと思うので、この制度全体の根幹のためにも、そういう形というのを示してほしいと思います。

そのために、検討のポイントの丸の5つ目ですけれども、もし事例が今後、僕なんかも再発防止委員会もさせてもらっていますので、これはひどいなと思う事例があったら運営委員会で議論ができるというか、そういうことがないように努力してもらおうとかいうことで、実際は起こってほしくないんですけども、実際2回、3回の同じ事故を繰り返すというような事例も、これまでは被害者たちが集まって医道審議会に言いに行ってみたいなことを実際してきていましたけれども、こうやってこういう制度ができたことによって医会の人たち、皆さんとかがとりあえず任せてくれと言ってくれることは非常に心強く思いますし、そういう形でやっていってもらえたらいいと思うんですけども、事実のところだけはきちんと出してくださいということに関しては、もっと医会や学会の人たちにきちんとやってほしいと。その上で原因分析できているということを確認したいし、それを新たな形で制度を続けていってほしいと思っていますので、そういう思いです。

だから、もう一度具体的に言いますと、記載不足は不正記載という考え方をしてほしいということと、記載不足があるのに無理に原因分析をやってしまっただけでほしくないということと、それから、もし何か事例があったときには運営委員会で議論することができるという形にしておいてほしいということをお願いしたいと思います。

○小林委員長　　昨年夏に公表された第2回の再発防止委員会で記載の不備ということが項目としてきちんと取り上げられているということですね。これを受けた議論をこの委員会でもしないといけないということだと思います。それから、もう一つは意図的な記載不足というのは不正記載にも相当するということですね。

事務局の案は具体的には出ておりませんが、8ページの上の四角に、以前の運営委員会で承認した事項ですが、もし不正記載等が疑われた場合、運営組織は当該分娩機関に対して強く改善を求めるとともに、状況に応じて本制度から

の脱退勧告等を行うという、これが最も強い措置だと思いますが、こういうのが委員会で承認されています。

あとは、今までの運営委員会の見直しの議論を受けて言いますと、やはりそういう事例が出てきたら運営委員会できちっと取り上げるということ、この2つを見直しの要点として入れたいと思いますが、いかがでしょうか。よろしいですか。

それから、もう一つの……。どうぞ。今の？

○岡井委員長代理 いや、不正記載のほうで。

○小林委員長 2つ目のほうはいかがでしょう。

○岡井委員長代理 ちょっといいですか、その点。

○小林委員長 どうぞ。

○岡井委員長代理 診療録の記録が不十分であるということはよくないことで、ほんとうにしっかり書いていかなくちゃいけないのですが、診療の現場では、日本の医者はほんとうに忙しいんです。それで書く時間がないということも現実にあるので、意図的に記載をしなかったというような事例は、ほんとう言うとそんなにはないはずですよ。というか、今まで出てきた事例の中ではほとんどないと思いますよ。やっぱり忙しくて何かやっているうちに簡単にしか書けなかった。本来はちゃんと書くべきところを書いていないって、それはやっぱり直していかなくちゃいけないんですけども、意図的に書かなかった、それは不正と同じだと、そんな事例がたくさんあるように思われたら困るので、そこだけはちょっと発言しておきたいと思います。

○小林委員長 多分それは書かなかったというより、むしろ出してこないということだと思います。この制度に対する対応としては。

○岡井委員長代理 それはまた別の問題で。

○小林委員長 どうぞ。

○勝村委員 この制度が始まるまでの医療裁判をせざるを得なかったような事例では、僕はそういう事例は多々あったと思っています。この制度が始まってから意図的にそういうことをするというのは、この制度上では僕はないからガイドラインを逸脱している事例も出てきていると思っていますので、ほとんどなくなっていると思いますが、第2回の報告書の中に出ているものの全てが

意図的だと思いませんけれども、少し忙しいから書けていないというのとはちょっと違うのではないかというのが出始めている印象があったので、そういうことに関してあまり寛大にならないようにして、今後のためにということをお願いをしているという趣旨です。

○小林委員長　それでは、2つ目のといたしますか、後半のほうの同一分娩機関における2事案目等の対応、これについてはかなり助産師会、それから医会のほうとの連携ということが意見としてこれまでも出てきましたけれども、具体的となるとちょっとあれですよ、組織と組織で協定を結ぶということまですぐにはいかないと思いますが、何か……。

