

第28回「産科医療補償制度運営委員会」会議録

日時：平成25年11月27日（水）10時00分～12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、資料の確認をお願い申し上げます。

第28回運営委員会委員出席一覧がございます。次に、第28回運営委員会―第19回制度見直しの検討―次第と議事資料がございます。

次に、資料一覧と資料1から8、参考資料1から8がございます。時間の関係で資料名を読み上げての確認は割愛させていただきたいと思いますが、資料一覧に記載してございます資料番号を確認いただきまして、落丁等ないようご確認をいただきたいと思っております。よろしいでしょうか。

なお、本来でありましたら、委員の皆様には資料を事前にお送りすべきところではございますが、今回は修正・準備等に時間を要しまして、当日配付という形になりまして、誠に申しわけございません。この場をお借りしましておわび申し上げます。

それでは、定刻になりましたので、ただいまから、第28回産科医療補償制度運営委員会―第19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、全員がおそろいでございます。

それでは、議事進行を小林委員長を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、どうぞ、ご審議よろしくお願いいたします。

本日の議題は、次第にありますとおり、1) 第27回運営委員会の主な意見について、2) 補償申請期間について、3) 産科医療補償制度 見直しに係る最終報告(案)について、4) 産科医療補償制度の見直しに係る検討結果の取りまとめ(案)について、5) 補償申請に係る状況について、6) その他でございます。

本日の運営委員会では、前回取りまとめに至らなかった検討課題、見直しに係る検討結果を運営委員会として取りまとめる必要があります。今後の制度見直し全体のスケジュールに影響しないよう議事を進めていきたいと思っておりますので、何とぞご協力をお願いいたします。

それでは、議事に入ります。第27回運営委員会の主な意見については、時間の関係上、説明は省略したいと思います。ただし、これらの意見を踏まえて作成された産科医療補償制度見直しに係る最終報告(案)が、本日、事務局よ

り提示されています。前回の発言やその内容についてご意見がある場合は、議事3)の最終報告書(案)の審議の場でご発言をいただきたいと思います。

それでは、前回の意見については、以上のようなことでよろしいでしょうか。割愛をして、先に進めたいと思いますが。

それでは、次の議事に入りたいと思います。議事2)補償申請期間について、事務局より説明をお願いします。

○事務局 補償申請期間について、ご説明申し上げます。資料は、本体資料の5ページをご覧ください。

まずa、前回運営委員会の主な意見でございますけれども、前回の運営委員会におきましては、大きくは、補償申請期間について、極めて重症で診断が可能な場合は生後3カ月から申請可能とする案1と、補償申請期間の見直しを行わない案2について、それぞれの案に対するご意見やそれに付随するご意見を頂戴しております。

まず案1を支持するご意見ですが、現行の6カ月から3カ月に変更した場合も、補償申請件数がそれほど増加することはないと、診断医や診療現場の混乱を招くことはないのではないかというご意見です。

2つ目、紛争防止や再発防止の観点から、早期に診断が可能な児は、可能とするべきではないか。

次に、医学的調査専門委員会におけるアンケートにおいて20名の診断医が3カ月で診断可能としているのであれば、3カ月に変更すべきではないかといったご意見をいただいております。

続きまして、案2を支持するご意見ですが、児の状態が同じであっても、早期に診断する医師と診断しない医師がいるようであれば、早期に診断する医師に負担が偏るなど、診療現場の混乱を招くのではないか。

6カ月は極めて重症な場合の例外規定であり、相当の根拠がなければ3カ月に変更するべきではないのではないか。

また、本件に付随するご意見といたしまして、その他のご意見のところでございますけれども、3カ月に変更するということは、運動障害を判断するのではなく、頭部画像所見等から将来、歩行が不可能である重度脳性麻痺となることを予測できる脳障害が発生していることを判断することになる。

これを受けまして、下から2つ目の丸ですけれども、3カ月とした場合、脳性麻痺となる脳障害を診断するということであるが、脳性麻痺を診断するとすればどのような基準が必要か検討すべきであるというご意見がありました。

なお、本件についてですが、審査委員会におきましては、脳性麻痺の診断は、補償申請用の専用の診断書にあります動作活動所見、それから、GMFCS、写真、動画等に基づき脳性麻痺の診断を行っております。診断時期が3カ月である場合は、これらに加えて、重症度の所見、神経学的所見や頭部画像所見等をもとに脳性麻痺の診断を行うこととなります。診断時期が変更となる場合、そのような実務的な観点につき詳細に検討することになると考えております。

次のご意見です。補償申請期間を変更することは、最終的には、死亡した児に対して補償するか、原因分析を行うかといった問題である。死亡した児は診断時期をどの時期で区分しても問題があり、そのような事例の補償や原因分析をどうするかは、今後の重要な課題として整理すべきではないかというご意見をいただきました。

それから、次です。6カ月と決めた経緯、根拠と、3カ月に変更することが検討課題となった経緯がどのようであったか、確認してから議論すべきではないか。

医学的調査専門委員会では、診断医20名強に確認しているが、400名強の診断協力医がどのように考えているか確認する必要があるのではないかといったご意見を頂戴しております。

続きまして、本体資料のb、前回運営委員会の主な意見を踏まえた確認結果ですが、今し方ご紹介いたしましたご意見に基づく課題を整理しております。

1つ目でございますけれども、現行の補償申請期間は、制度創設時の調査専門委員会における検討結果を踏まえ、準備委員会において議論され決定された経緯にあります。また、補償申請期間の見直しの検討を行うことにつきましては、医学的調査専門委員会において議論を行った経緯にあります。経緯の詳細は、資料1をご覧くださいと思います。

資料1につきまして、簡単にご説明を申し上げます。

まず、極めて重症な場合、生後6カ月以降において申請可能とすることとな

った経緯でございますけれども、平成19年8月の医学的調査報告書においては、身体障害者等級のうち、1、2級に相当する重度の脳性麻痺児であれば、概ね1歳6カ月ごろまでには小児神経学の専門家による診断が可能とされました。

また、症状は年齢によって変化していくこともあるので、重症度の診断については留意が必要とされております。

次に、平成19年11月の調査専門委員会におきましては、早期新生児死亡等の症例の脳性麻痺の診断時期について、調査専門委員会の委員及び調査者からの見解を得ております。特に重症の症例について早期診断が可能とされております。また、診断時期については、重症児においては、生後5週以降、3カ月以降、6カ月以降に可能などのご意見をいただいております。

その後、平成19年11月の準備委員会の議論を経まして、平成20年1月の準備委員会報告書においては、調査専門委員会の専門家のご意見も踏まえ、極めて重症の場合は、生後6カ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カ月以降においても申請可能とされております。

以上が、極めて重症となった場合、生後6カ月以降において申請可能とすることになった経緯となります。

次に、資料1の裏面をご覧くださいと思います。補償申請期間の見直しの経緯につきましては、医学的調査委員会においても、生後6カ月直後に早期診断を行った診断医に対するアンケート調査を行っております。アンケート調査の結果からは、早期診断の時期としては生後3カ月が目安と考えられる。生後1カ月での診断も可能とする意見もあるが、早産児の診断における修正月齢の考慮等との関係では、一般的な基準とするには無理がある。

生後6カ月未満での早期診断を取り入れる場合には、今回のアンケート調査結果等を参考として、具体的にその必要条件を定めるなど慎重に検討を進める必要がある。

早期診断により生後6カ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つながるため、そのことによる本制度との関係の整

理も含めた検討が望まれるとされております。

本体資料の6ページに戻りまして、2つ目の課題でございますけれども、bの2つ目の丸でございます。より早期の脳性麻痺の診断の可否、及び診療現場への影響等も含めた申請期間の早期化の是非等について、より広く確認を行うため、審査実務を担う審査委員会の委員の皆様へのアンケート、及び診断協力医412名の皆様へのアンケート調査を今月実施しております。

審査委員会の委員の見解は資料2、それから、アンケート調査の集計結果は資料3のとおりとなります。

資料2についてご説明を申し上げます。審査委員会の委員の皆様に対して、3つの項目についてアンケート調査を実施いたしました。1つ目は、3カ月で重度脳性麻痺の診断書の作成が可能かどうかについて、2つ目は、3カ月で判断することが可能な場合の必要な検査項目等について、3つ目は、「生後3カ月以降」に変更した場合のメリットとデメリットについてのアンケートでございます。

1つ目の、3カ月で重度脳性麻痺の診断書の作成が可能かどうかにつきましては、一部の極めて重度の障害である場合は可能であるが、その以外は不可能であるとのことのご意見でした。

2つ目、3カ月で判断することが可能な場合の必要な検査項目等については、可能である場合については、修正月齢3カ月であること、出生時の状況、臨床経過、病歴や頭部画像所見で脳性麻痺であることが確認できること、除外基準による診断も可能であること等の要件が不可欠とのことのご意見がありました。また、この時期の児の運動スキルはあまりないので、重症度の判断には専門的知識を要するというご意見でございました。

3つ目の項目でございます。「生後3カ月以降」に変更した場合のメリットとデメリットについては、メリットとしては、3カ月以降6カ月までの死亡例を対象とすることで、6カ月以降になくなった児との公平性の観点で改善できることや補償金の支払いが早まること等のご意見がありました。それから、デメリットとしましては、診断が難しいことから診断医の負担が増加すること、それから、重度の脳性麻痺であることを早期に保護者に宣告することになることから慎重であるべきとのことのご意見や、一部の最も重症である事例のほかは補償

対象外（再申請可能）となることから再度申請しなければならず保護者の手間も増えるとのことご意見があり、全体といたしましては慎重なご意見が多く見受けられております。

具体的なお意見につきましては、その次、資料2の後につけておりますペーパーに整理してございますので、ご参照いただければと思います。

次に、資料3でございますけれども、診断時期を「生後6カ月以降」から「生後3カ月以降」に変更することが「可能か否か」及び「必要か否か」につきまして、産科医療補償制度の診断協力医のうち機構にてメールアドレスを把握している方々に、メールによるアンケート調査を行っております。調査対象は412名の方々に、このうち124名、30%の皆様から回答をいただいております。調査期間は、この11月15日～25日でございます。設問につきましては、審査委員会の委員の皆様へのアンケート項目とも一部重複いたしますが、質問1から確認をしてみたいと思います。

質問1、「生後3カ月以降」とした場合、重度脳性麻痺となる脳障害と診断した本制度の診断書の作成は可能でしょうか。これにつきましては、可能であるとのことご意見が124名中80名（65%）、可能ではないとのことご意見が124名中41名（33%）でございました。

それから、2の、「可能でない」とのご意見があった方の主な意見といたしましては、診断時期を早めて不確実な診断を行うことよりも、6カ月以降の診断とすることが望ましい、このご意見が23件ございました。

そのほか、一般の染色体検査以外の精査等には十分な期間があるとは言えない。

次が、早産児等の未熟性がある児については、診断が困難と考えるとのことご意見がございました。

なお、一般的には可能ではないが、重症度等は3カ月でも診断できるという趣旨の記載が18件ございました。

次に、質問2でございますけれども、質問1で「可能である」とご回答いただいた場合に、判断に必要な検査項目等は何ですかということについて伺っておりますが、ごらんのほぼ全ての項目について必要という回答でございました。

次に、資料3の裏面、質問3でございます。「生後6カ月以降」から「生後

3カ月以降」に変更することについて、必要か否か。これにつきましては、必要であるとのご意見が、124名中56名（45％）。

必要である主な理由は、在宅医療への移行の準備等に利用できる。

3カ月で診断が可能であるため、待つ必要がない。

6カ月未満に死亡する重症仮死例等に補償が可能であるというご意見でございます。

2つ目の、必要ではないとするご意見が、125名中63名（51％）ございました。

必要ではない主な理由といたしましては、重症度など慎重な診断を行うほうがよい。

家族の障害受容や愛着形成を育むためには、3カ月では早すぎる。

6カ月未満の児が死亡した問題は別に検討すればよい。

3カ月に診断期間を早める理由がわからない。

3カ月以前に重度脳性麻痺と診断されるような児であれば、入院中である可能性が高く、負担はない。

診断が困難な症例が増えると、診断医の負担増の可能性があり、こういう結果でございました。

それで、本体資料の6ページに戻っていただきますけれども、6ページのc、見直しの内容に、案1、それから、次の7ページに行きまして、案2を、それぞれ根拠とともに記載しておりますが、先ほどご説明申し上げました資料も踏まえて、7ページの、○補償申請期間を変更することについては、①案1及び案2について、それぞれご意見をいただいていること、②審査委員会の委員の皆様を確認の結果、慎重な意見が多いこと、③診断協力医へのアンケート調査においても、「必要である」及び「必要でない」の意見が二分していること、これらを踏まえまして、7ページの下段から記載しております事務局案というふうになりたいと思ひまして、ご提案をさせていただきます。

事務局案について、読み上げさせていただきます。

診断協力医へのアンケート結果でも、医学的調査専門委員会での調査結果と同様、3カ月で診断する場合は、基本的に動作・姿勢を確認できる時期の前における診断となるため、早期診断専用の専門的な検査項目や診断基準を設ける

必要があることが明確になっている。

3カ月での診断の導入に関しては、これらに係る医学的な検討に加えて、その必要性についての総合的な判断も必要となる。

また、児が早期に死亡した場合の取扱いについてどのように考えるかといった点についても、議論を深める必要がある。

よって、本課題についてはより慎重に対応するため、現時点では現行の基準とし、今後、診断に係る情報収集に努め、状況を精査することとして、重要な課題として整理するというところでございます。

以上でございます。

○小林委員長　ありがとうございます。

補償申請期間については、現行の早期診断の特例を6カ月から3カ月に前倒すか否かということで、前回の委員会では結論に至りませんでした。追加の対応として、診断協力医へのアンケートと審査委員会委員への見解確認を事務局のほうで行っていただきました。

前回、私も思い入れがあって、議論に時間を費やしてしましまして、すいませんでした。きょうはデータといいますか、資料がありますので、その結果も踏まえて、ご意見、ご質問を伺いたいと思います。いかがでしょうか。勝村委員、お願いします。

○勝村委員　この6カ月、3カ月の論点というのは、運営委員会の事務局のほうから早々と論点として出されていたと思います。その出されてきた趣旨や理由なども非常に理解しやすいものでした。これまでの経緯から踏まえると、今回は、ここは3カ月にするというのが自然なんだろうなという感じで来ていましたし、かつ、そのことによる推定人数もそんなに増えるわけではなく、数人程度というのが一度運営委員会でかなり以前に出されていまして、大きな問題にならないだろうと思っていましたし、今回の見直しに関しては、6カ月を3カ月にすることは最低条件ではないかという趣旨の発言等は、もう国会等でも議員から国に対して出されているという論点だったと思います。それが、ここに来て、急に話がちょっと不自然な形で、いろいろ無理矢理理由をつけてやめようとしていることに、流れとしても僕は納得できません。

きょう出てきている資料の中のデメリットと書かれているところの理由は、

ちょっと趣旨を勘違いしているものが多いと思うんですね。つまり、全てを3カ月から診断してくれなんていう話は一度もないわけで、これまでも例外で6カ月から診断できる事例があったわけで、その場合だけ、6カ月からずっと寝たきりになっているような子に関しては、6カ月から診断できる事例もあるだろうと、そういう事例だけは特例としてやりましょうということで、5年間やってきて、そのうちのかなりの部分は3カ月から可能なのではないかという声が、診断をした医師から出てきていたと。その部分に関して3カ月からできるというので、私は3カ月にするべきなのではないかと言っているわけです。

それが、診断が負担になるとか、そういう負担を、より多く負担を強いてほしいということは全然思っていないで、6カ月から診断できる事例が実際にあって、その診断をした医師たちが、3カ月からでも診断できる事例があるということですからそれらに関して、3カ月から診断可能にするという形にしてはどうかと言っているだけであって、このアンケートの結果の、いろいろな意見の結果というのは、そういう趣旨とは違うイメージで回答しているのではないと思われる設計になっていて、これもちょっと僕は納得できない。もっと自然に、6カ月に3カ月にするというのは、これまでの6カ月に決めた理由からしても、そのほうが自然だと思いますので、ちょっと納得できません。

○小林委員長　ほかにいかがでしょうか。

調査専門委員会のほうでアンケート調査をしたのは、恐らく3カ月というのは、創設当時から、いつごろから早期診断ができるかという話があって、今回、制度が5年目を迎えて、対象を基本的には広げていく方向で議論するということの可能性として、多分調査をしたと思うんですが。やはり実際に制度として行うためには、準備と、それから、やっぱり実際にそこで一番関わる人の理解が必要だと思うんですね。

