

が、いろいろな費用がかかります。社会的コストですね。それが結局は医療費として跳ね返るということですから、無駄なことにお金を使っているということになります。

最も私が言いたいのは、今の制度でやっても、医療事故減少とか医療の向上の方向に働く力が弱いということです。まず真相解明が不十分です。私は実は、こういう訴訟の鑑定人を二けたぐらいやっています。それで裁判のやりとりなども読んだりするのですが、本当に重要なところの議論にはなっていないのです。本当に大事ではないところで、「あのときこう言った」とか「ああ言った」とか。医師のほうは、自分がまずかったところをある程度分かっています。でも、争いになって向こうから追究されるとなると、やはり自ら進んで言う人は少ないです。向こうから言われなければ、そこは黙っていようと考えます。これは人間の心理、さがですから仕方ありません。中には何でも本当にすべて正直にお話しする人もいらっしゃると思います。でもそれは恐らく一握りの人であって、普通の人は自分が追究される、自分に責任がかかってくるとなると、やはりそこは逃げたくなくて、何とかうまく言い逃れしようと思う。それはしょうがないことなのです。ですから、そういうようなことで真相が解明されないというところを改善しないといけないわけです。

もう一つは、対策につながっていないことです。本当の原因が分かったとします。ここが問題だった、この点がまずかったと。それを防止するために、次の対策につながっていくシステムが今は存在しないのです。たとえ原因が解明されても、そこで終わってしまうわけです。

そういうことですから、医師の反省につながりません。これは民事訴訟ですから、お金で賠償をするわけですから、保険に入っていれば保険金を払ってもらえるわけです。だから、人によっては精神的な苦痛はあっても、あまり負担に感じていない人もいます。例えば、学会で我々が専門職に就いている身として議論をしたときに、自分よりもよくできる人、あるいはそういうことをよく勉強している人から「君の間違いはこうだ」と指摘されたら、「ああ、そうか。じゃあこれからはそうしよう」と勉強にもなるし反省することも多いのですが、裁判で争って負けたということは、負けた医師にとっては全然反省材料にはなりません。「負けた。自分についた弁護士がまずかった」というような話になってしまうのです。ですから、最終的に医療事故の再発防止にはつながらず、同じ事故がまた起こっています。

現状の事故被害者の救済制度にはこのような問題点があるわけです。

無過失補償制度というのは、過失の有無を問わないで医療被害者に公平な補償を与えます、これが一つです。これはとても大事です。それともう一つ大事なのは、事故原因を解明して、必要に応じて関係者に適正な処罰を与える。「処罰」というと医師会の人などに嫌われてしまうのですけれども、ちょっと表現がきついかもしれません。教育的ペナルティと言ってもいいです。何らかの形であなたのやったことはこのところが問題だった、ここを正すようにしましょう、と。そういう指導でもいいです。何かやらないと、これで済んでしまうと医師は事故を起こしても「患者さんはみんな補償される、自分には全く何もかかってこない」ということになり、事故を防ごう、安全な医療を心掛けようというイン

センチブが働かないのです。

それから、最後は、事故を減少させる方向への強い力を働かせる。ここまで来ないところの制度の理念というのは達成できません。

どの国でこういう補償制度をやっているかを、インターネットで各国の厚労省のようなところに問い合わせしてみました。返事が来なかったところもありましたが。「やっている」というのはスウェーデン、ニュージーランド、フィンランド、ノルウェー、デンマーク。部分的にやっているのはイギリス、フランス、アメリカのある州。アメリカの二つの州は、脳性まひだけを対象にしてやっています。それから、「現在検討中」というのが、いろいろなところから返ってきました。

無過失補償制度の勉強をしたときにいろいろな文献を集めて読み始めると、どの文献を読んでも、スウェーデンの制度が一番いいと書いてあるのです。そこで、ほかの国の制度はあまり勉強しなかったのですが、スウェーデンだけは勉強しました。

それをご紹介します。あの国は 1962 年に国民保険の整備を開始しました。

そのときに、将来医療費は高騰し、それから紛争も増加することが予想されました。そのころスウェーデンでも、事故があったときは、被害者あるいは家族が医師を訴えるということでやっていたわけですが、実際に訴えても患者さんはなかなか勝てなかった。医療過誤であると認定するのはものすごく難しかったということです。こういうこともあって、それでも患者さんを補償してあげなければいけないと言い出したのは、弁護士の方です。弁護士の人がこういう制度がいいのではないかということを出したのです。

スウェーデンでは、実際にスタートするまでに 13 年という長い年月をかけて、徹底的に議論してつくり上げたのです。それがペイシェント・コンペンセーション・システム、患者さんを補償するシステムであります。制度の目的のところきちんと書いてあるのですが、医療事故による被害者の効率的な補償。「公平な」というのもあったほうがいいかもしれませんが、「効率的な補償」とあります。裁判で無駄なことをやってお金をかけたりしないで、とにかく補償しようということです。

その次に、もう一つ大事なことが目的の中に書いてあります。「医療事故を減少させるための社会制度の確立」。事故を減少させるためにこの制度が必要だと言っているわけです。

スウェーデンでは、補償金を支払うほうは P C I、ペイシェント・コンペンセーション・インシュアランスという保険機構でやっています。これは任意の保険ということになっているのですが、実際にはすべての医療関係者が入っています。その一方で、メディカル・レスポンシビリティ・ボード MRB というのがありまして、これが医療の規律を扱う組織です。事故があったときに医師に過失があったとすれば、それに対して何らかの規制を行う、そういうところなんです。この二つを全く独立して機能させているのです。これが大事なところなんです。

P C I、インシュアランスのほうですが、これは医療保険サービスを提供する単位の州議会が統括してお金を集めているわけですが、この保険には、潜在的加害者集団というのですけれども、医師とか看護師がみんな入っています。病院も入っています。それからそ

れにプラスして、健康保険からお金を持ってきているのです。1989年の額は国民一人1年300円ぐらいです。それでも相当な額になります。考え方としては、これは医師だけのための制度ではなく、患者さんのための制度でもあり、医療提供者と受給者のためだから両方で負担しましょうという考え方でやっています。これは古いデータなので、今はもう少し上がっていると思います。

MRBですが、医療提供者側の規律を制御するメディカル・レスポンスビリティ・ボードというのが機能しているわけです。そこには本委員が9名います。判事が一人と政治家が4人、医療提供者の代表が4人、この9人です。判事は最終的な判断を下すわけですが、政治家4人というのは国民の代表だというわけです。国民といいますか、患者さん、被害者の側の代表です。

