

第24回「産科医療補償制度運営委員会」会議録

日時：平成25年9月20日（金）14時00分～16時00分

場所：日本医療機能評価機構 9階ホール

公益財団法人日本医療機能評価機構

## 1. 開会

○事務局 事務局でございます。委員会を開催いたします前に、資料の確認をお願い申し上げます。

第24回運営委員会委員出欠一覧がございます。

次に、第24回運営委員会次第と議事資料がございます。

次に、別添資料といたしまして、資料1～6および参考資料の1～5がございます。

資料一覧に沿って、確認をお願い申し上げます。読み上げさせていただきます。

資料1、剰余金および掛金の取扱いについての基本的な考え方（案）。

資料2、補償対象となる脳性麻痺の基準、補償水準に関する制度設計時の検討経緯。

資料3、補償対象となる脳性麻痺の基準の見直しに係るこれまでの主な意見。

資料4、補償申請等の状況について。

資料5、今後の補償申請等の見込みについて。

資料6、補償申請の促進に係るこれまでの取組みについて。

参考資料1、産科医療補償制度医学的調査専門委員会報告書（抜粋）。

参考資料2、産科医療補償制度の見直しに関する提案一審査過程での検討より。

参考資料3、産科医療補償制度補償対象となった参考事例です。

参考資料4、産科医療補償制度について（補償申請期限のお知らせ）。

続きまして、参考資料5でございます。共同通信社配信記事。

以上でございますが、資料の落丁等はありませんでしょうか。よろしゅうございますか。

それでは、定刻になりましたので、ただいまから、第24回「産科医療補償制度運営委員会」－第15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出席状況については、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、若干ご到着が遅れる旨、ご連絡をいただいておりますので、ご了承くださいたいと思います。

また、ここで、新しい委員の方をご紹介申し上げます。前回、ご案内申し上げておりましたが、

公益社団法人日本産科婦人科学会の岩下光利委員でいらっしゃいます。

○岩下委員 只今ご紹介に預りました日本産婦人科学会の岩下でございます。よろしくお願いいたします。

○事務局 ありがとうございます。

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 本日はお忙しいところ、お集まりいただきまして、ありがとうございます。本日のご審議、どうぞよろしくお願い申し上げます。

本日は、次第にありますとおりの議事を予定しております。

1)として、第23回運営委員会の主な意見について。

2)として、剰余金および掛金の取扱いについての基本的な考え方について。

3)として、補償対象となる脳性麻痺の基準および補償水準等に係るこれまでの経緯と今後の進め方について。

4)として、補償対象となる脳性麻痺の基準の見直しについて。

5)として、保険会社の事務経費等の取扱いについて。

6)として、補償申請の促進に係る取組み等の状況について。

7)として、その他でございます。

では、早速、議事のほうに入りたいと思います。

1)第23回運営委員会の主な意見につきまして、事務局より説明をお願いします。

## 2. 議事

1) 第23回運営委員会の主な意見について

○事務局 それでは、資料の1ページ目をご覧くださいと思います。

最初に、第64回社会保障審議会医療保険部会の主な質問・意見に関するご意見ということでございます。

一番上の○をご覧ください。出産育児一時金は政令で定められており、最終的な決定権は、正

確には内閣にあるはずである。審議会は、内閣の諮問に答えて意見具申する立場であり、政府がこれを尊重するという仕組みになっている。

産科医療補償制度の運営については、運営組織である評価機構が、保険料の額や事務費等、制度全般について調整して決定する責任と権限を持っているという趣旨のご意見がございました。

次が、今後の見直しの議論の進め方に関するご意見でございます。

一つ目と二つ目の○はほぼ同様のご意見でして、剰余金の使途や掛金についての議論を行うのと同時進行で補償対象範囲の拡大など、制度を充実させるための議論も行うべきではないかという趣旨のご意見をいただいております。

三つ目の○でございますが、制度創設時はデータが少なく、補償対象範囲の検討が難しい状況であったため、現時点では現行制度における掛金が正しかったかを考えるよりも、現行制度における補償対象範囲がそもそも正しいのかということを最初に議論すべきではないかというご意見でございます。

四つ目の○、今、現行制度における掛金を確認することは、今後、補償対象範囲等の見直しの議論をする際の足かせになるのではないかというご意見がございました。

五つ目の○でございます。将来の掛金に剰余金を充当するのであれば、充当すべき剰余金が尽きた段階で、掛金水準の見直しの議論を改めて行うことを約束してほしいというご意見がございました。

次に、1 ページの一番下の○でございますけれども、「過去分の剰余金」、「将来の掛金」、「補償対象範囲」については、相互に関係がある。制度創設時に、補償対象範囲、補償水準、掛金水準がどのようにして決定されたのか、当時の経緯を確認しておきたい。

当時は、補償額3,000万円、掛金3万円が政治的に決まり、その枠内で補償対象範囲を決めた経緯にあると思う。問題は、補償対象者数が制度設計当時の推計値500～800人より少ないことにあるため、補償対象範囲を変更せずに、掛金の減額や補償水準の高額化を検討するのは妥当性に欠けるのではないというご意見がございました。

続きまして、2 ページの一番上の○でございますが、制度創設時の設計のどこに問題があった

のか確認しておくべきであるというご意見がございました。

二つ目の○です。現行制度の補償対象範囲では、制度創設前に裁判となっていた事例の7割ぐらいしか対象となっていない。国民のために補償対象範囲を拡大すべきであり、在胎週数を変更することによる影響も踏まえ、どのくらい補償対象者を広げられるのかの議論を行う必要があるというご意見がございました。

続きましての剰余金の取扱いに関するご意見、現行制度における掛金取扱いに関するご意見につきましては、この後の議事においてご確認をいただくことにしております。

次に、その他のご意見でございます。

一つ目の○でございますけれども、産科医療の質の向上に伴い、ますます脳性麻痺児が増加するリスクがあるとのことだが、短期的には原因分析、再発防止の効果で、むしろ減少するのではないかというご意見がありました。

