

く高いです。上限があり、上限は8000万円です。8000万円まで行くのは脳性マヒのケースです。ちなみにこれを人口割で計算すると、日本だと年間180億円に相当します。スウェーデンの制度をそのまま実施し、同じような基準で同じ事故の数であれば年間180億円の費用として賄える計算になります。これがアメリカの場合は10兆円などという話になっているわけですから、無茶苦茶な違いになるわけです。

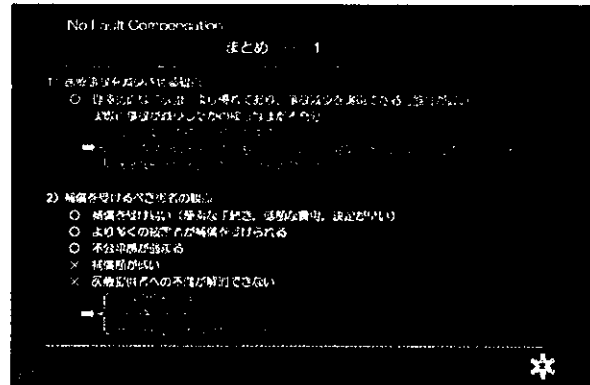
Table: Number and Cost of Compensable Events Under Alternative Compensation Models, Utah and Colorado, 1992				
	Compensable Events, No.	Cost, \$ (in millions)	Compensation Package	
<b>Utah</b>				
Types of Events				
All adverse events	2614	277		
Severe catastrophic events	2942	91	No disability benefits	
Major events	1739	27	Full wage replacement	
Colorado			Loss household production	
All adverse events	11578	418	Health care costs	
Severe catastrophic events	2613	126	Pen. and attorney	
Major events	2023	64		
<b>Alternative Model Comparison</b>				
Utah	No full model based on Swedish compensable events	1465	55	8 week disability benefit Full wage replacement No household production Health care costs Pen. and attorney up to \$100,000 Actual cost added
Colorado	Severe catastrophic events	2942	55,907 (60億円)	
Colorado	No full model based on Swedish compensable events	873	80	8 week disability benefit Full wage replacement No household production Health care costs Pen. and attorney
	Medical malpractice events	2948	120,100	

We selected the number of medical malpractice events, compensable events, by using the estimated number of adverse events (AE) in Utah and AE in Colorado by State of Utah. A full number of adverse events in Utah are estimated by using population (P) in Utah and Colorado. The population number is adjusted to Colorado's population based on the ratio of Utah's population to Colorado's. The population number is based on the year 1992. The population number is based on the year 1992. The population number is based on the year 1992. The population number is based on the year 1992.

Source: July 11, 2001, 11:30 AM No. 2, 223

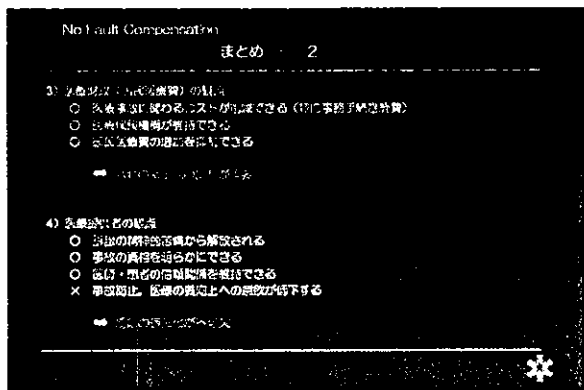
それからもう1つ、コストのデータをご紹介します。アメリカは、この制度に興味を持っています。特に経済的なことに興味を持っていますので、スウェーデンの制度をアメリカの州に適用したらどうなるかというデータを発表しています。これはユタ州ですが、all adverse effect、何か結果が悪かったケースが年間5614件あります。200万しか人口がありませんから、ものすごい数です。実際にこれをスウェーデンの制度に当てはめ、慰謝料を1000万円ぐらいつけて試算すると、5500万ドルですから、60億円ぐらいになります。一方実際のケースの中で、訴訟で原告が勝ってお金がもらえたのは、この中でこれだけしかありません。それにかかった費用がやはり60億円あまり変わらないと報告されています。しかしこれはトータルコストで、患者さんに支払われたお金は、なんとその20パーセントで、あとの80パーセントは訴訟の費用です。日本の弁護士さんはお金は儲かりませんと言っていました。アメリカの弁護士さんの費用は、たぶん高いのだと思います。80パーセントぐらいはその費用で、患者さんの

ところには行ってないといわれています。大事なことは10倍の数の患者さんが同じ費用でコンペントされることです。コロラド州では少し基準を変えて計算しているのですが、4倍近くの人コンペントされることになります。それでも実際に訴訟に勝った人に払ったお金と訴訟の費用など全部入れた費用より安くなるという試算をしているわけです。



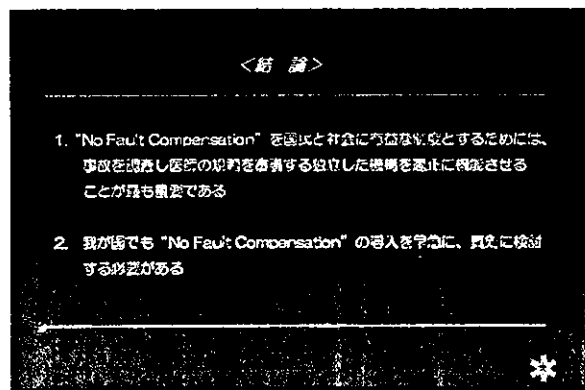
先ほども言いましたように、事故を減少させるという観点から見た場合、この制度は理想的に訴訟より優れています。事故減少を実現できる可能性が高いと私も思います。しかし本当に減ったかどうかは、スウェーデンのデータからではまだまだ不十分で、これからきちっと検証することが必要だろうと思います。より大事なことは独立した調査機構が機能することでありまして、その機構が事故の報告をさせ、その調査、原因の究明、防止対策の推進、医師の指導、処罰まできちっとやることによって事故減少につながると考えます。それから、医療提供者に対して適度な経済的インセンティブが必要かどうか議論されていますが、スウェーデンの制度には全くありません。アメリカはスウェーデンの制度に批判的な論文も書いていたのですが、そのことを言っているのです。先ほどの保険金1万円は均一では駄目だと。エクスペリエンス・レートと言うらしいのですが、そういうことがあれば少し保険金を高くする制度を導入しないとアメリカでは無理といった論文が出ていました。患者さんの観点からすると、補償は受けやすい。“簡素な手続き”、“低額な費用”、“決定が早い”、そして、より多くの被害者が補償を

受けられます。それからもう一つ、“不公平感が弱まる”ことも重要です。これは決定的に違います。イギリスで最近、部分的に制度を導入するようになったのは、一方の人は訴訟で勝つてものすごく多額の補償をしてもらった、一方は負けて一銭ももらえなかったということをメディアが取り上げた結果といわれています。補償額が低いのは仕方ないですが、程度の問題も重要だと思います。それから、先ほどからも出ていますが、訴訟を起こすのは賠償金がほしいだけでは決してないという話です。医師の責任の問題、原因を究明すること、再発防止への努力、というようなことを考えると、下段に示すところが抜けると、その不満は解消できないということになると思います。



財政に関してはいいことばかりです。とにかくコストは安くなります。特に事務手続きの経費はものすごく安くなります。それから保険機構が、先ほども少しお話ありましたけれども、壊れてしまって機能しなくなるということがなくなります。バージニア州が実際にこの制度を一部導入したのは、保険会社がつぶれたり、医者が保険金を払えないなどの問題が起こったからです。それは日本でもこのままいくとありうる話ですので、ここにしておきました。結局、医療事故にかかるコスト、医療事故が起こって患者さんに補償金を支払う、そのお金もそうですし、そのための手続きなどの費用は、最終的には全部国民の医療費に跳ね返るのです。アメリカの分娩費が2日間の入院で100万ぐらいですが、そのうちの30万、40万は保険料ですから、結局患者さんは、本当は60万をお医者さんに払うものを100万払っ