本委員会が最終判断を下すわけですが、その下に実務的な委員会がありまして、調査・分析、処罰の提案などをやるのに、フルスタッフとして21名います。ここには法律家や医療関係者が入っています。その下に、例えば裁判が起こったときに鑑定人を選んで鑑定してもらおうというような形で専門家が入っている。更に、この専門家以外にまたいろいろなところから「この病気だったらあの先生を呼んでこよう」のようなことで呼んでくる。そのような体制で機能を果たしているのです。

そういうことで、過失があったということであれば罰則が幾つかあるのですが、懲戒、警告と、ここに書いてある免許取消というのは一時停止も含まれます。一気に全部取り消しではありません。罰則がないと、規律というのはいくらもできないということです。

実際に補償されるのはどのような損害かといいますと、ここに「必要条件」というのがあります。医療によって被った避け得た損害、とあります。「避け得た」、では「無過失」ではないじゃないかというのですが、この制度は無過失か過失かを問わないで補償する制度なのです。そのときに、これはあくまでも医療事故に対して対応するわけですから、もし最善の医療をしていればこれは避け得たかもしれない、そういうものが対象になるわけです。ですから、もともと治らない病気で亡くなったというようなものは、この制度の中には入ってこないのです。

ここにあるように、医療行為による損害が対象になります。純粹に医学的に正当化されないもの、例えば全く違う治療を施してしまった、この病気には手術をしてはいけないことになっているのに手術をしてしまった、そのためにとんでもない結果になった、これはもちろん医師のほうにも問題があるのですが、とにかく患者さんはこの制度で補償されるのです。ほかの方法が適用され得たもの、こういうものも入ります。あと、誤診による損害。例えばレントゲン写真を見て、影があるのを見落としたりした。これは誤診だと。そのために診断が遅くなって患者さんの損害が生じた。これは、経験のある専門医であれば正しく診断し得るものは補償される。そうではない場合、本当に経験のある有能な医師が見ても「これは難しい、分からない」というものは、残念ながら患者さんは補償されない。これはあくまでも「事故に対する補償」という考え方だからです。

しかし、適応はだんだん広がっていきまして、院内感染などはほとんど補償されます。本

当に医療提供者側に全然ミスや至らないところがなくとも防げない院内感染は現実にあるのですが最近はそのようなものに対しても、全部補償しましょうとなってきています。

それから、「一般的な疾患に合併した不条理な重症な障害」というのが入っていますが、これは後から加わりました。例えば麻疹というのは普通、熱を出したりするかもしれないけれども自然に治るもので、脳炎になって後遺症が残るといのはほんの一握りの人なのです。でも、そんなことになったらかわいそうではないかと、このようなものを増やしていった、適用を拡大しているそうです。最初に言った、純粹に事故という範疇だけではなく、この制度の中に幾つか似たような範疇で考えてあげて補償していいのではないかとと言われるものを入れていっている、範囲を拡大しているという傾向があります。

その他補償されないのは軽い障害などです。それからもう一つは、身体的損害の結果生じた以外の精神的障害。ややこしいのですが、精神的な障害を言い出すと切りがないらしいです。「あのためにずっと具合が悪い」と言い出すと。ですから、身体的な障害がなくて、精神的なことばかり言う人はこの制度では補償しませんとはっきり言っているわけです。

それから、医療サービス。そうしたかったのだけれども、とにかく国はお金がないからそこまでできなかったというのも補償しませんということです。

実際にどうやって補償を受けるかといいますと、最初に簡単な申請書を提出します。これには医師や看護師が協力するそうです。「あなたのこういう状況は補償を受けられるかもしれません」と。どこの病院にも申請書は置いてあります。まずそれを出すと、P C I、お金を出すほうの機構、つまり保険の機構のほうの調整官のところ、補償されるかどうかが決まります。基準にのっとって、これは補償されます、補償されません、お金は幾らです、と決めてしまうわけです。

それで決着がついたらここで終わりなのですが、患者さんあるいは被害者の家族からすると、「もらえるはずだったのにもらえなかった」というような、「額が少ないじゃないか。もっともらっていいのに」ということで、不満がある場合はアピールすることができます。そのときは弁護士はつかないで、患者さんとその担当者と口頭でやりとりするらしいです。ここで納得がいかなければ、アービトレーション、裁定というのですが、弁護士さんがついて専門家も呼ばれてもう1回ディスカッションをします。

これでもだめで、納得しない場合。もっと補償額を増やしてもらえないはずだとか、補償されるはずなのにされないという不満が残ったときは、最後に提訴する、訴訟を起こすという権利も残されています。ただし、今スウェーデンでは、アービトレーションまでで90%は決着がついて、裁判まで行くのは10%だということです。

では、その制度で本当に医療事故が減っているのか？医療事故を減少させるという目的をもってやっている制度ですからこれは一番大事なことなのですが、それに関しては、残念ながらこのスライドに示す程度のエビデンスしかないのです。この時期には委員会に提訴されて、処罰された医師が全医師100人に3人、後のこの時期は100人に2人というデータです。100人に3人といったら、ものすごく多い数です。日本で何らかの形でペナルティを受ける人とけたが違います。そういうものだということを医師もちゃんと分かっている

るのです。でもこれは、処罰といっても決して刑事責任を問われるわけではないし、専門医として自分がやっている医療行為、専門職に就くその能力ということに対してペナルティを与えられているので、受け入れやすいということだと思います。

肝心の医療事故ですけれども、3分の2に減っているということになりますが、このようなヒストリカルコントロールでは、あまりエビデンスレベルは高くありません。そのときの委員会の委員の考え方で変わってきます。「ちょっと甘くしてやろうか」となれば甘くなるわけですから、これはエビデンスレベルとしては低いと思います。今のところはまだこれくらいのエビデンスしかないですが、もっときちんとしたものを出してほしいと思っています。

医療事故の原因というのはいろいろな整理の仕方があると思いますが、スライドのように分類できると思います。不注意による単純ミス。これは、例えば患者さんを取り違えたとか、薬を間違えたとかです。私は、この背景には医師の過労とか多忙とかがあり、それを無視してこだけ責任追及をしても仕方がないところがあると思うのですが、しかし、これはこういう種類のミスということになります。

それからもう一つは不誠実とか怠慢です。当直なのに夜中に酒を飲んでいて患者さんが来たのをちゃんと見ていない、これは不誠実な診療です。悪意、故意、少ないでしょうがこういうこともないわけではない。それから、非一般的な信念というか、宗教的なこだわりがあって正しい医療ができないということもあるでしょう。

だけれども、一番多いのは医師の診療能力の問題です。それから医療体制の問題。この二つです。実際に裁判になって争われているのはこういうものであって、今はここに示したようなものは全部示談です。最初に謝ってしまいますから、訴訟にも裁判にもなりません、やっても勝てませんから。診療能力の問題で「私は水準以上の能力だ」と医師は自分でも思っているし、頑張るわけです。被害に遭った患者さんは、「いや、こんなことになったんだから何か間違いがあるに違いない」と、争っているわけです。