これに対しまして、二つ目の○ですけれども、脳性麻痺児の数を減らすことはそう単純ではない。産科医療の質が向上すると、これまでは亡くなっていた児が助けられるが、その半面、命は助かったが脳性麻痺の後遺症が残る事例も増加すると考えられるというご意見がございました。

次に、補償申請の促進に係る取組み等の状況に関するご意見でございます。

補償申請の促進に関する広報の方法として、リーフレット等の連絡先に、分娩機関の連絡先ではなく、運営組織のフリーダイヤルを最初に記載したことや、運営組織から医療機関に連絡する仕組みを構築するなどの取組みについて評価できる。今後も、まずは申請書類を提出してほしいといった働きかけを保護者に積極的に行ってほしいというご意見をいただいております。

二つ目の○でございます。全体として補償申請件数が増加しており、制度の周知が浸透していると考えます。このような状況からすると、補償申請を行っていない児はいまだ多いと考えられ、特に平成21年生まれの児については、補償申請期限を2年程度延長することについて、今年末までの運営委員会で検討すべきではないかと、ご意見がございました。

これに対して、一番下の○でございますけれども、補償申請期限の延長は、カルテの保存期間にも関係する課題であり、日本産婦人科医会等とも相談のうえ、事務局において検討してほしい

というご意見がございました。以上でございます。

○小林委員長 ご苦労さまでした。

前回の主な意見について、よろしいでしょうか。

それでは、先に進めたいと思います。

議事の2)剰余金および掛金の取扱いについての基本的な考え方につきまして、事務局より説明をお願いします。

## 2) 剰余金および掛金の取扱いについての基本的な考え方について

○後理事 それでは、資料の本体の3ページをお願いいたします。3～5ページまで、3ページ分ご説明させていただきます。それから、最後に、資料1を使わせていただきます。資料本体3ページと、それから資料1のご用意もお願いいたします。

まず、3ページですが、2)剰余金および掛金の取扱いについての基本的な考え方についてです。

### (1) 現行制度における剰余金の取扱いについて。

その下の○ですが、現行制度における剰余金の取扱いについて、前回委員会における主なご意見は以下のとおりということで、ご紹介申し上げます。

その下の太い括弧で、剰余金の使途に関するご意見です。

一つ目の・ですが、制度創設時には、安定的な運営に留意し余裕をもった設計を行ったものであり、剰余金が出るのは当然。剰余金は患者のために対象範囲の拡大に使用すべきというご意見。

次の二つ目の・で、出産育児一時金が減額されることには反対であり、剰余金は保険者に還元するか、将来の掛金に充当するしかないのではというご意見です。

三つ目の・ですが、返還実務の複雑さなどの問題により剰余金を保険者に返還できないのであれば、将来の掛金に充当するという方法が妥当。

次の・で、剰余金が生じる可能性が高くなっている理由は、制度創設時に、分娩機関の加入率について安全率を見込んだことによるところが大きい。保険者は、財務上運営が厳しいということであり、そのことも考慮する必要があるというご意見。

次の・ですが、剰余金を保険者に返還するのは実務上困難であり、将来掛金に充当するのが現実的だが、将来の制度充実に充てるべき。事務局案の表現について、「将来の掛金に充当し、掛金の負担軽減に充てる」から「将来の掛金に充当し、制度の充実に充てる」などに変更するべき。

次の・で、制度の重要な機能である原因分析・再発防止について、例えば死亡例へ広げることができれば、飛躍的な再発防止につながると思われ、剰余金はそのような観点でも活用するべきというご意見がありました。

その次の太い括弧で、充当の期間等に関するご意見です。

一つ目の・ですが、将来の掛金に充当することが妥当であるが、期間は制度の永続性が担保されるように考えてもらいたい。

次の・で、剰余金を将来掛金に充当するのであれば、剰余金が尽きるタイミングでの財源についても議論が必要。

次の・で、掛金水準は引き下げること、補償対象範囲を拡大すること、どちらにしても短期間で大きな変動があると制度の安定的な運営に支障が出る可能性があるため、充当は長期的に緩やかに行うほうがよいのではというご意見がありました。

そして、一番下の○印ですが、運営組織に返還された剰余金の用途については、将来の掛金に充当するとの案を適当とするご意見が大勢を占めました。また、充当の期間等については、制度の安定的な運営の観点で長期的に行うべきとのご意見がありました。

続いて4ページにまいります。4ページ(2)掛金の取扱いについてです。

その下の○ですが、前回の運営委員会におけるご意見は以下のとおりということで、その下の太い括弧で、現行制度における掛金の見直し時期に関するご意見のご紹介です。

一つ目の・で、掛金水準を見直すことが前提であるかのような記載になっているが、仮に見直すとしても、分娩費の検討や自治体での議会承認の問題、分娩機関による妊産婦への説明の問題があり、26年1月は論外。また、短期間に何度も制度を見直すことはあり得ず、26年期中の見直しも話にならない。最大限に譲歩して、27年1月に見直すことは考えられるのではないかというご意見です。

二つ目の・で、見直しの議論を踏まえた改正は27年1月に行うとするコンセンサスがあったわけであり、27年1月には違和感はないが、対象範囲等の議論をまだしていないなかで、掛金を決めるかのような記載には違和感がある。

次の・ですが、自治体病院では、自由診療等の改定には議会決定が必要であり、準備はかなり前から行う必要がある。このため、26年1月および期中の改定は論外であり、27年1月でも厳しいかもしれない。

次の・で、運営委員会としては27年1月に制度見直しを行う前提で議論してきており、その方針を変更する必要はないのではないかというご意見がありました。

次の太い括弧で、現行制度における掛金の取扱いに関するご意見です。

その下の一つ目の・ですが、制度創設当時は、安定的な運営の観点で補償範囲を限定せざるを得なかった。当初は掛金5万円の意見も出ていたのであり、補償対象範囲を広げる前提で考えるべきというご意見。

次の・で、現行制度の掛金水準は、創設時の補償対象者数の推計値に基づき設定されたのか、3万円という掛金水準をもとに補償対象者数が算出されたのかについて確認しておきたい。これは、後ほど、次ページでご説明いたします。