これは紛争の早期解決とか防止が目的の制度ですが、一方で、まずは脳性麻痺の児を対象にするということはもう大前提ですので、その脳性麻痺の見た姿が明らかになるのは、やっぱりある程度月齢を重ねてからだと思うので、私は6カ月以降がいいと思いますが。

○勝村委員　今委員長がおっしゃっているのは一般論だと思うんですね。一般論はもうそのとおりだと僕は思うんです。そうじゃなくて、例外的なもの

があるからと言って、例外規定を設けているわけですよ。その例外規定を実際に適用した医師たちの中で、3カ月からできる事例があるんじゃないかという声が上がってきているというふうに僕は理解しているわけです。

その現場の声を重視するということで、僕は、その声を重視すべきであると思っていて、それ以外の人にも無理矢理3カ月からやってくれなんていう趣旨は一切ないわけで、3カ月からできるのが無理な事例に対して、3カ月からやってくれなんて言ってないわけで、基本的には1歳、1歳半ぐらいからなんだというのは、もう当然の大原則なわけです。それとは別に、例外的なものとして扱う事例というのがあり得るということで、そこに関してのみの話であって、無理に全体に今までの診断時期を変えなきゃいけないというような話での趣旨じゃないわけですよ。今までの診断どおりで6カ月で認定していた子供たちのうち3カ月で診断できるものがあるという声が上がってきているということだと、僕は理解しているので、その分をその方向に、当事者の声を、実際に診断している医師の声を聞いて、その部分をそうするということであって、それがほかに悪影響を与えないようにすればいいわけで、与えてしまうんじゃないかと言って危惧することは、僕は現場の声に添っていないと思うんです。

それと、もう一つ、今議論しているいろんな意見の中で、この対象範囲の拡大だけは、医療の質とか再発防止とも唯一関わってくる話なんですよ。お金に関係がないとあるとで前半と後半に2つに分けて議論していますけど。実際、今、本当に僕がこの制度を応援している理由は、これが原因分析と再発防止というサイクルを持っているからなんですよ。原因分析をして、その結果を医療機関に返すという1つ目のサイクルを持っていますし、さらに、原因分析の報告書を縦覧して、疫学的に結果を、再発防止策を出して、それを医療界全体に返すという2つ目のサイクルですけど、その2つのサイクルを持っているわけですよ。そのサイクルの中に入れる対象をちょっとでも増やしていく。より重症なものもそういうサイクルの中に入れていく。これは対象を増やすと言えば、一瞬、お金がもっとかかるんじゃないかと思うかもしれませんが、原因分析や再発防止の機能というのをきちんとつくっていけば、脳性麻痺の子供の数は減らしていける可能性があるわけで、中長期的には対象を広げるということは、この脳性麻痺の子供の数を減らしていく。そういうことにつながると思

うから、僕はこの制度を応援しているわけなのです。そういうシステムの中に入れていくということなんかも、その保護者の願いでもあるし、医療界の願いでもあると思うんですね。そういう思いを持っている小児科の医師たちもいてと思うんですね。そういう思いもやっぱりくんでいくべきだと僕は思うんですね。

○小林委員長　ほかにいかがでしょうか。岡井委員、お願いします。

○岡井委員長代理　3カ月に診断をして、それが正しければ、6カ月に診断しても同じ診断になるわけで、そういうケースでは、診断が3カ月遅れたことは、当事者としての家族の方にはあまり大きな影響はないわけですね。実質的に問題になるのは、その3カ月から6カ月の間に亡くなられた場合に、この補償対象になるかどうかという、その話なんだろうと思うんですね。3カ月の診断が間違っていて、6カ月で訂正して、脳性麻痺じゃないというふうに訂正されるような事例が幾らか含まれるとすれば、それはその最初の診断が間違えているわけだから、6カ月でやったほうが正しいことにはなりますよね。だから、問題なのは、あくまでもその間に亡くなったケースということなんですけれども。

この制度は、私は、脳性麻痺の事例というか、そういう状態になった場合には、ご家族が長い間、その子が生活していく上で、医療費もかかるし、介護を受けるとか、そういうことをずっと見ていかななくてはいけないということであるいろいろなことで経済的な負担が大きい訳です。ですから、いわゆる児死亡、周産期死亡と言われているものは、将来的には別として、今回は補償の対象に入っていないわけですね。ですから、生後3ヶ月の間に亡くなるというのは、周産期死亡の延長とみなせる事例になるので、周産期死亡の事例の補償をどうするかということを整理しないと、今言っている6カ月を3カ月にするという話はまとまっていかないんじゃないかと思うんですね。

ですからこの議論は、産科医療補償制度というのを、脳性麻痺だけじゃなくて、死亡したケースにも、あるいは、母体死亡をも対象に広げてゆくかなど、そういうことも含めた別の議論でやるほうがいいんじゃないかと私は思いますけど。

○小林委員長　ほかに。じゃ、宮澤委員、お願いします。

○宮澤委員　　今言われた早期での死亡の問題というのは当然出てくると思うんですけども、この早期で死亡した場合どうするかというのは、この3カ月、6カ月という問題とはまた別の問題だと思っているんですね。6カ月以降に診断をしたとしても、早期で死亡することはあり得るんで、それをどうするかというのは、また別の問題だと思っています。

それは、やはりこの産科医療補償制度のプライオリティをどこに置くか。児とご家族の経済的・精神的な負担を軽減するというところにプライオリティを最初に置くのであれば、また蒸し返しになるかもしれませんが、有期で打ち切りというようなことも考えなければいけませんし、それはまた別の問題だと思っています。

3カ月か6カ月かという問題は、3カ月として判断できるのかできないのか。できないんだったら、もちろんやるべきではないですし、できるのであれば、基本的には判断をして、早期に救済の手を差し伸べるということが、制度の方向性としては私は正しいのではないかと思っています。

○小林委員長　　鈴木委員、お願いします。

○鈴木委員　　珍しく宮澤委員と意見が一致したんですが。資料1の表の一番最後のただし書きをごらんいただきたいと思います。

つまり、「原則として脳性麻痺の確実な診断が行われる生後1年以降を原則とする」と。問題は、次のただし書きです。「極めて重症の場合は、生後6カ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カ月においても診断可能とする。」この6という数字を3に変えても何ら不自然なことはないと思うんですね。

つまり、従来の経過からして、重症でもって6カ月で診断可能なのであれば、6カ月でもいいじゃないかという論理をただし書きでとったとすれば、それがその後のさまざまな医学的知見の進展によって3カ月ということでも可能になったのであれば、この6という数字を3に変えることに、6はここでいけるけれども、ここを3に変えたらおかしいだろうという論理はあり得ないだろうと思います。

基本的には、岡井先生おっしゃったように、早期に死亡した児をどうするか

という、これは宮澤委員も前からおっしゃっているわけですが、これはこれとして、別の論点として考えなければいけないと。これに今踏み込んで――僕は、これに踏み込むことが最終的な整合性をつくることになると思って前回発言したわけですが、しかし、今回、早期死亡についてまで制度の見直しを行うということについては、さまざまな要因からして少し荷が重すぎるということで、この課題、早期死亡についてどうするかというものについては、次回の見直しに棚上げするとすれば、とりあえず今回、この6カ月を3カ月にすると。その中で、3カ月の診断でどの程度出てきて、どういう事案になるのかということもわかってきて、そのデータも含めて、次の見直しのときに、早期死亡についてどうするのかということを中心に議論していく。という意味では、暫定的という言い方もおかしいですが、この6カ月を3カ月にするというのは、僕は理があるのではないかと思います。

○小林委員長　ほかにいかがでしょうか。上田委員、お願いします。

○上田委員　前回、6カ月で診断された診断医の先生に行ったアンケート結果を示しました。しかし、もっと多くの実際に診断されている先生の意見を聞く必要があるのではないかとということで、今回、急遽、資料3のような調査を行いました。私どもこのような調査をもっと早くきちんと行うべきでしたが、限られた時間でしたので、今、勝村委員から指摘がありましたように、質問自体もう少し丁寧にすべきでないとか、いろんな課題はあるかもしれませんが、診断される医師が、実際に正確に、また負担もなく行っていただく必要があるかと思います。

そうしますと、質問3で、必要ではないが52%、そして、必要ではない理由が記載されています。このような調査をもっと早く行って、きちんとしたデータを出すべきだったことについては反省しますが、今回、急遽行った調査ではこのような状況ですので、ご理解いただきたいと思っております。

○小林委員長　ほかにいかがでしょうか。じゃ、今村委員、お願いします。

○今村委員　今の鈴木委員のご意見も一方でもっともかなと思う反面、このアンケートの結果を見て、可能であるという方が3分の2、可能でないという方が3分の1と。それから、変更することが必要か否かということについては、概ね半々というふうな結果ですよね。これは、現場の診断をする医師からする

と、かなり相当の重みがあるというか、可能でないと言われる方というのは、相応の理由というのがあるかと思いますがよね。可能であると思う方もいるし、可能でないと思う方もいらっしゃるというときに、この制度を、意見が分かれるときにあえて変更するということについては、やっぱりちょっと現場の混乱があるのではないかなと。

一方で、3カ月の段階でかなり可能ですよという意見が相当数になった、その時期に、これはもう一遍変更を考えればいいというふうなことで、今回については、現場の状況というものを考えれば、一応議論は継続ということで、5年に際しての見直しについては、6カ月という線を守ったほうが、現場の混乱はないのではないかなと思っております。

○小林委員長 岩下委員、お願いします。

○岩下委員 現行の制度について少し質問があるんですが、申請があった場合に、まずこれが適用する症例かどうかを一応検討する部署があるわけですね。それで、条件が適合していれば、そのまま補償のほうに行って、それから、原因分析委員会のほうに事例が回るわけですか。

その一番初めに申請があったときの、それをチェックする機構の中で、例えば、現行6カ月が3カ月で申請があった場合に、これはまだ脳性麻痺と診断するには不適合かどうか、さらに3カ月間様子を見たらいんじゃないかというようなチェック機構は設けることはできるんですか。

○小林委員長 今のは、そういう仮定の質問ということですね。もし前倒しにしたときに。

○岩下委員 だから、3カ月と6カ月が今問題になっていますので、その3カ月で診断書ができたなら、もうこれで条件、今、機構のほうで定めた条件で適合していれば、もう書類上の審査だけで行ってしまうのか、または、診断した医師があっても、まだこの事例はもう少し待ってから、もう一回、さらに脳性麻痺が確定できるかどうか、経過を追って、さらにもう一回診断したほうがいいということを、申請があった段階でチェックするようなことが機構として可能かどうか。そうすれば、そこでまたふるいにかけることができると思うんですけれども。

○小林委員長 現行は、約款上、6カ月を過ぎないと申請できなくて、6カ

月過ぎた時点でも、もしそこで判断ができなければ、継続審査でしたね。という形があるんでしたっけ。

○後理事 はい。

○小林委員長 じゃ、お願いします。

○後理事 ご申請があれば、全て申請を受け付けるということになります。それから、評価機構の中で書類審査をした上で、審査委員会にそれらは全てかけられることになります。診断書を作成された先生方のご負担も考えて、診断書を作成された先生方の診断が最終決定とはしておりませんで、審査委員会の決定が最終決定としております。

すなわち、診断書上は脳性麻痺と仮になっておりましても、その後、審査委員会で、脳性麻痺の定義などに照らしたり、あるいは、頭部のMRI所見などを見まして、これは脳性麻痺とはまだ言えないのではないかというような判断が出る可能性は、そういう可能性はあります。

○岩下委員 ということは、3カ月で申請してきても、経過を見るという、そういう結論になる可能性もある。チェック機構が働いているということですよ。

○後理事 はい。現在働いております。

○小林委員長 それについては、アンケートでもそのような答えがあつて、その場合には、何度も申請するのでかえって負担になるのではないかということが書いてありました。

今村委員、お願いします。

○今村委員 先ほどの意見にちょっと補足させていただきますけれども、資料3を拝見しますと、可能でない場合の主な理由ということで、3つのことが書いてありますけれども、これについて可能であるという回答をした医師というのが、全て反駁することができるのかどうか。例えば、一般の染色検査以外の精査等には十分な期間があるとは言えない、これが4件ありますけれども、いや、そういうことはないんだ、こういうことがあつても3カ月できちっと診断できるというふうに、きちっと反論できれば、それはそれで3カ月でいいとは思いますが、こういうふうなものが言えないとおっしゃっている診断医の方がいらっしゃるところで、そうじゃない、それはもう少し勉強しなさい、

こういうことでできるんだということであれば、それはそれで納得ができると思うんですけども。こういうふうにおっしゃるからには、相応の人が言っておられるんですから、これに対してきちっとした反駁ができれば、これはこれであるかと思えますけれども。こういうアンケートの状態の中で、あえて進めることについては、ちょっと疑義があるというふうに申し上げた。

○小林委員長 勝村委員、どうぞ。

○勝村委員 やっぱこのアンケートの質問の仕方はおかしいと思うんですよ。これは一般の基本のルールの変更を聞いているんじゃないわけですよ。例外規定をどうするかなんですよ。

例外規定は、つまり、できますかと聞くんじゃなくて、3カ月で診断できる事例がありますかということなんですよ。できるかできないかというのは、全体的な1歳以上というところに関してはそういう質問の仕方をしていいと思うんですけど、この質問だったら、別に、6カ月でもできますかと聞いたら、6カ月で全部できませんというのが出てきていいわけで、そんなのは当たり前なわけで、全部基本的にやっってくださいというのは、1歳以上が基本形ですよということであって、それでも何歳か待たなきゃいけない事例もありますよということなんですけど、極めて重度な事例に関しては6カ月から診断できるということでしたけれども、実際に6カ月から診断をした医師たちの多くの中から、僕らから言ったんじゃなくて、診断をした医師たちから、6カ月から診断できる事例の多くは3カ月からでも診断可能だという声が上がってきて、その意見に応じて例外規定を変えますかどうかというだけの話だと思うんです。それを、ほかの子どももみんなできるんですかと聞きに行くんじゃなくて、6カ月で診断可能な事例の中には、3カ月から診断可能な事例が、実際に過去、この5年間でかなりあったということなのではないんですかと。

僕の印象ですけど、先ほどの岡井先生の意見なんですけど、僕の印象では、大体重度の脳性麻痺の非常にひどい、きつい子は、1週間以内に死ぬ子はあんまりいなくて、1週間から1カ月ぐらいに1つ目のちょっとピークがあるような印象を持っています。それから、その次は、1歳から4歳ぐらいの肺炎という感じで死ぬ子、最初は1週間から1カ月ぐらいの間に腎不全という感じで死ぬ子、それを超えると結構長生きをするという感じの印象を僕は持っています

が、データは十分ではありません。なぜなら、そもそもデータがないからなんですよ。だから、データを収集していくということも、この制度には期待されていると思うんです。

なので、6カ月、3カ月というのは、本当に重度の脳性麻痺の子が、3カ月までにはもう脳が萎縮して、寝たきりのままで、頭がおせんべいのようにぺちゃんこになる事例があるわけですけど、もうそれは3カ月でなってしまうことがほとんどなわけです。それで、そういう子を診断した小児科医だったらわかっていると思いますが、画像所見でかなり3カ月までにある程度の覚悟は保護者のほうにされるというのは、もうわかっている事例だと思うんですね。そういう僕が持っている現場のイメージと、6カ月で診断できる子の多くは3カ月で可能なんじゃないかという実際に診断した医師たちの声というのは、一致していて、そのことだけを変更しようとするのに、ほかはどうだ、ほかはどうだと言って、それで、その改革を止めてしまおうというのは、ちょっと本末転倒だと思うんですよね。

○小林委員長 勝村委員の言うことはわかるんですが、恐らく診断可能な例はかなりあると思うんですが、一方で……。

それから、先ほどの鈴木委員のに反論したいと思いますが、3カ月、6カ月は同じではないです。子供の発達というのは、やっぱり段階があるので、3カ月、6カ月の児の状態は違いますし。ただ、このくらいの重度の脳性麻痺児だと、多分、画像診断が中心になると思うんですけど、そうすると、子供を見ていないですね。要するに、画像診断で議論をしてしまうことになるので、従来の脳性麻痺の概念と大きく違うような気がします。それは、このアンケートでも、そういうのが出ていると思うんですよ。

○勝村委員 このアンケートは、僕はこういう理解です。6カ月で診断をした医師たちは、同じ診断のやり方で3カ月からできると言っているんだと思います。

○小林委員長 だから、6カ月も本当は早いような気がいたします。

○勝村委員 だから、その意見だったら、その意見を出してください。今は6カ月が認められているという上での議論なんで、僕は、だから、そういう意味では、6月、3カ月は、同じ診断基準で、同じやり方でできるというふうに

