

第3回「産科医療補償制度の見直しに関する検討会」会議録

日時：2020年11月13日（金）14時00分～16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構

○事務局

お待たせいたしました。本日はご多用の中、ご出席いただきまして誠にありがとうございます。会議を始めます前に事務局からお願い、確認がございます。前回同様、新型コロナウイルスの感染防止のため、Web 会議システムを利用して検討会を開催いたします。審議中にネットワーク環境等によりまして、音声や映像に不具合が生じる可能性もございますが、必要に応じて都度対処してまいりますのでご理解とご協力のほどよろしくお願いいたします。続きまして資料のご確認をお願い申し上げます。会場にご出席の構成員におかれましては、机上に配付させていただいております。また Web 会議にてご出席の構成員におかれましては事前に郵送させていただいておりますので、ご準備の方よろしくようお願い申し上げます。資料の一番上に第3回見直し検討会出欠一覧がございます。次に議事次第と各種資料がございます。議事次第の下から順番に資料1から資料3でございます。またその下に参考資料として参考資料1、参考資料2がございます。なお資料2につきましては楠田構成員から、資料3は村上参考人からご提出いただいております。それぞれご確認をお願いいたします。資料の落丁等はいかがでしょうか。はい。なお Web 会議にて傍聴の皆様におかれましては事前にご案内の通り、資料につきましては本制度ホームページに掲載させていただいております。また Web にてご出席の構成員の皆様、スムーズな審議の進行のために一点お願いがございます。会議の記録の都合上、ご発言をされる際には挙手いただきまして、座長からのご指名がございましたら、ミュートを解除の上、初めにご自身のお名前を名乗った後に、続けてご発言下さいますようよろしくお願いいたします。なお、本検討会の議事録につきましては後日、本制度のホームページに公表させていただきます。それではただいまから第3回産科医療補償制度の見直しに関する検討会を開催いたします。本日の構成員の出席状況でございますが、お手元の出欠一覧の通りでございます。島崎構成員からは3時半ごろ、宮澤構成員からは4時頃にご退席と伺っております。なお、本検討会の要綱におきまして、座長は必要があると認めるときは、検討会の構成員以外の者の出席を求めることができると定められており、本日はお二人の参考人にご出席いただく予定でございます。お一人は増井英紀参考人でいらっしゃいまして、中島構成員の代理でご出席いただけます。増井参考人は全国健康保険協会企画部長でいらっしゃいます。もうお一方は村上義孝参考人でいらっしゃいまして、見直し後の補償対象者数の推計の算出についてご説明いただく予定でございます。村上参考人は、東邦大学医学部社会学講座の医療統計学分野の教授でいらっしゃいます。3時半ごろに Web にてご出席予定でございます。それでは議事進行をこれより柴田座長をお願い申し上げます。

○柴田座長

皆様こんにちは。本日はお忙しいところご参集いただきましてありがとうございます。今、事務局からもお話がありましたように、中島構成員の代理として増井参考人、それから村上参考人にもご出席をいただく予定となっております。今日の議事でございますけれども、議事次第にありますように三つございます。補償対象となる脳性麻痺の基準等の検討について、それから産科医療補償制度の補償対象基準の一部見直し案について、それから見直し後の補償対象者数および保険料水準についての三つでございます。今回は補償対象基準の一部見直しが議事の中心になります。積極的なご議論をどうぞよろしくお願いいたします。それでは議事に入りたいと思います。皆様お手元に資料1というのがあると思いますが、それを1枚めくっていただきますと、資料の内容について1から6までありますが、このうちの、1から4の(1)までを、まず事務局から説明していただきまして、その後に楠田構成員より資料2の説明をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

○事務局

はい。それでは今ご覧いただいております資料1の3ページをご覧ください。1. 第2回検討会の主な意見についてでございます。

○事務局

まずは1) 補償対象者数の推計および保険料、剰余金に関する主な意見でございます。

①は、制度実績にもとづき、より精緻な補償対象者数の推計を行い、剰余金の増加を抑制するため、

保険料、充当額を見直すべきである。また補償対象基準を見直すことで、保険料や剰余金、保険料への充当額がどのように推移するのかシミュレーションを示して欲しいとのご意見。

②は、出生数が大きく減少しており、制度設計自体が根底から変わってしまう可能性もあるため、出生数の減少をしっかりと計算に入れてシミュレーションをして欲しいとのご意見。

③は、補償対象者数の推計に用いるデータの調査対象となる県が少ないと推計値に影響があるので調査対象地域を増やす努力をして欲しいとのご意見でございます。

続きまして2) 補償水準・支払方式に関する主な意見でございます。

①は、20歳以降、子供の体が大きくなり介護の負担が増す中で、本制度の補償がなくなり、国の社会保障手当等を加えた支給総額が減ることになるので、将来的に20歳以降をどうするのかを考えておく必要があるとのご意見。

②は、本制度は分娩に係る医療事故で障害等が生じた患者を補償し、紛争の早期解決や産科医療の質の向上を目的としている制度であり、20歳以降の支給については、福祉の面で今後協議するべきとのご意見でございます。

続きまして4ページをご覧ください。3) 事務経費および返還保険料(剰余金)等の運用方法に関する主な意見でございます。

①は、事務経費は、近年減少傾向で推移しているが、引き続き運営の効率化を求めていく。また補償対象基準の見直し後の事務経費がどうなるかを事務局が示した上で議論したいとのご意見。

②は、制度変動リスク対策費については、今回の検証結果を踏まえると、今まで過剰な支払いをしていたのではないかと疑問が残る。保険者が厳しい財政状況の中、保険会社が3%の利益を取る必要があるかは、今後検討していく必要があるとのご意見。

③は、機構は、引き続き保険会社に対するガバナンスを強化し、保険会社の事務経費の圧縮に努めて欲しいとのご意見。

④は、運用益の返還について、前回検討が行われた2013年から状況も変わっており、保険会社から最大の還元を行ってもらふ必要から、再度第三者による検討を行い、運用益、返還相当額の算出方法について見直して欲しいとのご意見。

⑤は、廃止時等預かり金は約6億円累積されて、拠出したのが3千万円であれば、剰余金に回すと整理してはどうかとのご意見。

⑥は、国からの補助金について、厚労省はより多くの予算要求をして欲しいとのご意見でございます。

続きまして4) その他の主な意見でございます。

①は、補償対象者数が推計値を下回った理由の一つに、周産期医療の進歩が挙げられているが、本制度の原因分析、再発防止の取組みの成果であり、原因分析や再発防止への評価も大事な要素として扱って欲しいとのご意見。

②は、本制度は6ヶ月以上生存している子供が対象となるが、例えば6ヶ月以内に死亡している子供の推移を確認して、基準を広げることを検討してもよいのではないかとのご意見。③は、今回の補償対象基準の見直しに関して、不公平のために補償対象外となった子供がどれくらいいるのか、また不公平だとの訴えがどれくらいあるのか教えて欲しいとのご意見でございます。

資料5ページをご覧ください。最後にご紹介いたしました、「不公平だとの訴えがどれくらいあるか教えて欲しい」とのご意見に関連いたしまして、参考資料として「補償対象外事案に係る不服申立の状況」を示したものでございます。こちらは、2009年から2014年までに出生した子供の事案の状況ですが、左の円グラフの通り、補償対象外とされた事案は全体の28%にあたる852件であり、その中で、補償請求者から不服申立のあった件数は、右下の表の一番下の行ですが162件でして、そのうち「個別審査を満たさない」ことで、補償対象外とされたことによる不服申立件数が68件と一番多くなっているところでございます。

続きまして6ページをご覧ください。「2. 検討会の今後の議論の進め方について」ご説明をいたします。こちらは、前回第2回検討会でお示しした資料を改めて掲載したものでございますが、前回ご承認

いただきました通り、今回は赤でお示ししております「補償対象となる脳性麻痺の基準等に係る検討」を行いたいと考えております。

続いて7ページをご覧ください。こちら、前回、第2回検討会でお示した資料を改めて掲載したものでございます。本日は、「中項目」欄に記載の「補償対象基準」から、一番下の「その他（補償申請期間）」まで、順番にご説明しご議論いただければと存じます。

続きまして8ページをご覧ください。「3. 産科医療補償制度の基本的な考え方について」ご説明いたします。まず1) 無過失補償制度についてでございます。本制度創設時におきましては、分娩時の医療事故では、それが医療行為によるものなのか、妊娠分娩の経過の中で発生したものなのかなど、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されておりました。

このため、本制度におきましては、医療側の過失の有無に関わらず、所定の条件を満たせば補償する、という無過失補償制度の考え方が取り入れられました。

なお、8ページの下段の部分でございますけれども、訴訟等により損害賠償金が支払われた場合には、本制度の補償金と損害賠償金が二重で給付されることがないように、「調整」という仕組みが設けられております。賠償金が支払われる場合で、既に本制度から補償金が支払われている場合には、二重払いに該当する部分の補償金を戻し入れることとなっております。

続いて9ページをご覧ください。

2) 本制度の補償対象者の考え方でございます。制度創設時、自民党の検討会で示された枠組みでは、「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こと。および補償の対象は、「通常の妊娠・分娩にも関わらず、脳性麻痺となった場合」とすることが示されました。

これを踏まえ、本制度の準備委員会では、「通常の妊娠・分娩」については、脳性麻痺となった原因が、分娩に係る医療事故とは考えにくい妊娠・分娩の範囲を検討し、それを除いたものが該当すると考えられました。

資料下のイメージ図ですが、左側の「脳性麻痺全体」から、中ほどの「分娩に係る医療事故とは考えにくい妊娠・分娩」、およびその下の「身体障害者障害程度等級1級・2級に相当しない脳性麻痺」を除いたものが、右側の補償対象となる「分娩に関連して発症した重度脳性麻痺」となります。