三つ目の・で、新たな推計値を整理したうえで、補償内容は今後議論するとのことだが、現行制度の掛金水準を、仮にであっても明示することには反対。まず、制度のあるべき姿を考えたいうえで補償内容等を検討するのが筋というご意見。

次の・で、資料に「現行制度における掛金水準は2万1,000円」という記載があるが、補償対象範囲等の議論によって今後の掛金水準を決めるべきであり、その議論もまだないなかで水準を記載するのは違和感があるというご意見。

次の一番下の・ですが、掛金水準3万円は準備委員会や運営委員会で議論された話ではないので、数字の出し方は再検討してほしい。また、掛金水準2万1,000円は、現行制度において「こうあるべきだった」という額であり、将来の水準ではないので、数字が独り歩きしないよう、数字として出すのは控えてほしいというご意見がありました。



5ページにまいります。

このようなご意見受けまして、一番上の○ですが、掛金の見直し時期については、分娩機関における妊産婦への説明、分娩費の検討上の課題、特に自治体立医療機関について議会決定等の対応に一定期間を要すること、短期間に頻繁に掛金が変わることへの懸念等の観点より、27年1月に対象となる脳性麻痺の基準等の見直し、剰余金の充当と併せて実施すべきとのご意見が大勢を占めました。

二つ目の○ですが、現行制度における掛金の取扱いは、運営委員会としては補償対象となる脳性麻痺の基準の見直しの議論のうえで将来の掛金水準を検討すべきであり、現行制度における新たな補償対象者数の推計値に基づく水準は示すべきでないのご意見が大勢を占めました。

その下の四角の枠囲みのなかですけれども、制度創設時の掛金水準の設定経緯をご参考までに記しております。その中をご説明いたします。

その一つ目の・ですが、産科医療補償制度の準備委員会におきまして、対象となる脳性麻痺の範囲や補償水準等の制度のあり方の検討が行われました。

二つ目の・で、その中で、対象となる範囲については調査専門委員会からの報告を踏まえ、在胎週数・出生体重等の基準を決定するとともに、見込まれる対象者数はおおむね年間500～800人であるとされました。

次が三つ目の・で、補償水準については、準備一時金として数百万円と総額2,000万円程度の分割金を支給することとされました。

四つ目の・で、掛金の水準は、これらの検討を踏まえ「対象となる児の数、補償額、分娩機関の本制度への加入率などについて精査して給付費を算出し、これに所要の事務処理経費を加えて総所要金額を算定し、この金額を賄うに足る一件当たりの保険料額が設定される」と、報告書より抜粋しておりますが、そうされました。

そして最後の・ですが、その後、評価機構において準備委員会報告書を厚生労働省に提出し、厚生労働省において報告書を踏まえて検討が行われ、本制度の掛金は3万円とすることとされました。このような順番でございます。

それから、(3)です。剰余金および掛金の取扱いについての基本的な考え方の取りまとめ（案）をご説明させていただきます。

その下の○にありますように、運営委員会における議論を踏まえ、剰余金、掛金の取扱いの基本的な考え方を資料1のとおり整理しております。ということで、ここで資料1を参照いただきますように、お願いいたします。資料1の3枚の紙になっておりますが、それについてご説明させていただきます。

タイトルが、剰余金、掛金の取扱いについての基本的な考え方（案）でございます。太字の1番です。剰余金の取扱いについてで、①番ですが、運営組織に返還された剰余金は、基金を設置するなどし、将来の本制度の掛金に充当する。※がありますが、その下にご説明しております、※のところ、将来の掛金水準は、対象となる脳性麻痺の基準、補償水準等の見直しの議論を踏まえ、改めて検討するとしております。

②番です。具体的な充当額は、対象となる脳性麻痺の基準、補償水準等の見直しの議論と併せて、長期安定的な制度運営の観点も踏まえ対応する。

③番ですが、充当開始時期は、27年1月への前倒しに向けて具体的な対応策について検討を行うとしております。ここにも※で補足がございまして、この③の充当開始時期について補足させていただきます。下の※のところ、

制度の申請期間は児の満5歳のお誕生日まででありますので、21年の保険契約について対象数が確定し剰余金が返戻されるのは27年中ごろとなります。このため、充当開始を27年1月へ前倒しするためには、対象者数の確定時期の前倒しなど、難しい課題の解決をしなければなりません。

また、保険者から早急に掛金水準の見直しを求められていることにも配慮する必要がありますが、充当開始時期を26年の期中へさらに前倒すとした場合には、運営組織に返還されるまでの間、1カ月当たり約9万分娩に対する充当財源を確保する対応策の検討が必要となります。そのような難しい課題がありますということを書いております。

太字の2番、掛金の取扱いについて、(1)掛金水準の見直しの時期についての取りまとめです。その下の行ですが、掛金水準は、以下の①～③の見直しが考えられるが、分娩機関の対応可否や

影響等を考慮すると、①～③を同時に行うことが適当であり、その時期は27年1月が望ましいと考える。ここに※の補足がございますが、これは1と2が終わった後、一度にご説明します。そこで、次の行にまいります。

なお、保険者からは早急に掛金水準の見直しを実施すべきとのご意見があり、27年1月より前に①～③による見直しを同時に行うことの可否について継続的に検討する。①が補償対象者数推計の見直し。②が対象となる脳性麻痺の基準、補償水準等の見直し。③が剰余金の掛金への充当です。そして、※の1番の補足説明をさせていただきます。

①～③の見直しを同時に27年1月に行うことが望ましいとする理由です。その下の黒・の一つ目で、掛金水準の見直しは、掛金の額および出産育児一時金の対応方針を決定のうえで分娩機関に対して周知を行い、分娩機関ではそれを踏まえて分娩費の改定等の対応を行う必要がある。例えば、自治体立医療機関では分娩費の改定に議会の決定を要するなど、早期にこれらの対応を完了することは現実的に困難である。