現場の人たちは言っていると理解しています。

○小林委員長 わかりました。

ほかにいかがでしょう。山口委員、お願いします。

○山口委員 今、議論をお聞きしていて、確かにできると言っている方もいらっしゃれば、専門家の中でも意見が分かれるところだということからすると、やっぱり、これ、対象範囲として考えるので、その3カ月か6カ月かということが問題になってくると思います。

私も岡井委員と同じように、早期死亡の方の場合は別立てで、それをしっかりデータとして、今、調査・分析が大事だというお話が勝村委員からもございましたけれども、それも含めて、こういう問題が出てきたということは、それを調べるということに、またちょっと別のところでしていくということのほうで、一般的にも、それによって得られるものが大きいということで、理解が得られやすいのではないかなと思います。

○小林委員長 勝村委員、どうぞ。

○勝村委員 なので、今言ったつもりですけど、早期死亡というのは、僕は1カ月以内だと思います。1カ月以降は、3カ月、6カ月の間に僕はそんなに大きな差はないと思っているので。そのあたりも、こういう調査をしていって初めてわかることで、データがない中であんまり言い合うのもあれですけど、僕の印象はやっぱりそこなので。1カ月以内というのは、腎不全という病名で死ぬような子供は、相当死亡にきついと思いますけど、最終的に肺炎で死ぬという子に関しては、3カ月、6カ月の段階でどうなるかはよくわからないと。ただ、重症度がきつくてというのはあると思いますけど。

○小林委員長 山口委員、どうぞ。

○山口委員 今、だから、印象とおっしゃったんですけど、やっぱりそれをきちっとデータ化していくということが必要だと思いますので、だから……。

○勝村委員 データ化するために、制度に乗せなきゃいけないと言っているんです。

○山口委員 いや、データ化するために、もう少し調べる期間ということが必要なんじゃないでしょうか。

○勝村委員 何を調べるんですか。

○山口委員 そのことに焦点を当てて今まで来ていないわけです。

○勝村委員 どうやって調べるんですか。

○小林委員長 勝村委員、この制度ではなくて、例えば、今、NICUのデータ収集制度もありますので、もしこの委員会でそういう意見があれば、そこをお願いをして、例えば死亡率とか、それを調べることは可能かなと思いますが。

この枠組みにすると、この枠組みに申請してきた児のデータしか集まりませんので、それはそれで全体を見ていない可能性はあると思うんですね。つまり、約款に申請できる児と申請できない児がもうはっきり書かれていますので。

○鈴木委員 よろしいでしょうか。

○小林委員長 どうぞ、鈴木委員。

○鈴木委員 資料3の質問1は、ある程度科学的なことを問いかけているわけですが、質問3の必要か否かというのは、政策的な方向性を聞いているんだと思うんですね。政策的な方向性に関しては、ある程度五分五分の感じがあるということは理解できるんですが、質問1なんですけれども、*のところに出ているなお書きです。最重症例は3カ月でも診断できるとの記載が18件あったというのが、これが一般的には可能ではない、つまり、可能ですかという答えについてノーだという中で、最重症例は3カ月でも可能だという18件を、2ではなく1に加えていくと、3カ月で最重症例可能ですかと聞いたときに、81.5%が可能だと言い、それは可能ではないというのは18.5%にすぎないということになると、2対1の割合はもっと大きく、科学的には可能だということに傾いているんだろうと思うんですね。

もちろん、ここはさまざまな科学的なエビデンスなども前提にしているのかしていないのかはわからないわけですが、医学的には、ほとんどの人たちが、最重症例については3カ月で可能だと言っているということは、先ほど今村委員がおっしゃった現場の混乱というところからすると、こういうものを救済の対象にするのかどうかということについては意見は二分しているけれども、科学的に可能かどうかということについては、ほぼ可能だというのが圧倒的多数というふうにも言えるのではないのでしょうか。

○小林委員長 後ろのほうの、制度として可能かどうかというところは、や

はり、でも、今後重視しないといけないと思うんですけど。

○鈴木委員 制度として必要かどうかと言っているんですね。

○小林委員長 そうですね。

○鈴木委員 つまり、ここは政策的な価値判断で言っていますので、政策的価値判断が五分五分だったら政策化しないというのでは、いつまでたっても政策化できないということになってしまうわけですから、むしろ、河北メモが言っているような、科学的根拠に基づいた制度設計が必要だということからすれば、ここまで、81%と18%の対比であれば、81%を前提にして制度設計するというのが科学的なんじゃないんでしょうか。

○岡井委員長代理 ちょっとよろしいですか、追加で。

○小林委員長 岡井委員、お願いします。

○岡井委員長代理 こういう重症の症例で、いつ死亡という形になるかというのは、相当人為的にできるんです。大概人工呼吸器がついていて、今、医療は本当に進んでいますから、生命だけ生存させるということは人工的にやれるんですね。心臓だけを動かしている状態を引き延ばすことができるというそういうようなことを考えると、新生児死亡というのは、今は生まれて28日、約1カ月の間の死亡なんですけれども、実際には無理に延命だけさせて、本来ならばもう生命が途絶えるぐらい重症な症例であっても、それを人工的に何とか生存だけさせて引き延ばして新生児死亡にはならなというような症例が大分あることも事実なんです。それは画像的に見たり、いろんな所見から判断すると、脳性麻痺の診断には当然なるわけですけれども、そういう症例も本当に私たちの今やっているこの制度で、そういう脳性麻痺の家族を支援していこうかというように話の中に入れていくのかどうかというときに、基準を3カ月ぐらいすると、やっぱり中途半端な時期ではないかと私は思います。6カ月ぐらいまでになると、そこまで生存した児は、その後亡くなる児もありますけれども、それはそんなに多くはないですね。

ですから、やっぱりどこかに線を引かなくてはいけないんだとすれば、この制度の趣旨からすると、あんまり早いところに線をひいてしまうと、そういう形で、何とかとにかく生命維持機構だけを医学的に働かせて生存させてというように増えてきたりとか、そういう弊害も出てくるおそれがあります。

それから、あと、診断に関してもできると言っている方もある程度いらっしやると思うんですけども、どれくらい正しくできるのか、本当に間違っていないんですかと問えばやっぱり6カ月のほうが精度は高いと思います。

だから、そういうことを考えたときに、それから、もう一つ、本当に補償されるべき人、今までの考え方で補償されるべき人たちが、6カ月から3カ月に早くなったことで、そんな特別な利益があるのかというと、6カ月でしっかり補償されるのであれば、それが3カ月早くなることの利点というのは、そんなにないわけですよ。あくまで考えるべきは、その間に亡くなる人をどうするかであって、そうすると、今私が申し上げたようなことをもう少し整理してからでないと、今ここで変更するというのは、そこに科学的根拠があるかと言ったら、それはむしろちょっと不足しているなど私は思います。

○勝村委員　はい。

○小林委員長　ちょっと先に言わせてください。

科学的根拠のところですが、質問1は、重度脳性麻痺になる脳障害を診断できるかという話で、脳性麻痺を診断するかどうかという話ではないので、そこはちょっと区別していただきたいと思います。

勝村委員、お願いします。

○勝村委員　どこかに線を無理矢理引かなければいけないというところで、この制度は苦悩してきたわけですけど、常に一貫したコンセプトを持ってきていて、できるだけ医学的に判断しようとしてきたわけですよ。それで、6カ月という例外規定を設けたときも、医学的にそこから診断可能だということで決めていたはずなんです。今はそれが、6が3に明らかに数字が上がっているという状況になっているにもかかわらず、それにしないということのほうが、僕は根拠が納得がいかない。説明としては不十分だと思うんです。

3カ月だったらといって、1カ月と言っている人は、今の段階ではいてないわけで、それを1カ月にすると言っているわけではないわけで、6カ月で例外的に診断した子供たちのケースでは、3カ月でも診断可能だと。1カ月とは言っていないわけですよ、3カ月でも。そういうふうな声現場で上がってきているんだしたら、それに基づくというのが、一般の人に説明する一番納得がしてもらえ医学的・科学的根拠だと思うんです。何らかの線を引かなあかんとき

の何らかの理由をつけるのに、一番それが適切だという理由で6カ月というところに線を引いたはずなんで、その線は、僕は3カ月に今度変えなければいけないと思います。

○小林委員長　　ちょっと揚げ足を取るようで申しわけないんですが、1カ月と言っているアンケートの結果もあるんですね。

○勝村委員　　いや、それは6カ月のときにもいろいろあったけれども、6カ月が一番多かったからしたわけでしょう。その細かな。今は3カ月というのが一応出てきていたから、このテーブルで出てきているわけでしょう。ずっと、もう1年近く1つの論点になる予定で来ていたわけですよ。それで、端々の細かなところでやるんじゃなくて、基本的に、以前6カ月というイメージだったものが、今は3カ月というイメージに変わっているということは、もう間違いないと思うんです。以前の6カ月のときにも、6カ月以外の声もあったけれども、6カ月が主流だったわけでしょう。

○小林委員長　　今の勝村委員の話、私は納得できないんですが。議論は、脳性麻痺か重度脳障害かというところはまだ整理がついていませんし、それから、現場としても、全員が、じゃ、その仕組みが全国で行われたときにきちんとできるかどうかというところの確証は、今のところないと思います。

○勝村委員　　いや、6カ月を決めたときと確証は同じでしょう。6カ月ということに対する疑念を小林委員長はさっきから言われているような気がして、6カ月を認められるんだったら、僕は3にスムーズにできると思っています。もう6カ月の例外規定をなくすという意見にしか聞こえないんですけど。

○小林委員長　　6カ月はこの5年近くやってきて、今のところ、特にそれで現場から何ら大きな問題が上がってきていないので、それはもう認めてよろしいんじゃないでしょうか。

○勝村委員　　じゃ、その6カ月の診断基準と同じ方法で3カ月でできるという人がかなり出てきているわけで、その声を生かすということで、何ら問題がないと思うんですけど。全部をしろと言っているんじゃなくて、できるという部分に関してやろうというだけの話なので、なぜそこにそこまでこだわられるのかがよくわからないし、そのほうが一般の説明責任という意味では納得が得られると思う。6カ月と決めた理由と同じ理由で、3カ月ということになると

思うんですけど。

○小林委員長　ほかにいかがでしょう。河北委員、お願いします。

○河北委員　実は、私は先ほどの鈴木委員の意見と全く同じであります。この申請の時期が6カ月である、3カ月であるというのは、これは例外の話であるということ、申請ということと、それから、さらに我々は審査委員会で審査をするということがあるわけですから。ですから、例外であれば、できるだけ多くの例外を認めてもいいと。その申請が出てくればの話であって。さらに、審査委員会で、これは非常に重い審査になりますけれども、審査をするということがそこにあるわけですから。ですから、もし申請が出てきても、3カ月の時点で、審査委員会でこれは6カ月まで待とうということであれば、それは補償の対象にはその時点ではなっていないわけでありまして。ですから、そこはまた我々運営組織としての判断が可能であるということであって。

ただ、一番重いのは、申請が出てきて、それで、6カ月まで待とうという間に亡くなってしまった児に対してどうするかというような議論がまた出てくるだろうと思いますから、そこはさっき鈴木委員が言われたように、亡くなった児に対して我々はどうするかということは、次の段階のこの制度の見直しできちっと議論すべきことであるということなので、これはあくまでも6カ月というのは例外ということですから、例外というものは3カ月にしても、もちろん、根拠に基づいて3カ月にするというところかもしれませんが、可能ではないかと思えます。

○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　今、話題といいますか、課題が複雑になってきつつあるように思います。もともとは、安心・安全な周産期医療、産科医療というのが目的であって、その安全というのは、原因調査委員会等で分析をして、それをもとに医療界が対策を練るということですが、もう一つの安心というのは、まさにこの3カ月とか6カ月とか、途中で亡くなった子供をどうするかとか、そうでない子供はどうするかというところが明確でないと思うので、もう少し明確にするほうが、一般の方々から言えば、安心してお産ができるという状況をつくり出すのではないかと思います。基本的には、今回決めるかどうかは別にしても、やっぱり3カ月というのが、診断ができるという小児科の医師が半数ぐらいと

言えば、その考え方というものをもっと詰めていって、3カ月を射程圏内に入れてもう一度検討すべきだと思います。

しかし、半数の人はできないと言われると、そのメリットとして、診断できる小児科医に当たった人はいいけれども、そうでなかったらだめなのですかというようなことを言われると、医学というものはそんなに明確ではありませんので、不確実のところがありますので、オール・オア・ナンではなくて、同じ患者さんを診ても、そういう判断が分かれるというのは当然なのです。それを安定化しようと思えば、6カ月がいい。しかし、勝村委員が言われるように、誰が診てもわかるような例もあると多くの小児科医が思っているのを、不確実かもしれないからといって何もしないというのは、あまりよくないのではないかと。

でも、今度は、それを3カ月にすると、それを診断できないと言った小児科医が、診断してほしいと思う人から排斥といいますか、責められるのではないかという意見が出て来るかもしれません。それにはしっかりした制度や、いろんな組織というものによって、そういうふうにならないようにすべきだと。でも、人間の心理としてそういうふうになることをおもんばかって、6カ月がいいというふうに言われている人たちもいるのではないかと思います。

それから、途中で亡くなった人への補償はどうするかというのは、全く別の問題として、早急に検討するようなワーキングでもつくられたほうがいいのではないかと思いますし、それから、岡井委員が3カ月で診断された人が、そのまま生存されて、6カ月に改めて診断された場合は、特別なメリットはないのではないかというふうに言われたのですが、勝村委員は、それは違うというふうに言われているような気がするので——周りから聞いているとですね——本当に3カ月で診断された場合に、子供さんが6ヶ月を超えて生存をされた場合には、早く診断されたということに関するメリットは本当はないのかどうか、これもはっきりしておいていただきたいと私は思っています。

それから、もちろん、3カ月で診断されてもされなくても、その人に対する医療のあり方とか、それから養育のあり方というのは、一所懸命やられますから変わらないと思うので、もし違うとすると、どこが違うのかというようなことも明確にして、共通の理解をしておいたほうがよろしいのではないかと思います。

ます。

○小林委員長　　ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

ここはかなり難しい話になりましたので、少し時間を置いてもう一度議論をしたいと思います。最後でもう一度取り上げたいと思いますので、先に進みたいと思います。

それでは、見直しに係る最終報告（案）の審議に入りたいと思います。審議は長いので、パートごとで行いたいと思います。

まず最初に、目次から補償対象となる脳性麻痺の基準までの内容について、事務局から説明をお願いします。

○後理事　　それでは、本体資料ですと9ページですが、9ページは当然のことが書いてあるだけですので、資料4をお願いいたします。最終報告書（案）でございます。本体資料にも書いてはございますが、本日の議論を踏まえて、社会保障審議会医療保険部会に報告するという内容でございます。

まず1枚めくっていただきまして、目次でございますが、目次は、特にⅡの見直しに係る議論の結果が中心となる部分でございます。

それから、時間の関係で、1ページ以降の「はじめに」のところは省略させていただきますが、2ページの最終段落で、本報告書はこの報告に基づき云々と書いてありまして、今後、国や運営組織、産科医療関係者等に対し、制度見直しが27年1月を目途に円滑に実施され、さらなる充実が図られるよう鋭意取り組むことを要請するという言葉で結んでおります。

そして、3ページは、委員長にご執筆をお願いいたしております。

それから、4ページ以降は、制度の概要が書かれておりますので、ここも省略させていただきますが、6ページをお願いいたします。6ページの6)です。「産科医療補償制度 見直しに係る中間報告書」——これは6月に作成したものです——に係る制度見直しの取組状況でございます。そこの1行あいて2段落目ですけれども、原因分析報告書作成の迅速化に向けたフロー、体制の変更は、26年1月に新しい体制が整う見込みである。

次の段落で、調整のあり方で示された、「重大な過失が明らかであると思料されるケース」の云々への変更については、26年1月から実施する。

それから、次の段落で、紛争防止・早期解決に向けた取組みに関して、保護者、分娩機関からの相談について丁寧に対応することについては、日常の対応の中で、今まで以上に丁寧な対応に心がけている。

最後ですが、なお、胎児心拍数陣痛図の活用に関しては、関連資料を25年12月に取りまとめたところという進捗状況を記しております。

そして、7ページからが、見直しに係る議論の結果でございます。

まず1番ですが、補償対象となる脳性麻痺の基準でございます。これも、そのページは省略させていただきまして、次ページ以降に、一般審査の基準以降、具体的な内容が書かれております。

