

# 産科医療補償制度運営組織準備委員会報告書

財団法人日本医療機能評価機構  
産科医療補償制度運営組織準備委員会

平成20年1月23日

— 目 次 —

はじめに.....	1
1. 本制度に関する基本的な考え方.....	3
2. 補償.....	5
1) 補償の仕組み.....	5
2) 補償の対象となる者.....	6
3) 補償の水準.....	8
4) 審査.....	11
5) 補償金と損害賠償金の調整.....	13
3. 原因分析・再発防止.....	14
1) 原因分析.....	14
2) 再発防止.....	15
4. 運営組織.....	16
5. 制度創設時期および見直し.....	17
1) 創設時期.....	17
2) 制度の見直し.....	17
6. 広報.....	17
7. 国の支援および連携.....	18
<参考1>これまでの検討経過.....	21
<参考2>産科医療補償制度設計に係る医学的調査報告書の主な内容.....	24
<参考3>調査専門委員会における個別審査の考え方.....	27
<参考4>分娩機関と妊産婦の間の補償約款のイメージ.....	30
<参考5>補償の仕組みについて（フロー図）.....	31
<参考6>産科医療における無過失補償制度の枠組みについて.....	32

## はじめに

我が国の周産期分野の医療については、関係者の努力や医療技術の進歩等により世界的に見ても低い新生児死亡率が実現している。

一方、産科医療分野では過酷な労働環境や医事紛争が多いことなどにより、分娩の扱いを取りやめる施設が多く、産科医療の提供が十分でない地域が生じていること、更に、産科医になることを希望する若手医師が減少していることなどの問題点が指摘されている。

他方、国民の医療に対する安心・安全志向の高まりや、国民の医療における権利意識の高まりなど、医療を受ける側の意識に変化があるとされている。

こうした状況の中で、産科医不足の改善や、今後の産科医療提供体制の確保は、我が国の医療における優先度の高い重要な課題となってきた。

このような状況変化に対応して、産科医療や小児医療の関係者、法律家等により、無過失補償の考え方を取り入れた新たな補償制度について、国内外の類似制度や我が国の訴訟の現状を踏まえて、研究、議論され、特に産科医療分野における無過失補償制度創設の必要性が唱えられてきた。

平成18年11月、自由民主党政務調査会・社会保障制度調査会・医療紛争処理のあり方検討会においてとりまとめられた「産科医療における無過失補償制度の枠組みについて」では、前述のような現状認識にもとづき、障害等が生じた児を救済し、紛争の早期解決を図るとともに、産科医療の質の向上を図る無過失補償制度の枠組みが示された。

この枠組みを受けて、平成19年2月、厚生労働省の委託事業として財団法人日本医療機能評価機構に産科医療補償制度運営組織準備委員会（以下「本委員会」という。）が設置され、産科医療に従事する関係者、患者の立場の有識者、法律家等、様々な立場の委員により、産科医療補償制度（以下「本制度」という。）の創設に向けた議論を行ってきた。

また、本委員会で検討を行うにあたり、平成19年4月に、補償制度の設計の基礎となる医学的資料の作成を目的として、産科学、小児科学、疫学等の医学の専門家により構成する産科医療補償制度調査専門委員会（以下「調査専門委員会」という。）が設置された。本委員会では、調査専門委員会により平成19年8月にまとめられた「産科医療補償制度設計に係る医学的調査報告書」（以下「調査報告書」という。）にもとづき補償対象者等について検討を行った。

本報告書は、本制度の実現のため、本委員会が12回の議論を経てとりまとめたものであり、国や運営組織、産科医療関係者は、本制度を可及的速やかに、かつ、円滑に実施し、全国的な普及に向けて、鋭意取り組むことを強く要請するものである。