それから、二つ目の一番下の・ですが、①～③の見直しの時期が異なる場合、短期間に複数回の掛金の見直しを行うことになる。2ページにまいります。分娩機関では、そのたびに分娩費の改定の検討、妊産婦登録済の妊産婦への再説明等を行うこととなり、診療現場、妊産婦に相当の混乱が生じる。

次に※の2番、27年1月より前に①～③の見直しを同時に行うことの課題です。

①および②の見直しは、実務的な準備期間を短縮することにより26年10月や11月ごろに前倒しできる可能性があるが、③は剰余金の充当ですが、③については前記のとおり、運営組織に返還されるまでの間、1カ月当たり約9万分娩に対する充当財源を確保する対応策の検討が必要となるという理由を書いております。

次に、(2)掛金水準の見直しの考え方です。

次の行で、掛金水準は、調査専門委員会による対象者数の推計結果、および今後の補償対象となる脳性麻痺の基準、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。

そして、その下に数式のように書いてありますが、すなわちこれを数式ふうに表示すれば、「将来の掛金水準」＝「推計結果および補償対象となる脳性麻痺の基準等の見直しを踏まえ必要な掛金の額」－「剰余金の充当額」という関係になります。

その次の行で、なお、「推計結果および補償対象となる脳性麻痺の基準等の見直しを踏まえ、必要な掛金の額」については、現行の掛金水準3万円は創設時の調査専門委員会の結果に基づく推計値の上限である年間800人をもとに設定されており、創設時と同様、新たな推計値の上限である年間623人をもとに算出した2万1,000円に、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、算出することが適当と考えられます。

ここで、また、少し補足を書いておきます。その下の※のところですが、※の1段落目ですが、調査専門委員会による新たな推計値は点推定ですが481人であり、これは沖縄県の調査結果に基づく重度脳性麻痺児の発生数を全国2009年の出生数に当てはめた数値です。当てはめるに際しては、統計学的に一定程度の幅が生じることから、専門委員会では、「真の予測値（推計値）が含まれる可能性が高いと考えられる幅」として、340～623人が併せて示されています。これが区間推定です。これは全国の対象者数がこの範囲内に収まる可能性が高いことを示しております。

次の段落ですが、このように対象者数の推計値に大きな変動幅が存在する状況下では、仮に、補償原資に剰余が生じた場合に保険会社から運営組織に返還される仕組みを撤廃し、推計値等をもとに掛金水準を設定した場合、予測と実態が乖離することにより、保険会社に過大な利益や損失が生じることになります。

一番下の段落ですが、制度創設から十分な期間が経過しておらず、対象者数の全国的な実績データも蓄積されていないなか、変動幅のある結果に基づき掛金水準を設定するに際しては保険会社に過度の利益や損失が生じることのないよう、推定区間の上限をもとに掛金水準を設定し、原資に剰余が生じた場合に剰余金が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が適当と考えられるとしております。

そして、最後のページです。

また、創設時の推計の下限値より300人と設定している現在の返還の最低水準があります。最低

水準は、創設時と同様の考え方に基づくと推定区間の下限である340人となりますが、制度の公的性格にかんがみ、対象者数を最も少なく見積もった場合の推定区間の下限である278人とするとしております。詳細は、後の議題5)番のところで、またご説明いたします。以上でございます。

○小林委員長 ありがとうございます。

それでは、今の報告の剰余金および掛金の取扱いについての基本的な考え方について、ご意見、ご質問等をお願いいたします。これは前回の運営委員会の議論を踏まえて、事務局のほうで再度まとめてもらったものです。いかがでしょうか。

前回、それから今回の2回、重要な議題ですので、2回で議論を取りまとめて、医療保険部会への報告事項として、医療保険部会のほうに報告をしたというふうに考えておりますが。よろしいでしょうか。では、岡井委員、お願いします。

○岡井委員長代理 今回の議論の本質ではないんですが、最後にご説明のあった、保険会社から機構への剰余金の返還の最低水準という話ですね。これは、想定した数の対象者がいない場合に、一定の数であれば戻ってくるんだけど、本当に少ない場合は、それ以下は全部保険会社の収益になってしまうという数字ですよ。それを278に減らしたということですが、この考え方そのものは、こういう制度のなかでは必ず必要なものなんですか。全く民間の保険では、僕はよく知りませんが、保険会社が支払う対象の人が減れば、それだけ保険会社の収益になるわけですよ。けどもこの場合は、公的な意味があるので、しかも対象を多く見積もって制度設計しているので、余ったものは機構に返してくださいよという話で言っているわけですよ。でも、それがうんと少ない場合はあなた方の収益にしてもいいですよという、その理論は何で出てくるんですか。

○小林委員長 事務局のほうで説明できますでしょうか。

○後理事 こういう最低水準を仮に設けないとしましたら、残った額が全部返ってくることになりまして、これが保険という性質から考えますと、単に預かって余ったのを全部戻すだけということになりまして、保険の性質ではなくなってしまうというようなご指導があったようで、そして、その結果、最低水準を設けるといことはどうしても必要になるということで、設けられて

いるものです。

○岡井委員長代理 その辺のところは専門家でないといけない議論もあるんですけども、その話だと、何て言うのかな、話し合いで幾らにでもこの数って決められるんですね。恣意的に。この機構が、この運営組織と保険会社との間の話し合いで決められるわけですね。

○後理事 その点、ちょっと補足させていただきます。

この数字は、2回前ですか、調査専門委員会が報告書をお示しいたしましたけれども、そのときに、除外基準を厳密に適用したり、あるいは調査者のご判断に委ねたりということで、最低の数字が340から最も少なければ278まで、変動があるということを調査専門委員会報告書に書いております。その278の数字を取ったものでありまして、報告書、調査専門委員会の結果に基づいて決めているということです。

○小林委員長 この制度は、お金の面に関しては民間の保険会社に協力いただいて運営していますので、下限と上限に関しては上を超えたら保険会社の損失になるし、下を超えたらかなり少ない人数にしますけれども、保険会社のほうに残るといふ、かなり特殊な形の保険にはなると思いますが、そこら辺をご理解いただければというふうに思います。