今言いましたように、この辺の診療能力で何か事故があると現実訴訟になり、患者さんは「医師のミスだから補償してくれ」と。医師はこの辺だったら、「自分は水準よりも上の医療をやっていて、結果が悪かったからといってこれを私のミスだと言われても困る」と頑張るわけです。でも、医師の診療能力をトータルでランクづけするとか、そのようなことはとてもできません。この医師はレントゲンを読む診断にはすごい能力がある。しかしどうも、手術をやらせるとあまりうまくないとか、その逆もあります。患者さんに対しては、本当にその患者さんのことを考えていい診療をしている、お話しも丁寧。ただしあの診断はいつも遅いとか、いろいろあるわけです。

だからそのようなランク付けはできませんが、今、ここで問題になっている事故に関した医療について、そこでどうかというと、ちゃんと専門的な目で見れば診療能力がどの程度か分かるのです。この人がやった医療は本当に最善、今これ以上にいい医療はないと言われるような医療なのか？いや、そこまではいかないが、相当高い診療レベルなのか？あるいは著しく劣る医療なのか？という判断は可能だと思います。

先ほど言った怠慢、不誠実、悪意、これはもちろん別扱い。これは場合によっては刑事責任を問われてもしょうがないと思います。しかしここから上は、医師は少なくとも患者さんのためにとっけて誠実にやっているのです。だからこの部分に関しては、私は全部この制度を適用してもいいと言っているのですが。

こちらが日本医師会の基本的な考えです。

ここに線を引くことによって、これは過失だ、ここから先は無過失だと言ってしまおうわけです。そこが問題なのです。無過失だということになると、無過失なのだから、別に反省する必要も何もないのだと。問題になっている診療は正しいことになってしまう。そうすると、反省がないから向上もありません。事故を減少させるインセンティブが働かないのです。そうではなくて、ここから上はこの制度を使って患者さんを補償しましょう、しかし医師に対しては、あなたの診療はこのレベルだったのですよ、もう少し上のレベルの診療をやっていたら事故につながらなかった可能性があります。だから、次からは上を目指してやりましょうと言わなければなりません。何らかの形のペナルティも与えないといけません。このことが私の主張です。これをあまり言うと日本医師会に嫌われるのですけれども、そうすることによって、事故防止へのインセンティブが働くのです。そうでないと、医師も人間ですから、何となく「ああ、無過失でよかった」ということで、甘くなってしまうと思います。

この制度を日本では、まず産科の脳性まひだけを対象としてスタートさせるのですけれども、そこでうまく運用して、是非すべての領域の医療事故に拡大して行ってもらいたいと思うのです。そのためにもいい例があります。バージニア州とフロリダ州、両方とも分娩に関連する神経学的後遺症、これをインペアド・インファントというわけですが、これに対して無過失補償制度を運用しているのです。ところが、二つ対比されて論文などに出ていますけれども、こちらは適用症例が少ない、こちらは多いのです。それに、こちらでは補償する額は、医療費と介護費で基準額を計算した金額しか支払わないのですが、こちらはそれに加えて慰謝料を1,000万つけているのです。

もう一つ大事なのは、さっき言ったスウェーデンのMRBのような組織です。それがこちらはあまり機能していない。だからあの先生はまた同じような事故を起こしたというようなことで、患者さん、あるいは州民の不満が強い。こちらは、医師の規律制御が機能していて満足度が高いのです。

今お話した、公平性と妥当な補償額及び医師の規律の制御、この3つが無過失補償制度運用の成否を決めると思います。これからスタートする産科医療補償制度がうまく運用され、患者と医師の双方に益をもたらすことを期待しています。

## 「無過失補償制度」の理念

昭和大学医学部産婦人科学教室  
岡井 崇

No Fault Compensation

## 医療事故対策 — 最適のシステム

1. 医療提供者の事故の報告を鼓舞し支援する
2. 医療事故の真相・原因を究明し防止対策を講じる機構を有する
3. 能力の劣る者、危険な医療を行う者、善意にかける者を規制する機構を有する
4. 医療提供者に医療過誤を減少させるためのインセンティブを与える
5. 医療事故が生じた時の迅速、公平、妥当な補償制度を有する
6. 医師・患者関係における率直性と開放性を促進し、相互の信頼関係を確保する

(Studdert, DM, et al JAMA, 2001, 改竄)

No Fault Compensation

## 医療に伴う傷害の被害者補償

### — 訴訟制度の問題点 —

- I. 被害者の公平な救済が実現できない。  
過失認定の困難性（基準がない）  
高い専門性（裁判官の理解を超える）  
鑑定人の意見の不一致
- II. 医療提供者の精神的負担が大きい  
個人への非難・責任追求  
患者、家族との対立  
⇒医師、看護師と患者との信頼関係の崩壊

No Fault Compensation

## 医療に伴う傷害の被害者補償

### — 訴訟制度の問題点 —

- III. 社会で負担する費用が増加する。  
補償額の高騰（懲罰的慰籍料）  
訴訟費用の上昇  
⇒国民医療費の増加
- IV. 医療事故減少と医療向上の方向に働く力が弱い。  
事故原因の真相解明が不十分  
〔被告は自己防衛的になる〕  
〔医療体制の問題が表面化しない〕  
事故防止対策に繋がらない（保険で支払う）  
医療提供者の反省に繋がらない（保険で支払う）  
⇒医療事故の再発，自己保身的医療の蔓延  
医療向上の遅滞

No Fault Compensation

## No Fault Compensation

### — 無過失補償制度の理念 —

1. 過失の有無を問わず、医療事故被害者に公平な補償を与える。
2. 事故原因を解明し、必要に応じて関係者に適正な処罰を与える。
3. 医療界に事故を減少させる方向への強い力を働かせる。

No Fault Compensation

## No Fault Compensation

### 諸外国の状況

社会補償制度の一環として確立	スウェーデン、ニュージーランド、フィンランド、ノルウェー、デンマーク、...
部分的に施行	イギリス、フランス、アメリカ（フロリダ州、バージニア州...）、...
現在検討中	アイルランド、スイス、カナダ、ドイツ、オーストラリア、オランダ、アメリカ（ニューヨーク州、ユタ州...）、...