そこで、8ページをお願いいたします。8ページの1) 一般審査の基準でございます。

【現状と経緯】に書かれておりますのは、平成18年の与党の枠組みのことですと、33週、2,000グラムと決まってきた経緯が書かれております。

それから、次の【議論の背景】でございますけれども、議論の背景には、(1)で未熟性と脳性麻痺の関係について、①として、制度創設時に、沖縄県及び姫路市のデータをもとに、脳性麻痺の発生率が大きく低下するところに着目し、2,000グラム、33週を「通常分娩」と整理したということ、それから、②に、一方、平成25年の「調査専門委員会報告書」によりますと、沖縄のデータでは、28週から31週の発生率が著しく低下していることが明らかになったこと、そして、③ですが、このため、「通常妊娠」についての再整理の可否を検討する必要があることが書かれております。

それから、(2)ですけれども、「未熟性の脳性麻痺」の定義です。8ページから9ページにかけてでございますが、制度創設時には、RDSやIVH、PVLを「未熟性による脳性麻痺」と整理しております。次に、②ですけれども、一方、28週から31週の間に出生する児は未熟性により脳性麻痺を生じる蓋然性が高いとは言えなくなっているという状況がございます。そして、③ですが、このため、「未熟性による脳性麻痺」について、再整理する必要があるということが書かれております。

それから、(3)ですが、週数と体重の関係で、①ですけれども、脳性麻痺

の発生には、体重よりも在胎期間がより強く関与している。②で、このため、週数と体重の基準を「かつ」で結ぶ基準は必ずしも適当でない可能性がある。③で、多胎分娩の場合、単胎の場合と比べ不公平が生じていると考えられるということで、議論を行いました。

そして、その下の（１）です。在胎週数の基準です。ここからの内容は、参考資料の中に発生率などのデータがございますので、恐れ入りますが、適宜ご参照いただきながらお願いできればと思います。５１ページ以降になります。参考資料もごらんいただきながら、本体資料のほうのご説明を続けさせていただきます。

（１）在胎週数の基準です。その下の【議論の経緯】ですけれども、沖縄のデータで２８週から３１週の発生率の推移を見ると、９８年から２０００年においては１，０００対１２７．８であったものが、０７年から０９年では３６．８と明らかな減少傾向を示している。

最終段落で、しかしながら、０７年から０９年における発生率１，０００対３６．８は、２７週以下の発生率の約３分の１であるのに対し、３２から３６週と比べるとなお約１．７倍の差があり、発生率が異なる在胎週数が３３週から２８週に変化したと判断することは必ずしも適当でないと考えられる。１０ページに参ります。そこで、週数１週ごとに、３０週、３１週、３２週以上では３３週との間において発生率に有意差がないなどの可能性が考えられたため、個別に検討したとなっております。

そして、１行あきまして、次の段落ですが、まず３２週について、０６年から０９年における発生率は、同時期の３１週の発生率の約３分の１、３３週の発生率の１．３倍であり、３２週の発生率は、３３週の発生率と異なると判断することは適当でない。

次の段落で、これを統計学的観点で確認するため、有意差の検定を行ったところ、３０週以下については統計学的な有意差があるものの、３１週、３２週においては３３週との有意差は認められなかった。これが参考資料５２ページになります。オッズ比の結果です。

それから、次の段落ですが、さらに、５年の間に個別審査として申請が行われた事例について、補償対象と判断された事例の割合を検証したところ、申請

数が少ない、現時点で全ての対象となる事例が申請されているわけではないなどのことから有用性が低いとの意見もありましたが、32週以降では高い割合で補償対象とされていることから、32週以上の事例を一律対象としても、本来対象とすべきでない事例の紛れ込みが多く含まれる可能性は低いことから、32週を推す意見もあった。これは参考資料の3ページのデータです。

これらのことから、少なくとも週数の基準を32週へ見直すことの根拠はより確実であり、必要性は極めて高いと考えられる。

1行あきまして、次に31週です。次に31週については、06年から09年における発生率は、同時期の30週の発生率の3分の1、32週の3倍であった。これは参考資料51ページです。

33週の発生率との統計学的有意差の検定の結果は、32週同様、31週においても33週との有意差は認められなかった。

次の段落ですが、これらのことから、週数の基準を31週へ見直すことは適当と考えられる。

次で、一方で、個別審査として申請が行われた事例における対象と判断された事例の割合は、31週では32週以降より低いことから、31週を一律補償対象とすると、本来補償対象とすべきでない事例の紛れ込みが含まれる可能性は否定できないとの意見もあった。これが参考資料53ページです。

次に、1行あきまして、30週です。30週については、制度創設時に一般審査の対象とした在胎週数（33週・34週）における発生率（1,000対11.6）に着目し、その発生率と最新のデータの発生率を比較することにより、30週への変更が望ましいとする意見があった。

11ページへ参ります。しかし、30週においては、06年から09年における発生率は、同時期の29週の発生率の2分の1、31週の発生率の3倍であり、統計学的有意差の検定においても、30週は33週との有意差が認められた。

このため、30週については、依然として未熟性を主たる原因とする脳性麻痺が一定数存在している可能性もあると考えられ、週数の基準を30週へ見直すことは適当でないと考えられるという議論がございました。

そして、次、点線の囲みの中は議論の結果ですが、そこのご説明に移ります

前に、少し補足でございますけれども、今までの文章で33週と比較していることとありますとか、対象とすべき事例でない事例の紛れ込みの話が出てまいりましたので、現行の33週、2,000グラムの事例の一般審査が行われた事例、第3回の再発防止報告書で173件ございますが、それらを検証いたしましたところ、単独で未熟性の原因で脳性麻痺となった事例は1例もございませんでしたので、現行の33週、2,000グラムの基準は有効に働いていると考えられます。その有効に働いている基準の33週との比較を行ったということとでございます。

以上、補足を終わりますが、次に、点線の囲みの中の【議論の結果】についてご説明いたします。ここの囲みの中の上半分は、今申しましたとおりでございます。ちょうど中ほどの段落、「このことを」という言葉から始まる場所ですが、統計学的な観点から確認するためということで、33週と有意差を検定したところ、30週以下については有意差があるものの、31週、32週においては33週との有意差は認められないとの結果であった。

1行あきまして、この考えに立つと、現行の「33週以上」から「31週以上」へ見直すことが適当と考えられる。

1行あきまして、次の段落で、一方で、これまでの制度運営実績を重視し、個別審査として申請が行われた事例において対象と判断された事例の割合の観点からは、32週以降の申請事例では高い割合で補償対象とされており、「32週以上」へ見直すことの根拠はより確実であるとの意見もあった。

最終段落ですが、これらのことから、当委員会としては、週数の基準について現行の「33週以上」から少なくとも「32週以上」へ見直す必要性は極めて高く、「31週以上」へ見直すことが望ましいと考えるという結論にまとめております。

四角の囲みを出まして、次の行ですが、なお、基準を28週に変更すべきとの意見もあったが、07年から09年の発生率は、27週の発生率の3分の1であるのに対し、32から36週の発生率の約1.7倍であり、発生率が変化する週数が33週から28週に変化したと判断することは必ずしも適当でない。

今後、これらの週数の発生率がさらに低下し、「通常の妊娠・分娩」ではないと整理することが不適当と考えられる場合は、改めて検討を行うこととする

としております。

続いて、(2) 出生体重の基準です。その下の【議論の経過】です。体重についても、100グラムごとの発生率をもとに、「脳性麻痺の発生率が異なる出生体重」について確認を行った。

2段落目で、その結果、06年から09年における発生率は、1,400グラムが「発生率が異なる出生体重」であると考えられ、このことを確認するため、2,000グラムにおける脳性麻痺の発生率と100グラムごとの体重における脳性麻痺の発生率の有意差検定を行ったところ、1,400グラム未満については統計学的な有意差があるものの、1,400グラム以上においては2,000グラムとの有意差は認められなかったということでありました。

そして、その下の点線の【議論の結果】でありますけれども、3段落目の途中までは、今申しましたところですが、3段落目の3行目ですが、1,400グラム未満については統計学的有意差があるものの、1,400グラム以上においては2,000グラム以上との有意差は認められない。

最終段落で、また、週数の基準の見直しの結果に基づき、これまでに個別審査として申請が行われた事例における対象として判断された事例の割合を検証した結果、最後から3行目ですが、1,400グラム以上で高い割合で補償対象とされていることから、1,400グラム以上の児を一律補償対象としても、対象とすべきでない事例が多く含まれる可能性は低いと考えられる。13ページでございます。これは参考資料の56ページのデータです。

したがって、出生体重の基準については、「2,000グラム以上」から「1,400グラム以上」とすることが適切と考えられるという結論にまとめております。

そして、点線の囲みの下ですけれども、また、神経発達は体重よりも週数により強く相関することについて、体重の基準を完全に撤廃すべき、あるいは週数の基準と体重の基準を「かつ」ではなく「または」に変更すべきとの意見もあったが、そのような見直しを行った場合、体重が極めて少なく、未熟性の影響が強いとみられる事例も対象に含めることとなり、一律に補償対象とする基準としては必ずしも適切でないと考えられる。

このため、一般審査の基準は週数の基準に重きを置き、体重の基準は、週数

の正常な体重分布の幅の中に収まっていることが適当と考えられるが、31週においても、32週においても、1,400グラムは分布の範囲内であり、また神経発達との相関の強さの観点からも、体重の基準は1,400グラム以上とすることが適当と考えられる。これは参考資料の57ページのデータでございます。

そして、14ページに参ります。14ページ、2) 個別審査の基準でございます。その下の【現状と経緯】でありますけれども、体重や週数の基準より小さい児であっても「分娩に係る医療事故」による脳性麻痺事例はありえ、体重、週数を絶対的基準とすることは難しいことから、「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の基準を設けることといたしました。

次の段落ですが、基準の設定にあたっては、日本のガイドラインが示されていないことから、米国产婦人科学会が取りまとめた報告書を参考に検討を行い、基準が設定されております。

次に、なお、ACOG（米国产婦人科学会）の基準は、米国において、脳性麻痺児との関連による医療訴訟が多いことを背景として作成された経緯があり、そのため、条件は厳しく設定されており、本来、34週以降に適用する基準でもあります。したがって、ACOGの基準を一律に適用することはせず、本制度では、33週未満の脳性麻痺児における分娩中の低酸素状況の有無を判断する基準として、臍帯動脈血pH値と胎児心拍数モニター所見については「かつ」であったが「または」とし、またpH値の基準については、「7.0未満」を「7.1未満」といたしました。

それから、その次の行で、28週未満の児については、臓器・生理機能が未熟なために、医療を行ってもリスクを回避できる可能性が極めて小さく、「分娩に係る医療事故」とは考えがたいことから、個別審査の対象としないことになりました。これが経緯でございます。

下の点線の囲みは、現行の基準でございます。

次、15ページ、【議論の背景】でございますが、以下の課題が提起されたということで、(1) 個別審査の基準です。まず①ですが、個別審査の基準の臍帯動脈血ガス値、あるいは胎児心拍数モニターは、緊急性等によっては必ずしも取得されていない事例がある。②ですが、胎児心拍数モニターでは、低酸

素状況であっても現行の基準の心拍数パターンを示さない事例がある。

(2) ですが、28週未満の取扱いですが、28週未満であっても、「分娩に係る医療事故」による場合、すなわち未熟性による影響を上回り低酸素の影響が大きい事例が存在するが、そのような事例であっても対象とならず、不公平感がある可能性があるという課題がございます。

そこで、その次の【議論の結果】です。審査委員会において、現行の基準が、分娩中の低酸素状況を示唆する指標として必要十分であるか否かについて検討を行い、運営委員会において議論を行いました。これが参考資料58から65ページまでに資料が掲載されております。

次の段落ですが、なお、2011年の産婦人科診療ガイドラインにおいて、児の状態から急速遂娩の緊急度を判断する基準が示されたことから、この基準を参考とした。

議論の結果は以下のとおりということで、まず①です。現行基準に記載されている常位胎盤早期剥離などと同様に、胎児母体間輸血症候群、前置胎盤からの出血、急激に発症した双胎間輸血症候群も低酸素状況を引き起こす特殊な病態であることから、前提病態として加えることが適当。

②ですが、基線細変動の消失と所定の胎児心拍数パターンであります。16ページに参りまして、基線細変動の消失と所定の胎児心拍数パターンの両方の基準を満たす場合のみが重度脳性麻痺となるのではなく、基線細変動の消失と胎児心拍数パターンのいずれかの基準を満たす場合も、ガイドラインにおいてはいずれもレベル4——レベル4は、その下の※に書いてございますが、急速遂娩の準備、あるいはその実行と新生児蘇生の準備、レベル5はそれ以上の急速遂娩の実行、これを勧めております。本文に戻りまして、レベル4以上であり、重篤な低酸素状況が進行している状態と解釈される。したがって、どちらか一方の基準を満たす場合でも、個別審査基準とすることが適当。

③ですが、心拍数基線細変動の減少を伴った高度徐脈です。この基線細変動の減少を伴った高度徐脈を認める場合は、胎児のWell-being（健全性）が障害されている状態と判断する基準とされており、個別審査基準とすることが適当。

④が、サイナソイダルパターンです。サイナソイダルパターンは、ガイドラインでレベル4以上とされており、個別審査基準とすることが適当。

⑤が、アプガースコアです。アプガースコアは出産直後の児の健康状態を表す指標として広く認知されている。アプガースコア 1 分値 3 点以下は重症仮死の基準とされており、脳性麻痺となった早産児において 1 分値 3 点以下が多いことから、個別審査基準とすることが適当。

⑥が、児の血液ガス分析値です。脳低温療法は、中等度、重症の低酸素性虚血性脳症に対して行われるものであり、神経学的予後を改善することが報告されており、世界的に普及している。脳低温療法の適応基準の一つであるアシドローシスの基準は、臍帯血または生後 1 時間以内の児の血液ガス分析値で pH が 7.0 未満とされており、17 ページへ参りますが、分娩中の低酸素状況の存在を示唆する指標であると考えられる。したがって、この pH 値 7.0 未満を個別審査基準とすることが適当。

その次ですが、なお、ガイドライン作成委員会において、上記の①から⑥の所見を認めた場合は、出生前並びに出生時の児の状態が極めて悪いと考えられ、これらの所見は分娩中の低酸素状況の存在を示唆する指標として妥当であるとされており、これが参考資料 64 ページに、その見解が示されています。

そして、上記の議論の結果に基づく具体的改定案は以下のとおりということで、点線の囲みの中に書いてありますが、特に下線を引いてあります部分に変更箇所となります。

そして、同じページ、一番下の段落ですが、なお、28 週未満の児については、臓器・生理機能の未熟性から、医療を行ってもリスクを回避できる可能性が極めて少ないことを理由に 28 週以上を基準としたこと、及び必要なデータ、根拠が現時点では乏しいことから、見直しを行わないことが適当と考えられる。

今後、医療の進歩等により変化が見られる場合は、改めて検討することとするとしております。

それから、18 ページが、3) 除外基準でございます。【現状と経緯】は省略させていただきます。

次の【議論の背景】ですけれども、議論の背景の①ですが、「先天性要因」や「新生児期の要因」の示す範囲が必ずしも明確でない。

②ですが、先天性要因や新生児期の要因の疾患があっても、または疑われていても、その疾患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

は除外基準に該当せず、補償対象となるが、このことについての周知が必ずしも十分でない。

最後、【議論の結果】ですが、現行の除外基準の変更の課題ではなく、基準の明確化、周知の課題であるため、審査委員会等で実務的に検討し、わかりやすく理解できるような周知を徹底することが望まれるとしております。

そして、19ページに参ります。4) 重症度の基準です。【現状と経緯】は省略させていただきます。

それから、次の【議論の背景】です。①ですけれども、「下肢・体幹」と「上肢」の合算を行わないため、それぞれの基準に該当しないものの、「下肢・体幹」と「上肢」に障害があつて運動障害の程度がむしろ大きくなる場合がある。

②ですが、嚥下障害は3級以下の級別であるが、運動障害を合併している場合に、看護・介護負担はむしろ大きくなる場合がある。

最後、【議論の結果】です。除外基準の変更に係る課題ではなく、基準の明確化、周知に係る課題であるため、審査委員会等において実務的に検討し、わかりやすく理解できるような周知を徹底することが望まれるとしております。

そして、20ページです。ここで一旦区切らせていただきます。20ページ、5) その他（補償申請期間）でございます。この部分は、先ほどの議論がまだ途中になっておりますので、議論の結果は未記載となっております。【現状と経緯】、【議論の背景】は、もうご承知のことと思いますので、割愛させていただきます。