○木下委員　協定というのは助産師会とという意味ですか。

○小林委員長　多分ここの機構と医会、あるいは機構と助産師会でそういう機関に対して指導を委託するとか、そういうことかなと思いますが。

○木下委員　私どもも、やっぱり自律的にそういう事例に対して情報がきちっと提供されて、そういう情報提供が医療機関も納得するということが大事だと思います。その辺のところクリアになる限りにおいては、我々が情報を得た段階で各医療機関に対してどう指導していくか、医療安全のための仕組みが大事でありますので、そういったことを検討して、具体的にしようということであります。

その前に、情報提供がオフィシャルに法的にも問題なくできるとなれば、それ以降のことについては我々もきちんとやっていきたいと思います。その内容に関しましては、勝村委員がおっしゃっておられますが、さまざまな想定することは過去の事例によるとあるかもしれませんが、私どもはやはり自分たち、最終的には患者さんのためであれ安全が基本であるという視点で対応したいと思っておりますので、二度とそのような言葉が出ないようにしたいというのが我々の思いであります。

○小林委員長　ありがとうございます。助産師会……、岡本委員、どうぞ。

○岡本委員　システムとして、助産師会でも事故が起こったら報告をもらうという形はとっているんですけども、やはり個人の差がかなりありまして、なかなか報告に挙がってこない事例もやっぱりございます。後でわかったようなことも。そういう意味で、これは非常に重篤な事例ばかりですので、今は助

産所の症例が少ないから把握できておりますけれども、そういう情報の提供等はきちんとしていただけたらありがたいと思います。

○小林委員長　　今村委員、どうぞ。

○今村委員　　日本医師会といたしましても、リピーター対策というのは大変重要なことだと思っております。産婦人科医会のほうでそういうことをなさるとすれば、それとのかかわりというのか、産科領域だけ別個にするということもちょっと不自然かなという感じも思いますので、医会のほうと日医との対応というのを協議したいと思っております。いずれにしても、リピーター対策は日医としてもやってまいります。

○小林委員長　　では、日本医師会のほうでも検討していただけるということで、9ページの下から3番目の丸にある事項を報告書に、少し文面を考えていただいて盛り込んでいただくということですね。必要に応じて関連の専門機関、専門組織に指導等を依頼することがより有効ではないかということと、その際の情報提供のあり方についてちょっと検討していただければと思います。どうぞ。

○宮澤委員　　情報の提供は非常に重要なことだと思っています。ただ、この制度の中では原因分析とか事故の防止、それから補償という形での情報の提供に限られているので、医会とか助産師会の特定の医療機関名を明らかにしながら指導をお願いするという点に関しては、また別途の配慮が必要なので、その点は制度として整備しておく必要がこれからやっていく際にはあると思いますので、その点、ご注意くださいと思います。

○小林委員長　　法的な問題をクリアしないといけないということですね。

○宮澤委員　　はい。

○小林委員長　　ほかに今のこの問題に関していかがでしょうか。よろしいですか。

それでは、次の事項に進みたいと思います。議事4の制度関連データの再発防止・産科医療の質の向上に向けた活用についてということで、事務局のほうからお願いします。

○後理事　　資料10ページをお願いいたします。資料本体の10ページと、それから、お手元の資料2と3もあわせてご用意ください。

本体資料の10ページですが、4) 制度関連データの再発防止・産科医療の質の向上に向けた活用についてです。

(1) 現状と現状に至る経緯です。1つ目の丸ですが、本制度は、補償に加えて原因分析・再発防止も重要な柱になっており、原因分析報告書で提出された診療録の情報や保護者のご意見に基づき分析を行うとともに再発防止策の提言を行っております。再発防止に関する報告書では、事例を体系的に整理、蓄積し、数量的・疫学的分析とテーマに沿った分析を行い、国民や分娩機関、関係学会に提供することにより、再発防止及び産科医療の質の向上に取り組んでおります。

次の丸ですが、これらの公表に当たっては、補償対象者や分娩機関が特定されることのないよう、診療録等に含まれる個人情報や分娩機関が特定されるような情報については、本制度のホームページに掲載している原因分析報告書の要約版及び開示請求者に開示する原因分析報告書をマスキングした全文版、並びに再発防止に関する報告書に掲載しないこととしております。

次の丸ですが、また、個人情報の利用については、資料2のとおり、約款及び加入規約で医療目的及び第三者への提供の範囲を規定しており、その範囲内に限って利用しています。

ここで資料2をごらんください。資料2は1枚紙ですけれども、標準補償約款と加入規約の抜粋です。両者はほとんど同じことを書いております。上の四角の補償約款ですけれども、これは機構が作成して分娩機関が児保護者に示しているものです。

