

第22回「産科医療補償制度運営委員会」会議録

日時：平成25年7月23日（火）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　事務局でございます。委員会を開始いたします前に、資料のご確認をお願い申し上げます。

まず、お手元に書類を配付させて頂いてございますけれども、一番上に第22回運営委員会委員出欠一覧がございます。次に、第22回運営委員会次第と議事資料がございます。

さらに、別添資料といたしまして資料1から9がございますので、ご確認いただきたいと思っております。資料1「産科医療補償制度見直しに係る中間報告書」、資料2「『産科医療補償制度見直しに係る中間報告書』の概要」、資料3は別冊子でございますけれども、「産科医療補償制度医学的調査専門委員会報告書」、資料4「『産科医療補償制度医学的調査専門委員会報告書』の概要」、資料5「補償申請の促進に向けた今後の取組み」、資料6「補償申請の促進に関する緊急対策会議委員一覧」、資料7「第3回産科医療補償制度再発防止に関する報告書」、資料8「『第3回産科医療補償制度再発防止に関する報告書』についてのお願い」、資料9「産科医療補償制度第3回再発防止に関する報告書の公表について」。

以上でございますが、資料の抜け、落丁等はないでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、定刻になりましたので、ただいまから第22回産科医療補償制度運営委員会第13回制度見直しの検討を開催いたします。

本日の委員の皆様のお出席状況につきましては、お手元の出欠一覧のとおりでございます。

なお、一部の委員の方から、若干、到着がお客様の旨、ご連絡をいただいております。

本日は、医学的調査専門委員会報告書を取りまとめたいただいた医学的調査専門委員会の委員長でいらっしゃいます多田先生にもお越しいただいておりますので、よろしくお願いいたします。

また、本日は、ご覧のとおり、報道関係者のカメラ撮りを多田先生よりの説明部分の冒頭まで予定しておりますので、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

それでは、議事進行を、これより小林委員長にお願い申し上げます。

○小林委員長　本日はご多忙の中、お集まりいただきまして、ありがとうございます。本日もご審議、よろしくお願いいたします。

産科医療補償制度の見直しにつきましては、平成24年2月より議論を開始しました。その中で、補償対象者数等が明らかでなくても議論が可能な課題である原因

分析のあり方、調整のあり方、紛争の防止、早期解決に向けた取り組みなどの各テーマについて、昨年9月以降、これまで8回にわたり、皆様に熱心にご討議いただきました。お陰をもちまして、このたび中間報告書を取りまとめることができました。委員の皆様には、改めてこれまでのご審議に感謝いたします。中間報告書につきましては、事務局より委員会メンバー、関係団体、加入分娩機関などに順次、送付しているとのことですが、本日は皆様の机の上にも用意してあります。

さて、本日は、制度見直しに係る広範な議論の基となる補償対象者数等の推計結果がまとまりましたので、ご報告いたします。推計に当たりましては、東邦大学名誉教授の多田裕先生を委員長とする医学的調査専門委員会を立ち上げました。私も委員の一人として加わりました。これまで8回にわたり検討を重ね、報告書を取りまとめました。この報告書につきましても、今日、机の上に用意してあります。後ほど多田先生から、詳しいご説明をしていただきます。本日は、その報告を踏まえまして、今後の進め方の議論をお願いいたします。あわせて、補償申請に係る周知の取り組みにつきましても、前回の委員会での議論を踏まえ、事務局から今後の取り組みの具体策を説明してもらいますので、それにつきましてもあわせてご議論をお願いいたします。

本日は、次第にありますとおり、大きく2つの議事を予定しております。1つ目が産科医療補償制度の見直しに関する事項で、1として第21回運営委員会の主な報告について、2として医学的調査専門委員会報告書について、3として補償申請に係る周知等の取り組みについて、4として今後の議論の進め方についてでございます。2つ目が産科医療補償制度の運営状況に関する事項で、1として産科医療補償制度の動向について、2、審査および補償の実施状況等について、3、原因分析の実施状況等について、4、再発防止の実施状況等について、5、制度収支状況についてでございます。

それでは、議事に入らせていただきます。1の産科医療補償制度の見直しに関する事項につきましても、事務局より説明をお願いいたします。

○後理事　それでは、資料本体の1ページと2ページをご覧くださいませようをお願いいたします。

資料本体の1ページと2ページは、Iで産科医療補償制度の見直しに関する事項、1)第21回運営委員会の主な意見についてでございます。この内容は、6月に開催されました前回の運営委員会におきまして、本日の資料1「産科医療補償制度見直しに係る中間報告書」の案についてのご審議で頂戴した主な意見を記載しており

ます。本日の議事の時間の関係もございますので、一つ一つのご意見のご紹介は割愛させていただきますが、これらのご意見を踏まえまして数カ所の訂正、文言の修正がございまして、前回の委員会で委員長預かりとなっておりますので、その後、字句の修正等を行いまして、小林委員長にご確認いただきました。そうして完成したものを、本日の資料1としてお手元にお配りしております。「産科医療補償制度見直しに係る中間報告書」とタイトルのついた冊子でございます。このことをご報告申し上げます。

なお、本報告書は既に委員の皆様へ送付しておりますとともに、関係団体には昨日、加入分娩機関には本日、送付いたしておりますので、あわせてご報告申し上げます。

また、本日の資料2といたしまして、この資料1の中間報告書の概要をまとめております。この内容は、議論の結果、見直すべきとの結論に至ったもの、例えば原因分析の迅速化や「重大な過失が明らか」と言っていた調整の対象とする事例の抽出基準の表現、分娩機関の改善に向けた取り組み、データの活用という内容を中心に主な内容をまとめたものでございますので、これは資料1とともに適宜、ご参照いただければと存じます。

以上です。

○小林委員長 ありがとうございます。

前回の主な意見については、よろしいでしょうか。

続きまして、議事2の医学的調査専門委員会報告書について、事務局より説明をお願いします。

○後理事 資料本体の3ページをお願いいたします。2)医学的調査専門委員会報告書について、というページでございます。

1つ目の○、現行制度における補償対象者数の推計、制度の見直しの検討に当たって必要な脳性麻痺発症に関するデータ収集・分析を行い、具体的議論を行えるよう整理することを目的に、昨年、平成24年10月に小児神経科医、リハビリテーション科医、産科医、新生児科医、疫学等の専門家から構成される産科医療補償制度医学的調査専門委員会が設置されました。

2つ目の○、委員会では、制度創設時に調査分析が行われた沖縄県に加え、栃木県と三重県において地域別調査を実施しまして、それらの調査をもとに分析して整理しております。これまでに8回にわたって委員会が開催され、このたび医学的調査専門委員会報告書が取りまとめられました。これが本日の資料3でございます。

次の○、同報告書による現行制度における補償対象者数推計値は481人、推定区間は340人から623人となっております。これが結論でございます。

※1にありますように、補償対象者数推計値とは、日本全国における補償対象となる重度脳性麻痺児の年間出生数を指しております。推定区間とは、統計学的に見た95%信頼区間、まず信頼できるという区間を示しております。

次の○、今回の推計値については、今後の補償対象の確定件数等の実績と照らし、推計値が大きく乖離する場合等があれば、定期的に確定件数を踏まえた見直しを行うことも考慮いたしたいと思っております。資料3が報告書でございまして、資料4はその概要となっております。

私からは以上です。

○小林委員長 詳細につきまして、本報告書を取りまとめていただいた医学的調査専門委員会委員長の多田先生より、説明をしていただきます。多田先生、よろしくお願いいたします。

○多田委員長 医学的調査専門委員会の委員長を務めさせていただきました多田でございます。よろしくお願いいたします。

さて、お手元にあります資料3「医学的調査専門委員会報告書」は、ただいまご紹介がありましたように、昨年10月から8回の委員会審議を経てまとめたものがあります。最初に私から概要を説明させていただき、続いて事務局から詳細を説明させていただきます。

この運営委員会から医学的調査専門委員会に依頼いただきました事項は、制度見直しの検討に当たって必要となるデータの収集や分析、現行制度における補償対象者数の推計でありました。そのため、脳性麻痺の発生率等を調査する必要がありましたが、調査環境や時間的制約を考慮いたしまして、全国的な調査を展開することには無理があるため、もともとの経緯や調査環境の状況を踏まえて、沖縄県、栃木県、三重県の3県で調査を行い、その結果を軸に分析を行いました。

開けていただきますと、2ページにお名前が書いてございますけれども、調査者としては、沖縄県は沖縄小児発達センターの當山真弓先生と當山潤先生、栃木県は国際医療福祉リハビリテーションセンターなす療育園の下泉秀夫先生、三重県は三重大学の池田智明先生にご協力いただきました。

これから、報告書に従って駆け足で説明させていただきます。ページ数が多いので、報告書の構成を、まず私から説明させていただきます。内容のまとめと当委員会の審議で出た今後の運営委員会での見直しの検討に参考としていただきたい意見

等は最後の6、補償対象範囲等の検討についてのところですが、報告書全体を要約している7、まとめの部分を中心に、その後に説明させていただきます。その後、詳細は事務局に説明させていただきます。

最初に3ページを開けていただきますと、3ページから6ページは、基本的な事項として調査の目的、調査の方法、分析の方法、補償対象となる重症麻痺の考え方について記載してございます。

まず、補償対象の範囲は、重症度、在胎週数、出生体重などから検討いたしまして、補償対象の重症度、在胎週数、出生体重などの大枠は従来からの基準に従ってまとめることが適当であるとして、一般審査、個別審査の従来からの枠組みに従って、今回の医学的調査結果の分析を行いました。

次に、7ページを見ていただきますと、ここから調査の結果が載っております。7ページは、1、脳性麻痺の発症率でございます。2番として、10ページに重症度に関する事項、13ページに補償対象基準に関する事項、少し飛びますが23ページ、除外基準に関する事項の順にまとめて、整理して記載しております。最後の26ページを見ていただきますと、ここには早期診断に関するアンケート調査の報告と、生存率に係る既存の調査結果の紹介を記載してございます。