以上です。

○小林委員長　ありがとうございました。

それでは、報告書の主に7ページから19ページということになりますが、補償対象となる脳性麻痺の基準のところですね。これまでの議論を事務局のほうでまとめてもらったところですが、報告書の記載の仕方、書きぶり、あるいは全体の流れ等でご意見、ご質問等ありますでしょうか。山口委員、お願いします。

○山口委員　すいません、そろそろ出ないといけないものですから、ちょっと急いでお伝えしたいと思います。

これ、拝見して、私はこの間も申し上げたように、一般の人にとって納得できて、わかりやすい変更の説明ということがとても大事ではないかと思っています。前回まで質問したんですけれども、説明のたびにポイントが違う基準が出てくるので、実はまだ不完全燃焼感がちょっとある状況で、この報告書を読ませていただきました。

特に31週ということに、私は特に反対しているわけではないんですけれども、31週となる根拠は何ですかと申し上げたときに、その他資料の52の分析結果で有意差がないんだというお話がございました。

これ、改めて後から読み直してみますと、確かにこれを有意差がないということはわかるんですけれども、Pの値を見ると、例えば32週が0.9999になっているのに対して、31週が0.2739、この読み方というのが、例えば、100人いたら99人該当する、有意差がないということと、27人ぐらいというふうに読むのか、そのあたりが、有意差がないだけで31週がいいんだということがもう一つすとんと落ちないところがありますので、このPの読み方について、解釈の仕方について教えていただきたいと思います。

ここまでの議論ということなんですけど、もう30分で出ないといけないので、それ以外のところで気になっているところを意見申し述べることをお許しいただけますでしょうか。

○小林委員長　どうぞ。

○山口委員　今のことに加えまして、ちまたでこの議論、平行ということに対して、一般の人たちは、細かいことはやっぱりわかりません。ただ、メディアの関係で、剰余金が多いということが、やっぱり信頼性が揺らぐ1つの話題になっているなということ、周りを見ても思います。

ここで、今、481人ということで、見直しの対象が推定が出てきているんですけれども、この481に変えたことで、さらに今後剰余金が増える可能性がないんだろうかという心配があって、そこを確認しておきたいということと、それから、きのうの段階で資料5を送っていただいたときに、制度変動リスク対策費というのがあって、これって何なんだろうと思って、きょう朝来て資料を見たら、27年度で9.2億円という計上があって、これ、一般の人間から見ると、とても小さい額と思えないんですけれども、どんなリスクを見越して、

こういうことが9億円。確かに前から見ると減ってきてはいますけれども、上げられているのかということが納得いく説明がいただけたらと思います。

ただし、後半の2つは今関係ないことですので、もし後からまた何かで報告をしていただけるのであれば、お願いしたいと思います。

○小林委員長　それでは、後半の2つは、次の運営委員会できちんと説明してもらおうということによろしいでしょうか。

最初の質問に関しましては、P値の値自体はあまり云々しないのが普通です。確率的に起こり得るかどうかということで、慣習的に5%と1%を基準として、5%あるいは1%より小さければ、これは何か理由がない限り起こり得ないことですねというふうに考えるように、統計のほうでは一般に言われています。教科書的にそのように書かれています。それより超える、例えば0.2とか、0.3とか、0.4については、あまり云々はしないと。

ですので、この書きぶりはいくぶん正確さが要求されるかなと思いますが、30週から先、あるいは29週からは、明らかに何か別の要因があって発生率が大きく異なっているのであろうということを言っているにすぎないと思います。つまり、31、32、33が同等というようなことまでは積極的に言えないかなと思います。

○山口委員　ただ、そういういろいろわからなくても、一般の人が読んだときに、なぜそこに変化したのかということが、今の報告書の書きぶりでは、少しまだ理解が得られないというか、納得には至らないのではないかなと思いますので、そこはいくぶんご検討いただけたらと私は思っております。

○小林委員長　そうですね。恐らくもう少しこの有意差ということを正確に書くとすれば、小児の専門家が、28週以降は脳性麻痺の原因となるような重度のPVLや、頭蓋内出血や、あるいは呼吸障害の頻度も減っているし、治療法もできていると。だけれど、一方で、我々が集めたデータでは、30週、あるいはそれより少ない週にさかのぼるのは恐らく難しいだろうと、統計的にはそういうふうに言えるということだと思います。あまり統計的な結果で、31週、32週、33週の云々は難しいということだと思います。違いについて云々することは。

ですので、恐らくあとは、この32週の発生率が33週とほぼ変わらない

と。数字そのものですね。それから、あと、31週は、最初の制度発足時の基準であった33週の発生率とほぼ同等ぐらいの値であるという、そういうわかりやすい、数字そのものがそういう値に近いということも根拠になるかなと思います。

また議論を続けますので、どうもありがとうございました。

○事務局 すみません、よろしいですか。今ご質問がありました剰余金と制度変動リスク対策費のところを少しだけ触れさせていただければと思いますが。

○小林委員長 じゃ、剰余金についてだけ。制度変動リスクは、また詳しい説明が必要でしょうから、次回にしたいと思います。

○事務局 剰余金につきましては、推計の見直し以降481名に基づいて算出しております、6年間で800億というところは、従来か変更はないところでございます。

以上です。

○小林委員長 それでは、ほかにいかがでしょうか。岡井委員、お願いします。

○岡井委員長代理 補償対象の基準の見直しの点ですけれども、妊娠週数でどこかに線を引いて、それ以上の週数の場合は対象とする、それ以下の場合は未熟性が理由で脳性麻痺になる率が高いので、そういう事例は一応個別審査にする部分と、それから、さらにその未熟性による脳性麻痺の頻度が非常に高いところは最初から対象にしないと、そういう考え方で分けているわけですね。

ですから、個別審査をするというところは、未熟性のために脳性麻痺になっている頻度が、その上の週数のよりも高いということなんで、その個別審査の基準で、未熟性による脳性麻痺でない事例を拾い上げることができれば、そこで整合性が合うんですが、実際には、個別審査の基準は分娩時の低酸素、酸欠症であるということを示唆する所見が必要になっているわけですね。もともと補償対象にしている妊娠週数の症例の原因を分析してみると、全て低酸素、酸欠症が原因では決してありえません。まず原因を幾ら考えても不明だというのが20%もあるんですね。それから、それ以外に子宮内感染があるし、それから、妊娠中に、ある時期にどうも何かトラブルが起こったために中枢神経系の障害が起こって、生まれてきたときには低酸素、酸欠症の所見は全くない、

しかし脳障害があるというのも数%ある。そういうような事例が、今回の——前もそうなんですが——個別審査の基準では含まれないような基準になっているというのは、これは考え方の矛盾になると思います。

なぜ個別審査にするかという、その脳性麻痺が未熟性のために起こっている可能性が高いので個別審査にしているわけだから、それを否定した事例は、ほかのと同じように補償してあげるとというのが、整合のとれた考え方だと思うんです。ですから、個別審査の基準も、見直す必要が絶対にあると思います。そうしないと、全くそこに論理の矛盾があって、この制度、おかしいことをやってるなと思われま。要するに、その論理の矛盾というのは、補償してもらえなかった患者さんにとっては大変大きな不満になって、不公平感が出るという意味でも問題になると思います。

以上です。

○小林委員長　　ありがとうございました。

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　　今回、31週以上というのが確定されるわけですが、前回は議論してこうなったわけですが、岡井先生にちょっとお聞きしますけれども、最近の産科医療で、週数を決めるというのは、妊娠初期の超音波検査で決めると思うのですが、審査対象になっているような症例の中で、それがちゃんとできていなくて、例えば30週+5日と31週+1日とか、そういうので今後は明確に線を切られると、二郡に分けられることになります。産科医療では、そういうようなことがうまく調整できるような状況でしょうか。

○岡井委員長代理　　現在の日本の産科医療の妊娠週数を決定する、あるいは、分娩予定日を決定するということに関しての精度は、大変高いと思います。一般の医療において既に、ほとんどの症例が初期の超音波検査をもとにしてやっていますので、これまで審査してきた中で、一例も、週数が違っているんじゃないとか、それは変更する必要があるというようなことを検討した事例はありませんでした。

臨床ですから、細かく言うと、数日くらいは、事実とずれている可能性はありますが、初期にそういうふうに診断としてつけられた週数、それを大幅に変更しなくてはいけないというような事例は、実際にはありえませんでした。

○大濱委員 はい。

○小林委員長 ほかにいかがでしょうか。岩下委員、お願いします。

○岩下委員 これは前回の会議でも申しましたけれども、僕は、参考資料52ページの、これが科学的根拠があるということで、一番信頼に値するという。本制度に、我々、産科婦人科学会とか産婦人科医会の会員がほとんどが参加しているわけなので、33週から31週、また32週に変更するにあたっては、その説明を、科学的な根拠をもって説明しないと、我々、学術団体ですから、会員の納得が得られない。そういう意味から言うと、31週というのが一番適切だと思います。

53ページにあります資料は、これ、今、岡井先生言いましたように、個別審査の資料ですよね。これをもとに、事務局は31週よりも32週のほうがいいんじゃないかという根拠にしているみたいですが、今言いましたように、低酸素という条件がついたものですので、これを根拠に32週がいいということは、僕は言えないと。今、一般審査の話ですよね。というのが僕の意見です。

○小林委員長 ほかにいかがでしょうか。鈴木委員、お願いします。

○鈴木委員 今の意見と同じなんですが、11ページの○議論の結果の記載の仕方ですけれども、これを読みますと、行の1行あいた後、「この考え方に立つ」という、1つの仮説を前提にしたような書きぶりですね。さらに1行あいて、「一方で」という、個別審査、要するに、32週は全て確実だという根拠は、この点線の外側を見ますと、個別審査で言っているわけですね。外の説明は、これはこれでいいと思うんですけれども、議論の結果のまとめとして、これですと、31週と32週のどちらに線を引くのかということを微妙に曖昧にしている感じがするんですね。32週は必要性は極めて高くと言ってみたり、31週は望ましいと言ってみたりして、両論併記みたいな書き方になっていると思います。

私は、個別審査については、沖縄県のデータに比べて、エビデンスレベルは違うのではないかと思いますし、それから、個別審査は、先ほどの岡井先生の話もありましたように、やはりもう少し広げていくという方向で解釈していこうとしているわけなので、これは古い基準の個別審査でやったものなので、新し

い個別審査の基準からすると、本当にこういうことが同じように言えるのかどうかということも少し怪しい気がします。

そうなってくると、私は、「この考え方に立つと」という書き方は、その前の記載との関係で言うと、前の記載の書き方の結論ですから、「この考え方に立つと」ではなく、「したがって」ということになるんだろうと思います。

さらに、個別審査の意見もあったというのが「一方で」と言うと、「他方で」ということになって、対立的な意見として両方の意見を並列的に書いてるように見えますが、先ほど言ったようなエビデンスレベルの問題や、あるいは古い個別審査の基準から言っているということのバイアスなどを差し引くと、ここの「一方で」というのは、なお書きに落とすべき事柄ではないだろうか。つまり、「なお、これまでの個別審査では確実との意見もあった」と言って、より31週の意見をフォローする、一部フォローする意見として位置づけるべきなのではないかと。

こういうことからすると、「32週へ見直す必要性は極めて高く」と先に書いて、「31週への見直しが望ましい」というのは、現実的にやらなければいけないことと将来の理想を書き分けているような印象にもなるわけですね。むしろ、今回のこの運営委員会の意見は、31週という結論に立ちながら、それを補強する意味で、32週はよりなお書き的に確実なんですよということを、付けたしとして付言的に言っているというのが、この運営委員会の意見だろうと思います。

以上のように、この四角の中の書きぶりは少し問題があると思いますので、私が今申し上げたような、「この考え方に立つと」と、「一方で」と、最後の結論のところは書き改めていただきたいと思います。

ちなみに、原案では「望ましい」ではなく、「最も望ましい」と書かれていたような記憶なんですけど、「最も」が削られた理由はどこにあるのかということも、これ、まか不思議なことになります。

○岡井委員長代理　　ちょっとよろしいですか。

○小林委員長　　岡井委員、お願いします。

○岡井委員長代理　　今、鈴木委員の意見を聞きながら思ったんですが、参考資料のページ53の「個別審査における」という表は、これは症例の数も少な

いし、それから、この中に入っている対象が違っているんですね。片方は体重が足りないために個別審査になっている、片方が週数がいってない。こんなものを言うこと自体は全く非科学的で、これは無視していいと私は思います。

ただし、52ページのほうの統計に関しては、先ほど山口委員から意見があったことに同意します。統計学的に有意差があるという言い方をすると、この30週と31週の間に線が引かれることになるんですね。ひげみたいな横になっている線が含まれるかどうかということは、重要なので。ところが、5%水準で有意差があるないという科学的な考え方は、この差が、ここの週で差があるということに対して、そういう仮説を立てると5%ぐらいはその仮説が間違っているかもしれませんよということの線で、本当は、有意差がないということは、差がないとは言っていないんですね。この31と32に関しては、差があるかもしれないけど、あるということを相当高い確率で言えるかといったら、そこまで確率は高くないですよという、そういう解釈なので、私たちが医学論文を書くときは、そういうときは有意差があるとは言えないというふうに書いてしまうんですが、社会制度の中にこういう基準を導入するとき、ちょっと差がありそうだなというような形でそういうものも入れていくという考え方もあり得るのかなと。これ、山口委員が言われたことだと思うんですけども、そういう考え方もできるかなということはあるんですね。

ここの文章の書きぶりは、その辺を上手に、本当に鈴木先生言われたとおりで、もう少し上手に書かないと何を言ってるかわからないなと私も思います。ものすごく妥協して、わざと曖昧に書いているなみたいにとられるような印象を私も受けました。

でも、52の統計のグラフ、これからやっぱり2つのことは言えるんですね。さっき言ったように、科学論文として書く場合の考え方と、そういう事実を社会制度に生かしていくときの考え方とです。それはそういうことだと思います。

○小林委員長　　今村委員、お願いします。

○今村委員　　私も、鈴木委員と岡井委員が言った意見と全く同じと書いていますね。

結論は似たようなものでも、書きぶりというので随分印象は違ってくると思

います。科学的な妥当性ということから言えば、やっぱり31週に線を引くべきだなど、これが結論だろうと思いますけれども、一方、この運営委員会の意見というのは、恐らく小林委員長が医療保険部会に行って、この結果を報告され、そして、そこでまた議論されるということから、こういうふうな、ちょっと変なというか、妥協を含んだような書きぶりになっているのではないかなと思います。

あくまでもこの運営委員会の意見というのは、31週での線引きだと。ただし、見方によっては、32週という見方もできないことはないぐらいの感じですので、これは最終的に私どもが決定権を持っているのではないということもあるのかもしれませんが、しかし、委員長の態度としては、やはり31週というのは引けない一線だということを強く出していただくと。そして、向こうの結論として、そういうのではない結論が出たとしても、それはそれとして、私どもとしてはやむを得ない結論かというふうにして受容するという形になるのかもしれませんが、やはりこの運営委員会の結論としては、31週というものを譲れない一線というふうを書くべきだと考えます。

○小林委員長　ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。じゃ、宮澤委員から。

○宮澤委員　今回の議論の結果という形で取りまとめがされているということですから、この委員会の議論の結果が書いてなければ、これはおかしいということになると思います。この委員会の結論としては、31週という形で結論を出しているというふうに私は認識していますので、この書き方ではやはり、議論の結果という表題と中身が合っていないというふうに考えざるを得ないと思います。ここは基本的には31週、この委員会の結論として、基本的に31週ということであれば、それをきちんと書くべきであろうと考えております。

○小林委員長　河北委員、お願いします。

○河北委員　この制度は、民間の制度として運営されているということなので、最終決定権が医療保険部会にあるというふうには私は思っていません。医療保険部会は、あくまでも出産育児一時金に関する決定権はありますけれども、この制度の運営というのは、運営主体である日本医療機能評価機構が持っているというふうに私は理解をしています。

○小林委員長　ほかにいかがでしょうか。木下委員、お願いします。

○木下委員　少なくともこの前の結論として31週になった理由というのは、やはり現在与えられた資料の中で考えていかざるを得ないということの結果であったと思います。

産科医療補償制度のそもそものところを思い出していただきたい。産科医療の崩壊に近くなるような状況の中で、脳性麻痺が発症した結果として訴訟が非常に多くなって、もう産科医療は成り立たないというふうな状況の中で、脳性麻痺を対象にした無過失補償制度をまずやろうということから始まり、今日に至ったわけであります。当然のことながら、分娩に関わります脳性麻痺というカテゴリの中でやってきたということが大前提にありますから、脳性麻痺の発症の原因が、少ないですが医療事故であったり、あるいは原因不明であったり、未熟性というのがあったのですが、未熟性というのはやっぱり特殊であるということから、制度として外れたという経緯がございます。そういった枠の中をまず決めようということで、少なくとも33週から以降、32、31、30までぐらい下がったときに、小児科医療の進歩のために、本当に脳性麻痺が減ってきました。これは未熟性を克服しようとする結果としてなったということであります。在胎週数がさらに下がってきますと、やはり昔と同じように、いわゆる一般的に言われる未熟性の結果としての脳性麻痺がかなり多いではないかということで、これは外しましょうという考え方ができたわけであります。そういう考え方のもとで、医学的に見てどこまで下げられるかということをやったときに、31週というのが妥当であるという結論になったというのは、前回の経緯であったと思います。