ですので、対象者が増え過ぎて保険会社が損失をかぶることもありますし、非常に少なくして保険会社のほうに一部のお金が残るといふこともあり得るといふ制度設計になっているということで、よろしいですかね。

その幅に関しては、この運営委員会できちんと決めていきたいと思いますので、また、ご意見をいただければというふうに思います。

ほかにはいかがでしょうか。お願いします。

○綿引委員 岡井先生から、基準については恣意的に話し合っただけで決められるのだろうかというご質問がありましたが、先ほどの事務局のご説明のとおり、最も低い専門家による推計値が278と出ておりますので、今後、新たな推計が専門家から提示されるということなどがあれば、その内容に従って、また、検討させていただきます。

○岡井委員長代理 もともとその下限というものは、その推定値の下限で決まるものなんですか。

そのお金を返還する、しないというのは。

○綿引委員 はい。この制度は、専門家から出された最低の数字をもとに決めていくという形とさせていただきます。

○岡井委員長代理 この制度というのは、この産科医療補償制度のやり方ということですね。最初にそういう契約を保険会社としているという話なんですね。

○綿引委員 はい。

○小林委員長 どうも補足ありがとうございました。保険会社との契約に当たっても調査専門委員会等の調査結果に基づいて、根拠に基づいて数字は決めていくというようなことでございます。

ほかにいかがでしょうか。

それでは、これは前回の議論の取りまとめですので、この剰余金および掛金の取扱いについての基本的な考え方については、これで取りまとめたいと思います。

この件と、それからこの後議論する補償対象となる脳性麻痺の基準および補償水準等に係るこれまでの経緯と今後の進め方、それから5番目の議題の保険会社の事務経費等の取扱いについては、医療保険部会への報告事項になっておりますので、きょうの議論を踏まえまして、事務局のほうで取りまとめ、私のほうとも相談してもらって報告内容を詰めていきたいと思いますが、よろしいでしょうか。大部になりますので、医療保険部会は時間が多分限られていますので、要点をまとめて報告したいというふうに思っております。

それでは、次の議題に進みたいと思います。3番目、補償対象となる脳性麻痺の基準および補償水準等に係るこれまでの経緯と今後の進め方についての議事に入りたいと思います。事務局より説明をお願いします。

### 3) 補償対象となる脳性麻痺の基準および補償水準等に係るこれまでの経緯と今後の進め方について

○後理事 まず、本体資料の6ページをお願いします。この6ページだけです。それプラス資料2も使いますので、資料2もご用意お願いいたします。

まず、6ページですが、タイトルが3)補償対象となる脳性麻痺の基準および補償水準等に係るこれまでの経緯と今後の進め方についてとしております。

その下の説明に入ります前に、ちょっとこのタイトルの日本語の表現について少し補足させていただきます。この補償対象となる脳性麻痺の基準と、今、書いてありますし、読みましたけれども、これは以前の運営委員会では補償対象範囲などと称していたものを、議論の範囲を明確にする趣旨で表現を変更させていただいております。脳性麻痺の基準というような書き方にさせていただきます。

これはもともと与党の枠組みに基づく脳性麻痺の補償と原因分析、再発防止の制度ですので、今回の見直しでは、補償の対象を脳性麻痺以外の障害等に変更するとか、そういった範囲の議論をいただくのではなくて、例えば週数や体重などの基準について制度趣旨の範囲を意識していただきながら、次の議題でご議論いただくという流れであるということを改めて明確にする趣旨でございます。

それから、補償水準等という日本語は、これは従来から変えておりません。総額3,000万円の補償ですとか、補償金の支払方式、つまり金額や支払方式のことを意味しているということで変わっておりません。失礼しました。

それでは、その下の○印のところから説明させていただきます。

補償対象となる脳性麻痺の基準および補償水準に関する制度設立時の検討経緯ですけれども、資料2にまとめておりますということで、ここで資料2をお願いいたします。

資料2ですが、タイトルが制度設立時の検討経緯としております。これを昔からたどっていきますと、まず、太字の1番です。与党「産科医療における無過失補償制度の枠組みについて」平成18年のものです。

その下の尖った括弧がありますが、補償の対象者ですが、黒・にありますように、「分娩に係る医療事故」により障害等が生じた患者に対して救済すること、補償の対象者は、「通常の妊娠・分娩にもかかわらず、脳性麻痺となった場合」とするということが示されております。

それから、次の括弧で、補償の額等ですけれども、補償額については「保険料額や発生件数等



を見込んで適切に設定」、「現段階では〇千万円前後を想定」と、このように書かれております。

これを受けまして、次に、2番です。

産科医療補償制度調査専門委員会（平成19年）および産科医療補償制度運営組織準備委員会（平成20年）です。

その下の〇印ですが、枠組みに基づき、補償対象となる脳性麻痺の基準、補償水準を含めた具体的な制度内容について、調査専門委員会および運営組織準備委員会において検討が行われております。

その下の尖った括弧のなかにありますのは、補償対象となる脳性麻痺の基準です。

その下の一つ目の・で、「分娩に係る医療事故」、「通常の妊娠・分娩」の範囲を中心に補償対象となる脳性麻痺の基準について調査専門委員会で検討が行われ、準備委員会で議論し決定されております。

次の・ですが、「通常の妊娠・分娩」について、まず脳性麻痺となった原因が「分娩に係る医療事故」とは考えがたい妊娠・分娩の範囲を検討し、それを除いたものが該当すると考えました。具体的には、脳性麻痺のリスクが高まるため、「分娩に係る医療事故」とは考えがたい、未熟性が原因となる脳性麻痺について、体重や週数より判断する基準を定めました。その結果がその次の括弧にあります、一般審査基準：出生体重2,000g以上、かつ在胎週数33週以上です。

次の・で、一方、未熟児であっても「分娩に係る医療事故」により脳性麻痺となる事例はありえ、体重や週数を絶対的な基準とすることは難しいことから、基準に近い児については、「分娩に係る医療事故」に該当するか否かという観点から個別審査の基準を設けることといたしました。これが個別審査基準です。在胎週数28週以上、所定の条件はございます。