No Fault Compensation

—スウェーデンの制度—  
No Fault Compensation制度  
導入の理由と経緯

---

1962年： 国民保険（医療費、労災、年金など）の整備を開始

医療費の高騰を予測  
医療紛争が増加  
医療事故の補償を得る（裁判での立証）のが困難

1975年： Patient Compensation Systemを創立

制度の目的  
①医療事故による被害患者の効率的な補償  
②医療事故を減少させるための社会制度の設立

---

*No Fault Compensation*

—スウェーデンの制度—  
Patient Compensation System

---

- ・ PCI (patient compensation insurance) が補償金を支払う
  - 形式： 任意の保険契約
  - 実際： すべての医療関係者が入っている
- ・ MRB (medical responsibility board) が医療規律を扱う

---

*No Fault Compensation*

—スウェーデンの制度—  
PCIの資金

---

- ・ 州議会（保健医療サービスを提供）  
社会保険料（医療）（1989年 1人 約20万弱/年）  
上記の内PCIに0.16%（1人約300円弱/年）
- ・ 保険業者の連合  
医療関係者の任意保険（1989年 医師1人 約1万円/年）

---

*No Fault Compensation*

—スウェーデンの制度—  
MRBの構成と機能

---

委員： 9名（判事、政治家、医療提供者代表）

委員会： 1回/週、15-25件、提案の許諾

調査委員会： 調査・分析・処罰の提案  
21名の full time staff（法律家、医療関係者）

医療アドバイザー： 50名の専門家、必要に応じ更に専門家を呼ぶ  
個々の事例の分析

罰則： ①懲戒、②警告、③免許取消し

---

*No Fault Compensation*

—スウェーデンの制度—  
補償される損害の条件と基準

---

<必要条件>  
★医療によって避け得た損害

<過失基準>

1. 治療行為による損害
  - ・ 診断に医学的に正当化されないもの
  - ・ 他の方が過剰され得たもの
2. 一般的な疾患に合併した不合理に重症の損害
3. 誤診による損害
  - ・ 経験のある専門医であれば正しく診断し得たもの
4. 事故による損害
  - ・ 転倒事故など、患者自身に責任がない事故
5. 感染による損害
  - ・ 院内感染など、医療行為による感染

<除外基準>

1. 軽い損害
2. 重篤な状態に対しリスクを伴う医療を行った場合
3. 身体的損害の結果生じた以外の精神的障害
4. 保健医療サービスの資金の限界により生じた政策の結果による損害

---

*No Fault Compensation*

—スウェーデンの制度—  
補償を受ける手続きと裁定及び不服の申請と提訴

---

- 1) Claim： 簡単な申請書を提出（医師等が協力）
- 2) Decision： PCI機構の調整官
- 3) Appeal： 補償請求が却下、又は補償額に不満の時  
patient claims panelが検討  
患者は口答で訴える  
通常弁護士は付かない
- 4) Arbitration： 弁護士が付く  
専門家と呼ばれる
- 5) Sue： 正式な提訴

---

*No Fault Compensation*



—スウェーデンの制度—

MRBの実績

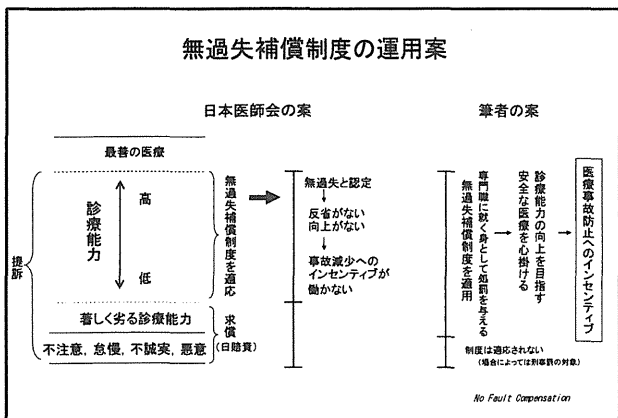
	1970年	1976年	1980年
委員会に提議された件数	390件	492件	372件
処罰された医師	3人/100人		2人/100人

No Fault Compensation

医療事故の原因

1. 不注意による単純ミス (過労, 多忙)
2. 不誠実, 怠慢
3. 悪意, 故意
4. 非一般的信念 (宗教, 信条)
5. 診療能力の問題
6. 医療体制の問題

No Fault Compensation



No Fault Compensation  
バージニア州とフロリダ州の比較

	バージニア州	フロリダ州
補償の対象	分娩に関連する神経学的後遺症 "impaired infant" の定義が狭い 適応症例が少ない	分娩に関連する神経学的後遺症 "impaired infant" の定義が広い 適応症例が多い
補償額	基準額	基準額 + 慰謝料 (約1,000万円)
医師の規範を管理する機構	機能していない	機能している (DMQA)
被害者の満足度	不満が強い	満足度が高い

No Fault Compensation

<結論>

1. 我が国でも "No Fault Compensation" の導入を早急に、真剣に検討する必要がある
2. "No Fault Compensation" 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議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

No Fault Compensation

医療被害防止・救済センター構想

加藤 良夫

栄法律事務所 弁護士

医療被害防止救済センター構想についてお話をさせていただきます。

まず「医療被害者の五つの願い」を簡単にご紹介します。被害を受けた人は、亡くなった人を戻してほしいとか、元の体に戻してほしいという現状回復の願いが圧倒的に強いわけです。次に、うやむやにされたくない、真実を明らかにしたいということで、真相究明です。三つ目は反省・謝罪を求めます。真相を調べていく中で、反省点があれば率直に反省してもらいたいし、謝罪すべき点があれば謝罪してもらいたいということです。タイミング良くそうした反省、謝罪の言葉がなかなか聞けないということで、また苦しんでいるという状況もございます。四つ目が再発防止であり、二度と同じようなことが起きないようにという願いであります。これは大変強い願いであります。ある意味では、亡くなってしまったことの意味を自分なりに納得しようとするときに、ある加害者がまた同じようなことをしているということになると、その被害を受けた人は、私の大切な人の死は何だったのかと感ずるからであります。それから5番目が損害賠償です。一家の働き手が亡くなったり重い障害で子供の介護にずっとかかわるといったことになったりして、実際に生活の面で大変な状況に置かれている人たちもいらっしゃいます。裁判ではこの損害賠償が前面に立ってしまうわけですが、被害者の思い、特に医療事故の被害を受けた人の共通する願いはこの五つであるということです。

こういう話をしますと、フロアにいらっしゃる医療者の人たちもきっと、「私たちもこの五つの願いというのは同じなんだよ」と感じられるかと思います。実は、これは被害者だけでなく、加害をしてしまった医療職の皆さんもこうした願いを持っていると私は感じております。