27ページから39ページまでは、補償対象者の推計に関して記載しております。最終的には信頼性が高かった沖縄県の調査結果を分析することにして、沖縄県の数値で全国レベルの数値を行うことにしまして、統計的な信頼区間の考えも記述してございます。

35ページの表を見ていただきますと、この中では、今、ご紹介しましたように1988年から1997年と1998年から2007年の沖縄の調査結果から、おのおの少なく見積もった場合と多く見積もった場合の推計値を示してあります。当委員会としては、このページの下から5行目ぐらいにございますように、推計値が481名、95%の信頼区間で設定した推定区間は340から623名であると結論いたしました。

36ページの4は、今回の調査では本制度の1年目に当たる2009年の出生児も調査対象としていましたので、調査結果と現時点における補償対象者の実数を比較いたしました。調査結果は今回の推計の妥当性を示す結果となりましたが、実績との乖離が大きいため、医学的な観点で乖離の要因と考えられるものを、38ページの①から③に挙げてございます。詳細は、また後ほど事務局からご説明いただきます。

40ページからは、6、補償対象範囲等の検討でございます。当委員会の検討中に出されました意見等を記載して、今後の運営委員会における補償対象範囲の見直しの検討の参考にしていただくことを目的とした部分でございます。

最初の1が重症度についてですが、身体障害者障害程度等級3級を補償対象とすることに関しては、早期診断の難しさが挙げられました。そのほか、幾つか委員会の中で検討された意見がありまして、それらも記載してございます。

次に、2の補償対象基準のところでは、まず一般審査の基準について、41ページの今回の検討にございまして、現行の在胎週数の基準と出生体重の基準を「かつ」で結ぶ形から、在胎週数の基準のみを基準にするか、「または」で体重を結ぶことが適当ではないかと考えられました。在胎週数の基準自体は、現行の33週が適当とする意見と、32週あるいは少しでも引き下げたほうがよいのではないかの意見がございました。

次に、個別審査の基準については、41ページの下にあります今回の検討に書いてございまして、32週未満の胎児心拍数陣痛図に係る判断が医学的に十分解明されていないことから、現在の低酸素状態の判定基準だけで判定せず、わかりやすい基準を検討すべきであるとしております。検討方法としては、42ページの上段にございまして、胎児心拍数陣痛図の判断は基線細変動の「消失」等、かなり専門的な事項が多いため、産科医等の専門家により検討することが望まれますということを記載してございます。

次に、その少し下にございましてPVLについては、未熟性が原因であっても、周産期の異常の結果として生じている場合は補償対象にすることが望ましいとの意見がありました。また、個別審査の対象となる在胎週数は、現行の28週が適当だという考えと、それ以下でも本制度の補償対象となり得る重症脳性麻痺児がいることから、在胎週数の基準はなくすべきとの考え方もありました。

次に、42ページの下に除外基準について、明確化してわかりやすい基準とすること、分娩との関連がないことが医学的に解明される場合を除き、新生児期の要因は補償対象とすべきであることを記載してございます。

最後の43ページのその他では、重症児に係る早期診断については、診断医へのアンケート結果から、現行6カ月を3カ月程度に早めることが可能であると考えられますが、相応の必要条件を定め、慎重に対処すべきと記載してあります。

44ページからは、まとめになります。報告書の内容を要約した部分でございます。

まず、調査結果です。脳性麻痺の発生率については、沖縄県が出生1,000対1.6、栃木県が2.1、三重県が3.0でした。栃木県や三重県では、身体障害者更生相談所調査と施設調査を実施したために突き合わせの漏れ等の可能性も残り、数値は高めになったと思われます。

次に、重症度に関しては、全脳性麻痺における身障等級1・2級の割合が70から90%程度でした。身体障害者更生相談所調査では幼少時に重症度の高い児が多い傾向がありますので、割合が高めになったと思われます。

次に、脳性麻痺における一般審査の対象となる割合は40から60%でした。個別審査の割合は20から40%程度でした。個別審査の対象のうち、低酸素の基準に該当し、除外基準に該当しない割合は、おおむね25%前後でした。

除外基準については、適用となるか否かの判断にばらつきが出やすいため、本制度の審査委員会の審査の考え方に基づく判断で調整しましたところ、適用割合はおおむね10%前後となりました。

最後の○、診断時期については、現行制度では最も早期で6カ月としていますが、診断医へのアンケート調査結果では、例えば生後3カ月等、6カ月未満での早期診断が可能と判断できるとの結果でした。

続いて、補償対象者数の推計ですが、結果は既にご説明したとおりでございます。考え方につきましては、統計の専門的などころもあるため、ここに記載されたまま説明いたします。

最初の○、地域別調査結果による補償対象者数は、ばらつきがかなり大きかったです。そこで、各地域別調査の特性を考慮し、最も信頼性が高い沖縄県調査の調査結果に基づき補償対象者数の推計値を算定いたしました。全国における補償対象者数の推計に当たって、統計学的な考え方も活用して二項分布の正規近似を用いた方法により95%信頼区間を得て、推定区間とすることにしました。

具体的には、1988年から2009年の22年間の沖縄県のデータから、まだ全ての脳性麻痺児が把握されていない可能性がある最近2年間を除き、本制度の補償対象となる脳性麻痺の発生率の減少傾向の可能性も踏まえて、統計的に信頼性を確保できるデータ数も考慮し、前半の10年間と後半の10年間に分けて推計しました。推計は、補償対象を多く見積もった場合（除外基準の適用を審査委員会の審査の考え方で見積もった場合）と補償対象を少なく見積もった場合（除外基準の適用を調査者の判断により見積もった場合）に分けて行いました。

最終的に、本制度の補償対象となる脳性麻痺の発生率が減少傾向にあることが確

認できたこと、及び除外基準の適用については審査委員会の審査の考え方で推計するほうが実態に近いことを考慮し、後半の1998年から2007年の10年間に出生した脳性麻痺児のデータを採用し、補償対象を多く見積もった場合（除外基準の適用を審査委員会の審査の考え方で見積もった場合）の推計により、推計値481名、推定区間は340名から623名としました。

今回の調査では本制度の1年目に当たる2009年の出生児も調査対象としていましたので、調査結果と現時点における補償対象者の実績を比較いたしました。調査結果は今回の推計値を検証できたと言えますが、推計値との乖離については、医学的な観点では、今後、重症度の判定が難しい事例の申請が想定されるものの、分娩時の仮死や除外基準と補償対象との関係の解釈については関係者への周知が不足していることが懸念されました。

最後が補償対象の範囲に関するもので、運営委員会における補償対象範囲の見直しの検討に参考にしていただくこととしたい部分でありまして、先ほど少し詳しく説明いたしましたので、ここでは省略させていただきます。

報告書には、この後、参考文献を記載し、各地域の調査報告書等を参考資料として添付してございます。

私からの説明は以上でございます。

続いて、事務局から説明していただき、ご質問がございましたら、その後でお受けしたいと思います。では、よろしく申し上げます。

○後理事 報告書の要点は、ただいまご説明があったとおりでございますのと、最後のまとめのページ、44から46ページに書いてあるとおりでございますが、前半から、もう一度、少し細かい点についてご説明させていただきます。恐縮ですが、報告書の最初に戻っていただきまして、もう一度、3ページをお願いいたします。

3ページには、調査の目的に続きまして、調査の方法が書かれております。調査地域は沖縄県、栃木県、三重県です。宮崎大学の既存の調査研究のデータも活用いたしました。

太字の括弧で沖縄県調査と書いてある部分に、調査の方法を書いております。沖縄で脳性麻痺児の療育を行っている5つの施設と離島で行われている巡回診療の診療録より、調査を行っております。重症度については、GMFCSと呼ばれる小児の粗大運動、手先、足先の巧みな運動ではなくて大きなわかりやすい手足の運動の能力の発達程度を示す分類システムを用いて調査が行われている点が、沖縄のデー

タの質の高いところでございます。沖縄県では、22年分で696名の脳性麻痺児を把握しております。

次が栃木県調査でありますけれども、栃木県では、栃木県身体障害者更生相談所と宇都宮市障がい福祉課における調査、栃木県内の5つの医療型障害児入所施設と2つの医療型児童発達支援センターにおいて調査を行っております。更生相談所の調査項目が、3ページの一番下の段落になります①調査項目1の部分でございます。施設調査の項目が、4ページの冒頭、②調査項目2になっております。

続いて三重県調査でありますけれども、三重県も栃木県と基本的には同様の調査方法でございまして、三重県障害者相談支援センターにおける調査と、三重県内の4つの医療型障害児入所施設と5つの周産期母子医療センターにおいて調査を行っております。

次が、その下の太字の括弧で宮崎大学の調査研究でございまして。宮崎大学では、97年から全県のフィールド研究がございまして、周産期死亡と神経予後不良例の個別の調査・登録が行われております。特に分娩時の低酸素状況に関して研究が行われておりましたので、データの一部をご提供いただきまして、主に個別審査基準の分析に当たって活用いたしております。この結果は、後ほどまた出てまいります。

次の5ページの4)は補償対象となる重度脳性麻痺の考え方を書いておりますが、6ページ中ほどまでは既存の補償対象基準を書いております。6ページの下半分には、その基準に関して、これまでの審査委員会での判断のやり方の蓄積がございまして。それに照らして、今回はきめ細やかな一例ごとの判断を行ったものです。

例えば、①の重症度にありますように、GMFCSを参考にして作成された制度専用の診断基準、専用診断書で判定しており、GMFCSの考え方を導入して審査を行っておりますし、②補償対象基準としては、2行目、分娩中の異常や出生児の仮死が認められなくても補償対象基準を満たすという判断で審査を行っております。最後に③除外基準として、除外基準に示される疾患等があっても、それが重度の運動障害の主な原因であることが明らかでない場合は対象となるという判断をしておりますので、その判断を当てはめております。これら①から③の蓄積は制度創設時にはなかったもので、その点でより質の高い調査が行われております。

7ページは沖縄県の経年的な脳性麻痺の発生率の推移をお示ししております。同様に、8ページは栃木県と三重県の調査の結果をお示ししております。沖縄県よりも発生率の数字が高いことが見て取れるかと思えます。