て、その内40万はどこかの訴訟の費用などに消えていることになります。これが国民医療費の増加につながるのは当然ですから、それを抑制することは重要です。でも実際に実行するととなると、どこからお金を出すのか、保険料金から出すのか、医師が出すのか、この辺の調整がうまくいくかどうか重要だろうと思います。医療提供者の観点からに関しては、データ等は出しませんが、訴訟の苦痛から解放され、それから真相を明らかにできるという長所があります。はっきり言って、医療提供者は訴訟になるとなかなか真相を言いにくいところがありますが、訴訟とは別に専門の審議官の前で、こういう症例でしたということは容易です。かなり状況が違ってくると思います。それから私たちにとって最も大切なのは、医師・患者の信頼関係です。訴訟を起こして明日からは敵に回って対立するという、そういう状況がこの制度で完全に払拭できることはスウェーデンが証明しています。スウェーデンの医者は事故があった後の患者への対応がいいといわれています。後の問題も罰則の適正化ということでやれるということだと思います。



結論として、この制度を国民と社会に有益な制度とするためには、事故を調査し、医師の規範を審査する独立した機構を適正に機能させることが最も重要であると思います。それから、メリットが多い制度ですから、わが国でも本当に早急に真剣にこの制度の導入を考えていただきたいということで発表を終わります。ありがとうございました。

**中野** ありがとうございました。先ほどセッションAで出されておりました質問にもお答えいただいたと思います。少し時間が押していますので、後ほど討論の折にでもまた。

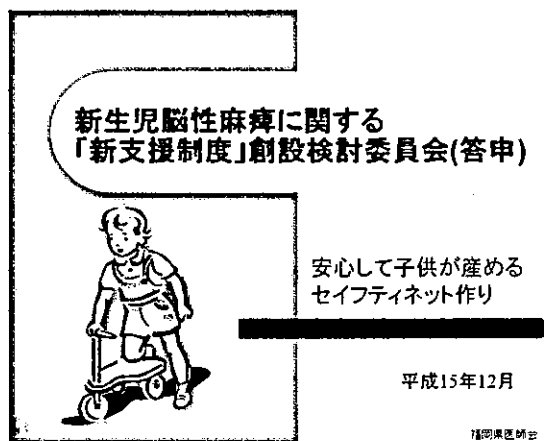
次はケースの2に書いてらっしゃるように、

わが国の導入モデルを、福岡方式というもので、九州大学大学院医学研究院の信友先生から「福岡方式：安心して子供が産めるセーフネット作り」、どうぞよろしくをお願いします。



## 福岡方式：安心して子どもが産める セイフネット作り

九州大学大学院医学研究院教授 信友 浩一



新生児脳性麻痺に関する  
「新支援制度」創設検討委員会(答申)

安心して子供が産める  
セイフティネット作り

平成15年12月

福岡県医師会

**信友** 福岡にはノリのいい人間がおりますので、わが国にはという発想ではなくて、福岡をよくしよう、信頼に値する医療を確立しようということで、ノリのいいものが福岡県医師会をベースに集まって、検討してこういう構想を出したところですよ。

ただノリがいいだけでは説明できませんので、2つ、3つ、そのエピソードもあります。1つはこういう現実を認識したということです。新薬の治験で得られる情報として、ある新薬に関しては必ず100例使えば必ず1例は深刻な感染性肺炎が起きるといふ事実は、われわれ承知しています。でも実際、それを使う場合には、どの患者さんにその100人に1人の合併症が出てくるかわかりません。と言うことは予防できない医療障害があるという事実を受け止めよう。そういう事実で間質性肺炎が起きた患者さんに対して、誰が悪いのだという争いをするには上手なのか下手なのか、うんぬんかんぬんです。そういう1つの視

点がありました。2つ目は、先ほどの和田先生の、それからその下のお弟子さんの前田君が、大学院生としてうちの教室と一緒にやった仕事ですが、苦情、紛争です。これにきちんと対応するような仕組みを作ろうということで、コンフリクト・マネジメントというコンセプトで教科書を作られました。ですから事故がどうのこうのではなくて、「えっ」と思ったときにちゃんと日本人として上手に対応しようよ、というコンフリクトに注目したというマンパワーがあったことが1つあります。それと中野先生が病院長だったときに、九大病院の中では、診療の現場で、ひょっとしたらわれわれにエラーがあったかも知れないな、というような事故、事件があれば、15分以内に病院長に報告するという仕組みを作っています。そしてただちに証拠保全をわれわれにかけて、検証会をもって、われわれにエラーがあったかどうかとシステムの面から検討しました。誰が悪いかという犯人捜しではなくて、です。事実究明をやるということができるといふこと。それも法廷を当てにしないでできるということ。先ほどのコンフリクト・マネジメントも、要は法廷外紛争処理機構です。なぜ紛争を最後は法廷で争うというようなことを日本人はいつから習慣化、習慣ではないです、しなくなってしまったのかということです。そういう問題意識があった人たちがいたこと。そして最後になぜ福岡県医師会かということです。

福岡県医師会では数年前にカルテの開示ということについていろいろ検討した結果、「診療情報共有福岡宣言」というのをしました。その中の一

番のポイントは、「結果責任倫理よりは説明責任倫理を優先した医療をやります」という約束をしたのです。それを裏切ったようなドクターがいた場合には、福岡県医師会の中に総合診療窓口を設けています、そこに連絡を下さい。そして何があったのか、われわれが調査します。その調査の結果は患者さんにも戻しますし、全医療機関が共有できるようにします。そういう「診療情報共有福岡宣言」をしたという、そういう見識がある福岡県医師会の中で、ではこういう医事紛争になるきっかけであるクレームです。「え、こんなことが起きたの？」最初からクレームになるわけではないです。驚いたこと、それに対してきちんと対応するようなことを作ろうよ、ということです。

### メンバー

- <福岡県医師会>
  - 副会長 横倉 義武 池田 俊彦
  - 常任理事 高須 城
  - 理事 片瀬 高 埴 康博
- <九州大学>
  - 副学長 中野 仁雄
  - 医療システム学教室教授 信友 浩一
  - 法学研究院教授 和田 仁孝
  - 医療システム学教室助手 前田 正一
- <東京海上>
  - 部長 巻幡 隆利
- <サイトサポート・インスティテュート>
  - 副社長 平野 良一

福岡県医師会

こういうメンバーであります。県医師会の高須さんが紛争調停の担当理事です。それで中野先生が、お前たちがやるのなら手伝ってやるぞ、と言って出て下さいました。それから和田さんと前田さんがおられる。その下に東京海上の巻幡さん、平野さん。これは数十年の親友ですが、この平野さんは東京海上におられるときに自動車事故の紛争調停を1000例以上経験しておられます。それから世界各国のこういう過失型の補償制度、それから無過失型の補償制度のレビューをしていただいて、教室で度々ゼミもしていただいております。この巻幡さんはたまたま東京大学の同期ということで手伝えということで引き出されてしまった被害者です。こういうメンバーで今のような現実を踏まえて、福岡らしく、日本人らしく作っていきましょうということで進めてまいりました。

### 委員会の開催状況

- 平成14年 8月 7日 第1回 委員会設置の目的
- 平成14年 9月17日 第2回 アメリカの補償制度  
オーストラリアの救済制度
- 平成14年11月26日 第3回 論点の整理
- 平成14年12月24日 第4回 発生頻度
- 平成15年 2月 6日 第5回 運営費用・財源論議
- 平成15年 3月13日 第6回 新制度の概要・イメージ
- 平成15年 7月 2日 第7回 審査パネル、新制度概要
- 平成15年 9月 3日 第8回 答申案検討
- 平成15年10月 2日 第9回 同上