また、「分娩に係る医療事故とは考えにくい妊娠・分娩」でございますけれども、真ん中に記載してございますけれども、「未熟性による脳性麻痺」と「先天性要因・新生児期要因による脳性麻痺」が該当するとされ、それぞれ補償対象基準、こちら在胎週数と出生体重による基準でございますが、これとおよび除外基準として規定されているところでございます。なお、資料おめくりいただきまして10ページに参考資料として、「補償対象範囲の全体像をお示した資料」、さらにおめくりいただきまして11ページには「個別審査基準について2015年の改定前後で対比させた表」を載せておりますので、ご参照いただければと存じます。

続きまして12ページをご覧ください。ここからが補償対象となる脳性麻痺の基準等の検討についてとなります。資料に記載しております(1)から(3)の順にご説明して参ります。それでは13ページをご覧ください。ア. 補償対象基準に関する医学的な考え方でございます。制度創設時には、在胎週数33週未満または出生体重2,000グラム未満では、脳性麻痺の発生率が高いこと。および、当時未熟性が要因と考えられた疾患が多く見られたことに着目し、①の33週以上かつ2,000グラム以上は、脳性麻痺の発生率が低く、未熟性が要因ではないとされ、分娩に関連して発症した脳性麻痺と考えられました。

一方で、②ですが、胎児の成熟は連続的なものであり、未熟性による脳性麻痺を発症する時期について絶対的な基準を設けることは医学的に困難とされまして、図では黄色の枠で囲まれた部分ですが、ここに該当する子供は分娩に関連して発症した脳性麻痺となる場合があることから、個別に判断する必要があるとされました。また③の在胎週数28週未満は、脳性麻痺の発生率が極めて高く、分娩に関連して発症した脳性麻痺とは考えにくいとされました。続きまして14ページをお開き下さい。イ. 在胎週数と出生体重による補償対象基準の考え方でございます。先ほどの整理を踏まえ、①の「33週以上

かつ 2,000 グラム以上」は、一般審査を設け、一律補償対象としました。また、②の「33 週未満または 2,000 グラム未満」は、個別審査を設け、基準を満たす場合のみ補償対象としました。

この個別審査の基準ですが、当時は米国の産婦人科学会の診断基準しか信頼のおける根拠がなかったため、これを準用し、分娩時の低酸素状況がある場合のみ補償対象とする基準を設けました。

そして、③の在胎週数 28 週未満の児については、個別審査の対象としないこととし、一律補償対象外としました。

続きまして、15 ページをご覧ください。ウ. 個別審査の概況および補償対象外とされた事案の背景でございます。こちらは、本制度の実績から判明した事実となります。

既に審査が完了している 2009 年から 2014 年までの 6 年間に出生した子供の約 3,000 件の審査結果を確認したところ、補償対象外となった割合は、全体の 28.0%となっておりまして、そのうち、一般審査では 19.3%、個別審査では 50.4%が補償対象外となっておりました。左下の円グラフでもお示しているところでございます。

三つ目の○でございますけれども、個別審査の補償対象基準を満たさないことで補償対象外とされた 414 件についてその背景を確認したところ、約 99%の事案で、分娩に関連する事象または帝王切開のいずれかが認められました。右の表でお示ししている通りでございます。続きまして、16 ページをお開き下さい。エ. 分娩に関連する事象と個別審査の課題でございます。個別審査を満たさないことで補償対象外とされた 414 件と、個別審査を満たし補償対象とされた 423 件について、その背景を比較したところ、同じ分娩に関連する事象があるにも関わらず、個別審査を満たす事案と満たさない事案が存在していることが分かりました。

下の表では、赤色の部分が個別審査を満たさず補償対象外とされたもの、青色の部分が補償対象とされたものですが、ご覧の通り、それぞれの割合にバラツキはあるものの、補償対象となった事案も補償対象外となった事案も、同じ分娩に関連する事象が認められています。二つ目の○ですが、これらの分娩に関連する事象は、妊娠・分娩経過において生じる脳性麻痺発症に繋がる事象でありまして、個別審査を満たす事案も満たさない事案も同様の経過をたどって脳性麻痺に至っていると考えられます。

続きまして 17 ページをご覧ください。こちら参考資料となりますが、制度改定後 2015 年の分娩に関連する事象と個別審査の課題でございます。

こちらは、2015 年の制度改定後の状況を、先ほどと同様に示したものでございます。2015 年生まれの子供の審査はまだ終了しておりませんので、2020 年 8 月の審査委員会までの中間ラップとなります。個別審査を満たさないことで補償対象外とされた 28 件、一番下の行でございますけれども、個別審査を満たし補償対象とされた 59 件について、その背景を比較したところ、2009 年から 2014 年までの実績と同様に、同じ分娩に関連する事象が生じているにも関わらず、個別審査を満たす事案と満たさない事案が存在していることが分かりました。2015 年改定後の基準では、補償対象外となる事案と補償対象となる事案の比率が、一番下の合計欄を見ていただくと分かりますが、1 対 2 程度となっておりまして、旧基準 2009 年から 2014 年までの実績はほぼ同数であったことと比べますと、補償対象外となる割合は低下しているものの、不公平な状況や医学的な不合理といった課題がまだ解決されていないことをお示ししているものでございます。

続きまして 18 ページをお開き下さい。分娩に関連する事象の具体的事例と個別審査の課題でございます。この参考資料ですが、同じような分娩に関連する事象が発生し、同じような経過をたどり脳性麻痺が発症したにも関わらず、なぜ個別審査の低酸素状況を示す場合と満たさない場合が生じるのかを具体的な例を三つあげて説明しているものでございます。まず上から、前置胎盤からの出血でございます。胎盤が正常より低い位置（膣に近い側）に付着して、そのために胎盤が子宮の出口の一部または全部を覆っている状態を「前置胎盤」といいます。前置胎盤は胎盤から突然大量出血を引き起こすことがあり、経膣分娩が不可能なため、ほぼ 100%が帝王切開分娩となります。胎盤から大量出血が起きると、胎児の脳に十分な血液が届かず、脳の組織が破壊され、脳性麻痺を発症します。低酸素状

況を示さない主な原因でございますけれども、中央部分（赤い部分）にお示ししてはございますけれども、出生前に大量出血が生じた場合、胎児心拍数モニターを装着できなかつたり、臍帯動脈血の pH 値が変化する前に緊急で子供を娩出することが多いため、所定の低酸素要件が満たされないことがあります。前置胎盤の事案で個別審査を満たさない事案は 46 件、満たす事案は 15 件となっております。次にその下、一絨毛膜性双胎でございます。これは、双子の胎児が胎盤を共有している状態ですが、二人の血管が胎盤で繋がっているため、それぞれの胎児に送られる血液量のバランスが崩れ、胎児の脳に十分な血液が届かないことで脳の組織が破壊されると脳性麻痺を発症します。低酸素状況を示さない主な原因ですが、血液中の酸素が十分であっても、流れ込む血液の量が不足すれば、結果的に酸素が足りませんので脳性麻痺を発症しますが、その場合、胎児心拍数モニターや、臍帯動脈血 pH 値には反映しないことがあります。また、血液量のバランスが崩れる時期が分娩直前よりも前に生じた場合は、胎児心拍数モニターや臍帯動脈血 pH 値には反映しないことがあります。一絨毛膜性双胎で個別審査を満たさない事案は 65 件、満たす事案は 37 件となっております。

最後に脳室周囲白質軟化症ですが、血液がうまく行き届かないこと等により、胎児の脳室の周りの組織の一部が破壊され空洞化になっている状態です。脳性麻痺の主要な原因の一つと言われております。軽度の脳虚血脳（血液が足りない状態でございますけれども）、これが主な原因と考えられており、発生時期や原因の特定が困難な症状であります。低酸素状況を示さない主な原因は、低酸素や虚血（脳の血液が足りない状態）が生じたものの、出産時にはそれが回復した場合等、脳性麻痺を引き起こす事象が分娩直前よりも前に生じた場合は、胎児心拍数モニターや臍帯動脈血 pH 値には反映しないことがあります。脳室周囲白質軟化症で、個別審査を満たさない事案は 316 件、満たす事案は 184 件となっております。

続きまして 19 ページをお開き下さい。オ. 補償対象基準に関する見直しの方向性でございます。在胎週数 28 週から 32 週は、制度創設時では、脳性麻痺の発生率が高いことから、未熟性による脳性麻痺が多いと考えられ、個別審査を設けて、低酸素状況がある場合にのみ補償対象とされました。

二つ目の○ですが、2009 年から 2014 年までに生まれた子供の状況を分析したところ、個別審査で補償対象外とされた子供の約 99%で、「帝王切開」または「分娩に関連する事象」が認められ、医学的には「分娩に関連して発症した脳性麻痺」と考えられる事案でございました。

三つ目の○ですが、これらは胎児心拍数モニター等で感知できる範囲に限界があること、および個別審査は一定の低酸素状況を基準としているので、低酸素状況以外の状態で「分娩に関連して発症した脳性麻痺」は対象外となることが主な理由と考えられます。

次の○でございますが、28 週以上の早産児については、最近では脳性麻痺発生率の減少が見られるように、近年の周産期医療の進歩により、医学的には「未熟性による脳性麻痺」ではなくなっており、また、実際の医療現場においては、成熟児と同じような医療が行われております。

以上から、現行の個別審査で用いている低酸素要件を廃止し、現行の一般審査と同様に重症度基準・除外基準で本制度の対象とすべき脳性麻痺を審査することが考えられます。

事務局からの説明は以上となります。

○柴田座長

ありがとうございました。それでは楠田構成員から資料 2 のご説明をお願いいたします。

○楠田構成員

はい。それでは、資料 2 の説明をさせていただきます。私の資料は、先ほど資料 1 の説明がありましたように、資料 1 の 19 ページ。近年、周産期医療が進歩していること、それからいわゆる早産児と言っても、28 週以上のお子様が非常に今、早産児というよりも本当に、それ以外の問題が正期産児と同じような治療を、我々が医療現場で行っているということ。それから実際にこの個別審査の基準が我々医療現場から見て、少し矛盾を含んでいるというところを具体的に説明させていただこうと思います。資料をまず 1 枚めくっていただきまして 2 ページですけれども、これは我が国の周産期医療の進歩を示すもので、具体的には指標として周産期死亡率、妊産婦死亡率、新生児死亡率を 1990 年からプロット

