

産科医療補償制度の見直しに関する意見書

2013年（平成25年）4月19日
日本弁護士連合会

意見の趣旨

当連合会は、医療事故被害者の早期救済と安全で質の高い医療の実現を希求する立場から、現行の産科医療補償制度が、産科医療事故被害者の早期救済と原因分析・再発防止に資するものであると評価する。その上で、産科医療補償制度の見直しに關し、同制度を維持し、より発展させるために、同制度の中核として必須であるから今後も堅持すべきこと、及び改善を図るべきことについて、以下のとおり提言する。

- 1 産科医療補償制度の中核として必須であるから今後も堅持すべきこと
 - (1) 原因分析にあたり医療行為の医学的評価を緻密かつ誠実に行っていくべきであること。
 - (2) 原因分析には医療分野以外の者の参加が必要不可欠であること。
 - (3) 訴権の制限をすべきではないこと。

2 改善を図るべきこと

- (1) 原因分析報告書に関する問題

「産婦人科診療ガイドライン（産科編）」等に定められたガイドライン以外の部分についても、可能な限り積極的に医学的評価を実施すべきである。

原因分析報告書の医学的評価に用いる表現を簡素化し、家族らに分かりやすくすべきである。

事実認定の限界など本制度の特性についての周知が必要である。

- (2) 原因分析結果の公開に関する問題

原因分析報告書における、妊産婦の年齢（少なくとも5歳ごとの年代）やB M I、病院の規模に関する情報は、公開すべきである。C T G（胎児心拍数陣痛図）の公表は必須である。

- (3) 原因分析後の対応の問題

家族に対して

原因分析報告書を家族に送付するに当たり制度趣旨や位置付けの説明などを追加すべきである。

医療機関に対して

制度加入医療機関に対し、診療録などの記載、CTG（胎児心拍数陣痛図）の記録化・保管等を周知徹底すべきである。

医療機関・学会等に対して

提言を行った当該医療機関や学会などに対して、一定期間後に、提言を踏まえた対応の有無、内容について報告を求めるべきである。

(4) 原因分析のための組織上の問題

原因分析検討委員会の部会を増設すべきである。

原因分析委員会の本委員会と部会との関係を明確化すべきである。

(5) 補償制度に関する問題

支給対象や支給範囲の拡大を検討すべきである。

補償後の当該分娩医療機関に対する求償要件としての「重過失」の見直しをすべきである。

意見の理由

第1 産科医療補償制度の創設と運用

産科医療補償制度は、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児及びその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、脳性麻痺発症の原因分析を行い、将来の脳性麻痺の発症の防止に資する情報を提供することにより、紛争の防止・早期解決及び産科医療の質の向上を図ることを目的として、2009年1月に創設された制度である。公益財団法人日本医療機能評価機構が運営組織として、分娩機関の制度の加入手続、保険加入手続、掛金集金、補償対象の認定、原因分析などにあたっている。

同制度により、2009年1月1日以降に出生した一定の要件（身体障害者等級1、2級相当の重度脳性麻痺が発生した場合（先天性要因の場合は除外）など）を満たした脳性麻痺児を対象として補償が開始され、以後4年余りが経過した。第16回産科医療補償制度運営委員会 第7回制度見直しの検討 会議資料によれば、2012年11月末現在で、全国3329の分娩機関のうち3322機関が同制度に加入し（99.8%）、補償対象となったものは414件に至り、うち206件について原因分析のための審議が終了し、うち182件について原因分析報告書要約版が、同機構のホームページに掲載されたという（なお、2013年3月25日現在、同要約版が同ホームページに218件、掲載されている。）。

そのような中、現在、当該制度の見直しの議論が進んでいる。具体的には、2012年2月15日に開催された第10回産科医療補償制度運営委員会から制度

見直しの検討が始まり、2013年4月2日の第19回までに、計10回議論が重ねられている。特に、原因分析の在り方については、他に先行して見直しの枠組みを公表するとされている。

第2 当連合会の立場と取組

1 制度創設前の2007年意見書公表

以上のような産科医療補償制度の創設に先立ち、当連合会は、2007年3月16日付で「『医療事故無過失補償制度』の創設と基本的な枠組みに関する意見書」(以下「2007年意見書」という。)を公表した。

2007年意見書は、当連合会が長年にわたり、患者の人権及び医療事故における被害救済制度について調査研究を続けてきたところ、2005年頃から産科医療における無過失補償制度の創設の動きが始まり、2007年2月には、厚生労働省が財団法人日本医療機能評価機構内に産科医療補償制度運営組織準備室を設置したことを受け、とりまとめたものである。