個別的な審査は、全く条件が違います。これはある低酸素状態ということの基準で決めた個別審査の中に、それに近いかなというものを調べたところ、それに該当するかということで見たわけであります。この結論から31週がいいか32週がいいかというのは、トータルのこととしてもものを言えないという結論を出したのが前回であったと思いますが。

今日のこの運営委員会に出ております委員は、私は当事者であります産婦人科医会でありますし、産婦人科学会の代表としての岩下委員がおられますし、日本医師会の代表として今村委員がいます。岡井委員も産婦人科学会の元副理

事長でありますし、岩下委員は学会の副理事長であります。つまり、学会としてこういった議論の結果、医学的に望ましいのが31という結論であったと思います。そのような運営委員会の結論は単純な結論ではないと同時に、運営委員会の結論は、産婦人科学会、日本小児学会が医学的に見て最も望ましいという結論になったという意味もあり、それは極めて重要なことです。それをもしも変えるのであるならば、それは一体なぜなのかということは明確にしていただかない限りは、やはり筋が通らないのではないかと思います。この結論は極めて重いものであるということ、学会を相手にして、それを変えるのかということになるような意味づけにあるものだろうと理解しておりますので、それは、そういったようなことはよろしゅうございますね。

○小林委員長　それはそれでよろしいと思います。

ほかによろしいでしょうか。

この文面は私がつくったものではなくて、事務局案ですので。これまでの議論を踏まえてまとめないといけないと思います。今、ご意見をお伺いして、この文面をやはりここで、細かいところはともかく、大筋を直す必要があると思うんですが、この四角の点線の中の下から3段落目の、「この考えに立つ」というところを「したがって」というような文章にして、それから、その次の「一方で」というところはなお書きにして、ある意味で少数意見ということになりますが、なお書きで、こうこうであると。

さらに、私の意見としては、やっぱり保険の制度設計としては、発生率が少ないところでとどめたほうが制度自体はある意味で安定しますので、発生率が32週のほうが31週よりは3分の1低いと、33週とほぼ同じぐらいの値なので、そのことも記載したほうがいいかなと思いますが、よろしいでしょうか。

で、最後の3行は削除すると。最後の3行ですね。「これらのことから、当委員会として」という2つの案が併記されている3行は削除するというようなことでいかがでしょうか。つまり、委員会の総意としては31週であると。ただし、少数意見として32週もあって、これも別に否定しているわけではないということですが。

細かい文言に関しては、私のほうと事務局に任せいただければと思うんですが、よろしいでしょうか。つまり、31週が第1案であるということでき

たいと思いますが。鈴木委員、どうぞ。

○鈴木委員　今の整理に従いますと、12ページの四角の中の最後の段落のところも書き直していただくということになりますね。

○小林委員長　そうですね。それと同じような文脈で書き直す必要があるかと思います。

じゃ、週数に関してはよろしいでしょうか。今のような書き直しを行うと。

体重のほうはいかがでしょうか。出生体重。木下委員、どうぞ。

○木下委員　先ほど岡井委員がお話しになったことは極めて大事なことであります。33週かつ2,000グラム以上の脳性麻痺を対象にして、それは未熟性というのは全くなかったということです。そういう枠の中で、無過失補償制度として成り立たせた状況の中で、個別審査は、もしも補償対象者が多くなってしまったら補償原資が足りなくなりはないかということで、補償対象者数をいかに少なくしていこうかというために、極めてストリクトな低酸素状態という条件にしました。結局、個別審査の申請も7とか8とか、一桁台しか出られなかったような状況であったわけです。

ところが、原因分析をやってみますと、その中には、本当にいわゆる低酸素状態のみならず、感染症でありますとか、あるいは、本当に我々が診ていても、原因がわからないような脳性麻痺がありました。健康に普通のお産であったにもかかわらず脳性麻痺になってしまったご家族にしてみれば、どこにその原因を求めていくかといったら、その医者に求めざるを得ないということが今までの経緯でございました。

本来、無過失補償制度というのは、医師の過失がなかろうとも、重篤な障害が起こったものに対して無条件に補償するというものであります。そういった意味においては、本当に原因がわからない脳性麻痺に対して補償する制度でありますので、個別審査の枠の中でも、低酸素状態だけではない脳性麻痺に対しても補償するということについては、本当にこの制度をよりよくしていくためには、ぜひそれは見直していただきたいなと思います。

同時に、この制度は、国の少子化対策の極めて大きなものであります。ひとたび脳性麻痺の児が家庭に起これば、それは労働力からしても全くどうしようもなくなってくるという状況の中で、補償することによって社会生活もできる

ようになります。この制度はお金だけの問題ではなくて、やはり本来の精神というものも大事なことであります。産科医を救うとともに、脳性麻痺児の家族を救い、それは国にとっても極めて大事な施策でありますので、なぜこの制度を縮小させていこうとするのか。国にとって大事なものであるという背景のもとに、見直しを今日やっていますので、ただただ可及的にお金を使うまいというのではない、有効に機能している財源ですので、そういった視点を忘れないでいただきたいなとつくづく思います。

○小林委員長　ありがとうございました。

私も木下委員には同意します。これは無過失補償制度ですので、ある意味で、一般審査の基準を決めるということは、個別審査の範囲も決めてしまうということ。個別審査には分娩に関わるものがほとんどないということを我々のほうは証明しなければいけないので。個別審査では、申請者がいろんな基準を満たさないと認めないというつくりになっていますので、やはり週数は非常に、どこで切るかというのは重要な話だと思います。当委員会の結論としては、31週のところに、今回見直しですということ、先ほどまとまったところがあります。

ほか、いかがでしょう、体重以降、補償対象の基準。申請期間は後でまた話すことにして。

じゃ、先に進んでよろしいでしょうか。21ページから、2. 補償水準・支払方式について、説明をお願いします。

○後理事　21ページから24ページまでの4ページをご説明させていただきます。

まず2で、補償水準・支払方式、1)の補償水準です。【現状と経緯】、【議論の背景】は、時間の関係で、申しわけございませんが、省略させていただきます。

それから、その下の【議論の結果】でございます。1行目の終わりから、脳性麻痺児・者の20歳までの養育状況と家計負担について調査・推計を行いまして、その結果、一時金に対応する耐久財等購入費の推計が670万円、分割金に対応する家計負担費用の推計が、概ね6,600万円～7,500万円の間に位置づけられるとの結果が得られました。これが参考資料71から92ペー

ジに、この結果がございます。

そして、22ページに参ります。上の1段落目ですけれども、特別児童扶養手当・障害児福祉手当、それから、自動車損害賠償責任保険の補償水準は、創設時とほぼ同水準。これが参考資料の91から92ページです。

それから、次の段落で、紛争防止・早期解決の観点については、最高裁判所が取りまとめた報告書において、「産婦人科に関する既済件数は年間80件程度で推移していたが、24年は59件と。産科医療補償制度は、医事関係訴訟の事件数にも一定の影響を及ぼしているものと考えられる」などの記載がされております。

次の段落で、さらに、医療機関で生じた不測の事態に対する保護者の反応について、場面想定法を用いて調査したところ、3,000万～5,000万円程度であれば、一定程度の効果が得られるとの結果でありました。この研究結果が、参考資料の97から108ページ目までございます。

次の段落で、これらの調査結果を踏まえると、現行の3,000万円は一定程度の紛争防止効果がみられるとして、現行どおりの3,000万円を維持することが適当と考えられる。

次ですが、また、運営委員会において、在宅での看護・介護あるいはそれを計画していることを支払いの条件とするなどの意見もあったが、紛争防止・早期解決の効果を低下させる可能性があり、実務上も煩雑になることから、現時点では現行どおりとすることが適当と考えられる。

最終段落で、なお、アンケート結果から、まだ補償額が足りない実態がうかがえることから、水準の拡大についての意見もあった。本制度による紛争防止効果の見極めにはなお時間を要することから、今後とも補償水準について検討することが望まれると結んでおります。

2) 支払方式です。これも【現状と経緯】、【議論の背景】を省略させていただきます。

まず、一番下の【議論の結果】のところです。(1) 児の生涯にわたり補償する方式(終身年金払方式)です。1行目の終わりから、障害年金の支給が開始される20歳までの養育を支援するとの考え方のもと、20歳までの分割払になった経緯にある。

また、法律に基づかない民間の制度であり、超長期にわたる管理や、超長期にわたり収支が確定しない方式は、運用上極めて困難なこと、生涯にわたる生存状況のデータがないことから、制度設計自体が困難との実情にある。

これらを踏まえると、現時点においてこの方式を導入することは困難と考えられ、今後の課題とするとしております。

(2) が、有期年金払方式です。その下の2行目から、児が早期に死亡した場合は、補償金額が少なくなり、紛争防止・早期解決の観点で効果が低下する可能性がある。

次の段落で、類似の補償制度でも死亡時に支給を打ち切る制度はあるものの、併せて一定額の給付金が設けられており、死亡時の一時金の給付も有効な方式であるものの、新たな仕組みづくりを取り入れることになること、児の虐待等が危惧されることから、慎重に検討を行う必要がある。

1行おきまして、重度脳性麻痺児の予後の報告書の結果からは、生存率が高いことが判明したものの、この調査では施設や巡回診療を全く利用せずに早期に死亡した脳性麻痺児が含まれていないこと、調査実施後の医療水準の進歩をどのように反映されているか、及び調査対象件数が十分か否かといった点について、併せて考慮する必要がある。

1行あきまして、現時点では、特段の課題が顕在化している状況でもないことから、当面は現行方式とすることが適当。次の行で、引き続きデータを収集し、新たな課題があった場合は、改めて検討することが望まれる。

最終段落ですが、なお、制度創設時は「一時金と分割金の給付」となったが、特段の問題がないようであれば一時払とすることも検討してほしいとの意見があったとしております。

以上です。

○小林委員長　ありがとうございました。

補償水準、それから、支払方式ですね。ここはいろいろ課題があり、整理されたところではありますが、現状、現行どおりということでもとまったかと思いますが、いかがでしょうか。岡本委員、お願いします。

○岡本委員　額のところで、現状どおりということになった理由として、一定程度の紛争防止効果があったということしか触れていないんですけれども、

私は恐らく対象拡大のほうに重点を置いた今回の改正ということがあった上での、このことだと思うんですね。これだけのために現状維持ということではないと思うので、そういう書き方もちょっと入れてもらったほうがいいと思います。

○小林委員長　　じゃ、21ページの【議論の結果】のところですね。ここに紛争の防止効果がある程度あったということを書き込んでもらうということをお願いします。

○岡本委員　　ここには書いてありますので、それだけじゃなくて、むしろ今回の改正は、対象の拡大ですね。先ほどあった体重とか、週数とか、そちらのほうを変えていけば、対象数は増えるので、当然、予算はそちらのほうに割かれますので、調査ではもちろん足りないと出ています、補償額を上げるという形はとらない、ことを明記し、対象の拡大に重点的に置いているという趣旨のことをちょっと入れてもらうとありがたいです。

○小林委員長　　わかりました。もう少しその背景の説明を丁寧に書けということですね。優先順位とか、そういう問題がありますので。ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

それでは、先に進みたいと思います。剰余金の取扱い以降、報告書、残りの部分の説明をお願いします。

○後理事　　25ページをお願いいたします。25から28まで、これが最終ページまでですけれども、ご説明いたします。

25ページですが、3. 剰余金の取扱いです。【経緯と現状】、【議論の背景】を簡単に申しますと、経緯と現状ですけれども、本制度は創設当初、通常の民間保険と同様の保険設計となっておりましたが、しかしながら、剰余が生じた場合に返還される仕組みが導入されました。剰余金の取扱いは、制度の趣旨に照らして適切な用途に限定とか、運営委員会において適切な利用方法を議論の上、制度の充実に資する用途を決定していくとしておりました。

議論の背景ですけれども、調査専門委員会報告書で、新たな推計数が示されました。そこで、剰余金の額を算出すると、21年の契約では122億円、21年から25年までの5年間の契約では約670億円が見込まれております。

そこで、剰余金の使途、充当方法について議論を行いました。

最後の【議論の結果】ですけれども、剰余金については、基金を設置するなどして、将来の本制度の掛金に充当することとし、具体的な充当額は、長期安定的な制度運営の観点に十分留意して検討されることが望まれる。

充当は、21年の補償対象者数の確定時期を最大限早めることにより、27年1月から実施することとするとしております。

26ページ、4. 掛金・保険料です。【現状】ですが、掛金水準3万円は、年間800人に基づき設定されております。

【議論の背景】ですが、新たな推計が出ましたために、掛金・保険料の額、改定の時期について議論を行いました。

【議論の結果】ですけれども、掛金水準は、「補償対象者数の推計結果、及び今後の補償対象となる脳性麻痺の基準と補償水準等の見直しを踏まえ必要な掛金の額」から、「剰余金の充当額」を差し引いた水準とする。

いわゆる保険料の額は、年間623人をもとに算出した2万2,000円に、補償対象となる脳性麻痺の基準等の見直しの検討結果を加味して算出することとする。

掛金・保険料水準の改定の時期は27年1月とする。

最後の行ですが、なお、補償原資に剰余が生じた場合は、保険会社から運営組織に返還される現行の仕組みを維持することとするとしております。

27ページをお願いいたします。Ⅲ、制度広報・補償申請の促進に係る取組みでございます。最初の2段落までに言っておりますことは、児が満5歳の誕生日を過ぎたために補償を受けることができなくなる、こういう事態が生じることのないよう、9月から制度の周知に向けた取組みを強化しております。そして、新たな推計が公表されましたが、平成21年生まれの対象者数と大きな乖離がありますので、緊急対策会議を開催するなどして、申請促進について議論を行っております。委員一覧は、ごらんとおりでございます。

一番下の段落ですが、取組みにあたっては、関係学会・団体の多大なご協力のもと、新聞広告、ポスター、リーフレットなどによる情宣など、さまざまな取組みを実施しております。

28ページには、協力いただきました団体・学会のお名前を記しております。

そして、下の段落ですけれども、申請の促進に取り組んだ結果、報告件数、これは補償申請書類の請求件数ですが、25年3月以降大幅に増加し、前年の4倍の水準となりました。

最終段落ですが、また、10月末現在、対象となった件数と申請準備中等の件数の合計は427人となり、推計値の推定区間内の件数が見込まれる状況となりました。また、点推定も481人でしたので、それも視野に入ってきたという状況でございます。

29ページは参考文献、30ページは委員一覧となっております。

以上です。

○小林委員長　ありがとうございました。

剰余金等の取扱いについては、既に医療保険部会に報告済みの事項であります。それ以外、考え方を整理して記載してありますが、ここ、いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。じゃ、特にご意見がなければ、報告書案については、先ほど大きな、重要な修正がありました。それを踏まえて、最後、てにをはとか文言等もありますので、私と事務局のほうで最終案を完成させたいと思いますが、そういうことで一任いただけますでしょうか。どうぞ、飯田委員、お願いします。

○飯田委員　特にこれに関する意見ではないですが、先ほど来いろいろな議論があり、誰に対する説明責任があるかという話になると思います。もちろん、関係者はたくさんいますので、山口委員もおっしゃったように、やはり一般の人たちにわかるようにということもありますので、この報告書だと多分わからないだろうということも確かです。概要は見たのをわかりやすくすることが必要です。私も専門ではないので、同じ医師でもなかなかついていけない議論もありますので、担当の医師はもちろんですが、それ以外の方にもわかるようにしていただきたい。実際に臨床をやっている産婦人科の先生方も、直接話を聞きましたが、この補償制度の意味がわかっていない方もいまだにいらっしゃいます。そういうことを含めて、ぜひわかりやすい文章をお願いしたいと思います。

○小林委員長　わかりました。恐らく医療従事者向け、あと一般向け、別々

につくったほうが良いと思いますので、事務局のほうで、じゃ、報告書が完成した後、その作業、短いものでよろしいですね。ありがとうございました。

それでは、次の議題に進みたいと思います。資料5になりますか。「産科医療補償制度の制度見直しの検討結果について（案）」の審議に入りたいと思います。これは内容的には報告書と重なる部分がありますが、医療保険部会に提出する重要な資料になりますので、ご議論いただきたいと思います。じゃ、説明をお願いします。