しております。周産期医療は、いつもこの死亡率で評価することが多くて、実際にここに出しております指標も全て分子は、死亡ということになっております。

妊産婦死亡率は頻度が少ないですので分母が大きくなっておりますけれども、周産期死亡率、新生児死亡率は1,000分娩、あるいは1,000出生当りの死亡するお子様、あるいは周産期死亡率というのは死産も含めておりますので、死産されるお子様を表しております。

妊産婦死亡率は10万分娩当たりでも亡くなる方が決して多くはございませんので、変動がありますけれども、この図から、我が国の周産期医療というのは、コンスタントに改善しているというのがお分かりになるとと思います。

次に、3ページですけれども、我が国の周産期医療技術の進歩が見られますけれども、世界的にはどれぐらいの水準かというのを見たのが次の図です。

これは乳児死亡率の国際比較ですけれども、右の端にありますように、乳児死亡というのは1年未満で、新生児死亡というのは4週未満、さらにその中で早期新生児死亡というのは1週未満の死亡を表しますので、先ほど言いました新生児死亡率というのは、生後4週未満の死亡率になりますけれども、日本は一番左にありますように、他の先進国、あるいは母子の保健制度が非常に充実しているシンガポールよりも低くて、この新生児死亡率は、早期新生児死亡率と生後4週までの死亡率を含んでおりますけれども、一番左、日本は0.2と0.7で足して0.9で、世界的に見て1,000出生で1を切るような国は全くありません。日本だけが1を切っている状況で、この新生児死亡率、あるいは乳児死亡率を見ても、日本の周産期医療の水準が世界最高レベルというのが、これで分かると思います。

次は4ページ目で、これは周産期死亡率の国際比較で、先ほど言いましたように周産期死亡率というのは、死産も含まれています。これはグラフの下の方が死産で、グラフの上の方が早期新生児死亡率で生後7日未満に亡くなられたお子様の発生率を表しておりますけれども、これを見ていただいても、日本はシンガポールよりも優れていますし、もちろん他の先進国に比べても圧倒的に周産期死亡率が低いということで、ここからも日本の周産期医療の水準が世界最高水準で、これは近年達成されたわけではなくて、20年以上も前から達成されており、そういう世界最高水準を維持しているという状況がご理解いただけると思います。次は、先ほどの早産児の医療が、周産期医療の進歩によって、変わってきているということで、少し具体的な医療現場のお話をさせていただこうと思います。早産児と言ってもこれは妊娠37週未満で生まれる子供たちを早産児と言っているわけですが、実際には妊娠22週以降から36週までありますので、一言で早産児と言ってしまうとあまりにもその背景というのは違うんですね。ですから、我々医療現場では早産児と言っても多少分類しております。具体的には、この資料5ページの上にありますように、在胎32から36週のことを Moderately to late preterm infant (モデレートリー レイトプレターム インファント=ちょっと早い、あるいは非常に正期産児に近い早産児) という呼び名をしております。それから、28週から31週、このグループは Very preterm infant (ベリープレターム インファント=正期産児に比べてある程度早産児である) という考え方をしています。それから、28週未満に関しましては、Extremely preterm infant (エクストリームリー プレターム インファント、これは日本語訳もございまして「超早産児」と呼んでいますけれども、ここはかなり早く生まれたことが問題になるグループということです。我々も早産児とは言っても、こういうふうにある程度週数を分けて考えるような考え方をしております、実際にはどういう治療をしているかという、その下にありますように、マニュアルというものがあります。我々NICUでどういう治療をするかということで、これに沿って治療しておりますけれども、一般的には「NICUマニュアル」というのが作られています。これは早産児だけじゃなくて正期産児も含めた全てのハイリスクの子供をNICUでどういうふうに治療するかというNICUマニュアルなんです。ところが、このマニュアルですと、いわゆる先ほど言った在胎28週未満の超早産児に関する治療に関しては、少しやはり別途考えないといけないということで、この「28週未満の超早産児のためのNICUマニュアル」というのを実際には我々は使って治療しているという医療現場の現状があります。

次に、6ページを見ていただきますと、向かって左が「NICUマニュアル」で、正期産児も含めたNICU

で我々が一般的に使うときのマニュアルで、特にその中で 28 週未満のお子様の場合には、右にあるような NICU マニュアル、「在胎 28 週未満の超早産児のための NICU マニュアル」を使っているということで、先ほど、資料でご説明ありましたように、28 週以上に関しては、比較的我々としては正期産児と同じような治療をしているけれども 28 週未満ではやはりまだ、色々な課題があるという、そういうのが、今の日本の周産期新生児医療の現状ということをご理解いただければと思います。

次、7 ページですけれども、ここから少し論点を変えまして、そういう日本の早産児のお子様方が生まれたあと脳性麻痺になっている状況がどうかということをお示ししたいと思います。実は我々は、データベースを構築しておりまして、これは 2003 年以降に生まれたお子様で、全国の総合周産期あるいは地域周産期母子医療センターからデータをいただいて、対象は出生体重が 1,500 グラム以下あるいは在胎週数が 32 週以下のお子様を登録していただきますけれども、大体、150 ぐらいの施設が参加していただいて、年間 5,000 例ぐらい、全国の対象児の 60% ぐらいを毎年登録していただいております。このデータを分析した結果を少しご報告させていただきます。

次の 8 ページが、このデータベースの今回解析に用いた対象で、2003 年から 2019 年直近までに出生して登録されたお子様が 7 万 1,212 例ありますけれども、これを用いて死亡率がどうかというのを解析しました。それから、そのあとこのお子様たちが退院されたあと 3 歳時に健診に来られるとそこで脳性麻痺の合併があるかどうかというのを診断しておりますので、そういうデータがある方、これが 3 万 6,515 です。3 万 6,000 以上の例がありますのでその方々の脳性麻痺があるかどうかというデータを用いて、脳性麻痺の頻度等を計算しております。

9 ページ目ですけれども、これは死亡率の推移で、この死亡率というのは NICU を退院できるかどうかということで表しております、2003 年にこのデータベースがスタートしましたがけれども、一番直近のデータが一番右ですけれども、見ていただくと、このデータベースがスタートした時期は、登録していただいたお子様の 11% 弱ぐらいの方が NICU から退院できない状況でしたけれども、2019 年を見ていただくとおよそ 5% で 50% 以上着実に NICU から退院される方が増えた、死亡率が 50% 減ったという、そういう状況にあることを、9 ページのグラフでご理解いただければと思います。

10 ページは、3 歳時に脳性麻痺と診断されたお子様の頻度ですけれども、3 歳時ですので、当然、直近の方々はまだデータが登録されておられませんので、2003 年から 2015 年ありますけれども、これを見ていただくと、2003 年だけ当初のこの年は比較的少ないですけれども、2004 年 2005 年、見ていただくと、大体 6 から 7% ぐらい、退院された方の中で、脳性麻痺の頻度がありましたけれども、これも直近のデータ見ていただきますと、2.5% から 3% 程度ということで、この脳性麻痺の頻度に関しましても、およそ 50% 減少している、50% 改善しているということで、先ほどの死亡率が 50% 減っているということとともに、こういう助かったお子様方も、その後脳性麻痺と診断される確率は 50% 減っているということで、やはり周産期医療の進歩というのが、ここでご理解いただければと思います。今、早産児の脳性麻痺が全体に頻度としては減っているという話をしたんですけれども、どの辺の週数のお子様の脳性麻痺が減っているかというのを見たのが 11 ページになります。これは在胎週数が 22 から 27 週のお子様、それから、28 週から 31 週のお子様、それから 32 週から 34 週のお子様と、グループ分けをしております。1 番上は超早産児のグループで、真ん中がいわゆる産科医療補償制度の個別審査の対象となる週数のグループ、1 番下が一般審査の対象になる早産児のグループの脳性麻痺の頻度ということになります。これを見ていただきますと、先ほど全体でも示したように、全体の脳性麻痺の頻度は減ってきている。ただ、在胎 32 から 34 週のお子様に関してははもともとそれほど高くありませんし、大きな変動がなくてほぼ一定の割合です。一方、28 から 31 週のお子様は確実に減ってきている。同様に 22 から 27 週のお子様も減ってきている。ただ、この最終的な脳性麻痺の頻度を見ていただくと、28 から 31 週のお子様は 32 週から 34 週のお子様の脳性麻痺の頻度にかかなり近づいてきています。一方 22 から 27 週のお子様に関しては改善してはいるけれど、もう少し週数の大きなグループとは発生頻度に差があるのではないかということが、この図から推測できるということになります。

12 ページ以降ですがここからは、今お示した我々のデータベースで実際に脳性麻痺になったお子様

たちに、この産科医療補償制度の個別審査の基準を当てはめた場合、どういうふうに脳性麻痺のお子様が実際に周産期のイベントが発生しているかというのを分析したデータになります。12 ページは、皆様よくご存知のことだと思いますけれども、復習として今、我々が用いております個別審査の基準です。一つは、臍帯動脈血の pH が 7.1 未満、これがあれば、周産期の低酸素虚血があったと認めるとというのが一つの基準、それから二つ目は、色々なイベントがありなおかつ、このイからチに示すこういう所見があれば、周産期に低酸素虚血があったと認めるという基準が設けられておりますけれども、イからへに関しては出生前の胎児心拍モニター異常の有無ですね。こういう、イからへに示すような基準の異常があるかどうかということで、もしあれば、周産期に低酸素状態があったと認めると。それから、あとは出生時の新生児のアプガースコアの 1 分値が 3 点以下、要するにアプガースコアが低いということは、新生児仮死があり、低酸素虚血があったらという基準です。それから最後はこの臍帯動脈血が検査できないようなことがあったとしても、生後 1 時間以内にお子様から血液を取ってそれが pH7.0 未満であれば、周産期に低酸素があったと認めようと基準を設けております。そこで、この基準を先ほどのデータベースで解析したお子様に当てはめるとどうなるかというのが、次からのデータになります。