当連合会は、2007年意見書において、産科の一部の領域のみならず、全ての医療事故を対象として、被害者の救済と医療の安全と質の向上を目的とした医療事故無過失補償制度の創設が必要であるとし、同制度の基本的枠組みとして、以下4点が不可欠である旨を述べた。

- (1) 迅速に、公正かつ適切な補償がなされること。
- (2) 医療事故を十分に調査して、事故原因を究明し、同種事故の再発防止策を策定すること。
- (3) 上記調査結果と再発防止策などについて、当該医療事故の当事者らに報告するとともに、可能な限り公表すること。
- (4) 運用機関として、市民らが参加する第三者機関を創設すること。

2007年意見書公表後に創設された産科医療補償制度は、分娩事故による脳性麻痺児についての医療事故無過失補償制度であり、本制度においても、上記(1)から(4)までの要請が当てはまるものである。

2 制度見直しに当たっての当連合会の活動

こうして創設され運用されてきた産科医療補償制度について、第1に記載したとおり、現在見直しが議論されている。そこで、当連合会も被害救済と医療の安全と質の向上を求める立場から、同制度の見直しについての検討を始めた。

具体的には、2012年6月から順次、同機構に対して2011年及び2012年分の原因分析報告書全体版について開示請求し、検討した。同年8月に

は、産科医療補償制度原因分析委員会の各部会に所属する弁護士委員との交流会を設け、忌憚のない意見交換を行い問題点の把握に努め、同年12月には、産科医療補償制度原因分析委員会本委員会に所属する弁護士を招いて意見交換を行うなどして検討を進めた。

第3 産科医療補償制度の評価（総論）

上記第2の2に記載した検討を経て、当連合会は、発足以後これまでの産科医療補償制度の取組は十分に評価でき、同制度は、第4に記載する制度の中核を堅持し、さらに第5に記載する点の改善をしながら、一層発展させていくことが求められるとの結論に至った。

なぜなら、2007年意見書において、当連合会が医療被害救済制度として最も基本的な事項としたことは、迅速に公正かつ適切な補償がなされること、市民らが参加する第三者機関が、事故調査して原因分析をし、再発防止策を策定すること、調査結果の被害者への報告と公表の3点にまとめられるところ、この視点に立って産科医療補償制度の取組を検討したとき、概ねこれらが充足されていると考えられるからである。

まず、 については、分娩によって脳性麻痺となった一部の児についての迅速で公平な被害救済が、ほぼかなえられつつあると言える。もちろん、補償のレベルや、被害者が補償を受けることができるまでの期間、補償対象となる児の範囲など、なお検討すべき課題は少なくないが（第5で述べる。）、同制度施行前には、分娩事故によって脳性麻痺となった児が賠償を求めるためには、医療機関との間で交渉や訴訟が必要であり、これには長期間を要することが多かった上、結局、全く賠償を得られないことも少なくなく、多くの脳性麻痺児とその親が苦難を強いられてきていた。ところが、本制度によって、一定の条件を充足した脳性麻痺児については、速やかに補償が実施されており（第10回産科医療補償制度運営委員会において補償申請から補償金支払までの平均期間が73日と報告されている。）、従前と比較して、極めて迅速に、かつ、広範に補償が得られることになったと評価できるものであり、被害救済は飛躍的に進歩したといえる。

次に、 についても、産科医療補償制度においては、補償対象となった全ての分娩が原因分析の対象となり、この調査を担当する原因分析委員会本委員会（以下「本委員会」という。）は、対象となる産科医療には関与していない第三者たる産科医、小児科医、助産師らと2名の弁護士や有識者（医療の専門家でない人や医療事故の被害者）によって構成されている。同委員会に設置された6つの部会

は、それぞれ対象となる産科医療には関与していない第三者たる産科医4名、小児科医1名、助産師1名と弁護士2名によって構成されている。各部会には、本委員会の委員の参加が可能であり、現に、有識者委員が参加される会議もあり、部会で作成された原因分析報告書は、全て、本委員会で再度審議されている。よって、原因分析委員会は、市民らが参加した第三者機関の性質を有していると言える。この委員会が、我が国において児が脳性麻痺に至った分娩事例の大半（一定要件を充足したもの）について、調査検討して、原因を分析して、再発防止策を策定しているものである。したがって、制度上は、当連合会が求めた の点も、ほぼ充足されていると言える。