第11条で、当院及び運営組織は、規定の運用に当たり、補償請求者及びその親族の個人情報を補償対象の認定、補償金の支払い等を行うためにみずから利用するほか、次の各号に掲げる目的のためにそれぞれ次の各号に定める者に対して提供を行うことがありますとありまして、第1号ですが、補償金の支払いを目的として、医療機関、金融機関等の当院または運営組織の業務委託先もしくは提携機関に対して提供するということと、第2号が、補償金に係る財産的基礎を確保するために必要な保険契約の締結、維持・管理等を目的として、引受保険会社及びその業務委託先に対して個人情報を提供することと、このように定めております。

下は加入規約の抜粋ですが、同じようなことを書いております。

また資料に戻っていただきまして、次に（２）でございます。（２）データの活用に関するこれまでの主なご意見です。

1つ目の丸ですが、MR Iは2歳以降の髄鞘化が進んだ時期でないと鮮明な異常所見が見きわめにくいことがある。そこで、児が2歳になったときにMR Iを撮り、どのような時期に脳障害が生じたのか、画像から解析していくことを取り入れてほしいというご意見。

次の丸が、亡くなった児の病理の標本も提供してもらって解析することが必要というご意見。

次の丸が、現在の制度のルール上、胎児心拍数陣痛図を公表することはできないが、産科医療関係者の研修・教育のために活用することが今後望まれるというご意見。

次の丸が、原因分析と再発防止について、安全な産科医療に向けた産科学的、小児科学的、助産学的な研究を行うことが必要ではないか。

最後の丸ですが、本制度には多くの症例が集まることから、本質的な研究を行う体制を本制度の1つのセクションとして整備することを前向きに検討してほしいというご意見。

11ページに参ります。1つ目の丸ですが、上記の、今申しましたご意見のほか、原因分析委員会・部会、再発防止委員会では、原因分析された事例の胎児心拍数陣痛図の中には産科医、助産師等の教訓となる貴重な資料があるので、教材を作成して教育・研修に活用してほしいといった意見や、再発防止報告書の数量的分析に関するデータなどについても開示してほしいという意見がございます。

次の丸ですが、また、日本産科婦人科学会から運営組織宛てに、原因分析委員会及び再発防止委員会で再発防止策の立案等、対応策の策定や実施を本学会に要請する際、当該事例の診療記録、胎児心拍数陣痛図、超音波画像等の複写を資料として本学会が受け取れるような仕組みを整備していただきますようお願いいたしますといった要望書が提出されております。

（３）検討のポイントですが、再発防止や産科医療の質の向上に向けて、胎児心拍数陣痛図などの資料を提供し、公表することにより、産科医療の研修・

教育に活用することが重要であると考えられます。

次の丸ですが、しかしながら、提出された診療録等には個人情報が含まれることから、運営組織外に提供するに際しては、個人情報保護法や疫学研究に関する倫理指針等、法令等を遵守した対応が求められます。

次の丸、また、分娩機関から提出された診療録については、センシティブな情報を多く含んでおり、運営組織外への提供や公表のされ方によっては補償対象者や分娩機関が特定される懸念があることや、当事者の心情面にも配慮する必要があります。この配慮が十分でない場合、申請が抑制される可能性や、分娩機関から必要書類が提出されず適正な原因分析・再発防止を阻害する可能性があると考えられます。

次の丸で、上記の点を踏まえて、医療の質の向上に向けたデータの活用のあり方について、原因分析委員会が行っている報告書、再発防止委員会が行っている再発防止に関する報告書以外に、どのような資料を活用し、どのような内容を示すことにより、具体的効果が見込まれるか、法令等の対応や補償対象者や分娩機関への配慮が十分であることを考慮の上、検討する必要があります。

最後の丸ですが、なお、再発防止や産科医療の質の向上に向けた当面の対応として、原因分析委員会、再発防止委員会の委員から多くの意見をいただいた胎児心拍数陣痛図を活用した教育・研修のためとなる資料として、運営組織内に心拍数モニターに関するワーキンググループを設立し、教材の作成の準備を行っております。

また、再発防止に関する報告書の数量的分析に関するデータも、どのようなものを開示するか検討が必要と考えております。

最後に、資料の3ですけれども、モニターに関するワーキンググループのご説明でございます。

目的といたしましては、繰り返しでありますけれども、教訓となる事例のモニターを教材として教育・研修に活用することに関し、具体的にどう進めるか、また実際に活用する教材の作成について検討していただくという目的です。