まず 13 ページですけれども、これは臍帯動脈血で、今回は 28 週から 31 週の早産児にフォーカスを当てて、臍帯動脈血等と脳性麻痺の発症の検討をしておりますけれども、この各々の点が実際のお子様の臍帯動脈血の pH を表しております。従って、向かって左側は脳性麻痺になった方 43 例。向かって右は脳性麻痺がなかった 2,943 例のお子様の個々の pH の値ということになります。従って、大体 7.3 ぐらいのところによく多くのお子様が集まりますので大きく横に広がっておりますけれども、一つ一つの点を見ていただくと、左側の脳性麻痺のあるお子様は、少しやはり右よりも低い傾向にありますけれども、全体にはほぼオーバーラップしているといってお間違いのない状況です。しかもこの 7.1、赤い点線で引いておりますところが、現行の個別審査の基準で、これを満たす方が圧倒的に少なく、脳性麻痺があったとしても 7.1 以上の pH を臍帯動脈血で示した方が、多数、マジョリティというのが、我々のデータでも示すことができました。

次、14 ページが、先ほどありました CTG 胎児心拍モニターの異常で、何らかの胎児心拍異常があった方となかった方で、脳性麻痺のある方脳性麻痺のなかった方を比較しておりますけれども、脳性麻痺のある方とない方で、この胎児心拍異常があったかどうか。左側の黒があった方になりますけれども、ほぼどちらも 23~4% ぐらいで差がない。むしろ、胎児心拍異常があった方は脳性麻痺になっていないの方が頻度が高いんですね。これは先ほども少し資料で説明がありましたけれども、おそらく胎児心拍異常があるので、産科の先生が迅速に分娩を遂行されて、その結果、脳性麻痺を防げた可能性もあるということです。この胎児心拍異常の有無というのも、この脳性麻痺の発症に繋がるエビデンスとして、証拠として、そういうことがあったから脳性麻痺を起こしたというのには、少しそぐわないというのが、我々のデータでも示すことができました。

それから次 15 ページですけれども、これは生後 1 分の新生児のアプガースコアで同じように、向かって左が脳性麻痺の方。向かって右が脳性麻痺の無い方で、これは箱ひげ図と申しまして、この四角い箱の真ん中の太い線のところが一応中央値で、この箱の中が大体、四分位であり半数のお子様が入る。さらに棒が伸びているのが外れたところで最低あるいは最高値を示しております。一応今の基準の 3 点というのを、赤線でやはり示しておりますけれども、脳性麻痺のある方とない方では、やはり脳性麻痺のある方が、平均としてはやはりアプガースコアは低い傾向にありますけれども、多くは、オーバーラップしておりますし、3 点以下の方というのはかなりまれなことで、脳性麻痺のある方が 3 点以下ということは逆に少ないというような状況で、このアプガースコアを考えても、どうもイベントの証拠として考えるのはなかなか難しいというのが、この我々のデータで示すことができたという結果になっております。

次は、16 ページで、新生児のデータで、生後 1 時間以内の血液ガスで pH が 7.0 未満だと周産期に低酸素があったというように考えるというのが、今の個別審査の基準ですけれども、これを見ていただい

ても明らかに、脳性麻痺になるグループ向かって左、それから右の脳性麻痺のないグループ、ほぼ分布はオーバーラップして同じで、どうもこの新生児の入院時の動脈血の pH に関しても脳性麻痺あるなしに関わらず、同じような分布をしており、その両者を明確に分けるような基準にはなっていないのかなというのが、我々のデータの結論でございました。

17 ページに、周産期医療の進歩ということで、医療現場の現実それから、実際に我々が集めましたデータをもとに個別審査の基準を検討した結果をまとめとして示しておりますけれども、最初にお話ししましたように、我が国の周産期医療は世界最高水準で、さらに毎年進歩している。早産児の死亡率および脳性麻痺の発生頻度も明らかに減少してきている。特に、在胎 32 週以上のお子様に関してはその改善は著しいというのが言える。さらに今使われております、在胎週数が 28 から 31 週の早産児に用いられている個別審査基準というのは、我々のネットワークのデータベースから考えても、どうも医学的には妥当性に欠けるもので、明らかに矛盾しているとしか言えない基準ではないかと今回のデータから考えることができました。私の方からは以上でございます。

○柴田座長

ありがとうございました。補償対象基準について、事務局、それから楠田構成員から説明がございましたけれども、これにつきまして、内容の確認、あるいはご意見等ありましたらどうぞご発言をいただきたいと思っております。

○樋口構成員

ありがとうございました。私の申し上げることは本論には関係がないことなのですが、改めて産科医学の先生方に日本がもう世界トップレベルの平均寿命に達している、超高齢社会というか、超長寿国だということの意味をこういうデータを拝見するときにつくづく思います。つい我々は、中高年の医療政策などが成功しているからだろうとか、高齢者の医療が発達しているからだろうと思っておりますけれども、それもそうだけれど実はこの新生児の死亡率が、これは文字どおり世界一低いということを知ってはおりますけれども、ついつい普段は忘れております。そして、世界最高水準の長寿国に達していることが産科医学の先生方、お医者さん、看護師、助産師の方々、色々な方々とで周産期医療というものがここまで発達しているからだということを、今日また改めて拝見して、つくづく思いましたので、どうぞもっと PR していただきたいと思っております。

ついでに申し上げますと、これは仕方がないのでしょうかね。新生児の周産期死亡率がこの通り、世界一低くなおかつ毎年低いほうを目指している。それに対して妊産婦の死亡率の方は、もちろん世界と比較すれば低いのですが、本当に最低のところができるかどうかと、我々素人が思いました、こんなちっちゃい赤ん坊が生まれてくるよりは、大人になった人の救命率の方が高いような気がするんですけど、その辺もし一言でおっしゃっていただけるんだったら教えて下さい。そうでなかったら周産期医療の発達に敬意を表するというところでございます。

○楠田構成員

今の樋口構成員の最初のコメントに、コメントさせていただいてその妊産婦死亡に関しましては、木村構成員がいらっしゃいますので、この後お答えしていただこうと思っておりますがよろしいですか。

最初の日本の新生児死亡率が低いということとそれからご指摘いただいた、長寿の関係ですけども、実は、いわゆる平均寿命というのは、生まれたての新生児の平均余命ですね。ですから、新生児が生まれたときに、あと何年生きるかというのが平均寿命で平均余命なので、実は新生児の時期に亡くなると、どんどん平均寿命が短くなるのですね。ですから、実は日本の平均寿命はもうまさにおっしゃられた通り、長いのは新生児死亡率が低いからで平均寿命と新生児死亡率の間には明らかに正の相関があって、ですから日本が長寿国と言っていますけれども実は平均寿命が長いのは、おっしゃる通り周産期医療の進歩で、新生児が亡くならないというのもかなり大きな要因です。なるべく我々はアピールするようにはしておりますけれども、ご指摘の通りです。はい。我々としては、もうまさに新生児を少しでも救いたいという気持ちでおります。以上です。

○木村構成員

ありがとうございます。2 ページ目の資料でございますが、このグラフはですね、グラフ間で、実は分母がちょっと違ってございまして、新生児死亡は出生 1,000 に対して、それから妊産婦死亡は 10 万出生に対してでございます。ですので、割合としては日本の妊産婦死亡は 10 万に対して 4 を割るというレベルになってございます。この 10 万に対して 4 という数字はですね、国際的に見てもかなりいいほうでございまして、おそらく人口 1 億人以上の国の中では最良であろうと思います。ただこの妊産婦死亡に関しましては、一応、出産後の限られた日の中で計算しておりまして、今少し話題になっておりますのは、42 日という限られた日より後の 1 年ぐらいの間に、自殺とかそういったものがちょっと多いと。あるいはこれと同じぐらいの数の割合の方がそのようなことになっているということで、妊産婦の精神医療ならびに子育ての環境等の整備の重要性を今認識しているところでございます。ありがとうございます。