さらに についても、同委員会の検討結果は原因分析報告書にまとめられ、被害者（脳性麻痺児の親など）と当該医療機関に送付されている。併せて、ホームページにおいて同報告書要約版が公表されている。また、この間、産科医療補償制度再発防止に関する報告書が2回公表され「分娩中の胎児心拍数聴取」及び「新生児蘇生」、「子宮収縮薬」等のテーマごとに提言がなされているところである。このように、ほぼ網羅的にデータが集積され、適宜再発防止のための提言がなされることは、より安全で質の高い産科医療の実現にとって極めて意義が大きい。後述するように、被害者への報告の在り方や公表の対象などにさらに検討すべき点は多々あるとしても、この点においても一定の役割を果たしうる制度となっていると評価できる。

第4 産科医療補償制度の中核として必須であるから今後も堅持すべきこと

以上のとおり、当連合会は、本制度を維持・発展することが必要であると考えるが、現時点においても、依然、本制度そのものに反対し、制度の枠組みを根本的に変更しようとする意見も存する。

それゆえ、当連合会は、見直しに当たっても維持しなければならない点、及び本制度の根幹に関わる重要な要素であるにもかかわらず批判を受けている点について、以下のとおり指摘し、その重要性を改めて確認するものである。

1 原因分析に当たり医療行為の医学的評価を緻密かつ誠実に行っていくべきであること

本制度の見直しに当たり、医療行為の評価は、過失の判断をすることと同じであるから慎重に行うべきであるとの趣旨の意見が出されている。

しかし、原因分析の意義は、個別医療行為の医学的評価を行うことによって、当該案件から教訓を得て、以後の再発防止に役立てようとするものである。

産科医療補償制度運営委員会の中で「専門家が学問的良心に則ってありのままの原因分析を行っていることが裁判の減少に繋がるため、オブラートに包まれた表現になることや、特定の表現は絶対にしないという前提の中で原因分析が行われることは、避けるべきである」、「正しい評価をしてそれを社会に認めてもらい、その結果として紛争が減り、患者・家族と医療側の信頼関係を再構築することが制度の一番の目的だ」との意見が出されており、正鵠を射ている。

医学的評価は、事故調査、原因分析及び再発防止策の策定に必須であり、今後も一層緻密かつ誠実に行っていくべきである。

2 原因分析には医療分野以外の者の参加が必要不可欠であること

本制度の見直しに当たって、医療行為の評価を行うものである以上、医療関係者のみで原因分析を行うべきであるとの趣旨の意見が出されている。

しかし、このような意見は、原因分析の意義を十分理解しないものであって、見直しに当たっても、医療関係者以外の者が参加する意義が再確認されるべきである。医療関係者以外の者が検討に加わることによってこそ、原因分析の中立性、透明性を高めることができる。また、日頃医療事件を担当している弁護士は、医療事故被害者や家族、市民あるいは医療機関がいかなる点に問題意識を持っているかを認識している。このような弁護士が委員として参加することによって、家族らがどのような点を重視しているかを常に意識して意見を述べ、家族や市民が納得し理解できる報告書とすることが求められる。

3 訴権の制限をすべきではないこと

本制度の見直しにあたって、訴権の制限が論点として挙げられている。

しかし、運営委員会において、「訴権の制限はありえず、議論すること自体がナンセンスだ」、「訴権の制限の議論を続けることが本制度の混乱を招く」という意見があるとおりである。本制度が損害賠償請求訴訟の提訴を妨げることがあるではない。今後の医療の向上のために原因分析を実施する本制度の制度趣旨と損害賠償義務の有無を判断する裁判の目的との違い、本制度の補償の水準と損害賠償訴訟で獲得できるはずの賠償金額との相違、本制度の原因分析における事実認定の在り方と民事訴訟における事実認定との違いなどのいずれにおいても、裁判を受ける権利を制限できる合理的な根拠はどこにも見当たらない。

当然のことでありながら、依然として、議論の対象となっていることから、この点の確認が必要である。

第5 改善を図るべきこと

現行の産科医療補償制度がいくつかの問題点や改善すべき点、検討を積極的に行うべき点を有していることも事実である。

以下、原因分析に関連する点を中心にして、原因分析には直接関係しないものの、当連合会が述べてきた制度趣旨、目的、制度の枠組みとして不可欠だと考えていた項目に鑑みて改善が必要だと思われる点も併せて、具体的に述べる。