それから次の・で、次に、脳奇形等先天性の要因に起因する脳性麻痺や分娩後に生じた脳性麻痺等は「分娩に係る医療事故」により生じた脳性麻痺とは考えられないことから、先天性要因、新生児期の要因について除外基準を定めております。

一番下の・で、重症度については、看護・介護の必要性が高い重症者とし、範囲を身障1級および2級相当としております。

2ページにまいります。補償水準です。

その下の黒・ですが、準備委員会で具体的な補償金額は、看護・介護費用の実態、本制度の補償の対象者見込み数や保険料額、事務経費等を総合的に勘案し検討することとしました。

次の・で、「具体的な補償水準は、看護・介護に必要となる費用、特別児童扶養手当・障害児福祉手当等の福祉施策、類似の制度における補償水準」。この類似の制度におけるといいますのは※の1番にありますように、自動車損害賠償責任保険の支払限度額（最高4,000万円）などを参考にしております。

「さらには、安定的な制度運営、財源の問題等を総合的に考慮したうえで、制度の目的に照らして効果的と認められる程度のもの」としております。ここに※の2番が付されておまして、その補足説明ですが、目的について、準備委員会の際に委員長から第12回の委員会で「目的、これは看護・介護の経済的負担の軽減と紛争防止と早期解決という目的だろうと思いますけれども、こういう『目的に照らしまして、必要にして十分な額で効果的なもの』ということになるんじゃないかと思う」というご説明がなされております。

次の・で、また、「具体的な補償金額は、上述を念頭において商品の収支の専門的検討のうえに立って設定されなければならない」ため、準備委員会では具体的な補償額を決定しなかったが、おおよそのグランドデザインとして、看護・介護を行うための基盤整備のための準備一時金として数百万円、補償分割金として総額2,000万円程度をめぐり20年分割にして支給することを示しております。

ここに※の3番がついておまして、その内容ですが、児の生涯にわたり補償すべきとの意見もあったが、実務的な観点、特別児童扶養手当・障害児福祉手当等の福祉施策内容および特に療育の観点での支援が必要との観点から、20年間の分割払となっております。

3番ですが、具体的な補償額の決定です。

○印ですが、準備委員会報告書を踏まえ厚労省において検討され、対象者数や掛金の水準も考慮のうえで、準備一時金として600万円、補償分割金として、総額2,400万円、合計3,000万円とすることとされております。

3ページ以降は、与党の枠組みや医学的調査報告書、準備委員会の報告書の該当箇所の抜粋でございまして、重複しておりますので、ここではご説明は割愛させていただきまして、先ほどの資料の本体の6ページに戻らせていただきます。

6ページの二つ目の○になります。

補償対象となる脳性麻痺の基準、補償水準の見直しの検討に当たっては、検討の経緯を踏まえ、制度趣旨の範囲内で議論を行う必要があります、主に以下の観点で検討を行うということで、ただいまご説明しました資料2を踏まえつつ、まず、①制度運営のなかで明らかになった課題の改善、②医学的に不合理な点の是正、③新たに得られたデータに基づく適正化と、こういう観点で検討を行うということを考えております。

最後の○ですが、今後、まず、補償対象となる脳性麻痺の基準の見直しの検討を進め、補償水準等については審議の状況も踏まえて次回以降の運営委員会において検討に着手するという進め方を考えております。以上です。

○小林委員長 ありがとうございます。

今後の議論の進め方については、今、事務局から説明をしていただいた形を考えておりますが、いかがでしょうか。脳性麻痺の補償対象を、どのような脳性麻痺の基準、そして補償水準の順で議論をしていくと。それから、そのときに、検討する主要な観点としては、先ほどの6ページにあります①②③という観点で議論を進めるということでございますが、よろしいでしょうか。勝村委員、お願いします。

○勝村委員 議題の整理としては、資料2の2ページの最後の論点ですね。支払の方法ですね。児の生涯にわたり補償すべきとの意見もあつたがという経緯があつたので、その論点も、議論としてテーマとして用意しておいていただきたいと思っておりますけれども。

○後理事 はい。わかりました。

○小林委員長 ほかにいかがでしょうか。

では、議論の進め方は、以上のような方向で進めたいと思います。

続きまして、議事の4)補償対象となる脳性麻痺の基準の見直しについて、事務局より説明をお

願います。

#### 4) 補償対象となる脳性麻痺の基準の見直しについて

○後理事 それでは、資料本体は7ページをお願いいたします。それから資料3と、まずは参考資料1をお願いいたします。7ページと、それから資料3、資料3はA3の紙です。それから参考資料1も一緒によろしくをお願いいたします。それでは、7ページのご説明をさせていただきます。

#### 4) 補償対象となる脳性麻痺の基準の見直しについてです。

その下の○ですが、見直しについての検討に着手をするに当たり、運営委員会における主なご意見、および医学的調査専門委員会、それから審査委員会から運営委員会に提示された主なご意見を項目別に資料3のとおり整理をしております。ここで資料3と、それから参考資料1を続けて私からご説明させていただきます。

資料3のA3のカラーの紙をお願いいたします。A3の資料3です。よろしいでしょうか。まず、この資料3の一番上に青い四角の枠囲みがありまして、その中に赤い四角とか緑の四角とか、オレンジの四角、青の四角、点線の四角がございます。ここをまずご説明させていただきます。

この四角のなかは枠囲みのなかは左から右に流れていきまして、何引く何は何で、最終的にこれが対象として残るといような引き算が書かれております。一部足し算もあります。まず、赤い四角から緑が引かれて、それからさらに青が引かれて、一番右側の点線になると。ざっと言うと、そういう流れになっております。