事故を起こしたらどうするかというのは、まず患者さんの被害拡大を防ぐと同時に、真実の経過を報告して反省点があれば率直に謝る。その真相は直接の原因だけではなく、要因とか背景的な事情、そういうことも全部含めてなのですが、そういうものを究明して再発防止策を立案し実践する。こういう中には、厚生労働省の施策とか制度的に手直しをしなければいけないことなど、ある程度、人員配置の問題や教育の問題やさまざまな要素が入ってくると思います。再発防止策というものを一つの具体的な事件事例からしっかりと引き出して提言をしていくということ、そしてプランを立てて実践をしていくということが大事だと思います。

そして、被害者に向き合って支援し、賠償問題についても尽力をする。これまで、医療事故の再発防止策等については医療側も取り組んでいますが、被害者の賠償問題とか補償

の問題ということについて、それは裁判所や保険会社に任せるということで、分離してある意味では引き離してしまっていたのではないかと思います。

被害者の目で見ますと、損害賠償の裁判、特に医療裁判をするときにポイントになってくるのが、過失があったかなかったか、そしてその過失と損害との間に因果関係があるかどうか。こういったことが大変重要な論点になります。

法律の世界では、過失の有無は一つの規範的な評価でありまして、医療水準というものを一つの概念として持っています。それを下回るもの、診療行為の中でなすべきことをし、あるいは、してはいけないことをしてしまったということが過失なのですが、そのなすべきことをする、あるいは、してはいけないことをしてしまったという基準になるところを医療水準という概念で線引きをしています。

「患者被害者側が主張・立証責任を負担」と書いてございますのは、この過失にせよ、因果関係にせよ、実質的な証拠によって証明をしていく責任が患者側にあるというのが民事訴訟の大原則になっています。それに対して専門性の壁、密室性の壁、封建制の壁が立ちのびていて、なかなか主張したり立証したりすることが困難となっています。これを三つの壁といいます。例えば、医療事故の被害に遭った人の側で陰ながらにせよアドバイスをいただける方、それから法定に証拠として意見書を出していただける方、このようなことについて壁を感じているのが封建制の壁の一つでありますし、鑑定人の引き受け手がなかなか見つからないということも、その封建制の壁の今日的な表れ方ではないかと考えています。

専門性の壁については、医学の勉強をしたりして、私たち法律家も専門家の意見を聞きに足を運んだりしながらアドバイスを受けて、この壁を克服しようとしています。密室性の壁については、手術の際の状況についてはオペ記録とかさまざまなデータが残っていれば、そういうものから追いかけていくしかないのですが、なかなかこのところは難しいわけです。

裁判の問題点として、なるべく早期に判決にまでいくべきであるということで、目安としては2年と一応定められているわけですがけれども、なかなかそうはいかない。一昔前までは、最高裁までいきますと一つの問題の解決のために20年近くかかりました。その間、重い障害の子供さんを抱えて介護に明け暮れながら裁判をしなければいけないというような実情を私は見てきて、この在り方というのは何とか変えなければいけないと考えたわけです。その間の裁判の費用などの負担もそれなりに生活を苦しくするという面があるかと思えます。

4番目は、民事裁判では再発防止の機能というのはそれなりに果たすことがありますが、これはあくまでも副次的なものです。何年か経ってから「こういうふうにしたほうがいい」ということが出てきても、それではちょっと遅いので、端的に真相究明と再発防止が速やかに医療現場にフィードバックされるということが必要ではないでしょうか。

5番目に書いてありますのは、真相究明、反省・謝罪という医療事故の被害者の願いと

乖離してしまうということが感じられるわけであります。裁判で決着がついても、例えば賠償問題が認められたとしても、加害をしてしまった医療側から反省・謝罪の言葉が聞けなかった。このような無念の思いを持っていらっしゃる方は少なくないのではないかと思います。

そこで、裁判外の早期紛争解決の仕組みづくりということが問題になってきます。裁判をするか諦めるかという選択肢の非常に乏しい状況下に、医療事故の被害者は長く置かれてきたわけです。明白なケースで示談ができる、これはそれなりの早期解決ができるわけですが、ある程度判断に議論が起きてくるような場面では、なかなか早期紛争解決ということにはなりにくい。医療者と患者遺族、双方にとってある意味では選択肢が広がっていく、話し合いの場とか問題解決への道のりというものが裁判以外にできていけば、それもまた選択できるということで、双方にとっていいのではないのでしょうか。

そして、裁判外の早期紛争解決のためには、無過失補償の問題なども全部出てくるわけですが、医療事故の被害者が先ほどの五つの願いを持っていると言いました。要にならなければいけないのは、お金だけが求められている世界ではなく、真相究明それから反省・謝罪、再発防止というものが非常に大事なのです。再発防止にその被害というものが何らかの役割を果たしたと思えたときに受容できるといいますか、結果を受け入れて立ち直っていくプロセスというものもあるわけです。その意味では、医療の質の向上に役立つ制度づくりということでない限りは、真の被害者の救済ということにはなっていないという点です。金銭的なものが右から左へ流れたというだけで問題の解決にはならないというのが、この医療事故の本質的なところにあるのだということをもまずご理解いただきたい。

そして、裁判外の早期紛争解決の仕組みがきちんとできる。この前提としては、医療機関ごとの院内事故調査というものが公明な形で適正に、客観的に自律的に、自主的に行われる。それが社会からも信頼され、「何も警察が関与することはないじゃないか」となっていくならば、医療事故に対する警察の関与が謙抑的となっていきます。

そういうことではなく、隠ぺい体質などの問題がそのまま前面に出ますと、やはり「警察の関与が必要なのだ、真相を明らかにするためには国家権力の関与が必要だ」という世論になっていくという図式になるかと思えます。

4番目は、こうした裁判外の早期紛争解決の仕組みというのは、本来、医療の世界できちんと簡潔的に、起きたことについてけじめをつけるということが本来のプロ集団としての責務であるということに鑑みまして、こうした仕組みづくりがきちんとできていくなれば、医療界への信頼も高まり、医師、患者関係等のこれまでの不信感というものが好転するということになるかと思えます。

10年ほど前から、医療被害防止救済センター構想というものを私は提案をしてきております。そのポイントは、医療事故の防止ということと被害者の救済ということを一体的に行うことが大事なのではないかという提案であります。医療事故の防止は防止、被害者の救済は救済と分離する考え方が従来通説的だったと思えます。しかしながら、医療事故の

被害者がきちんとした救済がなされない、本来の意味での救済がなされないままに医療事故の防止の政策が豊かに発展していくということもあり得ない。被害者が置き去りにされたまま医療安全と言われても、それはどうも空々しく響くであろうと思います。そういう意味では、被害者の救済にまずもって医療界は真剣に取り組むべきだし、その救済のプロセスでこそ医療事故の防止というものが真剣に展開されていくものなのではないかということで、一体的にもの考えていくべきではないかと思います。