福岡県医師会

これはきれいにまとめたものですが、この委員会で検討したとき、いろいろな論点など、ひっかかることがありました。

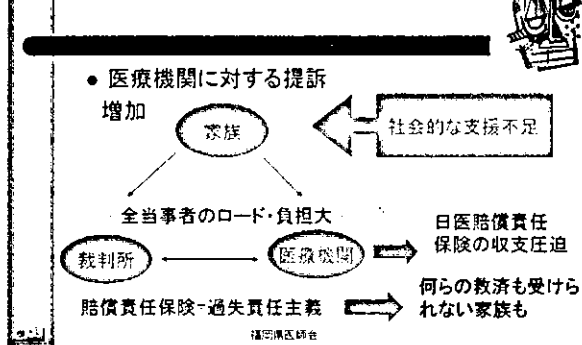
### 検討の背景

福岡県医師会

### 両親は何が不安か？

福岡県医師会

家族が医療機関を提訴するケースも



1つは下のほうです。やはり A セッションにあったような指摘、それから上のほうで、やはり出生に関わってから、妊婦さんが怖がっているのではなかろうかということも話題になりました。なぜ脳性マヒを取り上げたのか。なぜ他の疾患あるいはメディカル・インジャリーに関して持たなかったのかということもありますが、そういうことも関心はすべて広がりましてけど、まずは一番出生してから亡くなるまで非常に長くいろいろなサポートも要る、それをすべて家族がケアすることだけに委ねてしまっているのかということです。

脳性麻痺(CP)と精神発達遅滞(MR)

脳性麻痺(CP) - 受胎から新生児までの間に生じた脳の非進行性病変に基づく運動や姿勢の異常  
 精神発達遅滞(MR) - 知能面での発達障害の総称

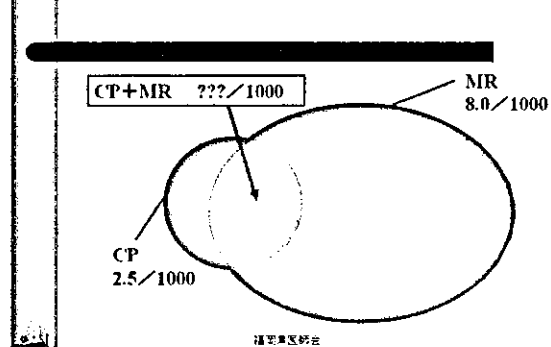
したがって、

- 厳密には、CPは運動、MRは知能の障害として、明確に区別された概念である。
- CPには「周生期に原因を有する」という定義があるが、MRにはこの概念はなく、新生児期以降の原因も含まれる。
- 周生期の事象がMRの原因となっている場合には、両者は重複する可能性が大いにある。
- しかし、両者の単独・重複発症の実態については、定義の相違、調査対象選定の困難さ、担当する行政部門の相違などから明確になっていないのが現状。

それから紛争訴訟の場面でも脳性マヒのことは争われる事例というのが多いです。そういうことが気になって、まずこれを取り上げてやっというの出発です。従って脳性マヒのお子さんを持たれた家族からすると、まだまだ社会的な支援はすごく必要で、いろいろな制度はありましても、特に驚いた、ではどうしたらいいのだろう、パニックになっている、誰も社会的に支援がない、

そういうところからも始まっています。従って助けを求めるとい意味から医療機関等々に対して、これは過誤があったからこういうことになったのではなかろうかということでの救済、社会的な支援を求めるとい動きが出てきているわけですが、それに対してどうなっているのかです。

脳性麻痺(CP)と精神発達遅滞(MR)



脳性麻痺児の発生頻度①

- CP(Cerebral Palsy) 首から下の機能障害

	発生率
文献	1-2.4/1000
(福岡市)3歳児の脳性麻痺有病率	2.5/1000
福岡市立心身障害福祉センター 療育 脳性麻痺児	34.2人/1年 (0.7人/1000出産数)
(福岡県)平成13年出産数(除く死産)	46,985

× 3 1000 = 141人

これはもう専門的なことです。発生頻度をわれわれは 1000 出生に対して 3 あるとみなして、福岡県では平成 13 年に年間出産が 4 万 6000 近くありましたので、福岡県では年間 140 例の脳性マヒのお子さんが生まれておられることを前提にして、ではどうしたらいいかということを考えたいわけでは

### 脳性麻痺児の発生頻度②

- MR(Mental Retardation) 精神遅滞

	発生率
(福岡市) 知的障害児童数	80人/1000出生

福岡県医師会

### 外国の支援制度②



- アメリカ新生児脳性麻痺無過失補償制度(NICA)  
フロリダ州、ヴァージニア州  
<対象> 2500g以上の新生児の低酸素症もしくは機械的傷害  
<条件> 医師・医療機関の加入が条件(加入率80%)  
<補償内容> 医療・養育費用、装具費用+一時金10万ドルまで  
<二者択一> この補償を受けると、訴訟はできない。  
<評価> ①制度維持管理コストの問題  
②訴訟が減少しなかった  
等の理由により、他州には広がらず

福岡県医師会

### 心身障害福祉施設の状況

- (福岡市) 福岡市立心身障害福祉センター  
年少幼児の唯一の療育施設

<1991年1月から1995年12月の5年間に出生し、センターで療育を受けた福岡市在住の脳性麻痺児>  
171名



福岡県医師会

### 外国の支援制度③

- Medical Panel Screening 制度:25州で採用  
<目的> 理由のない訴訟のスクリーニングと紛争の早期解決  
<メンバー> 医師、弁護士等  
<審査内容> 医療側の過失・過誤の有無、因果関係  
<効果> ニューメキシコでは、72%が訴訟前に解決し、コスト削減に寄与

福岡県医師会

### 外国の支援制度①



- オーストラリア:ウェスタンオーストラリア脳性小児麻痺協会(CPAWA)  
① 500人のスタッフ  
② 年間予算約14億円  
③ 提供するサービス  
コミュニティホーム、寮、ナーシングホーム、アパート、ショートステイ、代理看護、独立生活プログラム、リハビリ等

福岡県医師会

### 支援制度創設の目的<再整理>



- ① 安心して子供が生める社会に

少子化対策

- ② 産科医師の確保



医療過誤訴訟ロードの軽減

随分、和田先生にもこの辺で整理していただきました。従って、これをいろいろと考えることによって派生的な影響が出てきています。

## 支援制度の概要=福岡県独自の制度

### <対象>

- ①福岡県内で生まれる脳性麻痺児  
国籍は問わない。  
両親には、不法入国者は除き、外国からの留学生等の法的に認められた日本在住者を含む。
- ②医療側に過失がない事案  
医療側に責任がある事案は、日医賠償責任保険に委ねる。

### <給付>

1000万円の一時金支給



福岡県医師会

## 給付の請求権



### ● 請求権者

- ①脳性麻痺児の両親とする。  
(共同親権と同様な性格を持たせたい)
- ②請求権の譲渡は認めない。
- ③弁護士による請求手続代行は認めるが、受領者は後見人、保佐人を除いてあくまで両親とする。

福岡県医師会

1つは、福岡では安心して子どもが産めるなということ。反対に、福岡で安心して子どもの出産に関われるなということも出てくるでしょう。そういうことによって福岡では安心して出産、それからその業務に携われると。そういうムードを作っていく中で、どのようにしたらいいかということで、ガチガチのルールを作ることはやめよう。これはずいぶん、皆さんの気持ちがそちらのほうへ行きました。ガリガリに法廷のまねをしないでやっていこうということ。端的には、不法入国者は除き、福岡県で生まれたお子さんはすべて対象にしましょうと。ただ、この話の中に、福岡県出身で東京に嫁いでいったと、それで旦那が実家で産むなど、東京で産めと言った福岡県人の奥さんから生まれた脳性マヒの子どもはどうしようかというのが、少し話題になりました。医療側に明らかに過失があるか、ないかを検討する審査会というのを作っています。従って、この対応に関してはお金の問題ではないというのは当