## 1. 本制度に関する基本的な考え方

本委員会では前述のとおり「産科医療における無過失補償制度の枠組みについて」に沿って検討を行った結果、本制度に関する基本的な考え方は以下のとおりとした。

本制度は、分娩に係る医療事故（過誤を伴う事故および過誤を伴わない事故の両方を含む。以下同じ。）により脳性麻痺となった児およびその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、事故原因の分析を行い、将来の同種事故の防止に資する情報を提供することなどにより、紛争の防止・早期解決および産科医療の質の向上を図ることを目的とする。

本制度は、前述の目的を踏まえ、補償の機能と、事故原因の分析・再発防止の機能とを併せ持つ制度として創設する。これらの機能は、本制度の二本の柱であり、いわば車の両輪として機能することで、分娩に係る医療事故により脳性麻痺となった児の救済とともに、紛争の防止・早期解決に寄与するものである。

補償に関する審査および原因分析・再発防止の実施は、適切かつ公正に行われる必要があることから、公正で中立的な第三者機関である運営組織において行う。

補償に関する審査は、対象者への速やかで的確な補償を行う必要があることから、迅速かつ厳正に行う。

事故の原因分析については、児・家族からの意見等を含め、十分な情報にもとづき、専門家が医学的な観点で事例を検証・分析し、その結果を、当該分娩を扱った病院、診療所、助産所（以下「分娩機関」という。）および児・家族へフィードバックする。

原因分析された事例情報は、体系的に整理・蓄積して、広く社会に公開する

とともに、国および関係団体等と連携し、広く事故の再発防止等、産科医療の質の向上に役立てる。

本制度は、産科医療の崩壊を一刻も早く阻止する観点から、民間の損害保険の活用により早急に立ち上げを図る。

一方で、分娩機関が支払う損害保険料相当額は、分娩費用の増額で賄われることが想定され、この増額については健康保険の出産育児一時金の引上げで対応される。国民が広く医療保険料の形でその財源を負担することから公的な性格を有するものと言える。

民間の損害保険を活用することや、制度の継続的かつ安定的な運営を実現するために、収支のバランスの維持に特段の配慮をする必要がある。特に制度発足当初は、収支を予測する基礎データが十分ではないことなどから、制度が収支悪化により破綻することがないように、経費の節減合理化に努めつつ、ある程度余裕を持った制度設計を行うこともやむを得ない。

補償金の水準や支払い方法の検討にあたっては、我が国が社会保障制度の一環として脳性麻痺の児を含む障害者に提供している給付やサービスなどの制度および脳性麻痺の児の介護が必要な状況等を考慮して、効果的かつ、効率的に補償が行われるよう、制度設計を行う。

本制度に加入していない分娩機関で出生した脳性麻痺の児が、補償対象とならないことで、制度による恩恵を受けることができないような状況はできる限り防ぐべきである。また、所定の補償内容と保険料水準によって保険制度が成立するために、原則としてすべての分娩機関が本制度に加入する必要がある。このため、分娩機関の全加入を目指して、関係者の協力を得て、広報活動を積極的に展開するなど、必要な措置を講じなければならない。

## 2. 補償

### 1) 補償の仕組み

本制度は、分娩に係る医療事故により脳性麻痺の児が出生した場合に、あらかじめ分娩機関と妊産婦との間で取り交わした補償契約にもとづいて、当該分娩機関から当該児に補償金を支払うものとする。

分娩機関は、前述の補償契約にもとづく補償金を支払うことによって被る損害を保険契約により担保するために、運営組織が契約者となる損害保険に加入し、保険料を支払う。

分娩機関の保険料負担に伴い、分娩機関が妊産婦に請求する分娩費用の引上げが想定される。したがって、本制度の開始によって妊産婦に新たな金銭負担が発生することを避けるため、出産育児一時金については、制度発足と同時に、保険料相当額の引上げが行われる必要がある。

分娩機関ごとに補償の内容が異なることがなく同一の内容で補償されるよう、国は補償内容について標準約款で公示し、各分娩機関はこれに即して補償約款を定めることとする。

標準約款および補償約款は補償機能の中核となるため、分かりやすい内容で作成する必要がある。特に、標準約款および補償約款に記載される補償の対象者や補償金を支払うことができない条件等については、分娩機関と妊産婦との間に理解の差が生じないように、明確かつ、分かりやすいものとする必要がある。