2番が経過でございます。本制度で分娩機関から提出された胎児心拍数モニターについては、原因分析委員会や再発防止委員会の委員から、貴重な資料であるので早く活用してほしいという意見が非常に多くあります。今後の産科医

療の質の向上、再発防止を図るために、関係団体の研修を通じ医療関係者に対し、このような教訓となる事例のモニターを教材として教育指導を行うことが重要と考えられることから、現在、検討会を設置、開催しております。

3番がメンバーとなっております。座長は宮崎大学の鮫島先生にお願いしております。こういう現状でございます。

以上です。

○小林委員長 データの活用ということについて、事務局からの報告ですが、いかがでしょうか。ご意見、ご質問等ありますでしょうか。

この最後の胎児心拍数モニターに関する教材の作成については、どのようなスケジュールになりますでしょうか。どのくらいで公表できるかとか。

○上田委員 資料3にありますように、教育・研修に活用することに関し、具体的にどのように進めるか、また実際に活用する教材についても検討することにしております。胎児心拍数モニターの、判読についてはかなり専門的でありますので、この分野の専門家に集まって検討していただいております。

このようにワーキンググループで取りまとめますが、もう一方、原因分析委員会と再発防止委員会があります。やはり原因分析委員会、再発防止委員会と連携を図りながらこのような取り組みを進めていく必要がございますので、まずは専門的に検討を行っていただき、その後、原因分析委員会、あるいは再発防止委員会との関係などもきちんと整理しながら、できるだけ早く取りまとめていきたいと思っております。

岡井先生からも、これらのモニターは、大事な教訓、教材となるので早く出すようにとの強い要請もございます。今後、以上のような手続なども経ながら進めていきたいと思っております。

○小林委員長 いかがでしょうか。どうぞ、大濱委員。

○大濱委員 今回のこういう資料を利用して産科医療の改善をする、あるいは脳性麻痺の子供の出生を防止する策を練るということに関しては、従来からこの委員会でも、この会が持つ極めて重要な任務であると言われております。

私も以前言ったと思いますが、この産科医療補償制度に集まっている症例といますか、貴重な例というのは、我が国のほとんど全てを網羅している。し

かも、それを分析委員の人たちが時間をかけて十分練り上げた報告書をつくる
というような分析をされているので、これは国際的に見てもすごく重要な、貴
重なデータであるということは間違いないと思うので、これをうまく個人情報
に配慮しながら、そして、分娩機関のほうにも迷惑をかけないようなことを十
分配慮して、ぜひ多くの人が利用できるような仕組みをつくっていただきたい
と思います。これがほんとうにこの委員会の重要な任務の1つだと私は思っ
ておりますので、ぜひ進めていただきたいと思います。

○小林委員長　　ありがとうございました。ほかにいかがでしょうか。

○岡井委員長代理　　よろしいですか。

○小林委員長　　お願いします。

○岡井委員長代理　　ありがとうございます。脳性麻痺の発症にかかわる問題
として、分娩時の胎児の状態というのはとても大事なんですね。健全な状態な
のか、低酸素になっているのかとか、そのことを見るのですが、そのためのい
い方法というのはそれほどなくて、胎児の心拍数を記録していく、それが現在
の私たちが持っている手段では一番有効な手段なんです。その心拍数を解析す
ることは大事なのですが、これは言葉で記述してもわからないんです。心拍数
波形というのがあって、記録された波形そのものを見てもらって、こういう見
え方をするものは大変危険であるとか、こういう波形はまだ大丈夫なんだと、
そういうことを勉強するためには実際の波形がないと、いくら文章で記述して
も理解できないので、早く本物の波形を皆さんの教育材料に使ってほしいとい
うことをお願いした次第です。今やっけていただいています。ありがとうございます。

○小林委員長　　年内には出せるというような、もっと早く出せるようなスケ
ジュール感でしょうかね。

○上田委員　　年内には出せるように努めます。

○小林委員長　　年内に第1版は出せると。では、そのようにお願いします。
ほかにいかがでしょうか。

それでは、次の議題に進みたいと思います。その他ですが、事務局のほうか
ら何かありますでしょうか。

○後理事　　その他といたしまして、資料本体の12ページをお願いいたしま

す。

その他の位置づけではございますが、医師賠償責任保険のデータの中で、脳性麻痺分について、以前お示ししたことがございますが、その後も調査を進めておりますので、ここでご説明させていただきます。12ページから最後の20ページまで9ページございますけれども、一気にご説明させていただきます。