○樋口構成員

ありがとうございました。

○柴田座長

はいどうぞ、勝村構成員。

○勝村構成員

ちょっと水を差すようで申し訳ないんですけども、楠田構成員のご説明で死亡率が下がっていることで早産児の医療がより進歩しており、さらにその早産児の医療が色々な難しい局面をすごく頑張っ
てやっていただいているということにももちろん同意をしますし、この産科医療補償制度ができたこと
もあり、日本の産科医療も非常に良くなってきているということは、僕も認識しているところですが、
私も従来からずっとこの意見は、色々なところで言っているんですけども、死亡率を世界と比較して
の産科医療の質を論じるのは、僕はよくないと思っています。というのは、私の子供の話はあまりす
べきじゃないですが、30 年前ですけども、自分の子供は陣痛促進剤の被害で生まれ、過剰投与によ
り低酸素脳症で、本当に長い時間放置されたので生まれたときは心臓も呼吸も止まっていたんですけ
れども、心臓だけ後に動いて 9 日後に腎不全で亡くなっています。周産期死亡率の一番多いのは、生後
1 週間までに亡くなった子供をカウントするのですが、完全に死んで産まれた子供も 9 日後に腎不全で
死んでいるという形になっており、私の子供は、それで僕は医療裁判を起こすのですが、日本の産科
医療は周産期死亡率が世界に比べて低いから素晴らしいんだと言われるたびに、僕は非常に複雑な思
いになったわけです。そのあと僕は三人目の子供もダブルセットアップで、一人目の子供の最後の緊
急帝王切開の傷跡で亡くなりますけど、子宮が破裂して低酸素脳症で亡くなるんですけども、重度脳
性麻痺で 2 年半寝たきりで NICU のお世話になっています。一度も退院することができずに。それも明
らかに医療事故の一つだったわけですけども、全くどの死亡率にも入りません。そういう子供たち
が、日本では医療訴訟で頑張ってきたり、医療の被害者たちが医療の再発防止を、願って戦ってき
ているときに、常に言われてきたことは、日本は世界の中で死亡率が低いんだと。日本の死亡率が低い
ということは、昔からずっと、お産のときの事故で寝たきりで全くコミュニケーションができないま
ま、一度も退院できずにそのまま亡くなっていく、長期に寝たきりになっているということが日本は
欧米に比べて多いからなのではないかと思ってます。どちらがいいのかという議論をここでするつも
りはありませんが、そういうのが日本は多く欧米は少ないということがあると思います。3 年ほど前に
無痛分娩で事故に遭ってカミングアウトした方が関西で一気に 6 家族ぐらい出てきたときに、母子です
から 6 家族でその 1.5 倍ぐらいの数の母子に被害が出ましたけれども、多くの方がこの 3 年の間にも亡
くなられたりしているんですけど、全てあらゆる死亡率に入ってなかったという報道を見ました。つ
まり、産科の事故で亡くなって、全部退院できていない。周産期死亡率も、妊産婦死亡率も 42 日以内
に亡くなった方ですけど、産科の事故で亡くなっているお母様は数ヶ月とか 1 年とか、コミュニケー
ションできないまま病院に寝たきりで、退院できないまま亡くなっている方の方が、僕の知る限りでは
最近でも多い印象です。なので、この制度自体がなぜ産科で、なぜ重度の脳性麻痺の子供だけなのか、
なぜ死亡している人を対象にしていないのか、ということを見ると、やっぱりそれが本質であって、

非常に新生児科の先生方も頑張っていたいただいて、早産児であれなんであれ、少しでも一生懸命やっってもらっているということは、僕は基本的にいいことだと思っているんですけど、だからこそ、死亡率だけで医療が世界と比べてどうだというような短絡的な議論は避けていただきたいと思いますし、それは多くの、これまでの事故の被害者たちに対してちょっと非常に失礼な形になると僕は思います。本質と関係ない話で申し訳ありませんが、以上です。

○柴田座長

ありがとうございました。はいどうぞ、楠田構成員。

○楠田構成員

楠田ですけれど、今、勝村構成員の言われました通り、本当にその通りで、私もこの資料を説明するときに申し上げましたけれども、いわゆる周産期医療、母子保健のレベルをあらわすのは死亡率なんですね。これは我々としては、これしか使うものがないので、これを国際比較に使っておりますけれども、正確には今はクエリ (QALY) と呼んでおり、いわゆる生活の質を合わせたライフイヤー、どのぐらい生活の質を保って、その方が生存できるかというのを本当は使わないといけないんですけども、残念ながらそういうデータが簡単には手に入らないですし、それは研究レベルなので、それで最初に申し上げたように、とりあえずこの死亡率で我々は周産期医療を評価しているというのが現状です。おっしゃる通りだと思います。ただ一つ、おっしゃられたその新生児死亡率は低いけれども、それは単にその亡くなる方を先送りしているのではないかということに関しましては、これは我々も大きな懸念で、実は、乳児死亡率も世界で一番低いですけども、そのあとの 1~4 歳、あるいは 5 歳以上の子供の死亡率はどうかというので、実は、それも我々で調べたんですね。そうすると、日本は新生児あるいは乳児死亡率が低いだけではなくて、そのあとも明らかに死亡率は減ってきておりますので、単に先送りしているのではなくて、やっぱり全体のレベルが下がっていると言えます。これはやはり残念ながら死亡率しかデータがございませんけれども、死亡の先送りではなく全体に改善しているというのを、ある程度確かめておりますので、単なる見かけ上の改善あるいは進歩ではなくて、いわゆる全体が改善していると言えると考えております。

○柴田座長

ありがとうございました。周産期死亡の関係、周産期医療の進歩ということでデータを示していただきましたけれども、やっぱりそこにはまだまだ見るときに、もうちょっと別の観点から気をつけなくてはいけないものがあるのだというお話だったと思います。そこはこれからも我々も頭に置きながら、考えていかなければいけないかなと思っています。今のテーマの最大の課題というのは、補償対象基準の見直しをどうするかということだと思うんですけども、これについては事務局からも、資料の 19 ページで説明がありましたけれども、だんだん時間も迫っていますので、この辺で何か 19 ページの事務局から説明があった内容について、はい。島崎構成員、どうぞ。

○島崎構成員

すみません。途中で退席をいたしますのでお許しをいただきたいと思います。19 ページに関して、私はメディカルドクターでありませんので、細かいところまで完璧に理解しているかどうかは疑問ですが、個別審査において低酸素状況を要件としていることについて、これが医学的に見て合理性がない、あるいは乏しくなっていることが大方の医学界におけるコンセンサスということであれば是正すべきかと思えます。それが 19 ページの補償対象基準についての意見でございます。もう一つ、先ほどの勝村構成員のご質問とも関係します。話を蒸し返すつもりはないのですが、一つ考え方の確認をさせていただきたいと思います。戻っていただき 9 ページでございます。本制度の補償対象者の考え方として、分娩による脳性麻痺ということを対象にしているわけですが、そもそも保険事故について考えるときに、一番重篤な事故は何かというと、死亡が頭に浮かびます。脳性麻痺も重篤な障害であることは間違いありませんが、例えば子の死亡あるいは母体死亡が起きたときに、それが一番悲惨というか最も重篤なリスクの発現と捉えるのが、保険学的には普通だろうと思います。そもそも産科医療補償制度の基本的な設計において、こうした死亡が対象になっていないことについて、これは制度発足の

時からの基本的な問題・論点だと思いますが、どういう考え方なのか今更ながらという話かもしれませんが、ご教示いただきたいと思えます。

○柴田座長

事務局もしかしたらこういう議論というのは、今までもあったかもしれませんが、仮にあれば、その辺の紹介も含めて、どう整理したらいいのかご説明して下さい。

○事務局

はい。それでは事務局からお答え申し上げます。島崎構成員がおっしゃっていただいた死亡も含めた、その他の補償でございますけれども、制度創設時におきましても、もともと理想像としては、全医療に無過失補償制度を実施することが望ましいという見解もございましたが、緊急性や財源の問題があったかと想定されますが、脳性麻痺の補償の方が優先されるとされ、自民党の検討会で示した枠組みにおきまして、補償対象は所定の脳性麻痺とされた経緯がございます。その後も今お話がありました母体死亡につきましては、本来の制度の趣旨に合致して、産科医療の質の向上であったり、紛争防止早期解決に繋がるとの意見が制度関係者からも出されたこともございますけれども、他方で、この制度の目的の一つは、脳性麻痺児の看護介護費用に係る経済的負担の軽減であって、母体死亡を補償する場合は目的の一部と相反するのではないかとといったご意見とか、死産であったり、乳児死亡であったり、あと母体の後遺障害との整理も必要ではないかとといったご意見であったり、あと医療事故調査制度との切り分けについても整理が必要でないかといったような課題も指摘されている状況でございます。いずれにおきましても、産科医療全体の問題として、重要な視点であると認識しているところでございます。以上でございます。

○柴田座長

島崎構成員、今説明ありましたけど、いかがですか。

○島崎構成員

率直に言うと、もう一つ得心がいかないところがありますが、色々な議論があったということは分かりました。ごく普通に常識的に考えると違和感があるという印象を持ちました。それ以上は申し上げません。以上です。

○柴田座長

ありがとうございます。その他、五十嵐構成員どうぞ。

○五十嵐構成員

すみません。議論が長くなっておりますので、手短かに低酸素要件の関係だけ申し上げます。楠田構成員、ご報告ありがとうございました。

制度が始まったときに、アメリカの ACOG の基準をそのまま日本に持ってきてどうなんだろうかという議論もあったと思えます。日本では当時はまだ低酸素を、臍帯血液ガスも測っていないような分娩機関もありましたし、アプガースコアの評価についてもどれほどの信頼性があるのかという議論は特に患者側の弁護士の中では色々ありました。

新生児医療が非常に進んでですね、色々な統計が正確に出される中で、低酸素要件にはあまり合理性はないということが今日のご発表で非常に明確になったんじゃないかなと理解をいたしまして、大変これはこの産科医療補償制度の見直しということについて重要な報告をいただいたと思えます。ありがとうございます。

○柴田座長

ありがとうございます。その他の補償基準、補償対象基準の見直しの方向性について、ご意見ありますでしょうか。よろしいですか。それではこの場では事務局の整理に沿って考えていくという形にしていきたいと思えます。それでは、次ですが、次の議事に除外基準とそれから重症度基準して資料1の4. (2)と(3)補償申請期間について、説明を事務局から求めて議論をしたいと思えます。事務局お願いします。