1 原因分析報告書に関する問題

(1) 医学的評価のあり方

「産婦人科診療ガイドライン(産科編)」等のガイドラインが存しない部分についても、可能な限り積極的に医学的評価を実施すべきである。

原因分析報告書の多くが、日本産科婦人科学会が公表している「産婦人科診療ガイドライン(産科編)」等に定められたガイドラインを重視しており、特に、同ガイドラインにおいて推奨レベルAないしBの行為を実践しているか否かを一つのメルクマールとしているように理解される。

ガイドラインを重視することは然るべきであるが、他方、ガイドラインに記載がない場合に医学的評価を行うことについては慎重すぎる点があるのではないかと危惧される。たとえ、ガイドラインがなくても、部会に所属する複数の産科医委員が、自らの医学的知見と経験に基づき評価することができる範囲は決して狭くないと言える。

よって、ガイドラインが存しない部分についても、医学的評価を避けることは控え、これまで以上に医学的評価を積極的に行うべきである。

(2) 医学的評価の表現方法

原因分析報告書の医学的評価に用いる表現を簡素化し、家族らに分かりやすくすべきである。

現在、原因分析報告書の医学的評価は、原因分析報告書作成マニュアルによって15段階の表現を用いて記載することが求められている。

具体的には、医学水準の高い順から、「優れている」、「適確である」、「医学的妥当性がある」、「一般的である」、「基準内である」、「選択肢のひとつである」、「選択肢としてありうる」、「医学的妥当性は不明である（エビデンスがない）」、「医学的妥当性には賛否両論ある」、「選択されることは少ない」、「一般的ではない」、「基準から逸脱している」、「医学的妥当性がない」、「劣っている」、「誤っている」として評価されている。

医学的評価について、表現の統一が必要であることは理解できるものの、

この15段階の表現が、必ずしも、広く使用されている評価の高低や市民が受ける印象とは一致しないため、その評価が家族や市民にとって分かりにくいものとなっている。

よって、表現を簡素化し、より分かりやすく工夫することが求められるだけでなく、このような評価基準があることを家族に説明することも求められる。

(3) 事実認定の限界等の周知

原因分析にあたり、事実認定の限界など本制度の特性についての周知が必要である。

産科医療補償制度における原因分析は、当該分娩医療機関等から提供された診療録・助産録などの写しを中心に日本医療機能評価機構の事務局が事実を整理し、基本的にその整理と医療記録の写し等を基に、担当部会の起案担当産科医師が分析、検討を行い、作成された報告書案を部会委員全員で議論するという手続で実施されている。

それゆえ、当該分娩医療機関と家族との間で事実の主張に食い違いがある場合には、そのいずれが真実であるかを確定させることなく、両論併記で評価を進めていくことになる。また、カルテの記載や、CTGが欠落している場合には、前提となる事実を十分に認定できぬまま報告書を作成せざるを得ない（その場合には、判断ができないという結論になりがちである）。これらは、産科医療補償制度の限界と言うべきものであり、その「限定された」事実の中で医学的評価を行い、再発防止の観点から重要なテーマを抽出し、提言を行っているのである。

仮に、同手続において、詳細に事実を認定しようとすれば、当該分娩医療機関や家族に直接面談するなど、民事訴訟類似の手続を定めてこれを実行することが必要となるが、これは、手續が煩雑化したり、長時間を有することとなって妥当ではなく、この限界は、いわば、本制度の特性であるともいえる。

ただ、家族、あるいは市民が、本産科医療補償制度においても、精緻な事実認定がなされると誤解するおそれが払拭できない。よって、当該制度における原因分析は、診療録などの記録に基づいて事実認定するものであり、診療録等が存在しない場合、診療録等に記載がない場合、前提事実に争いがある場合などには一義的に事実を認定することができないなどの限界があることを、十分家族や市民に周知すべきである。併せて、当該制度においては、

法的責任の判断はしていないことについての周知も必要である。

2 原因分析結果の公開に関する問題

(1) 妊産婦の年齢（年齢）・病院の規模・CTG（胎児心拍数陣痛図）の公開

原因分析報告書における、妊産婦の年齢（少なくとも5歳ごとの年代）やBMI、病院の規模に関する情報は、公開すべきである。CTG（胎児心拍数陣痛図）の公表は必須である。

現在、原因分析報告書の要約版が産科医療補償制度のホームページで公開されている（2013年3月25日現在、218件）。また、学術的な研究目的での利用や公共的な利用、医療安全のための資料として利用することを目的としてなされた開示請求に対しては、個人情報等を墨塗りにした上で、原因分析報告書全文版（マスキング版）が開示されている。2012年11月末現在で、全文版の開示請求は延べ105件あり、延べ2067件の開示が実施されている（前記第16回産科医療補償制度運営委員会議事資料）。