10ページ、11ページは重症度に関する事項でございます。

特に10ページは、まず沖縄県における重症度の割合を示しております。沖縄県はGMFCSと身障等級1・2級、3級以下、それぞれについて調査を行っております。GMFCSでいいますと、重症度はレベル3、4、5に当たります。6%、31%、31%で、合わせて68%程度が重症となります。また、下の表の身障等級1・2級でいいますと、76%になります。

11ページにありますように、栃木県、三重県では、身障等級1・2級、3級以下という調査のみでございます。それぞれ、栃木県では91%が1・2級、三重県では86%が1・2級と、かなり高率になっております。

13ページからは補償対象基準に関する事項で、まず在胎週数別の脳性麻痺の人数の沖縄県のデータです。幾つかピークをつくっている様子が、棒グラフから見て取れます。下の表8で、非常に文字が小さくて恐縮ではございますが、左側の列から27週未満、28から31週と在胎週数が増えてまいりまして、脳性麻痺の発生率は在胎週数が少ないほど、例えば27週未満であれば1,000対124.1と、非常に高率になっております。一方で、満期産の37週以降でありますと1,000対0.6ということで、極めて大きな違いが見て取れます。同様の傾向は、14ページ、15ページの栃木県調査、三重県調査でも観察されております。

16ページは、今度は週数から体重に変わりますけれども、同様の傾向がございます。

それらをまとめましたものが、20ページと21ページになります。週数あるいは体重が少ない時期のお子さんについては、脳性麻痺の発生率が1,000対100を超える、あるいは200に達するような調査もあります。同時に、2,500グラム以上や37週以降ですと1,000対0点幾つ、あるいは1ぐらいと非常に低い率になっております。このように随分と違うという状況でございます。

21ページの下(4)からは、個別審査基準に関する事項の調査でございます。3地域調査で見えますと、おおむね25%程度になっていることが22ページまでに書かれております。宮崎大学の調査結果でも25%程度でありました。個別調査の対象となる児の中で、25%前後が実際の対象となる児であるということでございます。

23ページは、除外基準に関する事項でございます。除外基準につきましては、調査者と、審査委員会の審査の考え方を取り入れて判断した委員会の判断が少し違います。表17にございますように、縦の列で調査者の判断を見ますと、除外基準

に該当する事例は75例ございまして、割合が10.9%ですが、同じものを委員会が判断されますと34例、5%に減っていて、ここで少し判断に違いがあります。より審査委員会の考えに近いものが委員会の判断でございます。同様の傾向はほかの地域でもございまして、24ページの表18が栃木県、表19が三重県でございますけれども、調査者の判断で除外基準に該当するとされる割合に比べまして、委員会の判断は半分や4分の1ぐらいになっており、委員会の判断を経ますと除外になる事例はかなり少なくなるということでございます。

26ページの(1)は、診断の時期についてのアンケート調査の結果を書いております。重症児でありますと、生後6カ月以降、申請ができますけれども、生後6カ月未満の早期診断が可能であるかという点についてアンケートしております。結果は、可能である、その目安は3カ月ぐらいとするご意見が多かったということでございます。

(2)が生存率でありますけれども、これは既に公表しております「重度脳性麻痺児の予後に関する医学的調査報告書」の中で分析が済んでおりまして、5年生存率が0.969(標準誤差0.007)、20年生存率は0.873(標準誤差0.024)と、健康な同い年の方に比べますと少し低めではありますけれども、かなりの長期生存があるという実態が明らかになっております。

以上のデータを用いまして、27ページ以降、推計を行っております。

推計を行った結果を31ページの表にまとめております。表20で沖縄、栃木、三重のそれぞれで推計値を出しておりますが、それぞれの県で少なく見積もった場合あるいは多く見積もった場合という2つの数字がございまして、このように2つ出るのは、先ほどご説明させていただきました除外基準に該当するかしらないかという点について、調査者の判断と審査委員会の審査の考え方に基づいた委員会の判断が少し異なるために、それぞれの見積もりを出しております。沖縄ですと、少なく見積もれば505名、多く見積もれば565名となります。

そのように1つの県の中での少なく見積もった場合と多く見積もった場合がございまして、同時に各県の間、特に沖縄とそれ以外の県の間で補償対象者数推計値の大きな違いがございまして、これについて、31ページの下にそれらの数字の乖離がある理由を考察して書いておりますが、下から3行目の①、栃木や三重の調査では脳性麻痺であるか否かを判断するために必要な情報が十分でなかったために、脳性麻痺ではないが肢体不自由であった児が含まれている可能性がありまして、②、施設調査との突合が十分でなかったために、同じ患者さんのデータを1つに突合で

きずに2事例としてカウントしていることがあるなどの理由が考えられます。

そこで、32ページの(2)、調査専門委員会では、補償対象者数の推計を沖縄県の調査結果に絞って、そこから推計することとしておられます。そして、最後の2年はデータがまだ足りない可能性があるので除きまして、最初の10年と後半の10年のデータを出しております。

その結果が35ページの図になります。半分から左側が前半10年、半分から右側が後半10年で、それぞれに2つの棒がありますのが、少なく見積もった場合と多く見積もった場合でございます。委員会としては、一番右側のデータ、多く見積もった場合の481人を点推計、区間推計が340から623人とするのを採用して結論としております。

36ページの4)、制度創設初年の2009年出生児が間もなく5歳の誕生日、申請期限を迎えますが、2009年出生児における調査結果と補償対象者数の比較を検討しております。(1)、まず沖縄県を例にとりますと、2009年、制度初年に生まれたお子様の脳性麻痺の方は、少なく見積もると5例、多く見積もると8例いらっしゃると思われ、現在、申請が2件ですので、差し引きすると、まだ3から6例が補償対象となる可能性がある、申請もされる可能性があるという状況でございます。栃木、三重につきましても、まだ申請対象となる可能性がある方がいらっしゃるという状況でございます。

37ページに絵を描いておりますけれども、1番が沖縄、2番が栃木、3番が三重で、それぞれの県で○、△、×と横並びに並んでいる棒の、○の部分が補償対象となる脳性麻痺、△が補償対象となる可能性のある脳性麻痺で、○と△が今後、申請していただければ補償対象となる可能性があります。しかし、○と△を足した数字に比べますと、○1つだけの並びの実際の補償対象者数がまだ随分少なく、数分の1であるという状況でございますので、まだ数倍の申請がなされて、その中からかなりの補償対象者が出る可能性があることがわかりました。

この乖離につきまして、38ページに、先ほど少しご紹介がございました①から③の理由を考察してあります。①、本制度は「分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児に対して補償する」としてありますが、分娩中の異常や仮死を認められなくとも、「在胎週数33週以上かつ出生体重2,000グラム以上」であり「除外基準に該当しない」場合は補償対象となることについて、周知が十分にされていないという理由が一つ考えられます。イメージで申しますと、分娩中はあまり異常はなく、産科の先生方は特に問題がなかったと思われている事例で、その後、産科の手を離

れた後の時期になって脳性麻痺を発症していて対象となる児がいらっしゃる事が十分に周知されていないということでございます。

②、児の先天性要因や新生児期の要因に相当する疾患があっても、または疑われても、その疾患等が重度の運動障害の主な原因であることが明らかでない場合は除外に該当せず、補償対象となることについて、周知が十分にされていない。したがって、脳性麻痺と関係があるかないかはわからなくても、先天性要因の疾患名だけを見ると、もうそれで該当しないという判断をしてしまう事例がまだあるようです。

最後、③、重症度の判断が困難等の理由で、補償申請期限の5歳の誕生日の直前まで申請が控えられている事例があると考えております。軽症になるほうが児や家族にとってよいことですので、軽症になるためにまだリハビリテーションを頑張っている事例がまだ申請されていないという状況があると考えております。

40ページ以降は補償対象範囲の検討で、先ほどご説明がございましたので、省略させていただきます。

44ページからはまとめで、46ページまで続きますが、ここにポイントが全て書かれております。これも先ほど丁寧にご説明がございましたので、省略いたします。

以上です。

○小林委員長 ありがとうございます。

それでは、専門委員会の報告書について、ご意見、ご質問等、ありますでしょうか。お願いいたします。大分たくさんの方が含まれておりますけれども。お願いします。

○勝村委員 ありがとうございます。

44ページのまとめの丸の5つ目は、481名という推計をしていただいておりますが、ざくっと言うと、全く除外基準等はないで、もし脳性麻痺の全症例にこの制度を広げたとしても、10%ということは五、六十人増えるだけという推計になると理解していいのでしょうか。ちょっと教えていただければ。

○小林委員長 まとめの○の5つ目ですね。最後の行でおおむね10%前後であると説明がありましたけれども。

○多田委員長 除外基準で差し引いた例数がおおむね10%程度であるということに関しましては、除外基準といいますか、個別審査では低酸素状態があるという前提がございまして、そういうもので除外基準を除いた場合に、低酸素状態で個

別審査の対象だった体重群の中では10%程度だろうということでございます。よろしいでしょうか。

○小林委員長 何か事務局から補足はありますでしょうか。ここは確かにわかりにくい表現になっていますね。

○勝村委員 ということは、ここに書いてある「脳性麻痺全事例」というのは、ほんとうの脳性麻痺全事例じゃなくて、何らかの絞られたカテゴリーの事例数になるんですか。

○多田委員長 脳性麻痺全事例というか個別対象群の全脳性麻痺の中で補償対象となるのが10%ぐらいということだと思います。

○勝村委員 ということは、1つ上の4つ目の○がそういうカテゴリーの議論になっていて、それが続いているんですか。

○多田委員長 すいません。ちょっと混乱しておりますので、整理させていただきます。

4番目は、個別審査の対象となる2,000グラム未満の体重群、または在胎28週以上かつ33週未満の全脳性麻痺に占める割合が20から40%であったということで、ここではその脳性麻痺の頻度を言っております。「このうち、『個別審査の基準に該当すると考えられ』」というところは低酸素状態があったということで、かつ除外基準に該当しないと考えられる事例は、上の20から40%のうちのおおむね25%であろうということだと思います。そうすると、除外基準に判断した事例の脳性麻痺全事例に対する割合は10から40%であったというのは、同じことが書いてあるみたいですが、そのうち当委員会が審査委員会の審査の考え方に基づいて除外基準に該当しない可能性があるかと判断した事例を差し引いた場合、数が少なくなるわけですが、脳性麻痺全事例に対する割合はおおむね10%であった。