12ページの1つ目の丸ですけれども、制度の目的の1つである紛争の防止・早期解決の効果の検証に当たっては、損害賠償請求事例のデータを集計し、その変動ですとか傾向を分析することが重要です。

2つ目の丸ですが、12回の運営委員会で公表いたしました医賠償保険における脳性麻痺事例に関して、出生年ごとの損害賠償請求件数のデータがあれば教えてほしい、データの提示に際しては、言葉の定義、例えば損害賠償請求の意味などをはっきりさせてほしいというご意見がありましたので、これを踏まえて、前回集計を依頼した損保会社5社に再集計を依頼いたしまして、その結果を集約しております。ちょっと補足ですけれども、前回は請求年ベースのデータ1つのみ資料に出ておりましたので、出生年ごとのデータがなかったというようなことでこのようなご意見になっております。

その1つ下の丸ですが、なお、本データは、数年単位で継続的に集計することによって有意なデータに基づく精緻な効果検証が可能となると考えますので、定期的なデータの公表を検討しているところです。

その下の点線の囲みですけれども、データのご提示をさせていただく前に、ちょっと前置きが長くて恐縮ですが、留意点がございますので点線の囲みの中を見ていただきますようお願いいたします。

1つ目の丸ですが、まず脳性麻痺の定義につきまして留意点がございます。1つ目のポツですが、保険会社では、医療事故の原因として脳性麻痺と特定できるデータを収集する仕組みを有しておりませんでした。このため、2005年から11年までの医賠償保険の事例のうち、次がここで言う定義になりますが、産科に関するもので、脳に何らかの障害があり、運動障害が生じていること、これを脳性麻痺として各保険会社に集計して提供いただきました。ここで言う脳性麻痺ということになります。

次のポツですが、保険会社への報告がなされないまま解決した事例は、当然、

保険会社のデータには含まれておりません。一方、本制度への補償申請を行うことなく損害賠償請求が行われた事例が含まれているとも考えられます。これは私ども、制度の運営者では把握できていない事例ということになります。

次の丸ですが、補償対象と考えられる脳性麻痺の定義について、次の点に留意する必要があるということで、下のポツですが、既に損害賠償責任の有無が確定している事例のうち、次の要件、これが①から次のページの④までなのですが、それを全て満たすことが確認できた事例を、ここで言う補償対象と考えられる脳性麻痺事例といたしまして集計しております。およそ補償対象基準に似せてつくっております。

①が出生体重2,000グラム、在胎週数33週以上。②が身障等級1・2級、または、この1・2級が調べられていないものもありますので、後遺障害等級が1から5級、これは1・2級に相当する部分です。それから、③が6カ月未満で死亡していないこと。それから、13ページへ参りますが、④が、分娩管理が脳性麻痺の原因の1つであると考えられること。

この①から④を判断するときには、どうしても損害賠償責任の有無が確定していないとなかなかわかりません。と申しますのが、障害の等級がどの程度なのかもめている事例ですとか、分娩管理が原因である、原因でないということでもめていると判断ができませんので、賠償責任の確定した事例の中から選んだということにしております。

そして、その下の黒ポツですけれども、医学的判断を得たものではないため、必ずしも本制度の補償可否と一致しないし可能性がございます。制度では審査委員会がございますが、この調査では審査委員会を経ておりませんので、必ずしも一致しない可能性もあります。

その下の丸ですが、このように、本データは我が国の脳性麻痺に係る賠償請求の網羅的なデータですとか、精緻な医学データではありませんけれども、損害賠償請求件数等についての傾向を把握することを目的として調査したという点に注意する必要があるとございます。

そして、その下の四角の囲みですが、集計結果です。丸印にありますように、上記前提で2005年から11年までの期間に損害賠償請求が行われたと保険会社から報告された296例について分析したデータです。下表の件数が母数

となっております。

表を見ていただきますと、縦の列ですけれども、まず左側が出生年になっておりまして、出生年の西暦の年は、これはあくまで出生年だという点にご留意ください。請求年ではないということです。それから、右側の列が件数となっております。件数を具体的に申しますと、2004年以前が73件、それから、2005から2011年が223件で、うち解決済みが114件、そして補償対象と考えられる事例が81、対象外と考えられるものが33、合計296ということになっております。