然ですが、一番大事なのは事実究明です。事実を究明してちゃんと医療人にも脳性マヒをお持ちのお母さん方にも説明をすること。その間の心のケアをすること。そして最終的にはお金という面で1000万円を一時金としてお支払いして、脳性マヒを持った家族や家庭が崩壊しないようにお金を渡しましょうというのがイメージです。

## 申立人



### ● 申立権者

- ①両親とその家族(それぞれの二親等内親族)  
代理人による申立は、弁護士以外は認めない。
- ②産婦側の承認を得た場合、当該出産担当医師からの申し立ても認める。

実務的には、両親側と医療側の共同申立を推奨する。

福岡県医師会

請求はもちろんお母様、お父様ですが、代行の手続きが書いてあります。申立人は当然両親とその家族、および、こういうところが大事です。なにも両親だけではなく、それに関わられた出産担当の医師からの申し立ても認めると。できれば、一番下です、実務的には両親側と医療側の共同申し立てを推奨すると。きれいな話にしております。

## 脳性麻痺児の発見方法

### ①保健所の協力が不可欠

母子手帳、乳児健診等を担当することから、発見が容易では?

### ②医学的には、出生後3年で判定可能とされる。



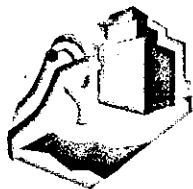
福岡県医師会

発見は生まれて3年以内までにたぶん見つかるだろうということで、保健所の協力だとか、いろいろな方々から、変だなということで、発見していただいて、積極的に報告をしてもらいます。



### 事務担当組織

- メディカルセンター等の公的な組織がベター。



福岡県医師会

### 申立と相談受付

- 申立受付(電話・来所による初期コンタクト)  
受付は受付業務に限定し、手続き説明、必要資料指示等に留め、専門的判断は控える。... 専門能力は不要
- ケア・アドバイザーによる相談受付... 極めて重要な役割  
初期時点での産婦側へのケアリング、対話促進のため、アドバイザーを張り付ける。  
申立の最初から給付金受領に至るまで、継続的に様々なケアニーズに対応。  
医療側に対する苦情も受け付けるものとする。



福岡県医師会

### 予備審査

- ①資料の収集
  - ・申立人からの提出資料(事情説明書など)
  - ・出産医療機関からの提出資料
- ②予備審査担当者による審査
  - ・審査不要事案(対象外等の形式審査)、審査開始の判断等
  - 不適合事案以外は、基本的にはここでは拒絶しない。
- ③予備審査担当者  
産科医師+小児科医師が望ましい。



福岡県医師会

その事務担当のことですが、申し立てをまずしていただいた後、お母さん方は相当のショックを受けておられますから、それに対してちゃんと、対応、ケアし、こういう手続きで、こういうふうに対応しましょうということをしなが、すぐ次のケア・アドバイザーの登場です。これは極めて重要な、ここにぜひ注目をしていただきたいのですが、対話促進と書いてありますね。ここが大

事だと思えます。ここでコミュニケーションを確保しながら、その次です、どういうことが起きたのかと、その経過を検討するために必要な情報資料が要ります。それに対して資料の収集というものをし、そしてそれを、パネルを作って検討すると。それに対して、ぎりぎりの医学的な因果関係を検討するというような、法廷で行われるようなことではなくて、常識的な範囲で、いわゆるデュー・プロセスを踏んで行われているかどうか、それを検討するような資料が集まっているかどうかということ、この予備審査をしながら最終的な審査会にかけようということです。

### 審査会①

- 役割
  - ①脳性麻痺児の認定
  - ②給付の可否を決定
- メンバー構成
  - <産科医師>2-3名
  - <小児科医師>1-2名
  - <弁護士> 1名
  - <学識経験者> 1-2名 福祉施設関係者等
  - <患者側代表> 1-2名



福岡県医師会

### 審査会②

- 事前手続き  
資料の事前配布、検討、ヒアリング打ち合わせ
- ヒアリング  
産婦側、医療機関側双方から、相互に非公開で別途ヒアリングを行う。

福岡県医師会

審査会のメンバーはこういう構成で、役割はこの2つです。確かにこれは脳性マヒのお子さんだということ、そして明らかに医療側に過誤があるといった場合は、先ほどのように、従来の賠償責任保険の対象として、そちらの給付を受ける手続きに入ってもらおうということです。審査会を構成して本当にできるかどうかということ、この中

には中野先生も入っていただいて、ランダムに選んだ脳性マヒのお子さんの資料を集めて、十分な資料が集まるか集まらないか、集まらないときには改めてこういう資料はないのですかということをお願いして出してもらえるかどうか、そしてそういう集まった資料で以上の役割の①と②について検討できるかどうか、そういうことを4、5例していただきました。と言うことは、この審査会はこのメンバーで、こういう手順でできるということが確認できたということでもあります。

### 審査会③



- 判定  
審査会では、新支援制度による給付の可否のみを独自に検討し、医療側の過失や、出産と脳性麻痺との因果関係などは明示的に判定しない。
- 本制度に基づく給付は、医療側に責任がないため誰からも損害賠償を得ることができない産婦側を救済するものであるが、給付の決定は独自に行うものとする。
- 判定と給付額  
① 医療側に責任なし=1000万円給付  
② 医療側に責任あり=給付なし  
③ 医療側の責任不明=1000万円給付

福岡県医師会

こういうことも分かりました。判定については一番下のほうです。医療側に明らかに責任があるものを除き、すなわち「分からない」あるいは、「ない」ものに関しては一律に1000万円をお渡ししようということです。これから後は、いろいろな、いわゆるモラル・ハザードの話も出てきました。する人も出てくるでしょうと。そのときはどうしよう、いろいろなことを検討しました。でもこれはすべて性悪説ではなくて性善説に立って運用しよう。従ってする人に対してはキャンペーンをはりながら、そんなするいことはやめてよ、というムード作りを常にしながら、3年間ぐらいかけて成熟させようということも話し合いの中では出てきました。まとめれば、このとおりです。

### 本制度と損害賠償との関係

- 産婦側が、本制度とは別に医療側に対する損害賠償請求を行った場合  
① 裁判、示談等で医療側から何らかの金銭を受領  
...本制度からは、給付せず。

本給付受領後、医療機関からも金銭を受領した場合は

➡ 本給付金の返還は求めない

- ② 医療側から何らかの金銭を受領しなかった場合  
...後日の本制度に対する請求を認め、1000万円給付

福岡県医師会

### 日医賠償責任保険との関係

	日医賠償保険	新支援制度 (注)
医療側に責任あり	○	×
医療側の責任不明	△	○
医療側に責任なし	×	○

(注)給付は、審査会が独自に決定

福岡県医師会

医療側に明らかに責任があったと認められたものは日医賠償責任保険の適応。それ以外はすべて、この福岡県の支援制度でカバーしようという整理です。

### 制度運営の前提条件<再整理>



- 対象児の予測  
新生児1000名当たり、3名と予測
- 給付条件 *Last Coverage* 最後の給付  
前記の通り、医療側に責任が認められる事案は対象外
- 給付額 *All or Nothing*  
1000万円給付か、もしくはゼロ給付

福岡県医師会

### 支援制度会計の検討

- ① 給付に必要な資金  
 新生児1名出生当り 1000万円 × 3/1000 = 3万円  
 3万円 × 平成13年出生数(除死産)46,985 = 14.096億円
- ② 審査会・事務局費用 **ボランティア** **金利収入**  
 審査会・事務局人員は基本的に無給のボランティアとし、  
 交通費・資料コピー代・通信費等の実費のみを「事務局経費」として本制度から支弁する。  
 上記の給付は出生3年後から顕在化するため、事務局経費は極力金利収入で賄う。