なお、本制度は分娩機関と妊産婦との間で取り交わした補償契約にもとづく補償とするが、当該分娩機関が廃業した場合や緊急搬送等においても児の不利益とならず、補償から漏れることがないように、配慮する必要がある。

## 2) 補償の対象となる者

我が国には全国的な脳性麻痺の児の登録制度がないことから、調査専門委員会においては脳性麻痺の発生率等を把握するため、特定の地域において最近の悉皆的な調査実績がある3地域の調査者の協力を得て、通常の妊娠・分娩の範囲、診断の時期、重症者の割合、発生率の推移等について調査報告書をまとめた。この調査報告書をもとに、補償の対象となる者について、以下のとおり整理した。

### (1) 出生体重・在胎週数による基準

補償の対象は、本制度の趣旨からみて、通常の妊娠・分娩にもかかわらず分娩に係る医療事故により脳性麻痺となった場合とする。具体的には、原則として出生体重2,000g以上かつ、在胎週数33週以上で脳性麻痺となった場合とし、その中で重症度が身体障害者等級の1級および2級（以下「身障1級」および「身障2級」という。）に相当する者を補償の対象とする。ただし、後述の先天性要因等の除外基準に該当するものは、補償の対象から除くこととする。

これは、一定の出生体重や在胎週数によって、分娩に係る医療事故に起因するとは考え難い、未熟性による脳性麻痺の発生率が大きく低下することに着目し、原則として一定の出生体重や在胎週数の数値以上の場合を、「通常の分娩」と整理し、この通常の分娩にもかかわらず脳性麻痺となった場合を対象とするものである。一定の数値については調査報告書をもとに出生体重2,000g以上かつ、在胎週数33週以上とすることが適当である。

### (2) 個別審査

一定の出生体重や在胎週数を絶対的な基準とすることは難しいことなどから、調査専門委員会において個別審査の考え方をまとめ、それにもとづいて、一律に補償する基準を下回る児についても、基準に近い児については、分娩に係る医療事故に該当するか否かという観点から個別審査を行うこととする。



ただし、臓器・生理機能等の発達が未熟なために、医療を行っても脳性麻痺となるリスクを回避できる可能性が医学的に極めて少ない児については、分娩に係る医療事故に該当するとはおよそ考え難いことから、原則として個別審査の対象としない。このような児とは、具体的に、在胎週数28週未満の児と考えられる。

以上より、原則として個別審査により補償の対象となる児とは、在胎週数28週以上であって、以下のア、イのいずれかの場合に該当する児とする。

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

イ 胎児心拍数モニターにおいて特に異常のなかった症例で、通常、前兆となるような低酸素状況が、例えば前置胎盤、常位胎盤早期剥離、子宮破裂、子癇、臍帯脱出等によって起こり、引き続き、次の①～③のいずれかの胎児心拍数パターンが認められ、かつ、心拍数基線細変動の消失が認められる場合

- ① 突発性で持続する徐脈
- ② 子宮収縮の50%以上に出現する遅発一過性徐脈
- ③ 子宮収縮の50%以上に出現する変動一過性徐脈

### （3）重症度

本制度は、分娩に係る医療事故により脳性麻痺となった児およびその家族の経済的負担の速やかな補償を目的のひとつとしているため、補償の対象の範囲は、特に看護・介護の必要性が高い重症者とする。補償対象とする重症者の重症度は、具体的には身障1級および2級相当とすることが適当である。

### （4）除外基準

分娩に係る医療事故に該当するとは考え難い、出生前および出生後の要因によって脳性麻痺となった場合に関しては、除外基準としてあらかじめ補償の対象から除外する。具体的な除外基準は調査報告書をもとに次のとおりとすることが適当である。