○上田理事 補足します。ご承知のとおり、この制度の基準は、2,000グラム以上かつ33週以上の一般審査と、それ以下で28週以上の個別審査の、2つの基準があります。したがって、今回の調査は、一般審査に該当する範囲の部分、個別審査に該当する範囲の部分、それぞれについてデータを出しております。すなわち、全脳性麻痺のうち33週以上かつ2,000グラム以上で補償対象となる割合、また全脳性麻痺のうちそれ以下で28週以上で補償対象となる割合、基準は重症度と除外基準がありますが、補償対象となる割合を出しました。個別審査の中で補償対象基準の低酸素状況に該当する割合が25%であったということでございます。

○小林委員長　　いずれにしても、除外基準に該当するのは10%ですが、それ以外に補償対象基準に該当して、なおかつ重度の障害がないといけないので、10%以外が全部、対象になるというわけではないと思います。

○勝村委員　　確認なんですけれども、例えばまよめの2つ目の○の1行目に書いてある「全脳性麻痺」という言葉がありますよね。あと、5つ目の○の最後に書いてある「脳性麻痺全事例」という言葉がありますよね。全と書いていますけれども、これの定義というか、この文書を読む上で、これがほんとうの全ての全ではなくて、どの全なのかを教えてください。

○多田委員長　　お答えいたします。すみません。私が場所を読み違えておりました。

今、上田理事からご説明がありましたように、個別審査と一般審査とを分けて推計いたしまして、それを合わせまして全出生数にやるという過程をやっておりまして、3番、4番は一般審査と個別審査でございます。そういう過程で推計しておりますが、「脳性麻痺」という1番目のところに返りまして、全脳性麻痺の中で、全事例に対する割合はおおむね10%前後であつたらうという表現であつたようでございます。私、ちょっとここを誤解いたしました。

○小林委員長　　ここはかなりわかりにくい表現なので、もしかしたら追加の説明をしなければいけないかもしれませんけれども、ほかにいかがでしょうか。勝村委員、どうぞ。

○勝村委員　　小林委員長の認識では、僕はきちんと全体を読めていないので、最後の資料もまだ読めていないんですが、5つ目の○を読むと、つまりこの制度の除外や該当は一切抜きにして、全ての脳性麻痺の子供全体に対して10%という理解でいいんですか。ということは、481人という推計からすると、仮にこの制度が全てのルール、除外規定などをなくしてしまつて、全ての脳性麻痺の子供に補償しようということになったら、あと五、六十人増えるという推計だと理解していいんですか。ちょっとそこがわからないんです。そういう理解は違っているような気がしますので、違っていたらどう違っているか教えてほしい。

○多田委員長　　ただいまのご質問は、脳性麻痺の中では、今、ありましたように一般審査と個別審査、それから個別審査の対象にもならない部分の、もっと小さい在胎週数の未熟のものがございますので、全体の脳性麻痺の頻度というときは、それを全部、ひっくるめてとっております。したがって、十分ではなかったかもしれませんが、私どもは、まず個別審査と一般審査を出しまして、その数を出してお

りますので、今、おっしゃるような脳性麻痺全体の数となりますと、対象外の部分も含めての数になります。しかも、この調査委員会にいただきました課題として、まず産科医療補償制度の枠組みの中で正確な数がどれぐらいであろうかという推定をいたしまして、そのほかに、今、おっしゃるような意味でプラスアルファに広げていったらどれぐらいになるかを、在胎週数などの数を広げた場合にどうなるかを計算し、この中で記載いたしましたけれども、その枠組みはあくまで産科医療補償の分娩に係る脳性麻痺の部分によっておりまして、未熟性そのほかを除いた形で今回の数は出しております。これの何倍かをすると全体の脳性麻痺に対する対象者数になるかどうかの計算は、この調査委員会では今回、いたしませんでした。よろしいでしょうか。

○小林委員長　先ほど勝村委員が言われた481人から10%しか増えないというのは誤りだと思います。ここで言っている除外基準は、先天性の異常と新生児期、出生後の異常の割合を言っているだけで、この制度の対象となる条件が、それ以外に重症度や分娩期で幾つかあります。その条件をさらに除けば対象はもっと増えると思いますけれども。この10%を除いたら全員が対象になるわけではないのです。

○勝村委員　ちょっと何度もすみませんが、では、5つ目の丸の中に書いてある「脳性麻痺全事例」という7文字は、どういう外枠なのでしょう。つまり、全てではない、先天性などは除いているということですよ。それだけですか。

○小林委員長　それと、例えば感染症など新生児期の異常、出生後の異常で脳性麻痺になった。

○勝村委員　というのを除いた脳性麻痺全事例という定義だと。

○小林委員長　確かに先天異常か出生後の異常ではない事例がその90%だということ。確かに、ちょっと日本語の表現がわかりにくいですね。

○鈴木委員　僕も勝村さんと同じように全然、全体がつかめないんですけれども、一番わかりやすい分類としては、全出産児の中に脳性麻痺児がどのぐらいいるか、脳性麻痺児の中に補償対象になる人がどのぐらいの割合か、補償対象の中で一般基準の対象になるのがどのぐらいで、個別審査の対象になるのがどのぐらいか、参考計数としては、個別審査を除外される率がどのぐらいかを一覧表で。つまり、全出産児を100とすると、それぞれが幾つに該当するのかを端的にわかりやすく。この調査の結果、十分な結果として出ているのはここで、まだこの調査の中では十分出ていないのはどこなのかみたいなことを少し事務局で整理していただくとわかり

やすいと思うんですが、このまとめのところも、全脳性麻痺という数字と脳性麻痺全事例という、ここの使い分けもよくわかりませんし、そこを少し明確に事務局で整理していただきたいなと思いますけれども。

○小林委員長　これはわかりやすいように例えば図とか使ってもらって、次回の委員会までに整理をしてもらえればというふうに思います。

ほかにいかがでしょうか。戸荻委員、お願いいたします。

○戸荻委員　多少は関与するので、少し確認させていただきたいと思います。13から7、8頁あたりに、県別の図を見ますと、もう一目瞭然でパターンが違いますよね。特に今も話題になっている小さな在胎週数のパターンが違います。私ども臨床経験では、どちらかというところ、沖縄県のほうがよりイメージに合うといえますか、小さいところに山がありますがその多くはPVL、脳室周囲白質軟化症的です。今回一番問題になっているのは、この部分除外になるか、ならないかは非常に大きいと考えています。一方で、この方々が、重身施設のほうではメインを今占めているという現実があります。この3つの県のデータを見ますと、なぜか三重はかなりこの部分が平坦になっていて、成熟児が主体で、しかも、発症率が高いようです。3県で対象とした例えば施設の差なのか、あるいは生物学的とはとても思えないので、何か環境要因とかというものがあつたのか、その辺をもしわかっていたらお教えいただきたいと思います。

○多田委員長　よろしゅうございましょうか、先生から今ご指摘がありましたように、調査対象は、沖縄県の場合は、わりあい長い間、施設調査といえますか、當山先生のところでデータをお集めになったり、あるいは島山興の訪問診療、訪問研修、そのほかもやっておられますので、わりあい県内の全体のデータを臨床レベルであたって調べておられます。したがって、こういう数値になりました。

一方、三重と栃木県のほうは、身体障害者の申請がありました更生相談所の調査のデータから拾いました。したがって、細かい出生時とか、臨床の経過が全て把握できておりません。件は、数の違いがありますのは、本来の脳性麻痺の定義ではなくて、ほかの疾患、筋疾患、そのほかが混じっている可能性が除外できません。それから、数が施設調査と両方合わせておりますけど、両方タブっているのを除外しきれないかもしれないということがございました。

それからもう一つは、重症度の判定というのが正確にされているかどうかというのは、一度申請されているのがそのまま登録されているのを見ておりますので、後に変更はどうなっているとか、正確ではあると思うんですけれども、そこら辺が

十分でなかった。それが沖縄県のほうは比較的、実際にあたってくださっている方々のデータを集めておりますので、私ども調査委員会でも、大体沖縄のほうで、正確性が増しているのではないかと。しかも、20年間同じような調査を続けてくださっておりますので、比較的正確だろう。

そして、この19ページからのグラフに各県の分布と1・2級の分布をそこにプロットしてございますが、これでも小さい子供のところが比較的少なくなっております。これが実際に、更生相談所のところにそういうデータがどれくらい正確に登録されるのかということをお私ども十分今回は検証できませんでしたので、調査者の先生もそこら辺を多少危惧しておられましたので、そこで沖縄を中心に検討したということにいたしました。

○小林委員長　ありがとうございます。

○上田理事　補足、よろしいですか。

○小林委員長　はい、どうぞ。

○上田理事　実は、今回の調査につきましては、前は沖縄県と姫路市でしたが、全国の推計を出すためには、沖縄県だけではなく、さらに幾つかの県でも調査すべきではないかというご意見もいただきました。それで、栃木県と三重県にご協力いただきました。調査者の方、各施設の皆様も調査にご協力いただきました。しかしながら、今、多田委員長からお話ございましたような課題がありましたので、委員会としては、最終的には信頼のある沖縄県のデータをもとに推計することになったわけでございます。

○小林委員長　ほかにいかがでしょうか。大濱委員、お願いします。

○大濱委員　基本的な話なんですけども、沖縄県のデータというものは、これまでの実績から非常に精度の高いものであって、それをもとにして全国の脳性麻痺の発生率、それから、この制度で補償されるべき人たちの率ということをお計算してみようというのでやられたと思うのですが、それからちょっと離れるかもしれませんが、沖縄というのが特別な地域であれば、発生率そのものが、それはそうすると、全国のデータを推計するというのはあまり正しくないことになってしまいますよね。ここで栃木と三重を持ってきて、場合によったら1.5倍ぐらいの率になってしまうというのがあって、日本全体と考えた場合に、地域差というのはかなりあるというふうに考えたほうがよろしいのでしょうか。