当連合会も、2007年意見書の中で、「調査結果と再発防止策などについて、当該医療事故の当事者らに報告するとともに、可能な限り公表すること」と述べているところであり、再発防止策を広く共有して再発防止につなげるという目的から、個人識別情報を除き広く公表していくことが望ましい。

この点、現在、原因分析報告書全文版（マスキング版）においては、妊産婦の年齢や身長、体重、医療機関の規模に関する情報は、完全にマスキングされているが、妊産婦の年齢（少なくとも5歳ごとの年代）やBMI、医療機関の規模（病床数の概数や分娩取扱の概数）では、個人・医療機関を特定・識別することはできないから、非公開にすべきではない。

また、原因分析報告書の中には、分娩監視装置によって記録されたCTGの読み方を問題にするものが多いが、現在、CTGが公表されていない。そのため、どのようなCTGが問題になったのか全く分からぬ状況にあって、再発防止の意義は半減している。CTGもカルテの一部をなすものであり、広い意味では個人情報であるものの、CTGから個人は識別できず（個人名が記載されている場合は、その部分を墨塗りにすればよい。）、公表すべきである。

もちろん、定期的にこれらのCTGをどう読むのかについての評価を集積した知見を整理し、研修の資料とすべきであり、また、広く研究の対象とすべきである。そのためにもCTGの公表は必須である。

3 原因分析後の対応の問題

(1) 家族に対する説明

原因分析報告書の内容については、当連合会で検討の結果、詳細で分かりやすいものが多いと判断した。しかし、特に医学的評価の部分等を中心に理解が困難な部分も存した。この点、日本医療機能評価機構が行ったアンケートにおいても、医療機関側よりも家族側の満足度が低かったことが示されており、その理由の一つとして、報告書の内容が十分に説明され理解されていなかったことが推測される。それゆえ、原因分析報告書が、より家族の理解、納得を得られるものにするために、上述した医学的評価の表現方法を中心に、一層の記述の工夫が図られるべきである。

また、現在、家族には、原因分析報告書が郵送して交付されているが、これに合わせて、本制度に事実認定に限界があることや訴権は制限されないことなど本制度の趣旨や位置付けについて説明する文書や今後長く脳性麻痺児を抱えて介護を続けていく家族を支援する制度や各種相談窓口に関する案内なども、送付されることが望まれる。

(2) 医療機関に対する記録化の周知徹底

制度加入医療機関に対し、診療録などの記載、CTGの記録化・保管等を周知徹底すべきである。

原因分析を行うにあたっては、診療録やCTGなどの診療記録が存在することが不可欠である。

しかしながら、これまでの原因分析報告書の中には、本来記載されるべきはずのカルテの記載や、分娩経過表、あるいは、CTGが存在しないために十分な検討・評価をなし得ず、当該分娩医療機関に対し、診療録の記載、分娩経過表、CTGの記録化・保管等を求めるものが少なからず見受けられた。より安全な分娩の実施のためにも、事故が発生したときの原因分析のためにも、診療録などやCTGの記録化は必須である。

よって、原因分析及び再発防止をより実効化するために、制度加入医療機関に対し、診療録などやCTGの記録化・保管等を周知徹底すべきである。

(3) 当該分娩医療機関・学会等の対応の報告

提言をした当該分娩医療機関や学会などに対して、一定期間後に提言を踏まえた対応の有無、内容について報告を求めるべきである。

多くの原因分析報告書において、当該分娩医療機関及び学会、並びに、国及び地方公共団体に対して、再発防止のための提言がまとめられる。これらの提言が十分活用され、再発防止につなげていくためには、提言を受けた当

該分娩医療機関や学会等に対しては、一定期間後、対応の有無・内容について報告を求め、その実施状況を確認すべきである。

なお、国や地方公共団体に対する提言をいかに実効性あるものにしていくのかについて、さらに検討が必要である。

4 原因分析のための組織上の問題

(1) 部会の増設

原因分析検討委員会の部会を増設すべきである。

現在、原因分析は6つの部会で検討を行い、完成された原因分析報告書が、本委員会で再度吟味され確定するという手順を踏んでいる。

しかし、前記のとおり、既に、400件を超える給付事例が存するにもかかわらず、原因分析が終了したのは、その半分（約200件）程度にとどまっている（2012年11月末日現在）。原因分析報告書が家族の手元に届けられるまでに半年ないし1年を要すると報告されている（第10回産科医療補償制度運営委員会）。