そして、この296件をもとにしまして、一番下の点線の囲みですが、幾つかの切り口で分析を行っております。まずその切り口の1つ目が(1)で、紛争の防止の観点での切り口です。片仮名のアですが、賠償請求件数の推移、これは未解決事案も含んで調べております。それから、片仮名のイが訴訟提起件数の推移、賠償請求を超えて訴訟に発展したというような事例です。これも未解決事案を含んで調べております。

それから、(2)が紛争の早期解決の観点です。片仮名のアですが、紛争解決の対応の推移、これは解決したものでありますので、当然、解決済み事案のみということになります。それから、ここで申します対応という言葉ですが、例えばこれは訴訟で解決したであるとか、訴訟外で解決したであるとか、そういう内容のことを言っております。最後、片仮名のイが紛争解決までの期間の推移、解決事案のみで調べておりますということで、実際のデータを見ていただきます。

14ページをお願いいたします。(1)、まず紛争の防止でございます。片仮名のアで賠償請求件数の推移、未解決事案を含むです。①が損害賠償請求年ごと、それから、②が出生年ごと、③が出生年ごとの補償対象と考えられる脳性麻痺・補償対象外と考えられる脳性麻痺事例、解決事案のみという3点について作表しております。

下に注がございますが、賠償請求件数とは、医療機関が患者から損害賠償を請求された、または請求を受ける可能性があると認識し、保険会社に報告が行われた件数、これらを含めております。

必ずしも賠償請求書を送付されたというようなわりとわかりやすい請求の形

態だけではないようですので、実務上、このような保険会社に報告が行われたものまで含めたほうがよいということで、保険会社とご相談してこのような定義にしております。

そして、下の丸ですが、2005年から11年までに損害賠償請求が行われた脳性麻痺事案296件について、その件数の推移が下の図1になっております。本制度が創設されたのは2009年です。2009年前後からやや減少傾向を示しているようにも見えますというのが図1でございます。

続きまして、15ページに参ります。次は出生年ごとの集計でございます。1つ目の丸ですが、296件のうち、2005年から11年までを出生年とする事例は223件でございます。その223件の出生年ごとの賠償請求件数の推移が図2になっております。

2005年以降、減少傾向があるように見えますが、経過年数の短い出生年では、今後、損害賠償請求がなされ、増加する可能性がございます。そこで、現時点ではそこまで評価できないと考えております。今後、数年単位で継続的にデータを確認すると精緻な検証ができるものと考えられます。

例えば2011年のお子さんですと、まだ1歳から2歳ですので、賠償請求を将来的にはするかもしれませんが、まだそれが全部出そろっているとは言えないという時期だと、こういう意味でございます。

続きまして、16ページをお願いします。③です。出生年ごとの補償対象と考えられる脳性麻痺・補償対象外と考えられる脳性麻痺事例、解決事案のみでございます。

1つ目の丸ですが、紛争防止の観点からの効果検証に当たっては、損害賠償責任の有無が確定していない事例を含め、賠償請求として顕在化した事例数の推移を分析する必要があるということで、今お示したわけでございます。

そして、次の丸ですが、一方、制度の効果検証に当たっては、補償対象となる脳性麻痺事例と対象外となる事例との賠償請求件数の推移を比較することも重要でございます。制度は全ての事例を対象としておりませんので、制度対象分により大きな効果が出るかもしれないと、こういう考え方でございます。

次の丸ですが、そこで、補償対象と考えられる脳性麻痺事例の賠償請求件数と対象外と考えられる件数の推移を比較したいと考えました。ただし、既に損

害賠償責任の有無が確定した事例に限られたデータである点に繰り返しご留意ください。

次の丸ですが、2005年から11年までを出生年とする事例223件のうち、賠償責任の有無が確定しているものが114件でございます。114件の内訳ですが、補償対象と考えられる事例は81件、対象外が33件でございます。この81件及び33件の出生年ごとの賠償請求件数の推移は、図3のとおりでございます。図3の青と赤の線のとおりで、青が補償対象と考えられる脳性麻痺事例、赤が対象外と考えられる脳性麻痺事例から来た賠償請求件数です。

一番下の丸ですが、補償対象外と考えられる事例、これが赤い線です。これに比べて、補償対象と考えられる事例、青い線です。このほうが減少傾向が見られますが、しかし、制度開始の2009年以前の出生の児のデータで観察するのがやっとという状況です。そこで、経過年数の短い出生年では、今後も賠償請求がなされて件数が増える可能性がございますので、継続的なデータ確認によって精緻な検証ができると考えられます。