それから2つ目は、この制度が始まる前に古いデータで出されたものは高く出て、最近では医療がよくなった可能性も含めてだろうとは思いますが、発生率が下がっ

てきていると。今後もそういう年次に伴う発生率そのものは下がる傾向にあるのかどうかという問題。この分野の人たちは、学問的にそういうふうにお考えかどうかということを知りたい。

第3番目は、もちろん大切なことなんだと思うんですが、もし絶対的な定義とか対象というもののイメージができたとしても、それを正しく診断をする、正しい基準のもとでそれを申請例か、そうでないかというのを事前にどこかで区別してしまう可能性があるのですが、それをやる人たちの能力と言ったらおかしいんですが、判断する基準によって地域に差ができたり、施設に差ができたりすると。それはまた全国の制度としてあまり好ましくないと思われるので、そういう判断する制度とか、やり方に対して、もう少し全国的に研修といたらおかしいですが、教育とか、そういうものが必要なんでしょうかと、そういうことについて先生のお考えをお聞きしたいと思います。

○多田委員長 第1点は、沖縄を代表的な地域としていいかどうかというご質問だと思いますが、脳性麻痺の発生率については、あまり地域で、日本ではそういう登録制度がありませんので、あまりはっきりいたしません。そこで私どもも危惧を持ちまして、新生児死亡率、それから早期新生児死亡率、こういうものとか、あるいは極低出生体重児の出生率等をチェックいたしました。沖縄と栃木と三重は、どちらも、日本全体とそんな大きな差がございません。最近はほとんど平均値に近いところがございます。沖縄が特に低いとか、高いとかという問題はございませんので、一応沖縄にしてもいいだろうということにいたしました。

それから、先ほど十分ご説明できませんでしたが、三重に関しましては、施設調査をしていただきまして、そういう施設とか、あるいはNICUとか、そういう施設での調査、あるいは障害児を収容していらっしゃる施設の調査をしていただきまして、そこから把握率を、大体県外に出る方の数など、いろいろ考えまして、70%ぐらいだろうというような推定を置きまして、一応推計していただきましたところ、更生相談所の値から推計した値よりも少ない、沖縄とあまり変わらない数値であった、これも報告書に書いてございます。そういうのが出ましたのが、それは施設調査で、しかもカバーが十分ではありませんので、今回、それを特別取り上げませんでしたけれども、一応、先ほどのような問題点があつて、少し多くなっているのではないかということで、沖縄はそれほど全国的な値に違いはないだろうという気がいたしました。

それから、3番目のご質問ですが、それは一番大事な点でございます。今後、

こういうことで、私の個人といたしましても、こういう制度が普及して、きちんと診断されるように、その基準が普及していくということをして、一定の基準で、あんまり地域によって有利だとか、不利だとか、補助率に違いが出るということがないようにしていただきたいと思います。それは私からもお願いするところですが、今回の調査では、特別、その点に関しては、本委員会では検討を十分したわけではございません。よろしいでしょうか。

○小林委員長　患者数の推計に関して、私のほうも専門領域なので追加をさせていただきますが、当初の制度設計時の人数の推計は、沖縄県の、今回のよりは短い期間のデータと、それからあと、姫路、滋賀と幾つかの専攻先行の論文から推計したもののなんですが、500から800という数字ですので、今回のものと大きな違いはないと思います。前は500から800で大きいほうの数字を、制度の最初なので慎重な数字をとったと。今回は、沖縄県のデータがかなり長い年数、集計できましたので、確実さは上がったと思います。沖縄県が全国を代表しているかどうかはわかりませんが、ほかの地域のデータがありません。それからあと、栃木と三重に関しては多めに出ていますが、先ほど言ったように、重複があるかもしれないということで、今回は沖縄県を基にして推計をしています。そういう意味で、さらにまた制度が続いていく段階でもう一度見直しとかいうことは必要だと思います。それから、日本全国でいえば、こういう制度設計といいますか、医療や福祉のための仕組みづくりに必要な傷病の推計という仕組みを、今後、もっときちんと確立していければというふうには思いますが、それはこの委員会だけで全部できるような話ではないので、それはぜひ関係機関にもお願いしたいというふうに思っています。

ほかにかがででしょうか。勝村委員。

○勝村委員　3点ほど質問させていただきます。

まず、40ページから43ページにかけてなんですけども、補償対象範囲等の検討について、いろんな観点、側面から検討をいただいているんですけど、例えば重症度だとしたら、審査の困難さとかにも触れていただいているんですけど、それぞれそういうもの以外に、もちろんそういう条件も今後議論するときには加味して議論していかなきゃいけないと思うんですけど、そういうものを除いて、推定人数ということでいくと、数字を入れていくとしたら、それぞれ1の重症度、2番の一般審査、それぞれどれぐらいの推定値になるのかというのを教えていただきたい。それから、2つ目は35ページなんですけど、上のグラフなんですけど、最初の10年、最近の10年というふうになっていますが、これは出生数が減ってきていて、おそ

らく右側の98年と2007年でも15万人ぐらい違うと思うんですけど、年々減ってきている、最近では底を打っているのかもしれないんですけど、そのあたりのことも踏まえた上の最終的な数字になっているのでしょうかというのを教えていただきたいのが2つ目で、もう一つは、2009年のこの制度が始まってからの1年間も含めて議論していただいている報告のページがありますけども、いろいろな推計の数字とか条件もあって、そこまで細かくはなかなか難しいのかとは思いますが、可能性として、この制度が始まったことで、脳性麻痺の子供の数が、制度が始まったことによって減ったというようなこと、つまり、より緊張感を高めてといくことのきっかけになったりしている面は出てきたりはしないのかなと思ってはいたんですけど、そういう可能性とかも含めて、何か感じられたことがあったら、制度が始まる前の8年までと9年以降で何か変化の可能性みたいなものをもし感じておられたら教えていただきたいと思います。

○多田委員長　最初のご質問の1番目ですが、これは7ページに沖縄の出生率が、発生率と全出生率、少し出生率が減っておりますが、発生率がちょうど1997、8年のころでしょうか、少し高めになって、この制度が始めるころに超低出生体重児の頻度が増えているので脳性麻痺も増えているんじゃないかということが言われましたが、今回、1988年から97年、98年から2007年までという形で10年ずつ集計してございます。これが先ほどの35ページのご指摘のページでございますが、これで見ますと、全体としては、22年の脳性麻痺の発生率が1.9でございますが、前半と後半とほとんど差がございません。それは真ん中辺のところの両方に含まれているところに少し増えたような印象がございまして、それ以後は、最近になると少し下がってきている。これはこの制度によるのか、それとも医療の進歩によるのか、何とも言えませんが、医療の進歩でも超低出生体重児の死亡率のほうはかなり下がっておりまので、その上でも予防が改善しているのではないかと思います。したがって、この後半のほう少し、率としては変わっておりませんが、個別審査あるいは一般審査として見てみますと、一般審査は変わらないで、あまり大きい子供の重症脳性麻痺の頻度は変わっておりませんが、後のほう、個別審査のほう少し減っているのが、この減少になっているのではないかとというのが、私が臨床的なことから考えた推定でございます。しかし、後半のところも死亡率としてはそんなに変わっておりませんので、それをういたということでご理解いただきたいと思います。

それから、40ページだったでしょうか、先ほどの重症の中で、あるいはどれぐ

らいの一般審査で、どれぐらいあったかというところは、たしか前のほうにあったと思いますので、後ほど答えていただきたいと思います。

○上田理事　　ちょっと補足でよろしいですか。34ページにありますように、これは先ほどの鈴木委員のご質問にも関連しますが、一般審査の補償対象者数を出しています。それから、個別審査の補償対象者数を出しています。補償対象となる脳性麻痺の発生率を出しまして、これを2009年の出生数に掛けております。したがって、今回の数字は、あくまでも2009年の出生での推計を出しております。出生数は今後、いろいろ変わるかと思いますが、今回に関しては、今申しました、あくまでも2009年で出生した場合の推計数ということです。

それからもう一つ、今回はこれから見直しの議論をするために必要なデータを出していただきました。今後、運営委員会で議論がされます、あるいは医療保険部会でも議論がされます。その際の必要となるデータを出していただきました。したがって、これからの審議の中で、勝村委員がおっしゃいましたように、こういう基準になったら対象者数はどれくらい増えるのかとか、そういったご質問については、今後の審議の中でそういったデータを示していきたいと思っております。

○小林委員長　　私のほうからも補足ですが、35ページの図に関しては、2009年の出生を前提にしていますので、出生率の低下とは関係がない数値です。

それから、昔の10年と最近の10年で下がっているのは、委員会の議論では、先ほど多田先生もおっしゃいましたように、個別審査の未熟児からの脳性麻痺、重度の脳性麻痺の発生が減っているのではないかと、未熟児のケアがよくなっているのではないかとという意見が複数あったと思います。

それから、本制度が始まってからの効果に関しては2009年のデータしかないもので、ちょっと現時点では無理だと思います。

それから、条件をつけて推計をすることに関しては、これは沖縄県のデータがほかの2県よりも、例えば補償対象基準とか除外基準とかの情報が多いですので、沖縄県のデータでそれがあたる程度は推計できると思います。先ほど言い忘れましたが、ほかの2県ではなくて沖縄県を用いたのは、そういう理由もあります。本制度の対象に準じて推計ができるような情報がほかの2県に比べてあると。完璧ではありませんけれども、そろっているということで、沖縄県が一番重要なデータというふうに考えております。