○事務局

はい。それでは資料1の20ページをお開きいただけますでしょうか。右下20ページでございます。こちら(2)除外基準重症度基準についてご説明をいたします。まず、ア 除外基準・重症度基準の考え方でございます。一つ目の○は、除外基準についてですが、子供の先天性要因および新生児期の要因に起因する脳性麻痺は、分娩に係る医療事故により生じた脳性麻痺とは考えにくいことから、両側性の広範な脳奇形や染色体異常、遺伝子異常等による脳性麻痺また分娩後の感染症等による脳性麻痺は、除外基準を設けて補償対象としないこととされました。二つ目の○ですが、重症度の基準についてでございます。準備委員会におきまして、特に看護・介護の必要性が高い重症者を補償対象とするとして、調査専門委員会においてその範囲を概ね身体障害者障害程度等級1級2級に相当するとされており、三つ目の○でございますが、2015年の制度改定における整理ですが、除外基準および重症度基準について、基準の明確化や周知に係る課題が提起されまして、補償対象可否判断を行う審査委員会等において、実務的に検討し、その結果を踏まえてこれらの基準の考え方や、補償対象範囲が分かりやすく理解できるような周知を徹底するとされました。次にその下、イ 除外基準重症度基準に関する審査委員会の対応状況でございます。2015年制度改定における整理を踏まえまして、除外基準および重症度基準の考え方や補償対象範囲などが分かりやすく理解できるよう、関係者へ広く周知を行っているところでございます。お手元の参考資料1と参考資料2を下にお付けしてございますけれども、こちらの補償対象となる脳性麻痺の基準の解説、また補償対象に関する参考事例集、これらを作成し、広く周知を行っているところでございます。続きまして本体資料のウ 除外基準重症度基準に関する見直しの方向性でございます。一つ目の○ですが、2015年の制度改定時と同様に、現行の除外基準および重症度基準の変更に係る課題はなく、現時点においても特に問題等が生じていないため、今回の見直しにおいても、現行の除外基準および重症度基準を維持してはどうかと考えております。二つ目の○ですが、医学の進歩によりこれまで知られていなかった、除外基準に該当するような新しい疾患等が明らかとなった場合は、審査委員会等で実務的に検討し、その結果を踏まえて基準の考え方や補償対象範囲等が分かりやすく理解できるような周知を徹底していくことでどうかと考えております。続きまして21ページをご覧ください。(3)その他補償申請期間についてご説明をいたします。まず、ア 補償申請期間の考え方でございます。一つ目の○ですが、制度創設時の調査専門委員会におきまして、重度脳性麻痺の診断が可能となる時期について検討が行われ、補償申請期間は満1歳から5歳までの誕生日まで、ただし、極めて重症で診断が可能な場合は、生後6ヶ月からの申請が可能とされました。これは生後6ヶ月程度経たないと重度脳性麻痺であるとの診断が困難であると判断されていたことが背景の一つに挙げられます。その後の2015年の制度改定の検討にあたりましては、医学的調査専門委員会にて本制度の補償申請時に脳性麻痺の診断書作成いただく診断協力医を対象にアンケート調査を実施し、その結果、早期診断の時期としては、医学的には生後3ヶ月が目安と考えられる。生後6ヶ月未満での補償対象を認める場合は、補償期間中に児が死亡する事例の増加に繋がるので、そのことによる本制度との関係も含めた検討が望まれるとされました。これを受けてさらに審査委員会や改めて診断協力医に対し、補償申請期間早期化の必要性についてアンケート調査を実施しております。その結果が●(黒いマル)で列挙している内容でございますけれども、見直しを行わない案を支持する意見もありまして双方の意見の一致を図ることが困難でございました。二つ目の○ですが、このため本件については、より慎重な対応を要するため、見直しを行わないとされ、併せて今後も診断に係る情報収集に努め、状況を精査し、重要な課題として検討を行うこととされました。22ページをご覧ください。本件に関連しまして現在把握できるデータを三つご紹介いたします。一つ目は、医師賠償責任保険における、生後6ヶ月未満での死亡事例の脳性麻痺事例についてでございます。ご覧のページは、医師賠償責任保険における損害賠償請求件数ですが、子供が生後6ヶ月未満で亡くなった脳性麻痺事例は、表にあります通りほとんど確認されませんでした。具体的には、生後6ヶ月未満で亡くなった脳性麻痺事例は合計5件となっておりまして、赤枠で囲んでおります3ヶ月から6ヶ月未満では1件となっておりました。続きまして23ページをご覧ください。こちらの資料の上段の方が人口動態統計の生存期間別に見た乳児死因簡単分類別乳児死亡数でございます。こちらは生後4週以上、1年未満の乳

児死亡率となりますが、表の上段にあります、脳性麻痺に分類されているのは、毎年 1、2 件程度となっております。例えば表の中段の出生時仮死など、他の分類でも制度の対象となる可能性がございますが、いずれにせよ多くはない状況かと思えます。資料下段は、脳性麻痺児の実態把握に関する疫学調査の結果における、生後 6 ヶ月未満で亡くなった症例でございます。この疫学調査の結果でございますけれども、前回第 2 回の検討会で参考資料としてお付けしておりますが、全国的な脳性麻痺児の現況を明らかにすべく、鳥取県、徳島県、栃木県並びにその近隣地域で脳性麻痺の医療療養を担う諸機関の協力を得て実施したものでございます。調査対象 3 県で 2009 年から 2013 年の間に出生した脳性麻痺児全 231 件のうち、生後 6 ヶ月未満で亡くなった症例は 2 件ございましたが、いずれも除外基準に該当すると考えられる症例でした。データは以上となりますけれども 6 ヶ月未満で亡くなった脳性麻痺事例の詳細なデータはまだ十分とは言えない状況でございます。それでは 24 ページをご覧ください。イ 補償申請期間の主な論点でございます。一つ目の○ですが、脳性麻痺を早期に診断することは医学的に困難な場合もあり、診断医にとって診断書作成の負担の増加や、生後間もない子供にとって検査等による身体的負担にも繋がるため、慎重に検討する必要があるのではないかと考えております。二つ目の○ですが、仮に生後 3 ヶ月に早めた場合、生後 3 ヶ月から 6 ヶ月に亡くなる子供を補償することになりますが、早期に亡くなる子供に対して死亡後に補償することについては、これまでも議論があったことから、慎重に検討する必要があるのではないかと考えております。次にその下、ウ補償申請期間に関する見直しの方向性でございます。2015 年の見直し以降に補償申請期間に関する新たな課題が生じていないこと。また主な論点でご説明した通り、慎重に対応する必要があること、また現状では生後 6 ヶ月未満で亡くなった脳性麻痺事例の詳細なデータがないことなどから、現時点では現行通りとし、引き続き検討課題として対応していくことではいかかかと考えております。説明は以上となります。

○柴田座長

ありがとうございます。今の事務局の説明および方向性として、除外基準・重症度基準については 20 ページ、補償申請期間については、24 ページに見直しの方向性が書かれておりますが、これについて事務局の説明と方向性についてご意見をいただければと思います。どうぞ。

○木村構成員

木村でございます。先ほどのちょっと議論ともかぶるんで除外基準のところなんですけど、個別審査で低酸素に関わる案件が外れたとありましたが、これは ACOG の考え方というのは、分娩直近に起こったイベントで低酸素脳症が起こったということを証明するための条件でございますので、それが分娩直近でないイベントで起こった場合も補償しようという精神だと理解しております。ですからそれはやはり除外基準とかいう形にはならないというふうに思います。ただ逆に、低酸素の条件が分娩、いわゆる分娩と直接的に関わる脳性麻痺あるいは分娩のマネジメントがもしよければ脳性麻痺にならなかったという方を指すわけではないということをご理解をいただきたいと思います。ACOG の基準で起こるものは大体 10%ぐらいと言われておりますし、その程度しか分娩のマネジメントで改善できるものはないというのが国際的な標準的な考え方だと思いますので、除外基準に関してはそういったところもあると理解しております。ありがとうございます。

○柴田座長

いいですか。

○五十嵐構成員

すみません。これはご質問なんですけれども、22 ページの医師賠償責任保険の統計を出していただけてるんですけども、これ質問二つありまして、一つは、訴訟案件だけなのか、あるいはその訴訟に至らない提訴前の話し合いで終わった事案も含まれているのか、もう一つは脳性麻痺の事例と書かれているので、生まれて間もなく脳性麻痺という診断をされないままに亡くなるケースというのも多くさんあると思われまして、この統計は脳性麻痺と赤ちゃんが診断された事例だけをピックアップしているという理解でよいのかその 2 点を確認させて下さい。

○柴田座長

どうぞ。

○事務局

はい。事務局からお答えいたします。まず一点目、このデータに訴訟以外のデータも入っているかということでございますけれども、訴訟以外のデータも入ってございます。保険金請求された事例でございます。二点目、脳性麻痺の案件をどう捉えるかなんですけれども、実は先ほど説明はさせていただいてないんですけれども、この 22 ページの下の点線の中の留意点の一つ目の○の真ん中ぐらいなんですけれども、医師賠償責任保険の事例のうち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を、脳性麻痺とみなして集計したものでございまして、そういう意味では先生おっしゃる通り、明確に脳性麻痺を把握することができないものですから、今回最大限努力して、みなしでこれらをピックアップしたものでございます。以上でございます。

○柴田座長

よろしいですか。

○勝村構成員

例えば 24 ページなんですけど、補償を 6 ヶ月と 3 ヶ月で私は前回の見直しの議論のときにも、3 ヶ月にしてはどうかという意見を強く述べさせていただきましたが、ここに書いてることの確認なんですけど、補償申請期間を 6 ヶ月か 3 ヶ月かという話と、補償対象が 6 ヶ月以上生きている子なのか、3 ヶ月以上生きている子なのかということの違いとか、整理とか、つまり申請をすることが可能な期間と、この制度の補償対象になるために、生後何ヶ月以上生きている子が対象なのかということのニュアンスの違いと言葉の理解の仕方の整理を教えていただければと思います。

○柴田座長

事務局どうですか。

○事務局

はい。制度のルール上は、現在は、生後 6 ヶ月から申請が可能とされています。もし今回の論点で、例えば 3 ヶ月になれば、生後 3 ヶ月から申請が可能となりますので、3 ヶ月から 4 ヶ月目でも申請できずし、1 年後でももちろん申請できるということで制度としてはその期間だけを規定しているというものでございます。ただ、ここの論点で一番重要なのは 3 ヶ月までに広げるということは、3 ヶ月から 6 ヶ月の間に亡くなった子が今は申請する機会がございませんので、3 ヶ月に下げますと、その子たちが新たに対象になるところが大きく変わるところかなと思います。