ア 先天性要因

① 両側性の広範な脳奇形

滑脳症、多小脳回、裂脳症、水無脳症 など

② 染色体異常

13トリソミー、18トリソミー など

③ 遺伝子異常

先天性代謝異常症・先天異常症候群

イ 新生児期の要因

分娩後の感染症（髄膜炎、脳炎 など）

なお、除外基準の「分娩後の感染症」については、分娩後に妊娠・分娩とは関係なく新たな感染により発症した感染症であるが、感染の原因や感染時期の特定が難しい場合が多いことから、慎重に判断する必要がある。したがって、分娩時に感染したことが疑われる場合、および分娩後に感染したことが明らかでない場合等は「分娩後の感染症」に該当しないとみなす。

### （5）推計数

調査報告書にもとづく推計では、補償の対象となる者は概ね500～800人程度と見込まれる。しかしながら、制度設計にあたっては、本制度の補償対象となる脳性麻痺の児の数の年次推移や、調査報告書が地域性のある、かつ、限定された範囲のデータにもとづくことなどを踏まえ、慎重に検討する必要がある。

### 3) 補償の水準

本制度における補償金は、前述のとおり、分娩に係る医療事故により脳性麻痺となった児およびその家族の看護・介護に係る経済負担を軽減するための一助として位置づける。

また、補償金と損害賠償金の二重給付を避ける必要があることなどから、受給権者は児本人とする。

本制度は損害保険商品を活用して設計することを想定しているが、損保商品は、原則として単年度で収支を確定させ、事故率等を検証する必要があるため、保険金の支払い方法は一時金払いが基本とされている。したがって、複数年にまたがる保険金支払いの例はほとんどなく、特に長年月にわたるものは前例がない。

一方、先に述べた看護・介護費用の一助という位置づけから考えると、全額一時金で給付するよりも、介護のための住宅・車両改造、福祉機器等の介護用品の購入などに充てるためのいわば準備金の他は、毎年定期的に一定額を障害年金に結びつくまで支給し、不幸にして死亡された場合はその時点で給付終了とする年金方式の方がふさわしい。

また、一度に多額の補償金を児の家族が多年にわたり看護・介護のために適切に管理できるかという懸念も年金方式では払拭される。

しかしながら、補償の対象となる脳性麻痺児についての生存曲線に関するデータは皆無に近く、年金方式による収支の見込みを立てることができないことから、損保商品の性格を別としても現時点では年金方式による商品化は極めて困難である、との専門家の見解である。

こうしたあい路を克服するための方法として、十全ではないが補償金の分割金方式が考えられる。分割金方式は給付総額を予め定め、その支給回数で割った金額を定期的に分割払いする方法である。

一定年数以上にわたって給付が継続されれば、重症脳性麻痺児に関する生存曲線や重症度の分布などのデータが自ずと蓄積され、制度の見直しなど施策の展開に役立つものと思われる。

多年にわたって支給される分割金方式についても商品化に当たって克服すべき課題は多い。

例えば、補償責任を負う分娩機関が廃業した場合、特に破産により補償金が破産財団に組み込まれ、児・家族への給付が減額される可能性がある場合への対

応や、損保会社や運営組織における長期にわたっての資金管理、給付事務などが必要になるため、その事務処理体制の確保と多額の追加費用負担を要するなど困難な、数多くの問題が指摘されている。

これらの問題を克服していくためには、関係者の創意工夫、献身だけではなく、国による強力な関与、支援が必須になるものと考ええる。

本委員会としては、前述のような課題を抱えつつも、準備一時金＋分割金方式を提言したい。関係者の積極的な、真摯な検討を期待したい。

具体的な補償水準は、児の看護・介護に必要となる費用、特別児童扶養手当・障害児福祉手当等の福祉施策、類似の制度における補償水準、更には安定的な制度運営、財源の問題等を総合的に考慮したうえで、本制度の目的に照らして効果的と認められる程度のものに設定する必要がある。