2009年以降は、なかなか比較するには件数がかなり少ないという状況で、何とも言えないかと思えます。

続きまして、17ページをお願いいたします。賠償請求件数の話を通り越しまして、今度は訴訟提起に至った件数の推移でございまして、片仮名のイ、訴訟提起件数の推移、未解決事案を含むでございます。訴訟提起年ごと、それから出生年ごとに比較した切り口で表をつくりました。

まず、①番が訴訟提起年ごとです。①の下の丸ですが、2005年から11年までに訴訟提起が行われた事例は118件でございます。訴訟提起が行われた年ごとの訴訟提起件数の推移は図4のとおりであります。2006年をピークに減少傾向を示して、2011年は少し増えているようでもございます。

それから、18ページをお願いいたします。18ページは、今度は出生年ごとに見た訴訟提起の件数です。1つ目の丸ですが、118件のうち、5年から11年までを出生年とする事例は77件でございます。この77件の出生年ごとの訴訟提起件数の推移は図5のとおりでございます。

2006年をピークに減少傾向を示しているようではありますが、経過年数の

短い出生年は、今後、訴訟提起がなされ、増加する可能性がございますので、継続データの収集によって精緻な分析ができるというところは先ほどと同じご説明になります。

続きまして、19ページをお願いいたします。今度は大きな切り口の2つ目です。紛争の早期解決に関する切り口です。片仮名のAですが、紛争の解決の態様の推移を見てみました。解決済み事例における出生年ごとの紛争解決の態様、これは最終的に解決した態様で、つまり訴訟で解決した、あるいは訴訟以外で解決した別のことでございます。その推移に関する分析を行いました。

その下に注をつけてありますが、訴訟とは、最終的に判決、訴訟上の和解のいずれかで解決したものをいい、訴訟外とは最終的に調停、訴訟外の和解等で解決ものをいうということを決めております。

それから、その下の丸ですが、2005年から11年までを出生年とする事例223件のうち、既に損害賠償請求の有無が確定している事例114件について、出生年ごとの損害賠償請求の態様の推移は図6のとおりでございます。

そして、経過年数の短い出生年ほど賠償責任の有無が確定している事例自体が少ないので、今後、データを継続的に確認することで有効な校検証を行うことができると考えております。

例えば2008年以降は訴訟で解決した事例はありませんけれども、訴訟を提起している事例はあります。まだ日が浅いので、今後、計上されてくる可能性はございますという状況です。

そして、最後、20ページをお願いいたします。紛争解決までの期間の推移でございます。解決済み事例における出生年ごとの紛争解決までの期間の推移に関する分析を行いました。下に注をつけております。紛争解決までの期間とは、実際に存在賠償請求がなされた日から、判決確定や示談等により損害賠償責任と損害賠償額が確定した日までの期間をいうことにしております。

下の丸ですが、2005年から11年までを出生年とする223件のうち、賠償責任の有無が確定している114件について、紛争解決までの期間、これを2年以内と2年超と分けまして、その推移を図7に示しております。これも経過年数が短いところでは、今後、事例が増えてくるという可能性がございます。継続的にデータを収集することにしております。

先ほど申しましたように、まだ2011年は件数がありませんけれども、まだ1歳から2歳でありますので、今後を見てみないとわからないという状況でございます。

以上です。

○小林委員長　ご苦労さまでした。医賠償保険からの情報提供ということですが、いかがでしょうか。質問等お願いします。勝村委員、どうぞ。

○勝村委員　まず最初に、私がこういうものをお願いしたかもしれず、非常に詳細な分析とご報告をありがとうございました。

1つ質問なんですけれども、この制度の補償対象外と考えられる事例が、何が理由で対象外なのか。つまり、6カ月以内の死亡なのか、身障の程度なのか、そのあたりの情報がもしあれば教えてください。

○小林委員長　いかがでしょうか。

○後理事　対象外の事例について、先ほどの①から④の要件ごとに、手元に数字がございますので申し上げます。

まず、①に出生体重2,000グラム以上という基準がございます。これで対象外になったものが10件ございます。出生体重が理由で対象外が10件でございます。

それから、在胎週数33週以上、これに当てはまらず対象外になったものが6件です。在胎週数が理由で対象外が6件。

それから、重症度、これは身障等級1・2級とか後遺障害1から5級と申しましたけれども、この重症度が当てはまらないということで対象外となったものが11件ございます。重症度で対象外が11。