○勝村構成員

分かりました。確認なんですけど例えば現行では 6 ヶ月以上なので、7 ヶ月目で亡くなってしまった子供がいた場合に、その子の申請を例えば 10 ヶ月後にしたとしても、申請は受けられるという理解でいいわけですね。

○柴田座長

事務局どうぞ。

○事務局

はい、おっしゃる通りでございます。

○勝村構成員

ということは、この書き方は、補償申請期間を生後 6 ヶ月から生後 3 ヶ月に変えるという論点を書いているんですけど言い換えれば、今までは申請の対象となりうるのが生後 6 ヶ月以上生きていた子だったのが、対象が 3 ヶ月以降に変わるという文章だと理解していいということですか。

○事務局

そのように理解していただいて結構です。

○柴田座長

よろしいですか。そのように理解して下さい。

○勝村構成員

分かりました。ありがとうございます。改めてですが、前回の見直しの議論の際にはこの議論を私はかなり主張しており、今回も論点として挙げていただいております。制度の開始のときに、6ヶ月で線を区切るっていう決断をした議論のときは、データがない中で3ヶ月としてしまうと、予算の関係もあり、また色々なことで分からない状況であったので、とりあえず試行錯誤しながら始めていくという意味での6ヶ月という数字であったと思います。このように5年ごとぐらいに色々データが集まり見直しの議論をしていただいていることは非常に素晴らしいと思っています。その上で、当初危惧していたように、6ヶ月という数字を3ヶ月にしたところで、ドラスティックに大変なことが起こる可能性は随分減ってきているのではないですか。例えば、ずっと重度脳性麻痺で寝たきりの子が、例えば肺炎が悪化して亡くなってしまうというのがたまたま5ヶ月目だったのか7ヶ月目だったのかということで、その6ヶ月という数字がそれほど意味を持たないようであり、3ヶ月だったら2ヶ月なのか3ヶ月なのかと話がもう切りがなくなります。今説明していただいたものを総括すると3ヶ月という数字が色々な資料を見ても合理的というか、そのことで大きく制度が色々な意味で、根本的に変わってしまうようなことも想定しにくくなってきている中で、むやみに6ヶ月という当初の数字にこだわるよりは、3ヶ月という数字に変えることができればいいと思います。

○柴田座長

はい。ありがとうございました。私の理解がもしかしたら間違ってるかもしれませんが、24ページの補償申請期間に関する見直しの方向性、事務局が示してくれているのは、今のところ申請期間に関する新たな課題が生じてないことを主な論点の通り、慎重に対応する必要があること、現状では詳細なデータがないことから、現時点では現行通りとしますけれども、引き続き課題として検討を行うこととしてはどうかとあります。これは私の解釈が間違ったらまた直してもらえばいいんですけども、勝村構成員の今のご意見のお話もありますし、ある程度このデータをそろえて今後検討していくという理解でいいのでしょうか。

○事務局

事務局でございます。そのような方向で考えてまいりたいと思います。どのようなデータが取れるかも含めて検討していく必要があるかと思っておりますけれども、やはりまた精緻なデータが足りない部分もございますので、しっかり検討してまいりたいと思います。以上です。

○勝村構成員

ありがとうございます。世界的にも非常に先を行ってる制度だと思っておりますので、試行錯誤がどうしてもあると思います。遅くとも5年後までに見直しの議論をしていただけて、そのときには実現していただけるかもしれませんが、できれば今回の議論の中でもしていただければありがたいと思います。もう一つだけ、24ページに書かれていることは補償申請期間に関する新たな課題が生じていないということですけど、その補償対象として、6ヶ月で切られているということに関して課題が生じているかどうかは分からないと思います。徐々にデータが少しずつ集まっていますが、6ヶ月以上だけを対象にしたままで、精緻なデータが完全に集まるまでと言っているといつまでもできないと思います。これはパラドックスで、3ヶ月以上をも対象にするからデータが集まってくるということがあるわけです。だからといっていきなり3ヶ月にするのは色々不安があるってというのが当初だったと思います。より多くデータを集めていただくことは構わないと思いますが、データが集まるまでやらないというのは考え方としておかしく、現状の中での根拠のない矛盾の一つではないかなと思います。大体の情報が集まればやってみて、問題があればまた見直しをしていけばいいわけなので、積極的に一旦3ヶ月に変更するというのもやってもいい時期にきているのではないかなというのが私の意見です。

○柴田座長

ありがとうございました。今のご意見は議事録にも残ってきますし、それから実際に検討するとなったら、実態はどうなのかとの、また今のこの検討会でも大きな課題になっていますけれども、お金の負担をどうするのかとか、総合的に考えていかないといけないと思います。今回はなかなか手を付けにくいと思いますが、今後の課題はしっかり議事録に残しますので、それをベースに、折々に

議論をしていきたいと思ひます。その他どうですか。

それではこの場ではとりあえず除外基準・重症度基準、それから補償申請期間、今、勝村構成員からお話があったことも含めてですけれども、この方向性で取組んでいくということで整理をしたいと思ひます。それでは次ですが、最後に産科医療補償制度の補償対象基準の見直し、どう見直すのかということ、見直した結果、補償対象者数および保険料の水準がどうなるのかということについて、事務局から説明をいただいて、そのあとに村上参考人から資料3のご説明をお願いしたいと思ひます。それではお願ひします。

○事務局

はい。それでは、資料1の25ページをお開き下さい。こちら5. 産科医療補償制度の補償対象基準の一部見直し案についてご説明をいたします。一つ目の○でございますけれども、本制度は分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児の経済的負担を補償するとともに、原因分析を行い、再発防止に資する情報提供をすることなどにより、紛争防止の早期解決や、産科医療の質の向上を図ることを目的に運営されております。二つ目の○ですが、一方で、2009年から2014年までに生まれた子供の審査実績を分析したところ、個別審査では補償対象外が約50%あり、また、個別審査で補償対象外とされた子供の約99%で、帝王切開または分娩に関連する事象が認められ、医学的には分娩に関連する脳性麻痺と考えられる事案でありながら、補償対象外となっていることが分かりました。三つ目の○ですが、28週以上の早産児については、近年の周産期医療が進歩し、医学的には未熟性による脳性麻痺はなくなり、実際の医療現場においては成熟児と同じような医療が行われているという状況でございます。これらの課題が生じていることから、本制度が信頼され、安定的に運営されるよう、下表の通り、補償対象基準について現行の個別審査で用いている低酸素要件を廃止し、在胎週数が28週以上であることとする一部見直しを行いたいと考えております。なお除外基準重症度基準につきましては現行と同様とし、全ての事案に引き続き適用されます。続きまして、26ページをご覧ください。6. 見直し後の補償対象者数および保険料水準についてご説明をいたします。(1) 補償対象基準の見直し案についてですが、先ほどご説明しました通り、補償対象基準は、在胎週数が28週以上であることとし、除外基準および重症度基準は現行と同様とし、適用時期は2022年1月以降の分娩からを目指したいと考えております。次に(2) 補償対象者数および保険料水準についてでございます。後程村上参考人より詳細にご説明をいただきますが、全国の6年間の制度実績、および今回基準が変更となる個別審査部分については、制度実績がそのまま使えませんので、脳性麻痺児の実態把握に関する疫学調査に基づき推計を行うのが妥当と考えます。その場合、補償対象者数は455人でありまして、推定区間は380人から549人となります。なお最下段に参考として記載しておりますけれども、2015年の出生児の補償対象者数の予測値見込み値は387名でありまして、出生数が異なりますので単純比較はできませんけれども、補償対象者数は、現行制度と比較して概ね60人程度増える見込みとなります。また補償対象者数の推計値および事務経費約25億円から算出される保険料水準は2万2千円となります。続きまして27ページをご覧ください。(3) 産科医療補償制度の収支状況についてでございます。こちらは保険料算出のために2022年の事務経費の見込みを立てたものとなります。収入保険料は約178億円で、評価機構の事務経費は約13億4千万円です。保険会社の物件費は約2億6千万円、人件費は約3億3千万円です。制度変動リスク対策費は約5億3千万円であり、事務経費の合計で約25億円を見込んでおります。2015年から2019年平均との対比では、約1億円減少する見込みでございます。なお表の上段の評価機構の事務経費でございますけれども、2015年から2019年平均との対比で増加しておりますが、こちらは今回の改定で審査件数や補償対象件数が増加いたしますので、これに伴い、原因分析報告書の作成件数や、再発防止のための分析対象事例数等が増加することによるものでございます。なお実際に必要となる事務経費につきましては、毎年予算立てを行って見直しをしておりますので、これは事務経費の上限値との認識でございます。事務局からの説明は以上となります。