そして2番目に、教訓活用であります。医療事故のケースを分析しますと、一見単純そうに見える医療事故でも原因背景に遡っていきますと、非常にナースが疲れているとか、ドクターの研修が十分でなかったのに第一線にすぐに立たされたとか、いろいろな問題が出てきます。そういう制度を変えていくということが必要になってくる。

3番目が無過失補償の制度であります。当初私は、非常に軽いものも全部補償すればいいと思っていたのですが、財源的に大変難しいということが分かりまして、今は取りあえず財源をにらみながら、できるところから始めればいいと思っています。当面は、家族の生活が大きく依拠しているような一家の働き手である方が寝たきりになってしまったとか、亡くなったとかいう時に一番深刻な事態になるわけで、そういうケースから無過失補償をしていくとか、あるいは子供さんが寝たきりの状態になって介護に大変な負担がかかるというケースから無過失補償制度を導入していけばいいだろうと考えています。徐々に財源を拡大し、実情を踏まえて補償の範囲と補償の水準とを上げていくということでもよろしかろうと思っています。

4番目は市民参加でありまして、医療事故の情報の提供、それから陪審と書いてありますのは、市民が補償するかしないかの判定に何らかの形で関与するということを考えているわけです。そして運営のところでは、理事会のメンバーに市民の声が反映する仕組みを作る。あるいは監視として市民オンブズマンで、官僚の天下り先にならないように、きちんと機能しているかどうかを監視していく。こういう市民参加の仕組みを作る。そして、メリットのシステムを用意しておいて、医療機関に過失があって、それもまた繰り返し何度も同じような事故を起こしているというような場合は、当然救済センターが被害者に補償した後、加害者に求償とあって、賠償請求をセンターが替わって「センターに払いなさい」と言っていくという考え方に立っているわけですが、求償を場合によれば免除するよというシステムをメリットシステムとして組み込んでおくということです。

メリットシステムは三つの要件が揃った時であります。日ごろより誠実に医療実践をしている人がうっかりミスをしたのか、何度も何度も繰り返し、リピーターのような人がまたやってしまったのかというのでは随分違いがあります。2番目は、事故後被害拡大防止に尽くすとともに、すぐに被害者に謝罪し、センターにも報告したような場合ですが、これは取りも直さず自分のミスというものを正直に伝え、再発防止にも生かそうとすることです。医療の質の向上に貢献しようとする営みですから、高く評価をする。3番目に、真相を究明し、再発防止のための改善策を立案し実行する。このようなことをした場

合に、求償する、損害賠償を請求していくということなのですから、求償を軽減ないし免除するというメリットシステムを考えてのことです。

これを図のような形にまとめて見ていただきます。医療事故の被害者がいて、その被害者から相談がある。それで、医療被害防止救済センターが内部で相談、ここにはカウンセラーや精神科医も含んで受け付けをする。調査判定チームとして40歳以上、65歳未満の市民の中から12名で1チームをつかって、「補償してあげよう」と考えるか、「これは補償する対象ではない」と考えるか、ドクターなどの意見を聞いた上で判定するチームを作る。これについては市民グループの中で模擬の市民判定会などをしまして、果たしてブレがどのように起きるのかということをお私に研究してきたわけです。やり方次第で相当影響はあると思いますが、一つの傾向として言えば、法学部の先生方に事例を出して補償したほうがいいのではないかと感じる感覚と、一般の市民の人たちが補償したほうがいいのではないかと感じる感覚は、そんなに大きなずれはありませんでした。

ただ、補償の範囲を広げていくときに、市民の中で判定会をやったときにやはり、自分たちの判定の結果、財政的に成り立ち得る話なのかということをお心配する意見が出てくるのです。ですから、何でも補償すればいいという話には、やはり市民の判定の場面であっても必ずしもそういうふうにはなっていないという傾向がうかがわれました。

あとは、教訓を現場に返す。医療現場、教育等に生かすチームとか、ここに「政策立案チーム」とあるのですけれども、安全な医療、医療の質向上のための政策を厚労省やさまざまなところに提言をしていく、独立行政法人としてこういうシステムができていけばいいのではないのでしょうか。

先ほどのメリットシステムは、ここの求償と書いてあるところです。事故報告が医療機関等からセンターに寄せられます。調査権限を持っていますが、基本的には医療機関できちんとした調査をすることを指導していく程度にとどめるべきであると考えてのことなのですが。そしてメリットシステムがここに入っていて、求償を免除または軽減する。そういう求償の場面を想定して保険会社がカバーする、こういう保険は残るという考え方になっています。

医療被害防止救済システムの実現を目指す会というのがございまして、ここにホームページがございしますので、また見ていただければと思います。

現在、厚生労働省で、いわゆる医療事故調というものを第三者機関として作ろうということで、検討会が開催されているわけです。もう8回ほど検討会を開催しています。その中で私が委員として一つ提案をしたのが、医療安全中央委員会というものを作ったらどうかということです。これはあくまでも補償の問題ではなく、事故調査の限りでの場面の一つの考え方を示しているものです。肝心なのは、医療機関がそれぞれ独自に院内の事故調査委員会というものを開く、外部委員もきちんと関与した形で院内事故調査委員会を開いて、自分たちでピアレビューを行い、医療の質を高めていくということをおきちんとやれる力をこの時代に育て上げないことには、さまざまなプランが頓挫するだろうと私は思っています。

いるのです。

つまり、医療機関ごとに自分たちで自主的・自発的に、客観的に公正に医療事故の内容をレビューする力などを日常的に育てていくということが何にも増して大事であると思います。その延長線上に、実は被害者に対する説明責任というのが可能になるし、補償の制度など様々なものがやっと描けるのではないかと考えてのことです。

現在、厚生労働省に医療事故の委員会、第三者機関を作ろうという意見もございしますが、例えば医師を増やすといった場合、医学部の定員の問題は文部科学省が持っていますし、救急医療や自治体病院については総務省が関与しています。そのような背景から、幾つかの省庁にまたがる問題を大臣に対して建議したり勧告したりしていくためには、内閣府に第三者機関を、独立行政委員会としてきちんと位置付けたほうがいいだろうと考えております。

## 後 信

財団法人日本医療機能評価機構 医療事故防止センター 医療事故防止事業部長

一枚目のスライドは医療機能評価機構の事業をお示ししております。医療機能評価機構は民間の財団であり、医療に関係する様々な団体などが基本財産を出捐しておられます。医療分野における中立的第三者機関という位置づけをいただいておりますので、医療に関係する問題で、中立性や第三者性を重視して問題を解決、処理していく場合に、医療機能評価機構の場で行っていく、ということが最近よく行われるようになってきていると思います。スライドの上の部分のピンク色の枠で囲まれている部分が、医療機能評価機構が創設以来実施している病院機能評価事業関係の事業でございます。これを本体事業と呼んでおります。さらに、それ以外にも最近では、緑色の枠で囲まれている部分、つまり、私が担当させていただいております、医療事故やヒヤリ・ハットの情報を収集する事業などを実施しております。医療事故情報収集等事業は、国の100%補助事業です。