なお、本来重症度に応じて補償水準に差を設けるべきであるが、身障等級別の脳性麻痺発生率のデータに乏しいことから当面は全員一律の額を平均的に給付することもやむを得ない。

具体的な補償金額は、上述のようなことを念頭において商品の収支についての専門的検討のうえに立って設定されなければならないが、おおよそのグランドデザインは以下のとおりと考える。

看護・介護を行うための基盤整備のための準備一時金として数百万円を、対象認定時に支給する。

分割金については、総額2千万円程度を目処とし、これを20年分割にして原則として、生存・死亡を問わず、定期的に支給する。(対象認定時に経過年分を支給する。)

長年月にわたる給付を維持して行くためには、制度運営のためのシステム開発・維持管理費、人件費、事務所・機器借料、契約管理費、支払事務費などの事

務処理経費に、大部分の分娩機関が本制度に加入した場合においても、またその節減合理化に努めたうえでも相当程度見込まれる。(固定経費があるため分娩機関の加入率が低くなると、経費比率が上昇する。)

こうした制度を賄う保険料については、対象となる児の数、補償額、分娩機関の本制度への加入率などについて精査して給付費を算出し、これに所要の事務処理経費を加えて総所要金額を算定し、この金額を賄うに足る一件当たりの保険料額が設定される。

現状では、この収支見込みを行うに当たって必要なデータが決定的に不足している状況にあり、収支の算定には思わぬリスクも介在している。

したがって、本制度の持続的、安定的な運営を図っていくためには、当面は、若干余裕をもった保険料額を設定することもやむを得ないが、医療保険料を原資とすることが想定されている制度であって、過大な負担を求めるべきでない。

なお、補償対象外となる児や家族との格差を是正し不公平感を和らげる意味や、今後の制度見直しの際に補償対象の範囲を広げる場合をも想定して、補償額はもう少し少なくてもいいのではないかとの意見があった。

#### 4) 審査

本制度は標準約款にもとづき同一の内容で補償を提供する必要があることから、補償対象であるか否かは一元的に、運営組織において審査する。

本制度の補償申請者は制度加入者である分娩機関であり、当該分娩機関において出生した児(代理人を含む。)からの申請依頼にもとづいて、分娩機関が申請を行う。申請にあたっては、児(代理人を含む。)が脳性麻痺に関する医学的専門知識を有する小児科医から受け取った診断書や、分娩機関が作成する専用の申請書等の書類が速やかに提出される必要がある。

なお、審査に加えて原因分析・再発防止を通じて産科医療の質の向上を図る観点から、分娩時の診療録・助産録、分娩監視記録等もあわせて提出される必

要がある。

申請の開始時期については、原則として脳性麻痺の確実な診断が行われる生後1年以降とする。

ただし、極めて重症の場合は、生後6か月で診断が可能となる場合があるため、一定の要件、例えば複数の脳性麻痺に関する医学的専門知識を有する小児科医による診断等を満たす場合には、生後6か月以降においても申請可能とする。

一方、正確な診断を行うために、生後3年程度まで経過を見なければ診断できない場合もある。

申請の期限については、法令で定める診療録、助産録の保存期限や、調査専門委員会による診断が可能な時期も踏まえて、児の満5歳の誕生日までとする。

具体的な審査にあたっては、速やかな補償金の支払いが求められる一方で、厳正な審査が行われる必要があることから、脳性麻痺に関する医学的専門知識を有する産科医、小児科医が申請書類にもとづき書類審査を行い、この結果を受けて、「審査委員会」で最終的に補償可否を決定するという二段階の審査の形式をとる。なお、補償申請数は相当程度の件数が見込まれるため、関係団体等から書類審査を行う医師の推薦、派遣等の協力を得ることが不可欠である。

審査委員会は、審査件数に応じて毎月の定期的な開催を基本とする。速やかな補償を実現するため、効率的に運営する観点から、審査委員会では書類審査において判断が困難であった事例を中心に審査を行う。委員会メンバーは、この分野に精通する産科医、小児科医および学識経験者等を中心に構成する。