ほかにはいかがでしょうか。この後、また議題も続きますので、とりあえずこれに関しましては、また質問がありましたら後でもらうことにしまして、先に進み

たいと思います。

続きまして、議事の3、補償申請に関する周知等の取り組みについて、事務局より説明をお願いします。

○後理事 資料本体の3ページをお願いいたします。資料本体3ページから7ページにかけてご説明させていただきます。

3) 補償申請に係る周知等の取り組みについての部分でございます。下3分の1ぐらいのところですね。その下の丸ですけれども、補償申請期間は児の満5歳の誕生日まででありますので、制度初年にあたりまして21年生まれの児については、26年に順次補償申請期限を迎えることとなります。25年6月末時点における21年生まれての児の補償対象数は205人となっております。

一番下の○ですが、ただし、このほかに審査中の件数が8件、補償申請中の件数が111件ありまして、今後補償申請が行われることが見込まれております。

そして、4ページにまいります。4ページの一番上の○ですが、一方、補償対象者数推計値と比べると、一定数の脳性麻痺児が「補償申請を行えば補償対象と認定される可能性があるものの、未だ申請が行われていない」状況にあると考えられます。そこで、それらの児について漏れなく申請が行われるよう、申請が行われていない要因を分析して、補償申請の促進に向けた取り組みを行うこととしております。

(1) ですけども、補償対象者数が推計値を下回っている要因、報告書の中でも3点申しましたけれども、その具体的な内容を申し上げます。

まず①ですけども、産科医療関係者、脳性麻痺児に接する機会が多い医療関係者、脳性麻痺児の保護者に対して制度の補償対象範囲に関する周知が十分でないということを挙げています。

その下黒ポツの1つ目ですが、具体的にはということですけども、本制度は「分娩に関連して発症した重度脳性麻痺に対して補償する」としてありますが、33週以上かつ2,000グラム以上の場合、分娩中の異常や出生児の仮死がなくても補償対象になることが十分周知されていないということがありまして、2つ目のポツで、先天性要因や新生児期の要因があっても、それが重度の運動障害の主な原因であることが明らかでない場合は、補償対象となることについて周知されていないということ、最後の3つ目ポツですが、6カ月期以上生存し、生存中に行われた診断検査に基づいて診断書を作成することが可能である場合は、死亡後であっても申請できることについて周知が行われていないということが考えられます。

次にまいります。これらの考察をいたしました根拠となる問い合わせや議論やア

アンケート結果を点線の中に書いております。

一番上の○ですが、正常分娩だったので補償対象にならないと思った（保護者）という問い合わせがございます。ほかにも、帝王切開なので分娩ではないため補償対象にならないと思ったなどの幾つかの問い合わせがございます。

次の太い括弧で、医学的調査専門委員会による分析・議論ですけれども、「分娩に関連して発症した」ということで、「補償対象は全て分娩中に何らかのイベントがあった事例である」と誤解されている産科医が多い。「分娩時に新生児仮死はなかったのに、本制度とは関係ない」と誤解されている分娩機関、家族が多いという議論がございました。

それから、その下の太字の括弧で、制度の対象者へ実施したアンケートの中で、医師に「分娩中でないと認定されない」と言われた、あるいは受付で「この制度の対象外です」と言われた。もし私がそこで納得していたら、この制度を申請できなかったというようなご回答がございました。

②ですけれども、脳性麻痺児に接する機会が多い医療関係者、脳性麻痺児の保護者に対して、本制度の認知が十分でない、本制度が知られていないという状況があると考えております。

下の点線の枠内に、直近の補償申請に関連する問い合わせ状況を書いております。その下の○ですが、関係者のご協力をいただきながら周知に取り組んだ結果、問い合わせ件数、申請書類の請求件数が増加しております。

その下の黒ポツですけれど、問い合わせ件数は、前年同月比で3.3倍となっております。

また、次の黒ポツで、申請書類の請求件数は約2.3倍、それからその下の黒ポツで、平成21年生まれの児の申請書類の請求件数は約3.5倍というふうに、周知に対して反応して件数が増えているという状況がございます。

5ページ、一番下の③ですけれども、脳性麻痺児に接する機会が多い医療関係者、脳性麻痺児の保護者が、重症度の判断が困難等の理由で申請期限の直前まで申請が控えられているということをお知らせしております。

その下の黒ポツで、身障等級1・2級に相当するかの判断が困難な場合、申請期限直前まで申請が控えられている。

6ページにまいります。補償対象に該当することは将来的に実用歩行が困難であることを意味することから、児の保護者はリハビリや治療を行っている主治医は、児の運動機能の発達を目指してリハビリに専念されていることから、申請期限の直

前まで申請が控えられていると考えられます。

その下の点線の中ですが、審査件数に占める補償対象外、ただし再申請可能の件数ですけれども、576件中34件、5.9%が補償対象外ではありますが、将来的に再申請が可能であると、つまり発達が将来変わり得ると、軽症になる可能性もあると、そこでリハビリに専念しておられるという可能性もあるという方がいらっしゃいます。この方が十分発達しないと対象となる可能性があります。

それから次の○ですが、5月から7月の間に審査結果通知を行った21年生まれた児で対象となった13件につきまして、手続きが3歳を過ぎてからとなった理由をヒアリングしております。その結果、「確実な診断がつくまで待っていた」が4件、「制度の認知が遅かった」が4件、「補償申請の話を切り出しにくかった」が2件、「診断書の作成に時間を要した」が1件、「リハビリを優先していた」が1件、「看護・介護に専門していた」が1件でありました。

(2) ですが、補償申請の促進に向けた今後の取り組みです。

その下の1つ目の○で、21年生まれの児は、平成26年1月に順次補償申請期限を迎えますので、昨年9月ごろから特に積極的に周知の取り組みを行ってきたところではあります。

次の○で、しかし、調査専門委員会報告書によると、対象と認定される可能性があるものの、いまだ申請が行われていない事例が数多くあることが考えられます。

そこで、次の○ですが、21年1月生まれの児については、申請期限まで残り半年を切っている状況であり、補償対象と考えられる児が確実に申請期限までに申請が行われるよう、さらに徹底的に、かつ効率的に周知に取り組む必要がございます。

次の○ですが、このため、補償申請に係る周知に向けた取り組みを関係団体と一体となって取り組むこととして順次開始しております。

資料5は、補償申請に係る周知の取り組みを上げております。ご覧いただければと思います。

それから次に、緊急対策会議の設置にまいります。6ページの一番下です。

○印のところですが、申請の促進をより実効的なものとするためには、産科医、新生児科医、小児科医、リハビリテーション科医、助産師、患者の立場の有識者、7ページにまいりまして、報道関係者の方等の支援・協力が不可欠であります。このため、関係者にそれぞれの立場で申請促進にご協力いただくために、あるいはさらにより効果的な取り組みを検討するため、「補償申請の促進に関する緊急会議」を設置することといたしました。緊急会議では、資料5の取り組みにつきまして共

有し、それを評価するとともに、より効果的な申請促進のための施策となるよう再検討、適宜修正を行い、関係団体・関係者からの支援をいただきながら各施策に反映することとしております。

次の○ですが、緊急対策会議は第1回目を8月上旬に予定しておりまして、8月中を目途にもう1回予定しております。8月中に2回を予定しております。その検討状況、周知等の取り組み内容につきましては、次回以降の運営委員会にご報告することとしております。

資料6は、補償申請の促進に関する緊急対策会議の委員の一覧を添付しております。

以上です。

○小林委員長 補償申請に関する周知等の取り組みについてご意見、ご質問等ありますでしょうか。田中委員、お願いします。

○田中委員 前から発言もしたつもりなんですけれども、推定値から見ても、あるいは実際の、さっきの資料の3の37ページの、実際に突合して、おそらくマックス40人いるところを8人しか実際には申請していなかったというような、こういうデータからいっても、ほんとうに掘り起こしというんですか、対象になっておられる方がきちっと補償の対象になるようにする努力というのは、ぜひ進めていただきたいと思うんです。なぜそういうふうにならぬのかというと、産科の先生方の無過失補償という枠組み自体が、当たり前なんですけれども、それが少し問題のあるといったらいいかどうかわからないんですけれども、限界があるんじゃないかなというふうに思うんです。産科の先生方の了解を当然前提とするわけなんですけれども、システムとして、もっと患者さんが、あるいは行政がサポートするような、産科の先生方の無過失補償ということを超えた、対象者を増やすような努力をというのをもっとやっていただけたらなと、この緊急対策会議でそういうことの議論がしていただけたらなというふうに思いますけれども。

○小林委員長 運営委員会のほうからも岡本委員と保高委員がこの会でご尽力していただけたらと思うんですが、どうでしょうか。何か具体的な……。勝村委員、どうぞ。

○勝村委員 5ページで、運営組織への問い合わせというのが書いていますけれども、政府広報とかではホットラインを設けていて、電話番号が大きく載っていて、とにかく機構に電話をしてくれという形でやっているというか、やるという話を聞いたんですが、そういう理解でいいんでしょうか。

○小林委員長 事務局、いかがでしょうか。

○後理事 いたしております。先ほどのご説明を省略いたしました資料5の中に、厚生労働省からのご協力として、政府広報の内容を掲載しております。失礼しました。下から3行目になります。政府広報ですとか、政府広報オンライン、厚生労働省ツイッター、こういう中で記事を配信して、それから連絡先も周知をしていただいているところです。