原因分析を行うには一定の時間が必要である。また、分析にあたる委員は、決して東京に集中せず、広く全国から集められる必要もある。分析対象となる件数に鑑みて、部会数が不足していることは明白である。特に、原案を作成する産科医委員を中心にして負担が過重になっている。現状では、迅速に原因分析を行い、公表し、再発防止に役立てることが困難になってしまう。

部会の増設を行うべきである。

(2) 本委員会と部会の関係

原因分析委員会の本委員会と部会との関係を明確化すべきである。

産科医療補償制度原因分析委員会の各部会に所属する弁護士委員の交流会において、「本委員会との関係が明確ではない」、「部会で真摯に議論した結論が本委員会で覆されることがあるが、その理由が十分説明されているとは言い難い」などの意見、疑問が出された。

医学的な評価や判断について委員会としての統一を図るために、部会が作成した原因分析報告書を本委員会が再検討する趣旨は理解できる。しかし、十分な説明がないまま部会の結論が変更されることになると、部会において徒労感が生じるし、次回以降の検討にも役立たない（同じことが繰り返される。）また、今後、部会が増設された場合、常に本委員会が全てを網羅的に再検討することは困難だと思われる。

よって、本委員会が、部会での結論に修正を迫る場合には、その理由等を、

書面によって明確化し、記録化することによって、更に統一基準を明確化するようすべきである。また、重要な部分を除き、一定範囲で部会に判断を任せることも検討すべきである。

なお、原因分析報告書には、作成者として当該部会の委員の氏名のみが記載されているが、必ず本委員会での再検討を経てその了解のもとに完成する仕組みとなっているものであり、このような作成経緯については、家族、当該分娩医療機関及び社会に、正確に周知すべきである。

5 補償制度に関する問題

(1) 支給範囲・対象

支給範囲や支給対象の拡大を検討すべきである。

制度設計時点では、年間の支給件数は500件～800件程度であると想定されていたが、5年経過した現在、年間の支給件数は平均して100件にも満たない。

もちろん、給付請求は、出生後5年間可能であり、まだ年間給付件数については流動的な状況である。しかし、2009年の支給件数ですら、185件であり(2012年11月末日現在)、予想を大幅に下回る給付件数であることが予想される。

この状況からは、支給範囲や対象の拡大を検討すべきである。

また、現在、児が20歳になる年まで補償分割金が支払われているが、20歳を超えた後の看護介護費用がかさむことは疑いがない。さらに、対象期間を拡大する検討が必要である。

さらに、現在、生後6か月までに死亡した児は、まったく対象外とされている。

しかしながら、そもそも、明らかに脳性麻痺が残ることが生後6か月までに分かる児について、6か月までに死亡した場合を給付の対象から外さなければならぬ積極的な理由はない。また、対象範囲が拡大されることによって、原因分析対象も広がり、再発防止に資すると考える。

なお、再発防止の観点からは、今後の課題として、母体死亡あるいは、母体に重度の後遺症を残存したケースについても対象とできるかどうかを検討すべきである。

(2) 求償要件

求償要件としての「重過失」の見直しをすべきである。

産科医療補償制度においては、「重過失」が認められた場合には、調整委員

会で審議の上，当該分娩医療機関に給付金額の返還を求めることができると定められている。

同制度で念頭に置かれている「重過失」は，「故意又は故意に近い」ものと解釈されている。しかし，これは，損害賠償法体系が予定している重過失の意味とは異なっており，混乱・矛盾が生じている。さらに，原因分析委員会が「重過失」を判定した場合に調整委員会が開催され審議されることになるが，本来，原因分析委員会では，法的評価はしないという前提であり，同委員会で「重過失」の有無を判断することに矛盾がある。

したがって，「重過失」という用語は使用せず，求償の要件を，再検討すべきである。

第6 最後に

2011年8月に厚生労働省が設置した「医療の質の向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討会」において，あらゆる医療事故の死亡被害に対する無過失補償制度が議論され，同検討会のもとに設置された「医療事故に係る調査の仕組み等の在り方に関する検討部会」の中で医療事故調査制度が改めて議論がされている。

産科医療補償制度は，この制度のまさに先駆けと言うべき制度であり，同制度をより良く改善していくことによって，「医療事故調査制度」のモデルとしての役割を果たし，ひいては，広く全ての診療科を対象とした医療事故の無過失補償制度の礎石となることを期待するものである。