福岡県医師会

ではどうするかという運用です。先ほどのように1000出産あれば3名とみております。いろいろな制度がありますので、これは最後のラスト・カバレッジをする仕組みであるということです。それからエラーが2割ぐらい認められるので1000万マイナス200万円で800万払うというアホな考え方ではなくて、オール・オア・ナッシングでやろうという考え方です。そうすると1000万という給付を考えれば、年間、これは算数です、3万円 × 4600の出産ですから、14億必要、給付に要するという、その計算です。この審査会に関わる費用はすべてボランティアでできていただきました、お払いしません。事務局費用に関しては、これだけ集まったお金の金利で運営していきましょうということにしています。

### 財源

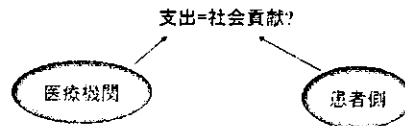
- 三者負担の原則=マッチングギフト制
- |     |               |
|-----|---------------|
| 公費  | 少子化対策として、県が助成 |
| +   |               |
| 医療側 | 出産取扱件数に応じて負担  |
| +   |               |
| 患者側 | 収入に応じて負担      |

福岡県医師会

### 税務上の取り扱い



- 医療機関側と患者側の支出を寄付金扱いとし、免税にできないか？



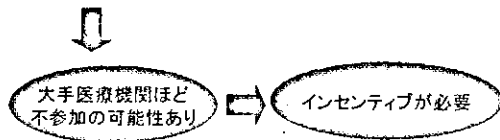
福岡県医師会

これに関してはマッチング・ギフト制ということで、関わっている者でお金を出し合って相互扶助という考え方でやっていきたいと思いますということで、患者側、それから医療側、それから福岡県にとっても、安心して産める福岡県というメリットがあるだろうということで口説こうと思っておりますが、県からも出していただくと。

### 医療機関側のインセンティブ



出産取扱件数が多い医療機関は、費用負担が大変



本制度参加マーク等

福岡県医師会

これは次の話です。医療機関側のインセンティブです。大変だと。信友がいると必ずまた金を取られるという噂があるような、ないような話なんですが、本当に医療機関が出してくれるのだろうかというインセンティブが要るなど。であれば、この本制度に参加しているマークというものを貼って、妊婦さんにはマークを貼っている病院か診療所か、そうでないかということは分かるようになればいいのではなかろうかという話もしました。

### 本制度に加入しない医療機関は？

- ここで出生した脳性麻痺児は、本制度の給付対象とはしない。
- ↓
- 本制度への参加の有無を、産婦側が医療機関を選択する際の判断資料の一つとできないか？

福岡県医師会

### 今後の検討方法

- まず、福岡県に相談
- 公聴会、パブリックコメントを求めています？



福岡県医師会

では加入しない医療機関はどうするかということで、厳格に給付対象にしないです。

### 家族側が負担しない場合の取扱いは？

- 家族が本制度に加入することが、すべてのスタート(トリガー)
- ↓
- 受給資格をそもそも認めない？



福岡県医師会

家族が負担しない場合はどうするか。出ます。これは制度が、まず家族がこの1万円を払って下さることがすべての始まりなので、個々へのキャンペーンを、あるいは実際1万円が払ってもらえるような仕組みをしないといけないということ。私もいろいろ検討しましたが、まず出産請求書の中に最初から1万円を入れておこうと。それでどうしても嫌だったら、それを1万円減額しますという方式にするかという話もしました。

今後の検討ですが、下のほうはもう省いて、福岡県の医師会長の関原さんが、福岡県の麻生知事に相談に行くという手順になっております。以上です。

**中野** ありがとうございました。少し取り戻しましたか。ご質問ございませんか。どうぞ。

**石渡** 石渡産婦人科の石渡です。福岡方式【安心して子どもが産めるセーフネット作り】は、日本でのNo-fault Compensationの先駆けだと思えます。2点の質問があります。1つは1000万という金額を設定された条件、どうしてそうなったかということ。それからもう1つは今日のテーマにもありますように、若手人材確保への道を拓くということにつながるかどうかということです。この制度は、要するに審査会ができて、そこで医師に過失があるかどうかを判断すると、過失が明らか場合には医師賠償責任保険で対応すると。それは結局、保険で賠償額をカバーできない時は、裁判を起こすということをプッシュしてしまう、そういう印象にも受け取れるのですが、その点はいかがでしょう。

**信友** 前者に関しては、100万円では何もならないと。でも1億といたら、それはいいだろうけど、誰が払えるのだろうということで、間をとって1000万円になったという、非常に福岡らしい……。

**石渡** 訴訟を起こした場合には、医療側が敗訴しますとその補償額は今2億ですよ、大体常識的には。あまりにも1000万円というのは差が

激しすぎるのではないかという印象を受けました。それから確かにそれだけ財源を集めるのは大変だと思うのですが、財源不足を含む総合的な判断から1000万円というところに着地したのかなと思いますけれども。

**信友** 払えるということはずいぶん論議しましたね。これは強制ではないわけです。しかし100万円払ってもらってどれだけ、先ほどのように100万円の給付ニュージーランドがそうです、ほとんどありがたいという気持ちも出てこないし、ニュージーランドにおいてよかったという気持ちもわいてこないわけですよ。だからって1億円を渡せるだけの皆の気持ちとポケットがあるかどうかということ……。

**石渡** 2点目に付いてはどうでしょうか。その審査会が医師の過失を、ある意味では認定するわけですよね。認定するということは、訴訟を起こした時に裁判所の印象としては、そういう中立な調査機関と言いますか、認定機関があるので、そこでもう過失を認めたのだから、当然有責とするのが妥当との判断にはならないかという心証を裁判官に与えませんか。

**信友** 話題にはしましたけど、心証を与えたいけないのですか。その審査会がどれだけの影響力があるかが想定できませんので……。

**石渡** 要するに、若手人材を確保する意味で、訴訟を減らすことについての、本当にそれがプラスになっているかどうかということは、もう少し検証する必要があるのではないのでしょうか。まだ実際に始まっているわけではないですけども。

**信友** この仕組みが若手人材確保への道を拓く1つのヒント、きっかけになるのではなからうかということでは、私はここにおりません。これを実現するための構想を主目的に作ったわけではないということです。不十分な検討だとは思いますが、恐らくも。

**石渡** はい、分かりました。どうもありがとうございます。

**中野** 和田先生、今の何かサポートできませんか。討論いたしましたね、今のお話も。

**和田** はい。これはむしろ貝阿彌先生にお話いただいたほうがいいのかも知れませんが、恐らくも

し審査のところで過失があるという認定をしたとしても、それが訴訟の場で直接、直ちに過失があるという判断に直接そのまま結びつくことはあり得ないわけで、訴訟でもう一度それは改めて仕切り直しということになると思います。事情の1つとして考慮されることはあるかも知れませんが、訴訟ではまた新たにということですよ。

**石渡** 少なくとも患者側には、そういうプッシュになるような……。

**和田** その可能性はあります。ここで事実上、過失があるという形で判断できるような場合には、それは訴訟へ行っても当然そうなるだろう、患者さん側が勝つだろうと。アメリカでも訴訟の前にパネル・スクリーニングというのがありまして、そこで過失があるという判断が出ましたら、むしろ訴訟へ行くのではなくて、もう結果は明らかですから裁判外で交渉し合意が成立すると。そうするとトランザクション・コストも訴訟のコストは削減できます。したがってこの制度での第一次的な判断を受けて、訴訟へというより、裁判外での示談交渉合意を促進する方向での機能も考えるのではないかと思います。