○勝村委員 例えばPMDAの医薬品の副作用被害の救済制度なんですけど、あれも救済制度からお金が出るわけなので、この制度もそうですけど、公的などがやるわけですから、自分の個人加入の保険を使うわけではないにもかかわらず、長い歴史の中では、患者側が副作用じゃないかといって、そういう申請をしてほしいといっても、なかなかしてくれないというようなことがあって、患者側が申請しやすい制度に変えてもらうように交渉するなどの取り組みもかなりやってきたという経緯があります。それでようやく副作用の救済制度も数が増えてきたということがありました。保護者から電話が掛かってきたときに、医療機関の側が本気で、これは先天性だとか思い込んでいて、患者にも、これは先天性ですからと言い切ると、もう絶対無理だなと患者も思い込んでしまうのが自然であって、表現の仕方を考えなければいけないとは思いますが、思いとしては、医療機関やお医者さんに、絶対、申請しても無理だろうと言われた人も、一度機構に電話してみてくださいぐらいの姿勢があってもいいんじゃないかと思っています。もっとよい表現を考えるべきでしょうけど。少なくとも保護者に呼びかけるときには、とにかく脳性麻痺の子供を、何年以降から育てられている方は一度お電話してみてくださいぐらいの形でいいんじゃないかと思えますし、それで電話が掛かってきたら、あなたは対象になる可能性があるから医療機関に言ってみてくださいというだけでは、やっぱり掘り起こせない事例があるんじゃないか。つまり、医療機関名を機構のほうで聞いていただいて、機構のほうから医療機関に対して電話をしていただくとか、そういう手続きを踏んであげないとなかなか、無理だと思いついて医療機関を患者だけでは説得できない。とにかく申請してみるということが大事で、審査の結果がどうなるかわからないけど、出してみるということができるよう、形ではそういうことが大事なんじゃないかと思うんですけど、そういうことをしていただくようにはできないでしょうか。

○小林委員長 事務局のほうはいかがでしょう。

○後理事 緊急対策会議も設けることですので、そのようなことも含めてやってい

きたいと思います。

それから、現にお電話の問い合わせでは、無理かもしれないけれども、問い合わせしてみるといようなお電話もございますので、そういうものをもっと積極的に拾っていけるように考えていきたいと思ひます。

○勝村委員　この緊急の会議でぜひそういう方向で議論していただければと思ひます。繰り返しになりますが、こんなややこしい制度を一生懸命説明して、まず理解してから電話して下さい、といような感じではなしに、とにかく脳性麻痺の子供が何年以降に生まれて、今、申請していない方は一度お電話くださいとい論調で政府広報していただきたいといことと、掛かってきた場合には、医療機関名を聞いて、機構のほうから医療機関にも問い合わせをして、その結果が、どういふうになったかまで機構は把握して報告してほしいといことをお願いしておきたいと思ひます。

○小林委員長　山口委員、お願いします。

○山口委員　今までもかなり周知に努力してこられたとずっとお聞きしてまいりました。今回、4ページにありますように、誤解といるか、対象になっていないといことで、理解はできていないじゃないかと思われる方々について、これまでよりさらにもう一步踏み込んだ原因が3つほど書かれています。先ほど資料5の中で、今後の取り組みとありますが、特にこいような具体的なことが見えてきたことによつて、今までよりも短い時間で周知していかないといけないといことになると、どのような取り組みを考えておられるのか、具体的な取り組み内容についてご説明いただきたいなと思ひました。今、勝村委員がおっしゃったように、政府広報で出していたとしても、政府広報を見ている方であれば今までに情報は手に入れていらっしゃるんじゃないかなと思ひます。とすれば、全く情報が届かない方のところにどう届けていくのかといことがとても大事になってくると思ひます。今埋もれてしまっているんじゃないかなと思われる方に向けた具体的な取り組みについて教えていただければと思ひます。

○小林委員長　事務局のほう、お願いします。

○後理事　資料5になりますけれども、十分ではございませんけれども、私ども、ここを重点的にしたほうがよいといことがわかりましたら、そのよいような対応をとっております。例えば資料5の一番左側の列の要因でいいますと、②にあたりますが、その中に肢体不自由児施設や重症心身障害者施設、小児医療施設を通じた周知といものがございます。従来は医療関係者、特に医師を中心とした周知を図つて

きておりましたけれども、今度は保護者側への働きかけ、しかも、脳性麻痺児の療育にあたっておられる保護者の方々がおられるという施設を、重点的に周知を図るというようなことを考えまして、具体的な取り組みとしては、右側の列に書いてございますけれども、協議会などの会員施設を通じて案内をしたりするというのを、既に承認済みであったり、行ったりということをやっている最中でございます。このように重点的な分野を見いだしては対応していくということ、これからも繰り返していきたいと思っております。

○山口委員　ぜひ具体的な周知の方法を考えていただいて、ほんとうに届くような仕組みのあり方を緊急対策会議でぜひご検討いただきたいと思っております。

○小林委員長　期間が限られていますので、急いでいろいろなことを考えていただいて。

○鈴木委員　ちょっといいでしょうか。

○小林委員長　どうぞ。

○鈴木委員　平成21年生まれではなくて、今後のことも考えると、一応、無過失補償契約を分娩機関と妊産婦の間でしているわけですよね。そのときパンフレットを渡したりしているんだと思うんですけど、それにもかかわらず知らないというのを考えると、分娩機関を通して渡すものにもう少し啓発的なものを渡しておく。さっき出たように、こういうふうに誤解されて申請しない例がありますが、補償対象ですよとか、Q&Aみたいなものを一緒につけて、難しい約款を渡して、読んでおいてくださいと、わかりましたかと、自分で懐割って金払うわけでもないのに、これを読んで資料をもらったことについてサインしていただいだけでは、やっぱり駄目だろうというふうに思います。ですから、妊産婦が児に障害を感じたときに、そういえば分娩のときにこういうインフォメーションがあつて、それがちゃんと赤ちゃんを産むときのいろんな資料の中に入っていて、また読み返せるという、そういうやさしいQ&Aみたいなものを医療機関を通じて妊産婦に渡すということが基本だと思うので、その基本のところを政府広報だとか広告だとか施設だとかという、後になってから、遠くなってから知らせるというんじゃなくて、近いうちにきちんと周知を設定するというのも考えてほしいなと思っております。

○小林委員長　勝村委員、どうぞ。

○勝村委員　私、すごく気になるのでもう一言言っておくんですけど、副作用被害救済制度なんかでは、医師の側が副作用被害救済の制度の手続きをすることで、薬が原因で副作用になったと認めることになるので、その処方を選定した医師にも、

医師本人が何らかの責任を感じてしまうようなことになって、それが副作用ではないと思う、と患者に対して言うてしまうというような心理的なものが非常に絡んでいるんじゃないかということをおぼたははずっと思っていました。そんな責任を感じて副作用ではないというのではないんだと、きちんと副作用かも知れない言ってもらえた方がいいんだと。それを門前払いすることの方が責任が重い。別に損害賠償請求とかじゃなしに、あくまでも保険は公的のものなんですから。でも、この産科医療補償制度でも、そういう心理なんか医療機関側に働いている可能性があるということをおぼたえて、患者側が医療機関から無理だと思込まされてしまうことなく、とりあえず申請してみて、審査委員会で見てもらえるというところまで、入り口まで患者が入れるというようになることを、そういう壁を超えて入れるということにきちんと配慮してもらわないといけないと思います。そういう視点、観点なしに、ただただ、患者がこの制度を知らないだけだろうから広報しようということだけではいけないのではないかということをおぼたはPMDAの過去の経験から思うので、その辺、重々踏まえて議論していただきたいなと重ねてお願いしておきます。

○小林委員長　ほかにいかがでしょうか。保高委員、どうぞ。

○保高委員　今度、対策会議に名を連ねることになりましたので。鈴木先生と勝村先生のお話、大変参考になりました。もう5年前になりますか、年金記録問題が起きたときに、非常に申請主義の弊害ということが言われまして、問題が起きたときに当時の政府は、届けないほうが悪いんでしょうという姿勢でした、当初は。制度を理解しない人が、誤解している人が勉強不足であるという姿勢であったわけですが、その後の展開は皆さんご承知のとおりです。いろいろ問い合わせ窓口を出して、パンフレットをつくって、関係者に配っても、申請したい人は申請してください、申請しなかった人は権利放棄ですという姿勢では、やはりこの制度の信頼にもつながらないと思いますので、物理的な限界はあると思いますけれども、特に締め切りの迫っている年の生まれ方には、もう一度全部送り直すくらいの姿勢で臨まなければならないというふうには私は思っております。

以上です。

○小林委員長　ありがとうございました。それでは、先に木下委員、お願いします。

○木下委員　実際にはそういう方がいらっしゃることに對しての取り組みはありがたいことだと思います。正直、私たち産科関係者にとりましては、ひとたび正常に生まれた児が家庭に帰り、小児科医に診てもらっていると、その予後につい

ては、なかなか詳しいところまでは把握できません。したがって、今後、どこを対象にして、本制度の補償対象となる脳性麻痺児を見つけていくかということの取り組みは我々だけではとてもできないので、いろいろな話のとおりでよいです。ところで、これまで本制度の補償対象になった200件ぐらいの脳性麻痺児の大部分は、産科関係者がフォローアップしていこうという気持ちで積極的に取り組んでいた部分があると思いますが、今後の本制度の補償対象となる脳性麻痺児が270件から280件がいるとなりますと、半分以上の脳性麻痺児が生まれた後の問題なのかと非常に驚いています。原因分析委員会は、今までは産科関係の委員は妊娠から分娩に関する問題は何かという視点で選考された委員が多いですが、脳性麻痺児は分娩に関連だけでなく、もっと幅広いところでの問題として見ていく、新しい視点で例えば小児科の医師の原因分析委員会委員の選考等に関しましてご配慮願いたいと思います。

○小林委員長 鈴木委員、どうぞ。

○鈴木委員 この資料5を見ますと、小児科医や産婦人科医に対するインフォメーションとしては、補償対象になった参考事例を中心に説明をして、誤解を解くという論点になっていますけども、この調査報告書の三重の一番最後のページでけれども、19ページ目にこういうフレーズがあります。新生児科医や小児科医から、次のような意見があるということです。脳性麻痺児をフォローアップしているが、申請した場合に、児が出生した産科施設に迷惑が掛かるため、補償制度についての申請を進めていないという、この制度に対する捉え方を誤解しているといいますが、補償対象の枠組みを誤解しているのではなくて、この制度に対する枠組みをどうも誤解しているということになるので、かえってこういうことを説明しないで保護者が5年の期限切れになったときに、新たな紛争を呼んでしまうし、それは産婦人科医にかえって迷惑を掛けることにもなりかねない。場合によったら、薦めていない小児科医との間でも法的トラブルが生じる危険性すらあるということなので、こういう調査結果も何とかインフォメーションの中に入れていただくという必要があるのではないかと思います。