○後理事　それでは、資料5をお願いします。本体資料にも1ページ触れておりますが、同じことですので、資料5でご説明させていただきます。この資料5は、医療保険部会にご提出する資料というイメージでございます。

まず1ページは、制度見直しの検討経緯で、これまでもご説明させていただいたところですので、省略させていただきます。

1ページ目の下の2の補償対象となる脳性麻痺の基準については、ただいまご議論いただきまして、さまざま修文、ご意見ございましたので、それを踏まえて修正いたします。2ページは、まさにその文面となります。それから、3ページも、2ページが週数の基準、3ページが体重の基準、これも修正させていただきます。それから、3ページの下から、個別審査の基準がございます。このあたりも、先ほど申し上げたとおりです。

そして、4ページまで個別審査が続きまして、5ページをお願いいたします。5ページですが、(2)基準見直し後の補償対象者数です。

まず①が補償対象者数の推計値ですが、31週の場合は年間635人、推定区間が481～789人、それから、32週の場合は点推定が571、区間推定が423～719となります。

②が補償対象者数の推計値の根拠でありますけれども、これは調査専門委員会と同じ推計方法をとっております。特にその下の後半の段落ですけれども、医学的調査専門委員会による現行制度における補償対象者数の推計と同様と書いた上で、一般審査と個別審査に分けて、推計値、推定区間を算出しております。

それから、最後の4行、個別審査基準については、分娩時の状況についてより詳細な情報を確認する必要があることから、宮崎県において98年～201

0年に出生した児を対象とした宮崎大学の調査結果のデータも活用しております。

具体的算出方法は、別添10で、30ページから31ページにございますので、適宜ごらんいただければと思います。

それから、先を急いで失礼します。6ページでございます。6ページが、3が補償水準・支払方式でございます。これも先ほど来ご説明したとおりでございます。

それから、4が掛金水準等でございます。これは別添11、32ページにも資料がございます。

その下の①ですけれども、現行制度において必要な保険料水準、2.2万円程度。

それから、②ですけれども、見直し後制度において必要な保険料水準が、31週の場合は2.7万円程度、32週の場合は2.5万円程度となっております。

それから、7ページへ参ります。7ページ、③ですけれども、剰余金からの充当額でございますが、その下の黒ポツの1つ目ですが、対象者数を仮に毎年481人とすると、21年から26年の6年分で剰余金の額が合計800億円となります。

2つ目のポツで、長期安定的な制度運営の観点で、剰余金が枯渇した際の掛金への影響を考慮し設定することが望ましい。

3つ目のポツで、充当期間及び充当額については、医療保険部会の議論も踏まえ、保険料水準が確定する段階で決定するというので、ご参考としまして、充当期間が20年であれば0.4万円程度、15年であれば0.5万円程度、10年であれば0.8万円程度の充当が可能ということでございます。

それから、5で26年1月の保険契約における事務経費等でありますけれども、まず①ですけれども、剰余金の返還の最低水準の見直しでございます。医学的調査専門委員会における推定区間の下限値は340人でありました。制度創設時と同様に最低水準を設定すると、この340人になります。

次の段落ですが、一方、報告書において対象者数を最も少なく見積もった場合の下限値として278人が示されており、本制度の公的性格等に鑑み、現行の300人から278人に変更するということでございます。

②が剰余金の運用益でございます。補償原資に剰余が生じた場合、運営組織に返還される剰余分に、運用益相当額が付加されて返還される仕組みとする、そのように変更を予定しております。

次の段落で、運用益相当額の算出方法については、第三者の有識者から構成される検討会議において検討を既に行っておりまして、別添12、これが33から35ページでございます。特に34ページが、運用利率設定の考え方を書いております。ALMという方法、資産・負債総合管理という考え方を採用しまして、そして、国債を中心に運用していく。利回りの決定方法も書かれております。

そして、8ページに戻っていただきまして、これが最後のページです。③の制度変動リスク対策費でございます。現行制度における推計値より、500人の見込みから481人の見込みに変更し算出することといたします。

制度変動リスク対策費は、医療水準向上に伴い脳性麻痺児の生存率がデータ取得時より上昇するリスク、データ母数が少ないため推計値が大幅に外れるリスク、20年間の長期にわたる支払い業務に伴う予期できない事務・システムリスク等の予期できないリスクに対応する費用であり、(2)については、引き続き5%の範囲内で残っているほか、(1)の脳性麻痺の生存率の上昇リスク、(3)の事務・システムリスクは依然として存在しており、481人に基づき設定するとしております。

その下の段落ですが、上記を踏まえた、26年1月の保険契約における事務経費の額を含めた、21から26年の事務経費等の推移は、別添13、36ページになります。これは最終ページです。36ページをごらんいただきますと、上の棒グラフが、保険会社と私ども医療機能評価機構別の事務経費になっております。それから、その内訳にもなっております。それから、その下は、それを数字で書いたものでございます。また、全体の収入保険料も書いております。それから、ご参考までに、一番下の円グラフは、収入保険料に占める事務経費の割合を円グラフにまとめたものです。

また8ページに戻っていただきまして、最終段落ですが、なお、27年以降の保険契約における取扱いは、見直し後制度の対象者数推計値等踏まえ、改めて検討することとしておりますとしております。

9 ページ以降は資料となっております。

以上です。

○小林委員長 ありがとうございます。

以上、制度見直しの検討結果案について、資料5ですが、いかがでしょうか。運用の事務費用、あるいは、制度変動等の、多分、保険特有の考え方だと思います。先ほど山口委員からも質問があったのは、次回、時間を取って説明を再度していただくことにしたいと思います。きょうは議論が中心ですので、また次回ということに。事務経費については、もう一度説明してもらおうということにしたいと思います。

いかがでしょうか。岡本委員、お願いします。

○岡本委員 5 ページのところの、補償対象者数の推計値で、31 週と32 週の場合を出しているんですけども、ここでもう31 週という結論が出たら、32 週は出さなくていいのではないかと思います。まだ論議できそうなイメージが残るんじゃないかなと思います。

○小林委員長 そのほうがいいですね。話としてはわかりやすいですね。ただ、一応聞かれたら答えられるという体制にはしておいてほしいと思いますけれども。

○上田委員 よろしいですか。

○小林委員長 上田委員、どうぞ。

○上田委員 報告書は、先ほどのご指摘のとおりまとめます。

私ども、実はこの報告書についても、保険者と協議をしておりますが、厳しい状況であります。ただ今結論を出していただきましたが32 週も当然含みながら、結論は31 週ということでした。したがって、例えば、32 週についてはなお書きで示すとか、何らかの形で、記載することでいかがでしょうか。

○小林委員長 事務局の案はなお書きということになりますが、よろしいでしょうか。じゃ、なお書きということで、31 週とはちょっとレベル感が違う形で出してもらおうということできたいと思います。

ほか、よろしいでしょうか。岡本委員、もう一度お願いします。

○岡本委員 あと、先ほどの報告書もそうなんですけれども、途中では出て

くるんですけれども、例えば、死亡した場合の対応とか、いろんな課題がいっぱい出てきましたよね。その課題を、今後に向けての、次回に向けての課題というようなところで、1つ何かまとめてもらおうとわかりやすいかなと思います。その論議は次回にちゃんとやられるんだなというのがわかったほうがいいんじゃないか

なと思います。

○小林委員長　これに関しましては、医療保険部会の説明なので、今回の制度見直しに内容を絞ったほうがいいかなと思いますので、その点に関しては、報告書のほうに、どこかに箇条書きで整理したほうがよろしいかなと思います。大丈夫ですかね。報告書の中に、そういうつくれる場所はありますか。次回以降の課題ということで。じゃ、すいません、それは事務局と相談して、そういう項を報告書のほうにつくってみます。

○岡本委員　はい。

○小林委員長　ほかにいかがでしょうか。

それでは、制度見直しの検討結果については、この案で、先ほどの修正を入れて、もう一度まとめ直してもらうということで進めたいと思います。

申請期間の話にここで戻りたいと思いますが、先ほども議論でなかなか結論が出そうにないんですが、一方で、今回結論を出さないと制度の見直しが今後支障が出る可能性がありますので、代案ですが、約款の、正確な文言は覚えていないんですが、6カ月未満か以前で死亡した場合は対象でないという文言はそのままにして、申請期間の縛りをなくすということでいかがでしょうか。

つまり、岩下委員が先ほど、出してきて、それを審査して進めるので、ある意味で申請は6カ月に区切る必要はない—もう少し前から出してもらって、例えば、もう6カ月から生存が確認できたらすぐ支払い始めるということにすれば、ある程度6カ月前の早期のデータも集まりますし、それから、早期で亡くなる児の問題については、今後の検討課題ということで、次回の見直しに持ち込むということでいかがでしょうか。そういう意味で、3カ月と区切る必要もないんですが、あんまり早く出しても補償が6カ月以降なのでということになります。それでいかがでしょうか。近藤委員、どうぞ。

○近藤委員　先ほどからの議論は、診断が可能かどうかということだけの議

論だったと思うんですが、私の意見は委員長と全く同じでございますけれども、支払方式と私は関係あるんじゃないかと思うんですが。現在の支払方式は、亡くなられても、その後も支払いをすると、こういう形なんです、本来ならば有期年金な形にして、死後は出さない、一時金で処理するという姿がいいんだと思いますけれども、今回も、残念ながら、制度をつくるには十分な生存曲線がわからないと、こういうこともありまして、結論はやむを得ないと思うんでございますけれども。

ただ、制度としては、非常にいびつなんです。6カ月で亡くなられた方に対して、あと19年半も払い続けるというのは、制度としていびつなわけでございますけれども、それを、その支払方式を維持したまま、6カ月を3カ月にするというのは、やっぱりまずいんじゃないかと。せめて6カ月以上で、それ以降も生存する方にお支払いはすると。しかし、診断ができるのであれば、早く出して、6カ月以降も生存の場合には支給をすると、こういう形が私はいいんじゃないかと思います。

○小林委員長　ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。勝村委員、一応ご意見をお願いします。

○勝村委員　参考資料が出ていましたよね。きょう、1から16までの。その15番、66ページの、この調査結果というのが、随分前からこの運営委員会に出されていたわけです。ここの議論のやり方として、こういう調査の結果とか、そういうものに基づいて議論してきていると思いますし、そういう説得力があると思う形で来ているものを、何かそれとは違う意見で変えるということは、僕はよっぽどの根拠がないと、この運営委員会の議論の仕方として説明が付きにくいのではないかと思うということがあります。

そういうことをし始めると、もう何でもありになってしまうので、やっぱりここの調査専門委員会の人たちが出してきてくれた意見というものが、全部100%というわけではないですけど、それを否定するということの理由はもっと明快でなければならないという気はします。

6カ月の特例自体にいろんな問題や疑問が考えれば考えるほどあるということは、僕も非常に理解ができますし、同感です。そういう矛盾があるということは非常にわかるんですが、だけど、それは3カ月がだめだということの理由

にはならないわけです。3カ月はだめだという理由が、実はその理由だったら6カ月もだめになるじゃないかと。同じことが6カ月でも起こるわけです。やっぱり6カ月でも、6カ月ですぐ死亡するということもある。だから、6カ月はいいけれども3カ月だったらだめだというような明快な理由というのは、僕はまだ出ていないと思いますので、そのことと、この66ページ、67ページの資料が出ているということを考えると、僕は、今回、6カ月を3カ月に変えておくべきだと思います。

ただ、今、小林委員長がちょっとおっしゃった代案ということの理解がまだ十分でないと思うんですけども、結果として、僕の趣旨を踏まえてもらえているということならば、そのやり方に関しては、いろんな知恵を出してやっていただくことには、お願いできればと思いますけど。

○小林委員長　恐らく今でも審査は1～2カ月、あるいは、資料を集めるのにさらにかかりますので、そういうことであれば、多分、5カ月とか4カ月時点から審査を始めて、6カ月時点で支払いができる児が少し増えるかなと思いますが。よろしいでしょうか。約款は現行のままで、6カ月未満の児が死亡した場合は補償対象外という約款の文言は、そのままということで。勝村委員、どうぞ。

○勝村委員　今の僕の瞬間的な理解だと、6カ月の場合だったら、申請をして、決定が出てという間の死亡、その間に死亡してしまうというケースと、3カ月から申請をして、6カ月まで死亡してしまうというケースで、ちょっと違いが出てくる可能性があるんじゃないですか。だから、その点の説明とか、そのことの意味とかいうものをやっぱり整理する必要があるので、僕としては、そんなに大きく数が変わる話でもなし、僕たちが言い出したことではなくて、調査専門委員会が言ってきていることだということを踏まえると、もっと普通にやったほうが僕はいんじゃないかと思えますし、今おっしゃった代案に関しても、僕としては、もうちょっと精査する時間をいただきたいという気はします。

○小林委員長　ほかにいかがでしょうか。

この点も報告書のほうには書き込まないといけないので、勝村委員とまた、もう一度時間を置いて、この問題について話を、最終的な案をまとめたと思

いますが、ほかの委員はいかがでしょう。鈴木委員、どうぞ。

○鈴木委員 議論は出尽くしていると思うので、多数決で決めるというのもどうかと思うんですけど、せめて世論調査を試みたらいかがですか。委員の中で。小林バーサス勝村というのはよくないと思いますけれども、やっぱり3カ月に見直すということと、見直さないということで、賛否がどのぐらいに分かれるのかと。そこを踏まえながら、最終的には次回の結論でも遅くはないんですよ。遅いんですか。

○上田委員 はい、結論をきょうお願いします。

○鈴木委員 きょう出したいんですか。

○上田委員 はい。

○鈴木委員 そうすると、ほかの人の意見ではなく、委員長と勝村さんの意見調整の中で決めるというの、運営委員会としてはあまり望ましい方向ではないので。

○小林委員長 多分、もし私の代案でよければ、約款は申請時期も書いてありましたか。約款がもし変わらないのであれば、申請時期をもう少しフレキシブルに受け付けるということになるかと思いますが。

○鈴木委員 いやいや、そうなんですけれども、結局のところ、6カ月未満で亡くなった、3カ月を超えて診断はできたけれども6カ月未満で亡くなった方は、申請外になるわけですよ。

○小林委員長 補償対象外です。

○鈴木委員 それは、さっきの1案、2案の折衷案にはならないと思うんです。それは基本的には変えないという案になるわけで。ただ、勝村委員が一方で強調していた原因分析等の対象にもならないじゃないかという点について、もしかしたら、それが、支給はしないんだけど、原因分析の対象になるかもしれないかのような言い回しですけども、しかし、支給しないものを原因分析の対象にはしていないわけですよ。ですから、結局のところ、原因分析の対象にもならないということになるので、じゃ、何のために受け付けるのかということになるとすると、やっぱり3カ月以上6カ月未満に関しては、制度の対象にしないという案にしか私には小林案は聞こえないんですけど。

○小林委員長 申請時期も約款にありますので、やはり決めないといけない

かなと思いますが、いかがでしょう。

それでは、時間も限られていますので、個別に意見を集めて、それで、なるべく今週中、あるいは来週初めまでに結論を出すということでいかがでしょうか。

○上田委員 挙手はだめですか。

○小林委員長 いや、決め方の手順が決まっていないので、多数決で決めるというような話ではないかなと思いますが。

宮澤委員、お願いします。

○宮澤委員 確かに多数決で決める内容ではないのかもしれないんですけども、やはり運営委員会としての意見がどうなのかということを基準にしながら考えていくというのは、これは基本だと思いますので、今、運営委員会として、どういう形での意見が趨勢を占めているのかということは、確認しておく必要があるのではないかと思います。

○小林委員長 ほかにいかがでしょうか。一応意見は全員に伺ったほうがいいというご意見ですが。岩下委員、お願いします。

○岩下委員 先ほど小林委員長言いましたように、審査委員会の権限と申しますか、その中でどういう審査が行われるか、僕らはよく知らないんですけども、そこに付託して、例えば3カ月、場合によっては2カ月で、申請したことについてどうするかという基準を明確にこれから定めていけば、勝村委員の言うことも反映できるかもしれないし。だから、6カ月という基準がもう約款に決まっているわけですか。

○小林委員長 申請時期に関しても、それから、補償対象についても、6カ月ということが両方書かれているようです。

○岩下委員 そうすると、じゃ、6カ月未満の場合には、その約款を変えなきゃいけないということですかね。

○小林委員長 そうですね。申請についても、それから、補償の対象基準についても、両方とも6カ月が別のところに書かれていますので、変えていかないとはいけないということになります。