○柴田座長

ありがとうございました。それでは村上参考人から資料3の説明をお願いしたいと思ひます。

○村上参考人

それでは発表したいと思います。村上でございます。冒頭にご説明があったかと思いますが、東邦大学にて医療統計学の研究をしております。第三者の立場として、見直し後の補償対象者数の推計の算出の依頼を受けましたので、推計および算出方法についてご説明したいと思います。それでは、資料3をご覧ください。制度見直し後の補償対象者数の推計の算出と書かれてるものでございます。開いていただきますと、2ページ目に推計区間の算出方法についてという表がございます。今回、補償対象基準の一部見直し後の補償対象者数の推計をするわけですが、それに用いたデータとして、この推計値の算出基礎データと書かれました一般審査部分、これは全国6年間の制度実績、それから見直し後の個別審査部分、これは、脳性麻痺児の全国把握に関する疫学調査の5年分のデータを用いたということになります。推計値の算出方法ですが、ここに考え方と計算方法を示しましたが、それを分かりやすく示したものを3ページ4ページに示しますので、こちらを用いて説明したいと思います。まず推計区間の算出の概念図、これは一般審査部分について、特に抜き出して書かれたものですが、概念図ですね、こちらの説明をします。それでここに示されたグラフですが、棒グラフが、補償対象者数、2009年から2014年のデータがあるということですね。この6年間の棒グラフが示されています。それでデータを用いまして、100万人当たりの補償対象者数というのが計算しますと、これが赤四角で囲まれている真ん中辺にありますけれども、100万人当たり282人となります。この100万人当たり282人と、このデータを使いまして、直近の出生数、これは84万7,823人いるわけですが、これにかけ合わせまして、求めたものが、この2021年、点線の赤枠で示されてますけれども、このデータになりまして、具体的には、239人になるというわけです。それでこれ239人というのは、点推定値ですので、それに幅をつけるという意味で、95%信頼区間をつけたということになります。それでそれを具体的に示したものが、四ページ目、見直し後の対象、補償対象基準の審査部分の推計の概念図というものになります。今私が計算ですね、率に、それから出生数とかけ合わせたというものを示したのが、この一番上に示されてる一般審査基準の補償対象者数推計と書かれてこの赤のこのベルシェーブですが、分布になります。それでこういう場合には、通常ポアソン分布を使いますので、ポアソン分布で信頼区間をつけると、信頼区間の下限、下の限界ですが、それが228人です。上の上限が、250人になると、そういうものをこの赤の分布が示しているわけです。さらにこの個別審査基準のデータを加えたものが、この下の青い分です。青い分布は信頼区間の一般審査基準の信頼区間の下限を中心にして、個別審査基準を当てはめたもので、それが左上にあります。注意点ですが、点推定値を使って分布を書いたもの、そして上限を使って分布を書いたもの。この三つが出てくるわけです。それぞれ見比べて範囲を示しますと、これは一般審査基準と個別審査基準が両方ありますので、範囲としては、ここに示された380から、549というような矢印が書かれてて最終的にこの右側の右側の真ん中に書かれてる図、補償対象者数推計ということになりまして、380から549、それで注意点が、455となるということで先ほど計算に用いられました、上限値である549も出てくるということになります。以上でご説明は終わります。

○柴田座長

ありがとうございます。今の事務局とそれから村上参考人から、産科医療補償制度の補償対象基準の見直し案それから見直したら補償対象者数がどのぐらいなのか、保険料水準がどのぐらいになるのかという説明をいただきましたけれども、どうぞご質問ご意見ありましたらお願いいたします。幸野構成員どうですか。

○幸野構成員

はい。拠出者としての意見を申し上げます。まず今日のメインの議題であります、補償対象基準の見直しにつきましては、今までの実績による詳細なエビデンス、それから楠田先生のご研究でよく分かりました。現行基準ではなかなか対象者を見極めることが医学的に困難だということで、事務局が提示された見直し案に賛同致します。また、除外基準・重症度基準につきましても、現行基準を維持するという方向性を支持致しますし、補償申請期間については今後の検討ということで賛成申し上げます。

す。それから私は抛出者の立場ですので、メインとなります 26、27 ページについて、今後の議論に資するための意見を申し上げたいと思います。本日のメインの議題ではないのですが、先ほど村上参考人からご説明がありました補償対象者数の現在の実績に基づいた今後の推計というところについては理解いたしました。現時点では、この推計で保険料を見直していくことが妥当だと思います。ただし、実績は累積されていきますので、今後累積されていくに従ってこれも定期的にやはり見直していくべきではないかと思います。また、26 ページの算出方式に記載されている事務経費額について、27 ページに詳細が出ておりますので、次回以降の議論に資するために意見を申し上げます。前回も申し上げましたが、26 ページに記載されている事務経費 25 億円ですが、これは 25 億円を維持するというのではなくて、先ほど上限という表現も使われましたが、仮置きとして私どもも同じ認識を持っております。これは仮に置いた数字で、引き続き機構あるいは保険会社におかれましては、業務効率化を進めて経費圧縮をし、25 億円を上限として更なる削減を図っていただきたいと思っておりますし、事務局からの説明にもありましたが、毎年予算の説明をいただく際には、ぜひ事務経費について詳細にご提示いただきたいと思っております。それから今回の見直し案で、補償対象基準が拡大された場合、対象者数は約 60 名ぐらい増加すると説明がありましたが、当然対象者数が増加すれば、審査件数や原因分析、また補償事務に関連する費用なども連動して増えていくということも想定されますが、それに合わせて事務経費も上がっていくということではなくて、例えば今後の審査委員会とか原因分析委員会については、効率化という業務改善を行うことによって、1 件当たりの費用の圧縮に努めていただき、事務経費の 25 億円を上限としてできるだけ圧縮していただきたいと思っております。それから、もう 1 点ございます。これは今日オブザーバーでご出席いただいている厚労省にお願いでございます。前回も少し後半の部分で触れたのですが、補助金についてのお願いであります。先ほど楠田構成員のプレゼンでもございましたように、日本の産科医療につきましましては、世界でのトップレベルというところがありましたが、これは今まで行われてきたこの制度における原因分析とか、再発防止の取り組みの成果も一部あると理解しております。それであれば、これを維持あるいはさらに向上させていくために、国のやっっていくべき役割というのは、非常に重要であって、これをさらに進展させていくためにも、今行われている補助額は約 1 億円と聞いておりますが、要求額も 1 億円というご回答がありました。このような状況であるならば、厚労省におかれましては、予算要求の際に、来年度以降、1 億ではなく機構の方とご相談されて、もっと高い要求をされてもいいのではないかと思いますので、これは抛出者として、提案させていただきます。私からは以上でございます。

○柴田座長

ありがとうございました。増井参考人。

何か今幸野構成員からお話ありましたけれども、ご意見あったらどうぞお話下さい。

○増井参考人

協会けんぽとしての立場を申し上げます。今回お示しいただきましたその補償対象範囲を拡大する事務局案ですが、制度が開始されて蓄積された医学的エビデンスあるいは医療の進歩ということから、現在個別審査で低酸素脳症を要件としていることが、必ずしも合理性があるとは言えないということであると認識しております。また、対象拡大した場合であってもその保険料について、現行の 2 万 4 千円から 2 万 2 千円下がるということでございますので、協会けんぽとしては特に異論ございません。以上です。

○柴田座長

ありがとうございました。その他、ご意見がある構成員の皆様どうぞお願いします。よろしいですか。はいどうぞ。勝村構成員。

○勝村構成員

議論の方向性に異論があるわけではないんですけども、どの予算が用いられるかということも、私としては特に意見はないのですが、一言お願いしておきたいのは原因分析と再発防止に関しては、より充実させるようにしていただきたいということをお願いしておきたいと思っております。制度が始まってか

ら、予想していた対象者数よりもやや少なめだったとかですね、年々それが少なくなっていってるといっているのは前回も発言したかと思いますが、それまでは原因分析とかいうのは全くされなかったのに、全例で原因分析するんだということが報道されてこの制度が始まってるわけです。なので、その以前の推計値と比べて、やはりそこで、いい意味で緊張感があり質が高まってきて、そのあと本当に木村構成員や楠田構成員などが、多くの先生方のご努力で本当に原因分析、再発防止のサイクルをまわしてきて10年経ってるわけですから。これまでの補償対象者数の推計値の議論だと、その背景にある産科医療の質の向上に寄与している要因が入れられてないと考えています。それでは少し不本意で、本来、質の向上により対象者数が減っていくはずだと考え、その分、制度の開始当初は無理をせず少なめに対象を絞るが、将来的には質が向上するので、対象も拡大していけるんじゃないかみたいな議論があったと思います。これ以上どれだけ原因分析しても再発防止をしても、完璧だということっていうのは、ないと思います。なぜなら、医療は進歩し続けている面もありますし、それまでは救えなかった子ども、改めて進歩した医療水準の中では救われるということがあると思いますので、私はそういう意味でも、原因分析や再発防止の取組みが、財政面にもメリットとなることは間違いないと思って関わらせていただいています。そこを重視して、原因分析や再発防止の体制や予算をより充実させていくことをお願いしたいと思います。

○柴田座長

はい。効率化は大事だと思いますけれどもやっぱりこの制度を作ったその趣旨、また趣旨を生かせるようにすることも一方で考えながら取組む必要があると私は理解しました。それから、その他ご意見ございますでしょうか。それでは補償対象者数の推計、これ26ページに考え方出ておりますけれども、それから事務経費については27ページにも出ておりますけれども、事務経費については、安定的に運営していくためのいわば最大値として、毎年度考えて見ていくというようなお話だったと思いますけれども、こんな形で進めようかなと思っております。他にご意見ありますか。なければ、私の方から申し上げたいと思いますけれども次回は保険料の充当額と掛金について、見直し後どうするのかということとそれから検討会の取りまとめについて検討をしたいと思ってます。報道では、田村厚生労働大臣が、出産育児一時金の引き上げについて検討するようなご発言があったような報道がされてきました。この時期の報道ですから、よく分からないところでもありますけれども、検討会結果によっては、当然その出産育児一時金の金額の一部であるこの保険料をどうするかとなるわけですから、出産育児一時金の引き上げについての検討と関係は出てくるのではないかと思います。これを念頭に置きながら、次回以降に議論をしたいと思います。事務局から連絡事項があればおしゃって下さい。

○事務局

はい。次回第4回の検討会の開催日程でございますけれども、ご連絡の通り11月30日の月曜日、午後2時から4時を予定しておりますので、よろしく願いをいたします。以上でございます。

○柴田座長

第3回の産科医療補償制度の見直しに関する検討会を終わりたいと思います。皆様お忙しい中本当にありがとうございました。次回もどうぞよろしく願いいたします。