**中野** はい、ありがとうございます。

**石渡** それは確かにあると思います。日本医師会（日医）が医師に過失があると判断した場合、日医の認定額がどのくらいであるか、日医の認定額と患者側の賠償要求額がほぼ同額であれば解決するでしょう。しかし、多くの場合、日医の提示額は低額です。患者側が納得できなければ裁判へと突入するでしょう。しかも、福岡方式では既に医療側に有責との判断を下しているわけですから、訴訟へとプッシュしてしまうのではないのでしょうか。

**和田** それはそうなるかと思えます。

**中野** 久保先生が立ち上がりましたが、先生、もし、hopefully、時間が残ったら、後で立ってください。貝阿彌先生も、少しコメントお願いしたいところなのですが、時間が押してしまったので、先生、降りてください。ありがとうございました。やたら今日は福岡のアピールが大変……。

最後の演者として山下先生、「司法の立場から」、駿河台大学の客員教授も兼ねていらっやいます。よろしくお願いたします。



## 司法の立場から

弁護士・駿河台大学客員教授 山下 薫

**山下** ただ今ご紹介に預かりました山下です。私には、「司法の立場から」というタイトルが付いていますが、10年前までは裁判所におりましたものの、今は1人の弁護士に過ぎませんので、私の話はそう言う立場からということでお聞きいただきたいと思います。

今日のシンポジウムのために事務局のほうからレジュメを出せという要請がありました時には、テーマは「無過失賠償」ということになっていました。ところが10日ほど前に来ましたパンフレットを見ましたら「無過失補償」になっているので、これには、私の頭は混乱してしまいまして、当初提出したレジュメは、なにか中途半端な感じになってしまいました。そこでそれを補う趣旨で今から少しコメントをさせていただきます。

まず法的な概念としての無過失賠償ということと無過失補償とは、われわれ法律家にとりましては若干ニュアンスを異にして使っているわけです。賠償と言いますと、それは損害賠償における賠償を念頭に置いております。補償となりますと、それは損失補償という制度のことを考えております。損失補償は、たとえば国または自治体が土地収用法に基づいて特定の土地を半ば強制的に道路敷地等に利用する代わりに、その土地所有者に時価相当額の金銭を給付して補償をするという制度です。この補償がなされるにあたりましては、国または自治体の側に故意過失等の有無は全く要件とされていないのです。このほかに重要な制度として、皆様ご存知の労働者災害補償保険制度があります。企業の従業員が業務遂行中に死亡し、または障害を負った場合に、右災害と業務との間に相当因果関係があるという要件が認定されますと、

当該従業員またはその遺族に対して所定の保険給付、つまり補償金の支払いがなされるわけです。この場合、右の2つの要件が必要なだけでして、雇用主側の災害発生についての故意または過失は全く問題にされていません。この保険制度では政府が保険者となっておりますので、先ほどの要件さえ満たせば給付は確実に行われますし、また社会保険のための保険料は雇用主が負担しておりますので、労働者は一切負担しませんので、その保護は一応充実していると言えましょう。ただ右の2つの要件は災害を受けた労働者側からの補償請求の申し立てによりまして、所轄の労働基準監督所長によって、その判定を受ける手続きになっております。そしてその判定は公務員であります所長の行政処分でありますから、これに対する労働者側の不服申し立ては行政事件訴訟法所定の手続きによって裁判所が判定する仕組みになっているのです。

他方、損害賠償は不法行為あるいは契約不履行による民事責任の履行を追及する制度です。従ってそこには無過失による責任の負担は原則としてありえないのです。ただし例外の定めはあります。たとえば民法717条所定の、いわゆる土地の工作物等の占有者および所有者の責任。たとえば土塀が倒れて通行人が怪我をした場合に、その土塀の所有者が右通行に対し損害を賠償する責任を負います。あるいは国家賠償法第2条所定の道路河川その他、公の営造物に瑕疵があった場合に、これによって損害を受けた方々に対し国または自治体はその賠償責任を負うことが、それに当たります。最近では大企業の営業活動から生じた損害について、いわゆる危険責任、報償責任等の法理

論から無過失賠償責任を肯定する判例が、幾多の公害訴訟事件等から確立してまいったことはご承知のことと存じます。さらに特別立法としまして原子力損害の賠償に関する法律、大気汚染防止法、水質汚濁防止法等による無過失賠償責任の定めがあります。以上の次第で、損害賠償制度においては何人も故意、過失なくして生じた損害については、法律による特別の定めがない限り、原則としてこれを賠償する義務はないということになっております。

ところで、このシンポジウムでは無過失補償が問題として取り上げられておりますが、私にはこの問題のどこに重点が置かれているのか、少し分からないところがあったのですが、先ほどの先生方のお話をお聞きしまして、医療事故の被害を受けた人に対する迅速な救済の実現のためにどうしたらいいか、むしろ法律というような観点よりも、もっぱら医学、医療の見地からこれに当たるべきではないかという見解に基づくようにうかがわれました。これには医療の専門家と法律の専門家との間に、医師の任務に関して基本的な考え方の違いがあると言われている背景があるように思います。すなわち法律家は当該医療事故に関して、とかく回顧的、レトスペクティブにしか事柄を見ようとしません。つまり医師のなした個々、具体的な、いかなる処置をも特別に考察の対象としまして、これを医学ないし臨床ケースのルールに従ってなされたかどうかという観点から問題にして、これを究明に検討するという手法を用いていると批評されています。他方、医師の医療事故に対する見方は、当該患者に対する診療を全体として、言い換えれば、将来を見越したプロスペクティブな考察方法を取ると。従いまして、この診療全体を包摂する医師の専門的見地からする裁量行為が重要なファクターとして考慮されまして、その裁量に逸脱があった場合に、そこに初めて医師は責任を負う根拠があるんだという見解のようであります。およそ医療事故が発生した場合に、とにかく事故原因が解明されればそれで満足という人たちにとりましては、中立的な医療専門家群による事故原因の迅速な究明はかなり説得的で実により

がたい解決方法であります。こうした人たちにとりましては、こういう制度なり解決方法があれば大歓迎されるでしょう。

しかしながら医療事故に遭遇した患者の側には、またこれと違ったアプローチを考えている人たちもおります。要するに結果がどうなったとしても、とにかく医療事故の原因を明らかにするだけでなく、当該医療に従事した医師ないし医療関係者の法的責任を解明したいという執念に燃えている人たちのことです。このような人たちに無過失補償の理念を説いても無益ではないかと思われまます。つまり医療事故という社会現象が発生した場合、当事者は、特に患者側におきまして、それを事故と考えるのか、それとも事件と評価するのかという違いによりまして、そもそも出発点が違ってまいります。そのような考え方に対して、どのように対応するかにつきましては各人各様、全く千差万別でありまして一様ではありません。このことは無過失賠償制度が完備していると言っても過言ではない、いわゆる自動車損害賠償保険制度について考えてみますとよく分かるのではないかと思います。自動車事故の当事者は、お互い事故発生の直前まで全く見ず知らずの他人に過ぎなかったわけですから、それが事故を契機として突如として民法第709条所定の不法行為の成立、不成立をめぐるシャープな法律関係に巻き込まれてしまうのです。しかし皆さん方もご承知のとおり、どちらが加害者か被害者かはともかく、この紛争は各当事者が加入しております保険会社が本人に代行して損害を算定し、当事者双方に示談内容を提示することにより、これに同意した当事者は煩雑な示談交渉事から一切免れることができるのです。この解決方法は民事責任の有無をとことん追及することなく、大筋において当事者が納得すること、けりをつけております。これが可能となる理由は、およそ交通事故の大半が定型化ないし類型化されていることに基づいていることが明らかです。交通事故は片一方だけが全面的に悪く、相手側になんら落ち度がないというケースはむしろ稀でして、たいていは双方に過失があるわけです。従いまして、この種のトラブルにおきましては、その争点