○小林委員長 これに関しましては、調査専門委員会でも議論をして、そういうことがないようにというか、小児科のほうに関しても周知が必要だなという議論になりました。ですので、そのことに関しては事務局のほうもきちんと、小児科医あるいは脳性麻痺の児をケアする施設のほうに周知をよろしくお願いします。

勝村委員、どうぞ。

○勝村委員　しつこいかもしれませんが、資料5の中身を見ると、先ほどの報告書の44ページのところにも、調査者が判断したら10%から40%が除外基準だったけれども、委員会でやると10%だったと言っているわけですね。あくまでも審査委員会が審査する制度なんですよ。にもかかわらず、基準を一生懸命周知しようとする、まるで、お医者さんたちが自身で対象になるかどうかを判断するんだというふうに誤解してしまう方向になってしまうので、とにかく今、鈴木先生おっしゃられたみたいに、医師が対象外だと思った事例でもほんとうは申請したら審査されたかもしれない可能性はあるわけですよ、調査者でも10%から40%だったのが10%になっているわけですから、30%ぐらいは出してあげばいけたということになるわけですから。申請を門前払いしてしまって、そういう機会を逃がさせてしまうことのほうが、医療機関にとって責任やリスクが大きいというぐらいに広報して、とにかく申請してほしいと、とにかく全部出してみてくださいというぐらいの姿勢の広報の内容でなければいけないと思います。できたらあんまり出したくないなど、できたら先天性だということにしておきたいなという心理が働く可能性だってあるわけで、極端な話。そこまでじゃない事例に関しても勘違いは往々にしてあるということが、この調査結果から明らかになっているわけですから、そういう論調で広報してもらう必要があると思います。

○小林委員長　ほかの医師よりも詳しいはずの調査委員会の調査者でも、この基準が非常に複雑でわかりにくいということが一つ要因にあると思うんですね。約款あるいはパンフレットに書いてあることも、かなり条件が、きちんと読んでもなかなか理解しづらい、専門家でも理解しづらい。当然、一般のお母さんやお父さんにはさらに理解しづらい。そこらの辺のところも、今後、この運営委員会でも議論する課題ではないかというふうに思います。

それでは、すみません、時間が押してきましたので、先にいきたいと思います。

議事4の今後の議論の進め方について、説明を事務局よりお願いいたします。

○後理事　7ページと8ページをお願いいたします。まず資料本体の7ページです。4)今後の議論の進め方についての部分でございます。その下の○ですが、推計値481人をもとに算出すると、27年中ごろ以降、毎年120億円から140億円の剰余金が運営組織に返礼されることが見込まれております。

2つ目の○で、推計値公表後、返戻される剰余金及び掛金の取り扱いについては、対象者数の推計値等に基づき、速やかに運営委員会及び社会保障審議会医療保険部会において議論を行うこととしております。

3つ目ですが、運営委員会では、これらについて、9月中を目途にその基本的な考えを取りまとめ、それをもとに社会保障審議会医療保険部会でも検討するということを考えております。

4つ目の○で、運営委員会では、剰余金及び掛金の取り扱いに関する基本的な考え方が取りまとまった後に、27年以降の制度に関し補償対象となる脳性麻痺の基準や補償水準等に関する見直しについて検討を開始し、25年内を目途に結論を得ることとしております。医療保険部会においても、これらについて検討するという予定です。

今後の運営委員会における議論の結果の取りまとめに向けたスケジュール案は、以下のとおりとなっております。7ページから8ページにかけまして、8月から、推計値を踏まえた剰余金及び掛金の取り扱いについて、9月には、推計値を踏まえた剰余金及び掛金の取り扱い、基本的な考え方の取りまとめ方と、補償対象となる脳性麻痺の基準等及び補償水準等の見直しについて。同様に、10月、11月まで補償対象となる脳性麻痺の基準等及び補償水準の見直しについて議論をさせていただきます。11月には、その他の検討課題についてもご検討いただく予定にしております。そして12月に、制度見直しに係る議論のまとめという予定を考えております。

ここで補足でございますけれども、明後日に社会保障審議会医療保険部会がございまして、産科医療補償制度が議題に上がっておりますので、本日の議論でありますとか、このスケジュールに関してご説明をさせていただきます予定にしております。その議論につきましては、これまでどおり、この運営委員会でも議事録など配付してご説明させていただいておりますが、これまでの社会保障審議会医療保険部会のご議論では、財源を実質負担しておられる保険者の立場の委員から、見直しの決定の主体でありますとか、剰余金や掛金、それに関する契約などにつきまして、厳しいご意見もいただいているところでございますので、これらの関係者のご理解を得られるように丁寧にご説明して、その議論の結果は、また次回の運営委員会でご報告させていただくことにしております。

以上です。

○小林委員長　今後、月1回のペースで議論を進めていきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

それでは、これで前半の議題である産科医療補償制度の見直しに関する事項の議事を終わりにしたいと思います。

次に、産科医療補償制度の運営状況に関する事項の議事に入りたいと思います。議事は、議事次第にあるとおり5項目ありますが、時間も大分迫ってきましたので、事務局より5項目まとめて簡潔に説明をお願いします。その後、まとめて質疑ということにしたいと思います。

○事務局　それでは、時間の関係で、1)産科医療補償制度の動向についてから、5)制度収支状況についてまで、ポイントのみご報告申し上げます。

資料のほうは、9ページをご参照いただきたいと思います。

まず、1)産科医療補償制度の動向についてご報告申し上げます。(1)の制度加入状況についてですが、全国の分娩機関の本制度加入状況は、表1に記載のとおりでございます。加入率は合計で99.8%と特に変化はございません。

次に、2)審査及び補償の実施状況等についてご報告申し上げます。資料は11ページをご覧ください。(1)審査の実施状況は、11ページから13ページに記載のとおりでございます。11ページの表3の最下段の総計に記載のとおり、本年6月末までに累計で576件の審査を行い、524件が補償対象となっております。また、18件が補償対象外、34件が再申請可能となっております。各年ごとの状況は、表に記載のとおりでございます。

次に、本体資料14ページをご覧ください。

3)原因分析の実施状況についてご報告申し上げます。(1)原因分析報告書審議の状況でございますが、表の6に記載しておりますとおり、本年6月末までの累計で277件の原因分析が完了しております。条件付きも含めて承認している状況でございます。

続きまして、資料の15ページ、ちょっと飛びますけれども、ご覧ください。

4)再発防止の実施状況等についてご報告申し上げます。まず(1)「第3回再発防止に関する報告書」の公表についてでございます。

2つ目の○をご覧ください。既に委員の皆様はじめ、関係学会・団体、行政機関等にお送りしてございますが、本年5月に「第3回産科医療補償制度再発防止に関する報告書」を公表し、再発防止委員会委員長の池ノ上先生による記者会見を行ってございます。

また、その報告書の公表後、報告書に記載されております学会、職能団体に対する要望につきまして、資料8にございますけれども、検討をお願いする旨の文章を再発防止委員会委員長名にて関係8団体に送付してございます。加えて、厚生労働

省からは、地方自治体や関係団体等あてに第3回再発防止に関する報告書の公表についての通知が発出されております。

次に、資料17ページをご覧くださいと思います。

5) 制度収支状況についてご報告申し上げます。まず、本制度の保険期間である1月から12月までの収支状況につきましては、17ページに記載しております表のとおりでございます。

次に、18ページをご覧ください。平成24年1月から12月の事務経費につきましては、表に記載のとおり、運営組織が7億4,500万円、保険会社が29億7,800万円となっております。

19ページ、上段、一番上の○に記載してございますけれども、本年、平成25年の事務経費につきましては、保険会社分についてさらなる削減を行っていただきました。その結果、事務経費トータルで、平成24年対比で合計約10億円強の削減を図ることができております。

次に、運営組織の事業年度である4月から3月までの収支決算と予算についてでございます。資料は19ページから20ページをご覧くださいと思います。

(3) 運営組織の平成24年度の収支決算につきましてでございますけれども、ご覧のとおり、収支相償で決算を終わっております。

続きまして、21ページ、22ページのほうに(4) 運営組織の平成25年度収支予算につきまして記載ございます。ご覧のと通りの状況となっておりますので、ご参照いただきたいと思います。

以上でございます。

○小林委員長 制度の運営状況に関しまして、質問、ご意見等ありますでしょうか。よろしいでしょうか。

18、19ページ、保険会社のほうの事務経費のほう、かなり節減していただきましたけれども、具体的にはどういうことでこのぐらいの節減が可能になったかというのを説明していただけますか。

○事務局 それでは、事務局よりご回答させていただきます。当時は、見直しの前提になる対象者の推計に係るデータ、これが明らかではなかったのですが、制度が発足いたしまして、3年あるいは4年立ったという状況におきまして、厚生労働省・保険会社とも相談し、補償対象者数につきまして、仮に500人ということで見込みをいたしまして、事務経費の見直しを行った経緯がございます。

以上でございます。

○小林委員長　当初800人だったのが500人にしたということで、これぐらいの節減になるということですね。

ほかにいかがでしょうか。よろしいでしょうか。運営状況に関しての議事もこれで終わりにしたいと思います。

ほかに、全体を通して、先ほど駆け足で推計のほうの話を終わらせましたので、もしさかのぼって追加の質問等ありましたら、お願いいたします。

ほかにないようでしたら、事務局から連絡事項があればお願いいたします。

○事務局　最後に事務連絡でございますが、次回、23回の開催日につきましては、改めてご連絡させていただきますので、よろしくお願いいたします。

また、この後、17時30分より、産科医療補償制度の補償対象者数の推計結果と今後の対応につきましての記者会見を、厚生労働省におきまして、厚生労働記者会と厚生日比谷クラブ合同で予定しておりますことをご報告申し上げます。

なお、本日お配りしております報告書等の資料につきまして、ご不要の方はご退出時に机の上に置いてご退出いただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

以上です。

○小林委員長　それでは、これをもちまして、第22回産科医療補償制度運営委員会を終わりにしたいと思います。皆様、どうもお疲れさまでした。

— 了 —