それから、6カ月未満で死亡していないこと、これに当てはまらない、つまり、6カ月未満の死亡の事例が2件ありました。その2件が対象外になりました。

ほかに、分娩管理が原因の1つであると考えられること、これが考えられないということで対象になったものが10件ございました。分娩管理が原因の1つであると考えられることという基準に当てはまらなかったものが10件あったということでございます。

この中には、幾つかの基準を同時に満たさなかったようなもの、重複が含ま

れているということでございます。

○小林委員長 重複が含まれていて、全部で33件ということになるわけですね。

○後理事 はい。

○小林委員長 ほかに質問等いかがでしょうか。

私のほうから質問ですが、訴訟になった場合、あるいは請求があった場合に、実際に賠償責任の有無についてはまたその中で内訳が分かれていくわけですか。

○後理事 訴訟になった事例ですね。そして、その後の賠償責任の有無。

○小林委員長 ええ。ですから、裁判ですから、賠償責任がある場合と、ないという判決もあるわけですね。

○後理事 補償対象になって、それだけで終わらず、その後裁判になった事例ということですね。

○小林委員長 そうです。はい。

○後理事 それはまた分かれていて、それは私ども運営組織で把握できるということになります。

○小林委員長 運営組織ではなくて、この賠償責任のほうでは、それについては集計はされていないということですか。

○後理事 賠償責任保険のデータが、各損保会社が持っている顧客データでございますので、誰それさんという情報まではいただいておりませんので、私どもの補償対象のデータと結合はなかなかできないと。

○小林委員長 いや、制度の補償対象ではなくて、裁判の結果がどうなったかという。訴訟ですから、原告勝訴の場合と原告敗訴の場合があるわけですね。

○後理事 あります。それは保険会社はわかっております。

○小林委員長 両方この数字は含んでいるということですか。

○後理事 両方含んでいるといいますと、勝訴した場合、敗訴した場合ですか。

○小林委員長 はい。

○後理事 なるほど。

○小林委員長 どうぞ、岩崎委員、お願いします。

○岩崎委員 詳細な数値はわかりかねますが、今、小林先生がおっしゃったように、賠償責任がありお支払いしたものと、責任なしということでお支払いしなかったものとの二通りがあると思います。大半はお支払いしたものだと思います。

○小林委員長 どうもありがとうございました。いずれにしても、医師が紛争に巻き込まれる、あるいは助産師が巻き込まれるということで、大変なことには変わらないということですね。

ほかにいかがでしょう。勝村委員、どうぞ。

○勝村委員 分娩管理に関係がなかったという10件というのは、では、どういう問題だったんですかね。

○小林委員長 わかりますか。では、お願いします。

○後理事 少し粗い情報ですけれども、10件のうち、分娩管理ではなくて、その前の段階の妊娠の管理だと保険会社が考えられたものが1件、10件のうち1件です。妊娠管理が1件。それから、分娩ではなくて新生児管理が原因だと考えられたものが4件。10件のうち4件、新生児管理です。それから、分娩でも妊娠でも新生児管理でも、いずれでもないということで、詳細は不明なのですが、それが残り5件です。こういう内訳になっております。

○小林委員長 ほかにいかがでしょうか。

それでは、資料を見ていただいて、質問等ありましたら事務局のほうに、後日でもよろしいですね。では、勝村委員、どうぞ。

○勝村委員 今後、定期的に、継続的に見ていくことが大事だと書いていただいているので、この対象外だった、今、口頭で言っていたことを、今後この制度をどうしていくかという議論を運営委員会でしていくとすれば、僕としてはやっぱりこういうデータも表にさせていただきたいと思うことと、あと、小林委員からもありましたけれども、結果にもし有無があるんだったら、それも情報として、いろいろお願いばかりして恐縮ですけれども、していただければと思います。要望しています。

○後理事 検討いたします。

○小林委員長 では、よろしくをお願いします。

○後理事 わかりました。

○小林委員長　　以上で議事のほうは全て終了いたしました。その他、全体を通して何かご意見等ありますでしょうか。

　　今回の運営委員会は、とりあえず全部ではありませんが、これまで検討した議論の報告書、データ以外の、補償総数等の調査委員会で議論している事項は別ですが、それ以外の今まで議論した項についての報告書の素案の審議というのが次回の議題になりますが、いかがでしょうか。何か全体を通して、よろしいでしょうか。

　　それでは、これをもちまして、第19回産科医療補償制度運営委員会を終了いたします。どうも皆様、お疲れさまでした。ありがとうございました。

— 了 —