○岩下委員 わかりました。じゃ、審査委員会でのいろんな運用基準を定める以前に、その約款を直さなきゃいけないということですね。もし6カ月未満

ということですね。わかりました。

○小林委員長　この委員会の結論を医療保険部会のほうに金曜日に出さなければいけないそうですので、すいませんが、じゃ、お一人ずつご意見を伺いたいと思います。現行どおり、それから、3カ月に申請時期を前倒しにする。その場合は、多分、補償対象基準も3カ月ということになると思います。それから、あとは、私が先ほど出した、補償対象基準に関しては6カ月以降ということで、6カ月未満は含まずに、ただ、申請は前倒しで、6カ月より前に可能であれば出しても構わないという、1、2、3案ですが、いかがでしょうか。

○鈴木委員　今の小林委員長の案は、ですから、どういう効果を生むのかということからすれば、何の効果も生まないんじゃないですか。申請は受け取るけれども、6カ月以内に死んだものに関しては、支給対象にもならないし、そして、原因分析の対象にもならないということですよ。

○小林委員長　ただ、早期に死亡する児はほとんどないということと、もう一つは、過剰なプレッシャーが現場の診断する小児科医にはかからないというメリットはあるかと思います。

○鈴木委員　それはメリットじゃないんじゃないですか。デメリットを最小限にするというだけで、メリットじゃないじゃないですか。

○小林委員長　デメリットを減らすということですね。

○鈴木委員　だから、メリットはないんじゃないんですか。要するに、それを決めたからといって、現行制度は何も変わらないわけなので、出したい人は出してくださいよというだけの話じゃないですか。

○小林委員長　支払いは早くなると思います。補償金の支払いは早くなると思います。6カ月の時点ですぐに支払いができるような状況に。

○鈴木委員　そこをあまり強調した意見はなかったと思うんです。支払いを一月でも早くしてほしいという意見はなかったと思いますよ。勝村さんの意見だって、支払いを早くしろと言っているんじゃないなくて、そこを対象にしろと言ってきているわけなので、支払いを、6カ月未満に一時金を欲しいということを中心にした意見は一つもなかったように私は思いますけど。

○小林委員長　わかりました。そうしますと、3案はあまりいい案ではないということですね。1案、2案中心に、3カ月に前倒しするか、現行どおりか

ということでご意見を伺いたいと思いますが。すいません、今村委員からお願いいたします。

○今村委員 意見の収れんができないような議論は、やっぱりこのまま継続ということがよろしいかと思えます。

○小林委員長 岩下委員、お願いします。

○岩下委員 現時点で議論が分かれていますので、当然、これからまた見直しの議論もありますけど、その期限を限って今回回答しなければいけないならば、今は現状、さらに、これから先、改定の機会に向けて検討していくというのがいいと思えます。

○小林委員長 大濱委員、お願いします。

○大濱委員 私は個人的には小林案がいいと思っていたのですが、1か2になりましたので、そうすると、現状維持という形になると思えます。しかし、3カ月ということに関しても、もう早急に検討すべきだということはあるのですが、今週中に決めないといけないと言われると、現状維持しかないのではないかなというふうには思えますが。

○小林委員長 岡本委員、お願いします。

○岡本委員 私は、結論から言いますと、現状維持です。それは、先ほどから鈴木先生がおっしゃったように、経過の段階で、私はやはり家族が本当に補償が早くなるという観点の部分が一番重要なことだと思っているんですけども、死亡するかしないかという頻度であれば、1カ月にピークがあるということで、3カ月、6カ月の間にそれほどのあれがないというふうなことも聞こえてきておりますので、そうであるならば、3カ月に診断された人が6カ月もきちっと診断されますので、早くする必要はないと思えます。

それから、3カ月からやった場合の原因分析はかかりますけれども、それでは、それ以前に亡くなった人の分析はやってないわけになるんですね。それで、課題として、今後そういったことをどうするかということをやちゃんとするプロジェクトなり、そういうものは早急にやってもらいたいと思っているんですけども、現時点では、3カ月にする大きなメリットというのは、私はないと思えます。

○小林委員長 勝村委員、お願いします。

○勝村委員 僕はもうこの調査専門委員会の提言どおりに、3カ月にすべきだと思います。

○小林委員長 河北委員、お願いします。

○河北委員 私は、せっかく見直すのであれば、見直していいと思っていて、それで、きょうこういった議論になっているので、6カ月から3カ月というこの議論に関しては、議論が煮詰まっていないとは思いますがけれども、あくまでも6カ月というのが例外規定であるということであれば、調査専門委員会に我々がゆだねて、こういった結論というよりも、まとめができていますから、この67ページに書いてあるように、概ね3カ月ごろと考えるというのが調査専門委員会の意見であるということであれば、例外規定であれば、それほど私は大きな影響はないと考えていますので、全て枠を取り払うという考え方ももちろんあるんですけども、3カ月ということで私はいいいのではないかと。

先ほど小林委員長が言われた、約款の中での変更というのが、今、約款を確認してみると、6カ月未満の死亡ということ、ですから、6カ月以後と、それから、6カ月で申請ができる、この2つが約款の中に書いてあるわけですよ。その1つを見直すのであれば、両方とも見直したって同じことなんですから、私は3カ月を書き入れていただきたいと思います。

○小林委員長 木下委員、お願いします。

○木下委員 この話は、やはり亡くなったときの支払いということの問題は避けて通れないかなという、その問題を解決してからのほうがいいかなという意味では、現状どおりで今回はいいのではないかなと考えております。

○小林委員長 近藤委員、お願いします。

○近藤委員 私も、先ほど申し上げたとおり、やっぱり支払方式の変更がない限りは、現状維持すべきだと。今でも制度がいびつであるのを、さらにいびつさを広げるような形になりますので、やっぱり本来ならば、半年を1年とか2年に上げたほうが私はいいぐらいな感じを持っていますけれども、これは現に6カ月やむを得ないということになっておりますので、現状維持ということでございます。

○小林委員長 鈴木委員、お願いします。

○鈴木委員 変更です。

○小林委員長 3カ月ということですね。

○鈴木委員 はい。

○小林委員長 田中委員、お願いします。

○田中委員 その救済の対象というんですか、意味という問題と非常に密接に関係しているんで、そちらのほうの議論があまり進んでいない状態で、現状維持するほうがいいのかと思います。

○小林委員長 保高委員、お願いします。

○保高委員 私は、この問題についてはずっと虚心坦懐にお話を伺う立場で、きょうも真っ白な状態でずっと意見を聞いてきたんですけれど。この前も、自分の書いた記事で、この制度は前に進むべきだと、発展するにはどうするのがいいかという大前提でお話を聞いてきたわけです。

それで、発展させるには、それなりに縮小するよりは拡大を指向すべきであろうと。その拡大が非常に混乱を招くようなことであれば、はかりにかけなければいけないということなんですけれども。

しかし、結論を言うと、3カ月、やってみたらどうでしょうかね。勝村さんのほうに、迷いましたけれども。31週のところで、やはりここは広げるべきだと。今度、早いところも、近藤先生の法律家としての、いびつさを広げることになるというのも十分よくわかるんですけれども、ここはいろいろ試行錯誤の中で、どういう選択をしていくのが発展かと現時点で考えたら、とりあえず6カ月を3カ月というほうを支持いたします。

○小林委員長 宮澤委員、お願いします。

○宮澤委員 私も3カ月で変えていくべきだろうと思っています。判断できるものを判断しないと、これ、例外的で非常に数が少ないとしても、判断できるという調査委員会の報告があるということを前提にするならば、やはりそれができるものはやっていくというのが本来の姿だと思っています。

そして、支給方式に関しては、確かにいびつなところがあって、私も年金方式がいいということはずっと言い続けているんですけれども、その理想型に近づけていくということは当然大事なんですけど、支給年齢に関しては、やはりできるものはきちんとやっていくという理想の形を考えると、私は3カ月の

ほうがいいのではないかと考えています。

○小林委員長 綿引委員、お願いします。

○綿引委員 私は、勝村委員のお話は大変よくわかる話ではありますが、やはり支払方式との関係で、現状を維持しておく必要があるんじゃないかなど。ただし、支払方式の見直しも含めて、大変可及的速やかに論議を進めていく必要があると考えております。

以上です。

○小林委員長 岡井委員、お願いします。

○岡井委員長代理 これまでも申しましたように、この問題は、申請をいつできるかという問題よりも、それももちろん全く無視はできませんが、どの時期までに亡くなった児を周産期のイベントに関連して死亡した事例という形で、少なくとも今やっている制度、脳性麻痺ということで家族がずっと苦勞されていく、それを支援していこうという、そういう対象から省いていくかという問題なんですね。それをどこに線を引くかということで、今は6カ月となっているんですけど、もっと議論が深まって、やっぱり3カ月ぐらいに線を引いたほうがいいということになれば、そういうことになるんですけど、その議論が全然できていなくて、今の話は、診断が早くできるようになったからというだけだから、それで今3カ月に変えるというのは、ちょっと早すぎる、拙速に過ぎると思います。いつから脳性麻痺として支援すべきか、あるいは、本当にもっと対象を広げ死亡も補償していくべきかとか、そういう議論もしてからでないと、これは決まらないと思うんですね。というのが私の意見です。

○小林委員長 皆さんありがとうございました。

決めないといけませんので、多数決ということではありませんが、委員の意見が割れているということで、現行どおりということにしたいと思います。委員長の責任で、そのように進めさせていただきたいと思います。ただ、次回の見直しに関しては、非常に重要な課題として取り上げるということで、次回の責任者に引継ぎをしたいと思いますので、それでお認めいただきたいと思いません。

今回、週数、体重、それから、個別の審査基準等、周知が必要な事項がたくさんありますので、ここで変更をさらに加えてということはちょっと避けたい

と思います。

岡本委員、どうぞ。

○岡本委員 先ほど委員長が言われたような、現行のままなんだけれども、ちょっと早くから申請できるような方策はぜひ考えていただきたいと思います。

○小林委員長 ありがとうございます。

それでは、よろしいでしょうか。先に進めたいと思います。

報告事項が残っております。補償申請に係る状況について、お願いいたします。

○事務局 それでは、本体資料の11ページをごらんください。補償申請に係る状況について、(1)補償申請等の状況についてです。資料6も併せてごらんください。

まず①の報告件数(補償申請書類の請求件数)ですが、11月25日現在、全体で64件、21年生まれが20件ということで、月末までにもう少し件数が伸びると思いますが、恐らく8月と同じぐらいの数字になるかと思われます。この9月、10月をピークとしまして、やや収束してきたといった状況かと思えます。

次に、②の申請件数(受付件数)ですが、数字についてはごらんのとおりですが、こちらも25日現在の数字になりますので、もう少し件数は伸びるかと思えます。

③の補償対象件数につきましては、次のページですが、11月分が確定するのがまだこれからのため、件数は入れておりません。

次に、12ページ、(2)今後の補償申請等の見込みについてです。中ほどの表ですが、21年出生児の11月25日現在の状況ということで、補償対象者数の確定件数は225件。これは前報告しました10月末の件数そのままでございます。以下、審査中の件数33件、準備中の件数183件、アンケートによる申請予定件数4件と、合計445件ということで、10月末の427件から11月25日現在で445件になりました。

この445件の出生月別の内訳が、次のページ上段の表のとおりとなります。

続いて、13ページ、資料7をごらんください。毎回提示しています今後の補償申請等の見込みについてです。こちらは、これまでと同じ考え方のシミュ

レーションとなりますが、見込み1と見込み2で、12月単月の数字をどう見込むかだけの違いのために、あまり差がなくなっているところです。見込み1については、11月の実績が10月を下回ったことで、減少しています。見込み2については、ほぼ変わらずの数値となっております。

それでは、本体資料13ページにまた戻っていただきまして、最後に(3)補償申請の促進に関する取組みについてです。21年1月生まれの児については、いよいよ申請期限まであと1カ月となりましたので、今月から来月上旬にかけて、改めて各関係先の協力のもと、申請促進の取組みを集中的に実施しているところでございます。

この枠の中、産科医会と助産師会ですが、運営委員会でもご意見がございました申請漏れ防止に向けた会長名のレターを会員に送付する予定でございます。それぞれ参考資料1と参考資料3になります。

ページをめくっていただきまして、14ページです。加入分娩機関に対してですが、8月に作成しました「補償対象となった参考事例」の追補版としまして、新たに「重症度に関する参考事例」を作成しまして、加入分娩機関に発送する予定です。それが参考資料4になります。今般の議論でも、重症度の考え方の周知徹底が課題とされました。完成したばかりの資料になります。

次に、中ほどの入所施設・通所施設ですが、これらの施設にはこれまでもご協力をいただいているところでございますが、改めて全国の約1,000の施設に依頼文を送付しまして、いま一度保護者に案内をいただくようお願いをしております。

次に、下段のほうですが、広告関係です。一件でも漏れを防いでいくということで、一番の広告媒体であるテレビをはじめとしまして、ごらんとおり、各メディアを使った広告を実施しております。

そして、14ページの一番下ですが、インターネットのリスティング広告を開始したということについては、前回ご報告しておりますが、11月15日までの半月で1,000件以上のアクセス、閲覧がございました。

続いて、最後、15ページです。厚生労働省にもご協力をいただきまして、各障害関係の会議等で周知の徹底をいただいているところでございます。

以上となります。

○小林委員長　　ありがとうございました。

補償申請に係る状況について、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、以上、予定した議題は終わりですが、その他、委員の方々、あるいは事務局から何かありますでしょうか。上田委員、お願いします。

○上田委員　　これまで制度見直しの検討を19回にわたってご審議いただき、本日、最終報告書を取りまとめていただきまして、まことにありがとうございます。

今後、医療保険部会にこの報告書を報告しまして、この報告書をもとに、財源を含めた議論がなされることとなります。医療保険部会におきまして議論される結果につきましては、今のところ来年1月に開催を予定しております、この運営委員会で報告することとしております。しかしながら、医療保険部会での議論の状況によっては、改めて運営委員会を開催し、議論をしていただく場合もございます。そのような場合には、改めて委員の皆様方にご連絡させていただきますので、よろしく願いいたします。

ありがとうございました。

○小林委員長　　ありがとうございました。

事務局のほうから何か連絡事項はありますでしょうか。じゃ、勝村委員、先にどうぞ。

○勝村委員　　一言お願いをしておきたいと思えますけど、この参考資料の66ページ、67ページというのは、やっぱりもう一度皆さんに読んでおいていただきたいと思えます。調査の目的というところの6行、7行をしっかりと読んでいただいて、その結果、まとめということで、どういうことがまとめられているのかということを読んでもらって。にもかかわらず、今回、こういう理由で維持するということは、僕は、この制度が非常に健全な議論で来ていると思っただけに、議論の形としては、非常に不信感があります。今回の決定に関しては。

その理由で、今多くの方がおっしゃられた、時間が足りないということであれば、この調査専門委員会の結果というのは随分前に出ているわけですから、それはやはり議論の手順、また、次回に申し送るということでは、また同じように、1年前に出ても、結局、時間がないから議論不十分で現状維持というこ

とならば、僕はもう次回から、小林委員長のもとで、必要な時間が足りなかったというんだったら、早速議論を始めていただいて、この調査専門委員会の結果をなぜ自然に使えないのかということと、また、新たな課題、根本的に6カ月ということを見直すことを先にしたいんだということであれば、死亡児のことをやりたいということが必要があるんだということでき一致するんだったら、その議論はもう次回にと言っていたら、また同じように時間不十分になってしまうというのは目に見えているような気がしますので、今回の結論から言いますと、僕はもう早速そういう議論を運営委員会の中で始めていっていただきたいというふうをお願いしたいと思います。

○小林委員長　そのようにいたします。ただ、勝村委員、報告書のほうをもう一度読んでもらえれば、可能であるということと、制度として行うかどうかというのは、最後、別の提言が出ていますので、そこはもう一度。つまり、安定した制度の運営のためというものは、また別の要因が入ってくると思いますので、そこは理解していただきたいと思います。可能かどうかというところで争っているわけではないということです。私の意見としては。

○勝村委員　これを否定するほどの意見ではなかったように僕は理解したということです。

○小林委員長　じゃ、事務局から連絡事項をお願いいたします。

○事務局　次回、第29回の運営委員会の開催日程につきましては、改めてご連絡申し上げますので、よろしくをお願いいたします。

以上でございます。

○小林委員長　どうも、皆さん、長時間ありがとうございました。

それでは、これをもちまして、第28回産科医療補償制度運営委員会を終了いたします。どうも、ご多忙のところ、ありがとうございました。

— 了 —