一つずつ色のところをご説明いたしますが、まず、赤が、重度脳性麻痺児です。身障等級1・2級相当の重度の脳性麻痺児の数を示しております。

それから、緑が、ここは引き算される部分ですが、未熟性による脳性麻痺です。現行の制度では、在胎週数33週以上、かつ2,000g以上でないという部分を除くことにしております。そして、右に並行してみただきまして、青い部分、除外基準に該当する部分を、またこれも引き算です。除くことになっております。除外基準は、先天性要因や新生児期の要因です。そして、一番

右側の点線に行きますが、残ったものが補償対象となる脳性麻痺で、これが一般審査分です。

それから、今度はオレンジのところですけども、赤から緑が引かれて個別審査で今度はオレンジのところをさらに詳しく拾い上げて審査しております。オレンジは未熟性のうち分娩に係る医療事故と考えられる部分でありまして、具体的には在胎週数28週以上、かつ個別審査に合致した場合です。それから、また、青色の除外基準が引き算されまして、そして、残ったものが一番右側の点線の補償対象となる脳性麻痺、個別審査分です。この一般審査と個別審査分を足し合わせまして、補償対象者ということになると。このような考え方で審査を行っております。

それでは、その下の大きな四角の内容をご説明させていただきます。まず、この大きな四角のつくりですが、縦の列ですけども、一番左側から区分として大項目と小項目をあげております。それから右に行きまして、次の列は、現状がどのような内容になっているかと、どのような基準になっているかということを書いております。

これらに対して、見直しのご意見が出ておりますので、次の半分から右側の列ですが、ここがご意見になっておりまして、ご意見の内容ですとか、見直しの必要性が提起された委員会などの場を書いております。

それから一番右側の列が、議論における該当項目ということで色分けしまして、一番上の四角のなかの色に相当するように、該当するように色分けして書いておりますと、こういうつくりになっております。

まず、それでは、大項目の一つ目、補償対象基準についての見直しのご意見から紹介させていただきます。そして、小項目で言えば一番上ですから、一般審査に当たる部分です。これは色で言うと、緑色のBのところになります。一般審査について、現状ですけども、在胎週数33週以上、かつ出生体重2,000g以上ということになっております。

これに対して、見直しのご意見が3点出ております。これをご意見の内容のところ、上から順にご説明させていただきます。

見直しのご意見としては一つ目が、在胎週数33週以上としてはどうかということで、出生体重の基準を撤廃するというご意見が調査専門委員会から出ております。

同様に二つ目のご意見ですが、33週以上または出生体重2,000g以上としてはどうかと。調査専門委員会からのご意見。三つ目が在胎週数32週以上または出生体重2,000g以上としてはどうかと。これも調査専門委員会からいただいております。

次に、大項目はそのままに小項目の2番目です。個別審査に関する部分です。これはオレンジの部分に関連している内容です。

個別審査の基準の現状でありますけれども、一般審査以外で、在胎週数28週以上で、以下のいずれかの条件を満たす場合ということで、臍帯動脈血液ガス値のpHが7.1未満、胎児心拍数モニターで低酸素状況があったことを示す徐脈、基線細変動の消失が認められるということが条件となっております。

補足ですが、その下の※として、原則として、データが取得できなかった場合は対象と認められないと。データがない場合は、以下の①～③をすべて満たしていると判断できる場合は、対象基準を満たすこととなりますという取扱いをしております。

①が緊急性に照らして考えると、データが取れなかったことにやむを得ない合理的事情がある。②が診療録等から、低酸素状態が生じていたことが明らか。③が、もしデータがあれば、明らかに基準を満たしていたと考えられる。こういう場合は、データがなくても基準を満たすということになります。こういう取扱いをしております。

この個別審査の基準に対して、ご意見が6点出ております。一番上からですが、既存の要件に加え、サイナソイダルパターン、呼吸性アシドーシス、TTTSの非典型例等も追加してはどうかというご意見です。審査委員会から出ております。これらのサイナソイダルパターンなどは、非常に児が重篤なことを示すパターンです。サイナソイダルパターンは、胎児心拍モニターのパターンの一つで、心臓が神経の影響を受けていないような、そういう状態、胎児水腫などでみられます。呼吸性アシドーシスは、これは呼吸の障害によって、CO<sub>2</sub>の蓄積によって酸性・アルカリ性のバランスが病的に酸性に動いている状態です。

それから、TTTSと申しますのは双胎間、ですから双子ですね。双子の間の双胎間輸血症候群という病気です。双子の間で胎盤のなかで血管吻合ができて、血液をあげる側、受ける側の関

係ができてしまって、片方が胎児水腫になったり、片方が発育遅延を来して生まれたら腎不全になるとかそういう病態で、その結果、脳性麻痺になることがございます。

それから、二つ目のご意見です。既存の要件に加え、周産期の異常を示す所見を追加してはどうかということで、例えば、例ですが、疾患名とか頭部画像を入れてはどうかということです。これはpHですとか胎児心拍数モニターで既存のものに加えて、例えば胎盤早期剥離や臍帯脱出やMRIの頭部画像の所見とかそういうものを加えてより多くの情報で判断してはどうかというご意見で、調査専門委員会からいただいております。

三つ目ですが、心拍数基線細変動の消失が認められなくても可としてはどうかと。これは審査委員会からのご意見ですが、現実的には、基線細変動の消失、あるいはその手前の減少を判断するのが非常に難しい現状がございます。また、週数が早くなりますと、胎児心拍数モニターに十分な所見が現れないというようなことも指摘されております。そこで、こういうご意見をいただいております。

次が、データがない場合の取扱いにつき、左記①～③以外に新しく諸条件を設けてはどうかというご意見です。これは審査委員会からです。

次が、在胎週数22週以上等としてはどうかと。低酸素状況の所見を審査基準から外すというご意見です。こうなりますと、例のなかに書いてありますように、低酸素状況の所見がない在胎週数23週、出生体重500gの児も補償対象基準に該当するということとなります。これは調査専門委員会からのご意見です。

よく似たご意見ですが、その下ですけれども、22週以上等としてはどうかと。ただし、低酸素状況の所見を審査基準に残すというものです。こうなりますと、例にありますように、低酸素状況の所見がない23週、500gの児は補償対象基準に該当しないということとなります。これも調査専門委員会からのご意見です。