審査内容に異議・不服がある場合の再審査等の要請に対応するための仕組みが必要である。

## 5) 補償金と損害賠償金の調整

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

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

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

### 3. 原因分析・再発防止

#### 1) 原因分析

運営組織において、十分な情報収集にもとづき専門家が医学的な観点で事例を検証・分析し、その結果を分娩機関と児・家族にフィードバックすることにより、紛争の防止・早期解決を図ることを目的とする。

原因分析を適切に行うためには、分娩に係る診療内容等の記録の正確性が重要であり、かつ資料として忠実に提出される必要があるため、分娩機関から運営組織への書類やデータの提出を制度化すべきである。また、提出書類の種類、標準的に必要となる記載事項、提出要領等は、本制度が開始される前に、各分娩機関に十分に周知徹底しなければならない。

更に、十分な情報収集の観点から、児・家族からの情報提供を促進すべきである。

原因分析に際しては、まず委嘱された産科医が、医学的な観点から分析を行い、その結果を分かりやすく記載した報告書案を作成し、「原因分析委員会」に提出する。前述の審査と同様に、相当程度の原因分析件数が見込まれるため、産科医の負担も相当大きい。本制度の原因分析は産科医療の質の向上に資するものであり、学術的にも極めて意義があることを関係団体等に十分理解いただき、適切な人材の推薦・派遣等の協力を得ることが不可欠である。

「原因分析委員会」では、各産科医から提出される報告書案を検証・協議し、最終確認を行う。開催頻度については、件数に応じて毎月の定期的な開催を基本とする。委員会メンバーは医学的専門性等が求められることから、この分野に精通する産科医、助産師および学識経験者等を中心に構成する。「原因分析委員会」において最終確認された報告書は、当該事例の分娩機関と児・家族に郵送等によりフィードバックする。



本制度における情報収集は、分娩に係る医療事故に限られるが、正常分娩等の情報をその対照として収集することは、分娩に係る医療事故の原因分析を行う際の参考となり、産科医療の質の向上に資すると考えられる。したがって、本制度に加入している分娩機関は、本制度における情報収集に対する協力の他、必要な情報収集に協力することが望ましい。

## 2) 再発防止

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

具体的には、運営組織に「再発防止委員会」を設置し、再発防止策の検討や公開の方法等について協議・検討を行う。なお、情報公開に際しては、児・家族等の個人情報等が第三者に伝わることのないよう十分に配慮しなければならない。

「再発防止委員会」の開催頻度は、一定の情報が蓄積される必要性を踏まえ、年数回程度が見込まれるが、緊急に再発防止を啓発すべき事例等があった場合には、その都度開催することも必要である。委員会メンバーは、産科医、小児科医、助産師、患者の立場の有識者、学識経験者、関係団体等が考えられる。

再発防止策の検討にあたっては、広く一般的に共有できる再発防止策に加え、特定の分娩機関に向けた施策についてもあわせて検討する。具体的な施策は「再発防止委員会」で詳しく検討されることとなるが、例としては以下のようなものが挙げられる。

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

#### 4. 運営組織

運営組織は本制度において中核的な役割を担う重要な組織である。具体的には、分娩機関が本制度に加入する際のとりまとめ事務や、補償対象か否かの審査、分娩に係る医療事故の原因分析および再発防止策の策定等を行う。

したがって、運営組織はこれらの業務を円滑に全国的に行う能力を有していなければならない。

また、営利を目的としない公正で中立的な組織であって、本制度の加入者である分娩機関および国民一般からみて、運営組織としてふさわしいという実態を備えていることが望まれる。

運営組織における審査や原因分析・再発防止の過程では、産科、小児科分野における医療安全に係る高度の専門的な知識が要求されることから、産科医療や小児医療に関する知識や臨床経験を有する医師や助産師、その他の学識経験者の協力が得られる体制が確保されなければならない。