それから、青色の枠で囲まれている部分は、産科医療補償制度の運営組織のための準備作業をしている事業です。今後、評価機構が運営組織になるかもしれませんが、現段階では、運営組織のための準備作業をしているということです。これは国の委託事業でございます。このように、医療機能評価機構は、病院機能評価事業を中心として、それ以外にも医療安全に関係する事業が増えつつある財団です。

このスライドは、国が政策として打ち出しております緊急医師確保対策をお示しております。その中の5番目の柱は、「医療リスクに対する支援体制の整備」です。具体的な内容の一つ目が、産科医療補償制度の整備です。もう一つは死因究明制度の創設です。このような二つの内容をこの5番目の柱として実現していきましょう、という政策が打ち出されております。このように、産科医療補償制度の創設に向けた機運が高まっている時期に是非この制度を創設したいものだと思っております。

次に、診療科別の訴訟の新規受付件数をお示しております。産婦人科はかなり多くなっています。私の診療分野の外科もかなり多いです。大学病院に勤務しておりますと、外科も内科も産科も、それ以外の診療科でも、様々な事案が起こっておりますので、日々頭を悩ませたりしておりますが、全国的な統計で見ると、産科は3番目に新規受付件数が多く、それをさらに医師の1000人当たりの件数にしますと、産婦人科が一番多くなります。そういうことで、産婦人科の先生方はおそらく訴訟リスクに悩まれることが多いのだらうと思っておりますし、また、妊婦健診はするが、分娩はしないという産婦人科医が増えております。

平成18年11月に、与党である自由民主党の政調会の検討会が、「産科医療における無過失補償制度の枠組みについて」という政策を取りまとめました。このような枠組みに即



して制度を創設するのであれば、支援を行っていただけるということであろうと思います。

この枠組みの書き出しは、「分娩時の医療事故は、過失の有無の判断が困難な場合が多く、裁判で争われる傾向があり、このような紛争が多いことが産科医不足の理由の一つ。」と書かれています。紛争が多いことが産科医不足の理由のすべてではないだろうと思いますが、そのひとつではあると思います。この枠組みでは、冒頭にそのような認識が記述されているわけです。そして、安心して産科医療を受けられる環境整備の一環として、三つのことをしましょう、という構成になっております。

一つ目が分娩に係る医療事故により障害等が生じた患者に対して救済するという、救済の機能が書いてあります。それから2番目ですけれども、紛争の早期解決を図るということが書いてあります。紛争も長引くと、10年ぐらいかかったりするものもあります。そのような長期の裁判により解決しても、早期解決には当たらないのだろうと思います。この枠組みの中では「早期解決を図る」と記述されております。それから三つ目ですけれども、「事故原因の分析を通して産科医療の質の向上を図る仕組みを創設する」ということでございます。これらはどれも難しいことではありますが、この三つのことを併せて実行しているという枠組みになっております。

スライドの右側の絵をご説明します。分娩において脳性麻痺になった場合には、過失がある場合は、左側の線の流れのとおり賠償されるのですけれども、過失が認められなかった場合には賠償はありません。また、訴訟あるいは紛争に持ち込まない、あるいは持ち込むことができない、日々の介護に精いっぱい、時間がない、という方の場合は右側の矢印の流れになり、賠償も補償もないということになります。

この枠組みの中では、今申し上げた両者の方々に対して、等しく補償しようということであり、さらにこれを実行する組織として、日本医師会と連携のもとに運営組織を設置するということになっております。

日本医師会では、このような無過失補償の創設の提言を昭和47年に、当時の武見太郎先生が会長のときに行って折られますが、実現することなく時が過ぎ、その後三十数年を経て今日のような、制度創設に向けた検討が行われる状況になってきたということであり、

運営組織の仕事ですけれども、補償の機能と事故原因・再発防止の機能という、二つの機能を備えることとなっています。それから、制度の加入者は医療機関あるいは助産所ということになっております。補償を円滑に行うために、本制度のための民間保険商品をつくり、医療機関や助産所が掛金を支払うこととなります。ただし掛金を負担した場合は、分娩費用にその掛金の全額あるいは一部でも上乗せして徴収するということは、当然起こり得ることですので、その場合には、分娩費の実勢価格が上昇することになります。そこで、保険者より給付される出産育児一時金の引き上げによる対応が検討されることになっております。

そして次に補償の対象ですけれども、「通常の妊娠分娩にもかかわらず脳性麻痺となった場合とする。」と書いてあります。そして通常の妊娠分娩の定義、あるいは障害の程度とか

対象者の発生件数は、「事務的に検討」ということになっております。そこで、日本医師会や政府与党のご要請を受け、このような準備作業を評価機構で現在検討し、進めているところですので。

自民党の枠組みでは、補償額は「〇千万円」と書かれております。枠組みを作成した段階では、補償対象者数の推計もない中で、補償額まではなかなか書きにくかったということなのだと思います。

それから国は、制度設計に要する費用の支援を検討ということで、実際に今会議を行っておりますのも国の100%委託費で負担をしているということでございます。

制度を創設するためには、民間の保険商品をつくることとなります。そこで、金融庁の認可を得ることができるような商品設計を行うために、約1年間、医学的な基礎資料をつくるという仕事をいたしました。

まずは、脳性麻痺に関する質の高い疫学データを、どの研究者がお持ちであるか、ということからして情報がありませんでした。そこで関係者にお尋ねしたり、文献検索をしたりして、最終的に、沖縄小児発達センターの當山潤先生と當山真弓先生ご夫妻、姫路市私立総合福祉通園センターの小寺澤敬子先生、東京都立東大和療育センターの鈴木文晴先生より、精度の高い悉皆調査のデータをご提供をいただきました。

その結果、在胎週数が短くなるほど脳性麻痺の発生リスクが高まり、1,000人出生あたり、100—200人といったリスクになることなどが分かりました。37週以降の満期産になりますとそれが0。幾つになり、リスクは低くなります。このような大きなリスクの違いがあるというようなことが明らかになりました。同時に、脳性麻痺になったといっても、もともと脳性麻痺になる可能性が極めて高いというような、両側の広範な脳奇形を持ったようなお子さんもいらっしゃいます。その部分は分娩に係る医療事故とはいえ、医療者が保険料を支払ってカバーすべきものではないのではないかとというようなことで、除外基準なども検討しております。