は、その過失割合をどういうふうに判定するのかという1点に懸かっているとんでも言い過ぎではないでしょう。しかし医療事故の場合は、そのようにはまいりません。医師と患者の間には信頼関係に基づいて医療行為がなされているわけです。もちろん緊急医療がなされた場合には信頼関係は医療がなされた直後から築かれることになりましょうが、いずれにしても両者の間には遅かれ早かれ信頼関係が基本的に確立され、その後も引き続き確立された信頼関係のもとに医療行為が遂行されるというのが本来の姿でありましょう。私は自分が過ごしてきました裁判官生活を振り返ってみて、つくづく思うのでありますが、医療事故に関わる紛争のすべてを裁判所が取り込んで、これを審理、判決するという今のやり方は、医師にとっても患者側にとっても決して得策ではないのではないかと考えております。また裁判所にとりましても、ひどい加重負担になっているわけです。そこで私は日頃考えているわけですが、医師と法律家は相協力して、この問題に当たる必要があるのではないかと。その方法は患者が裁判所に行き医師を訴える前に、その訴訟が果たして裁判するのに値するのかどうかという点を判定する簡易な手続き、そういう機関を半ば公的に設営することが必要ではないかと。先ほどスウェーデン、ニュージーランドの場合が紹介されておりましたが、正にああいう制度がわが国でも早く取り入れられるべきではないかと思っております。私の狭い見聞ではドイツ、アメリカにおいて既に実践されつつあると聞いています。たとえば25年ほど前からドイツでは調停機関としましてシュトリヒトウングスシュテレー、あるいは鑑定機関といわれるグートアータシュテレーというような一種の仲裁機関が設けられております。これは各州の医師会と保険会社の協力によりまして、そういう機関が設定されています。構成員は医師と法律家から成っていると言われます。一方アメリカでは40年前から各州の医師会と保険会社との協力によって、先ほど少し紹介されておりましたが、スクリーニング・パネルの制度が設けられていると

言います。その構成メンバーは、やはり州によっていろいろ違うようですが、中心はやはり医師と法律家で構成されているそうです。

私がこのような制度に親近感を覚える最も基本的な理由は、私が裁判所で仕事をしていた当時、当事者双方の主張、言い分は専門的な医療の世界での領域にあるために、まるでジャングルに入り込んで宝物を探し回っているような錯覚に陥ったことが稀ではなかったからです。医学の門外漢たる裁判官としては当該医療事故の核心部分が一体どこにあるのかということがなかなか分からないのです。いったんそれが分かれば、あとの判断は比較的スムーズにまいりますが、そこに行くまでが大変苦勞なわけです。それはたとえ優秀な鑑定人が法廷に現れたとしましても、なかなか簡単には解消しきれないのではないかと思います。もっとも裁判事件のなかには、医療のほかにも、かなりの専門分野にわたる難事件、例えば、租税、工業所有権等に関わる事件が少なくありません。こうした問題を解決する手法として裁判所法57条は「裁判官調査官」制度を設けています。私も在職中、国税庁から裁判所調査官として出向して来られた方々と税法関係についていろいろ教えていただき、裁判の参考としたことがあります。私は医療関係事件にも、こうした制度があれば有難いなと考えたことがあるのです。私としましては個人的な夢でしたが、審理の始まる前に裁判官室で医療専門家とこの種の事件についてざっくばらんに意見交換する機会があればいいな、といつも思っていた次第です。以上です。

**中野** ありがとうございます。「ジャングルの中の宝物探し」というのは、ものすごく胸を打ちましたが、いかがですか、ただ今の山下先生へのご質問でございますか。もしよろしければ、残りあと12、3分、いや7分間ですか、総合討論ということで、先ほどは6分でしたので1分だけ長いです。こちらのほうに講師の先生方お集まりいただいて、その間に久保先生、どうぞ。



## 総合討論 B

**久保** 信友先生と岡井先生に質問させていただきます。まず信友先生から。CPとMRの診断が3歳ぐらいまでつかない。まあ僕らの考えでは当たり前で、大体半年ぐらいから疑い出してから、実際2年、3年で分かってくる、診断がつくわけです。ただ今回の患者さんの救済ということを考えると、たぶん家族が一番困るのは、その半年ぐらいから診断がつくまでの時間は、やはり一番救済を必要とする期間ではないかと思うにもかかわらず、その3年まで待って、その後というのは、かなり時期のズレがあるのではないかと。それをどうにかすることはできないのかというのがまず1点と。もう1つは患者のモラル・ハザードの問題ですが、たとえば今われわれの産科で問題になっているのは12週以降で中絶した人が医療給付金で分娩給付金が支払われると、わざと12週まで待って中絶をする方がいらっやって30万ぐらいとるという話があるわけですが、福岡県というのは、僕の認識が間違っていなければ、たぶん生活保護の給付金が都道府県の中で一番高い県だとお聞きしているのですが、そういうところでもバイアスの計算をされたのかどうかという、この2点についてお訊きします。

**信友** 後者からですけれども、そういうことは考慮していません。善意の仕組みで悪用、流用するのは、できるだけキャンペーンで妨げていこうということだけです。前者に関しては1000万をどう使われるかという期間を想定しての額ではありませんので、ただ1000万という現金を渡すよりはクーポン券を渡して、本当に子どもさんに使ってもらえるように限定しようかというみみっちい話はしましたが、どう使われようが限定しな

いという考え方でのご設定です。

**久保** 時期をもっと早くあげることが可能なのでしょうか。実は今お話していたのは、3歳のときに診断がついた、その後になるか、もっと後に実際なるのです。赤ちゃんを見ているお母さん、お父さんにとってみたら。

**信友** いえ、3歳まで設けて、申し立てをしてもらうということで、早ければ早い人も出てくるのではないのでしょうか。

**久保** たぶん小児科の先生もCPは大体診断が早くて1歳半とか2歳ぐらい、MRだったら2、3歳、もっと遅れますでしょう。まあいいです。そういうところを、もっと早くできないかということですが、とりあえず今の話ですたら、もっと遅い時期を考えているという認識でよろしいですね。

**信友** われわれとすれば20歳までチャンスを入れて申し立てをしたらどうかという話もありましたけれども、一番困っているときに現金が要るだろうということでの判断です。

**久保** 分かりました。

それから岡井先生のほうですが、スウェーデンの話でよろしいのですが、一番心配なのは医療者のモラル・ハザードの問題で、そういうことがあるんだったら逆にリピーターが増えるんじゃないかと。実際、現実的にはスウェーデンの場合にはリピーターが増えたのかどうか。もしかしら場合によっては医師の資格を剥奪するような症例が出てきたのかどうかとか、その2点について。

**岡井** 先生、全部しゃべりましたけど。聞いてもらってない。

**久保** そうですか。すみませんでした。実際増え

たのですね。

**岡井** スウェーデンの場合は、医師の過誤に対しては MRB というものをかなり厳しくやっています。日本に換算すると年間 6000 人ぐらいの人がイエローカードをもらい、10 人ぐらいの人がレッドカードをもらうというような状況になっています。その結果、提訴されて処罰を受ける人は 3 分の 2 に減っています。提訴の数も減ったというデータですが、実際には処罰は、その委員会で、あるいは恣意的に少し基準が変わったりすることもありますので、あのデータだけでは不十分ではという批判もあります。