本制度の信頼性を維持する観点から、補償対象か否かの審査や医療事故における原因分析は、公正で中立的な立場から厳粛に行うべきであり、そのために運営組織は、医療関係者のみならず、患者の立場の有識者、法律家、医療保険者、保険会社、行政機関等と連携、協力する必要がある。

## 5. 制度創設時期および見直し

### 1) 創設時期

本制度はできる限り速やかな創設を目指すこととするが、制度の関係者や国民一般への周知の期間および準備の期間等を一定程度確保する必要がある。したがって、これらのことを総合的に判断し、平成20年度内の創設を目指すこととする。

### 2) 制度の見直し

実際の補償対象者数と本委員会で推計した補償対象者数は一定程度の差異が生じることが予想されるなど、実際に本制度を運用することで改善点等が次第に明らかになると考えられる。したがって、本制度の発足時は、保険料収入、ならびに補償金および事務経費の収支が破綻しないように余裕を持った制度設計とする。また、遅くとも5年後を目処に、本制度の内容について検証し、補償対象者の範囲、補償水準、保険料の変更、組織体制等について適宜必要な見直しを行う。

なお、組織体制に関して、一つの組織で審査、原因分析、求償を行うべきではなく、別な組織とするのがあるべき姿であり、その点も制度の見直しの際に盛り込むべきとの意見があった。

更に将来的には、本制度における経験や実績等をいかし、産科の枠を超え、医療全体を視野に入れた公的な補償制度の設立を目指していくことが望ましい。

## 6. 広報

多くの国民や関係者の理解と協力により本制度が支えられるものであることから、運営組織、国や都道府県等の地方公共団体および多くの関係団体等は連

携し、制度開始前から積極的な広報活動を行い、本制度の意義を広く周知するとともに、制度開始後も広報活動を続けていくことが重要である。

## 7. 国の支援および連携

本制度は民間の制度であり、国の制度として法律にもとづき実施されるものではないが、本制度が円滑に運営されることにより、産科医療の質の向上に資するなど広く社会にとって意義があることから、国は本制度に対し様々な支援を行うことが不可欠である。

具体的には、出産育児一時金の適宜引上げ、標準約款の公示、運営組織における原因分析・再発防止等にかかる費用の支援、制度の加入率を高めるための施策の実施等である。

## 産科医療補償制度運営組織準備委員会 委員名簿

- |           |                        |
|-----------|------------------------|
| ◎ 近 藤 純五郎 | 近藤社会保障法律事務所            |
| ○ 河 北 博 文 | 日本医療機能評価機構 理事          |
| 飯 田 修 平   | 全日本病院協会 常任理事           |
| 石 井 雅 実   | (株)損害保険ジャパン 取締役常務執行役員  |
| 伊 藤 雅 治   | 全国社会保険協会連合会 理事長        |
| 大 井 利 夫   | 日本病院会 副会長              |
| 岡 本 喜代子   | 日本助産師会 副会長             |
| 勝 村 久 司   | 連合「患者本位の医療を確立する連絡会」委員  |
| 加 藤 尚 武   | 京都大学名誉教授               |
| 木 下 勝 之   | 日本医師会 常任理事             |
| 行 天 良 雄   | 医事評論家                  |
| 五阿弥 宏 安   | 読売新聞東京本社 編集局次長         |
| 小 林 廉 毅   | 東京大学大学院医学系研究科 公衆衛生学 教授 |
| 鈴 木 利 廣   | すずかけ法律事務所              |
| 高 久 史 麿   | 日本医学会 会長               |
| 竹 嶋 康 弘   | 日本医師会 副会長              |
| 野 田 愛 子   | 野田・相原・石黒法律事務所          |
| 保 科 清     | 日本小児科医会 会長             |
| 宮 澤 潤     | 宮澤 潤法律事務所              |
| 八 木 孝     | 東京海上日動火災保険(株) 常務取締役    |
| 山 口 光 哉   | 元公務員共済立川病院 診療部長        |

◎ 委員長、○委員長代理 (委員の記載は五十音順)