次に、重症者の割合です。およそ4割から6割ぐらいであろうということが分かりました。それから発生率が1,000人対2.3から2.4人ぐらいですから、基本的に非常に少ないです。非常に少ないので、研究者の先生は症例を集めるのが大変ですが、そのデータによるとこのぐらいの割合です。しかも最近では周産期医療が進歩していますので、小さいお子さんでも生存していくという事例が増えるにしたがって、脳性麻痺の発生率は少しずつ増えていっております。けれどもそれは決して悪いことではなく、小さく生まれたお子さんにも生存の可能性が増えてきているという医学、医療の進歩によるものでもあるということです。

次に診断の時期ですけれども、障害者となった場合の手帳をいただくためには概ね3歳ぐらいまで待って、そこで診断をしていただくわけですが、紛争の早期解決ということを考えますと、手帳をいただいてから、等級が決まってから重症者だけ補償しようというところ3歳までかかるわけですが、けれども、実際のところ何歳ぐらいまでで診断が可能かということとは分かりませんでしたので調べていただきまして、大体1歳半ぐらいまでには9

割以上が可能だということでした。早くても診断ができる症例は結構あるわけです。このようなことが分かってまいりました。

そして保険の商品をつくるわけです。民間の保険商品ということですが、公的な性格もある制度を支える民間の保険の商品でございます。財源は保険の掛金によります。掛金は分娩医療機関、助産所、そういうところが払う。運営組織を通じて払うという仕組みでございます。運営組織が保険会社と医療機関、助産所の間位置づけられ、審査などを担当します。運営組織が決定したものについて、保険会社は基本的に必ず払っていただくというような仕組みを考えております。同時に、引き受けていただく保険会社があまり損になるということでは困りますので、そうならないような掛金の設定も必要になってまいります。

基本となるのは、医療機関あるいは助産所と妊産婦さんが結ぶ補償のための約定です。この約定を記載した補償約款は、評価機構が標準的な約款として作成し、国にも公示をしていただくことにしております。約定の具体的な内容は、脳性麻痺となった場合に、このような条件の場合は補償金を支払います、というような内容となります。そして実際にそのような事例が生じた、つまり、約定を履行しなければいけない事態が生じたときに備えて保険に入ることになります。事例が発生した場合は、保険会社は医療機関に対して保険金を支払い、これが医療機関が妊産婦に払う補償金になっていくという流れです。

そして、分娩医療機関は保険の掛金を支払います。そうすると、恐らく分娩費用が上昇することが想定されます。そうなりますと妊産婦さんの負担が増えることにもなります。そこで次に出産育児一時金についてご説明します。現行の給付額は35万円です。これは医療保険者から支払われるもので、さらにお金の源をいえば、健康保健を納めておられる方、男性も女性も病気の方もそうでない方もその財源を負担していることとなります。この制度の枠組みでは、分娩費用の上昇に対しては、出産育児一時金による対応が検討されていることとなっています。そういう既存の制度を活用した支援を行っていくこととなっています。

今までお話しした補償の機能以外のもう一つの柱が、審査、原因分析、再発防止の機能でございます。実際に運用を始めてみないと分からない面もありますが、まず原則として、審査の段階で補償すると決まったものについては、速やかに補償金を支払うということになります。ですから、審査ができる時期、つまり申請していただける時期も3歳まで待たないといけないとか、そういうことではなく、できるだけ前にもっていきたいということで、概ね1歳ぐらいとか、あるいはもっと早く診断できる方は半年ぐらいかと、そういう検討をしております。そして速やかに補償金が支払われるということになります。おそらくすぐに家屋の改造が必要だったり、取りあえずのお金が必要だったりというような状況も生まれると思います。

同時に、そこから原因分析、再発防止の検討が始まります。そのために医療機関からも情報を十分提出していただくという必要があります。あらかじめ出していただく事項についてはお示しをしておくというような必要もあろうかと思っております。

そして、事例を医学的に評価していただく。同じような診療をしていらっしゃる産婦人科などの先生方に見ていただくということを考えております。その報告書は、脳性麻痺児の親、あるいは医療機関、この双方に対してお返しをする、報告をするという仕組みになっております。そしてそのような事例を一例報告のような形で報告書を作成すると同時に、統計情報としても集積しておくということです。

一つ言い忘れておりましたが、そしてその事例を集積して、再発防止に使っていくということをございます。場合によっては医療機関にあまりにひどい、医学的を超えて、医療者が考えてもこれは法律家が考えるような過失ではないかというようなものがあるかもしれません。その場合は医療機関や医師に対する求償という機能も用意されてはおります。

世界に目を移しますと無過失補償の考え方を取り入れた補償制度は制度の話はいろいろ出てまいりました。各国それぞれに特徴のある仕組みをつくっておりますので、日本にふさわしい制度をつくっていくということになるかと思えます。

我が国におきまして無過失補償の考え方を取り入れたような仕組みというものはいろいろあります。特に自動車事故などもそうでありますけれども、医療に関係するものを思い出してみますと、予防接種による健康被害とか、医薬品副作用による健康被害に対する補償制度があります。しかし、これらは薬や予防接種という注射の、薬事法に基づいて国が規制をしながら安全性を確保してつくっている「モノ」の話でございまして、今までお話ししたのは、分娩という「医療行為」についての話です。予防接種などの運営主体は国や独立行政法人ということになっております。

今お話ししてまいりました分娩による脳性麻痺というのは、国が直接法律をつくって運営をするというようなことは想定されておられません。民間の団体が運営組織となることとされています。根拠となる法律はなく、標準約款に基づく約定による補償になっております。その点が大きく違うわけですが、一方で、この仕組みがうまくいくためには、原則として全ての分娩医療機関あるいは助産所に参加していただく必要があります。法律のような規制的な力が働かない中で、一方では、多くの方に協力・参加していただいて成功させなければならないというところが、これからの課題であります。

会議の主な論点をお示しします。補償の対象者ですけれども、通常の妊娠分娩、分娩に係る医療事故の範囲ということで、そろそろまとまってまいりました。在胎週数とか体重で一応の線は引きますが、それより小さくて未熟なお子さん、未熟性のためにいろいろな障害がもともと発症するようなお子さんでも、具体的な基準に即して分娩に関連する事象であると整理される場合は救済する、というような議論をしております。

障害の程度については、等級にして1、2級相当の児を救済しようというような方向でまとまってきております。それから、診断・申請の時期は、先ほど申しましたように1歳ぐらい、あるいはそれより少し早く何カ月、というような議論をしております。それから補償の水準ですけれども、多ければ多いほどいいですけれども、これは財源の問題もあります。したがって、看護、介護の一助と位置付けをするというようなことで議論が進んでおります。