**久保** その人がもう 1 回繰り返すことはないわけですか。

**岡井** リピーターの数ですか。それは調べていません。リピーターという見方ではしていません。事故が減ったかどうかを調べたのです。まあ、それも難しいのですが、あの数字が報告されていました。

**久保** リピーターのデータはなかったということなのですね。

**岡井** なかったというか、調べればあるかも知れませんが、僕らの調べた範囲では出てきませんでした。

**中野** 先生、どうぞ。

**中林** 愛育病院の中林です。私もよくこういったことに意見を求められることがあるのですが、山下先生のお話に大変賛同いたします。と言うのは、原告か被告か、両方の方から、これこれこういう症例をどう考えるかということを知りたいのですが、裁判での争点が全く意味がないようなものと、かなり核心的なものがあります。裁判の早い時期であれば医学的な争点のアドバイスができることがあるのですが、裁判が数年にわたってきってから、鑑定をしても結局両者から不平が出るわけです。そしてわれわれが鑑定人尋問で大変難しい立場に立たされるわけです。これが先ほど福岡でやられたように、有識者何名かが集まって、その事例に対して第三者的評価が早い時期に出されていれば、山下先生のおっしゃったような方向になるのではないかという感じがしました。では実際今、日本

または東京都で、そういったシステムが動いているのでしょうか。

**中野** 山下先生、まず先生が最後に言われたことに対するサポートなので、先生から「そうだ」と言ってもらって、信友さんからは「福岡システムをそう育てたい」と言ってもらって、そして木下先生。いいですね、その順番をお願いします。

**山下** 私の申し上げた夢みたいな話が、どうして日本にできないのか、これを私はかねがね不思議に思っています。医師会側からもそういうことをやるのではないかと、という声が全然出てきてないということが一番不思議に私は思っておりまして、何か良いお考えがないのですかということ、こちらからむしろお訊ねしたいと思っています。

**信友** 福岡県では福岡地裁と県内 4 大学医学部の教授陣と弁護士会と医師会の協議からスタートしています。今のようなムードで話が進んでいまして、近々、専門員と言う制度で、何を論点にするかということで、専門員が関わるということで、迅速に、かつ的確な補償方式ができるような形で大学病院が寄与するというでスタートすると聞いております。来週の 20 日にその打ち合わせが始まります。

**中野** 信友先生、先生が今日話されたパネルもそれに似たような性格として育てていきたいと先生お考えですよ。

**信友** そういことです。

**中野** では木下先生。

**木下** 今、山下先生がお話になったような、あらかじめ訴訟になる前に専門医の先生方と相談というシステムがあるかどうかは知りません。専門委員会ができて、鑑定人とは別個に、専門家の方たちにより争点が整理されて問題の解決を早くしようという方向で動いていると思います。

**中野** いかがですか、ほかに。どうぞ。中島先生と、そして最後の質問者になっていただきましょうね。

**中島** 山下先生に 1 つ質問させてください。先生のお話の中でニュージーランドやスウェーデンのようなノー・フォルト・システムも、アメリカ医師会が行っているスクリーニング・パネルもよろしくろう、ドイツ医師会を中心とする仲裁も非

常に良い、さらに、日本にも医師と裁判官がざくばらんに話せるようなシステムがあればよいのにとおっしゃられました。それはノー・フォルトのような新しい制度を導入しなくても、今の我が国の不法行為とか債務不履行でやっている紛争解決制度の中に、鑑定のプロセスを早くして、医療過誤訴訟の集中部のようなものを設置して、医師と裁判官が容易に意見を交換する場などがあれば、より早く訴訟を解決することはできるんですよ、というご主旨のご発表だったんでしょうか。

**山下** 私が最後に、私の夢として語ったことは、これは将来一体何年経ったら実現するのか分かりませんが、それはそれとして、現在司法改革の一環として裁判員制度というのが検討されています。だから医療に関しても裁判員制度はいいのですが、これはやはりかなり専門にわたることですから、いっそのこと私はお医者さんに裁判官に入ってもらって一緒に裁判をやったらどうかと考えているくらいなのですが、それはしかし、いろいろな事情からそう簡単にはいかんと思います。ですから、そこに行く前の前段階として先ほど申し上げた仲裁機関のような、そういうシステムはいかがかと、こういう主旨で申しているわけです。

**中野** どうもありがとうございました。班長の鴨下先生から55分まで時間をちょうだいしましたが、あと1分少々あります。最後の質問者。所属とお名前をおっしゃっていただいて、次のクロージングに移りたいと思います。

**石井** すみません。千葉大学の公衆衛生におります石井と申します。もともと小児科医で、というか今ももちろん小児科医をやっているのですが、重症心身障害児施設の医師をさせていただいた経験もありますし、現在は千葉大学の遺伝カウンセリングシステムを構築するという仕事をさせていただいております。そういう立場から2点指摘させていただきたいのですが、まず一つめは「救済する」と言ったときに、やはり金銭的な問題以上に「こころを救済する」ということが視点として非常に大切であろうと思うのです。本日のお話にもありましたように、「悪い医者を懲らしめたい」ということについては、それはそれできちん

としたシステムを構築することが必要ですが、それ以上に、何が原因かはともかく子どもに障害があることを「ううっ」と思いながらずっと見つめて生きていかなければならない・・・、そんな親たちをなくさなければいけないことを考えると、何が悪かったかということから離れてそこにいる子どもをあるがままに素直に受け入れることができるような形での「御両親のこころの救済」を重要視しなければいけないのではないかと思うのです。それともう一つは、いろいろな障害があることに対する社会保障というものと合わせて物事を考えていかなければいけないということです。もしそうしておかなければ、例えばですが、我々がいろいろな形で何か先天的な病気などがあると診断したお子さんと、まだきちんとした診断ができない何かわからないがうやむやのままに障害のあるお子さんなどの間に「線引き」ができてしまう。つまり、あるお子さんは無過失か何かわからないがとにかく補償できるお子さん、それで制度がしっかりしていないと、そういう病名のついたお子さんは補償できないお子さんという形になってしまい、非常に問題が出てくるのではないかと思うのです。ですからそういう意味では、スウェーデンのような先進的な社会保障システムを採用している国と無過失補償システムを良くも悪くも採用している国がほぼ一致しているということ、非常に興味深く聞かせていただきました。

**中野** まとめていただいたようで、大変ありがとうございます。エモーショナル・サポート、メンタルの面の話と、それからシステムティックな社会の中での位置づけの2つを、今日の皆さんのお話の中として、大変感謝します。ということで、ちょうど約束の時間が来ましたので、演者の方々に、もう一度拍手を差し上げて。ありがとうございます。

それでスポンサーの谷口課長に一言コメントをいただいて、それから班長の鴨下先生にクロージング・リマークスをお願いすると、こういう手順でいきたいと思いますが、突然で申し訳ありませんが、よろしいですか。

**谷口** 厚生労働省の母子保健課長の谷口と申しま

す。今日は1オーディエンスのつもりでまいりまして、ずっと聞かせていただいておりますが、問題の根は確かに深く、かつセンシティブな話でありますので、今後どうしていくか、私も大変頭が痛い問題の1つとして話を聞かせていただきました。スポンサーという言葉が出ましたけれども、私どもが鴨下先生にお願いした厚生科学研究というのが、とにかく小児科、産科、若手の先生方を、これからどうして確保して、また養成していくかというところからスタートしたものですから、この問題というのは大変大きな問題ではありながらも突き詰めて考えると、やはり患者さんがいかに満足をする医療が提供できるか、そういう提供体制をとにかく作り上げていくということに、結局帰着するのではないかと感じて聞いたわけで

す。その1つが訴訟の起こらないような医療提供体制、そういったものではなかろうかと思っております。その中でさまざまご提言をいただいたと思っております。確かに無過失補償も1つの安心材料ですし、そういう点で医者と患者さんの人間関係といったものを構築できるのであれば、これはこれで1つの答えかなと私は考えています。ただ、これだけでは解決しないだろうということで、またいろいろ先生方のご指示、ご見解をうかがいながら、行政としても考えられるべきところは考えてまいりたいと、勉強させていただきました次第です。本日はどうもありがとうございました。

**中野** それでは鴨下先生、閉会のご挨拶をお願いいたします。