そして、個別審査はこれで終わりました、小項目のその次ですが、その他です。その他の現状は、一般審査、個別審査と同様です。いただいているご意見といたしましては、在胎週数、出生体重の基準を撤廃してはどうかというご意見を、審査委員会あるいは運営委員会からいただい

おります。これはBの緑色、またはDのオレンジ色に該当するということとなります。こうなりますと、その例として書いてありますが、23週、500gの児も補償対象基準に該当するということとなります。

続きまして、これで大項目の一つ目が終わりました二つ目、除外基準に関するご意見です。小項目の一つ目、先天性の要因です。現状ですけれども、児の先天性要因（両側性の広範な脳奇形、染色体異常、遺伝子異常、先天性代謝異常または先天異常）による脳性麻痺は除外ということになっております。

この基準について、見直しのご意見を3点いただいております。そのうちの一番上ですけれども、軽度の孔脳症や裂脳症は対象としてはどうかというご意見を審査委員会からいただいております。

孔脳症と申しますのは、脳の病気ですけれども、大脳半球に脳室とコソツするような穴があいてると、空洞ができていると。梗塞ですとか、出血ですとか、感染でも起きるのだろうと言われております。

裂脳症というのは、脳の表面から脳室の直前ぐらいまでのところに大きな裂孔ができております。裂け目のような状態ができております。皮質形成異常によるものと言われております。このような病気です。

二つ目のご意見ですが、脳形成段階での異常、染色体異常、遺伝子異常のうち、重度の運動障害の原因であることが明らかな場合に限定、明確化してはどうかというご意見。調査専門委員会からのご意見です。

次が、胎内発症の疾患、例ですけれども、TORCHは対象としてはどうかと。TORCHESですけれども、トキソプラズマ症のT、ですから寄生虫疾患です。それから、OはOther infectionで、その他の感染で、例えば梅毒などがあります。RはRubellaで風しんです。それからCはサイトメガロウイルス、HE Sは単純ヘルペスウイルス、これらの胎内感染によりまして頭が小さくなってしまふような、そういうことが起きて脳性麻痺となり得るということで、これは対象としてはどうかというご意見です。



そして、小項目の次にまいりまして、新生児期の要因です。新生児期の要因につきましては、現状では児の新生児期の要因、分娩後の感染症等による脳性麻痺は除外とされております。これに対しまして、ご意見を二ついただいております。

一つ目が、脳性麻痺が核黄疸だけによる場合でも対象外としないようにしてはどうかというご意見を審査委員会からいただいております。核黄疸と申しますのは、赤血球のなかのHbが壊れてできますビリルビンという物質が多くなって、脳の運動をつかさどるような脳神経のところに沈着するというような病態です。

それから、二つ目のご意見で、脳性麻痺が生後1週間、これは早期新生児期という言葉で呼ばれております。1週間の原因不明の呼吸停止によるものは対象としてはどうかというご意見を審査委員会、運営委員会からいただいております。

続きまして、今度は、大項目の三つ目になります。重症度についてのご意見です。現状ですけれども、重症度は身障等級の1・2級相当の脳性麻痺とされておまして、「下肢・体幹」と「上肢」に分けて、それぞれの障害程度によって基準を満たすか否かを判定しております。ご意見を二ついただいております。

一つ目が、脳性麻痺のなかの球麻痺、野球の球です。球麻痺も重症度の基準に追加してはどうかと。球麻痺のみの場合、3級の嚥下障害と書いてあります。球麻痺と申しますのは、延髄の運動性の脳神経の出発部分の障害ということになりまして、嚥下ができなくなる、飲み込みができなくなる、あるいは下手になるという状態です。身障等級では、この飲み込みができなくなる状態は、1・2級がありませんで3級からの区分があるだけという状況です。このことを書いております。

それから二つ目のご意見で、上肢と下肢の等級は合算して判定してはどうかというご意見です。この合算と申しますのは、身障等級の判定では、上肢と体幹、ですから胴体ですとか足ですとか、これらがそれぞれ2級に届いていなくても、それぞれが3級でも合わせれば2級になるというような扱いがあります。これは合算と呼んでおります。これをしてはどうかというご意見を審査委員会からいただいております。

区分の最後が、その他になります。

その他の現状の一つ目ですけれども、補償申請期間は生後6カ月以降、生後6カ月未満で死亡した場合は補償対象外。このような現状の取扱いにつきまして、ご意見を一ついただいております。補償申請期間は3カ月以降。生後3カ月未満で死亡した場合は対象外としてはどうかというご意見を、審査委員会、調査専門委員会、運営委員会からいただいております。

現状の二つ目です。生後6カ月以降、かつ補償申請日以前に死亡した場合も申請可能という取扱いをしております。これに対しまして、6カ月以降、かつ補償申請日以前に死亡した場合は申請不可としてはどうかというご意見を審査委員会からいただいております。

それから、最後ですが、児の管理方法、在宅、それから入所・通所は条件とはしていないというのが今の取扱いです。これに対しまして、ご意見として、在宅管理あるいはそれを計画しているということを対象の条件としてはどうかと、こういう状況が一番お金がかかるからということ。このようなご意見を審査委員会からいただいているというところでございます。

そして、続きまして、参考資料1のご説明をさせていただきます。参考資料1は「医学的調査専門委員会報告書」のなかでいただいているご意見の部分のページの抜粋でございます。ただいまご説明しました資料3と重複する部分もありますので、駆け足で4枚の資料をご説明させていただきます。

まず、1)重症度です。重症度は創設時の検討では、身障等級1・2級ということになっております。尖った括弧で、今回の検討とありますところが、この調査専門委員会のご意見ということになります。

1段落目の最後3行あたりですが、重症度の基準の見直しとして、1級または2級、3級に相当することに変えるということは困難であると考えているというご意見をいただいております。

次の段落を飛ばして3段落目ですが、身障等級の認定と同様に合算の仕組みを取り入れてはどうかというご意見がありました。

次の段落で、腕神経叢麻痺は脳性麻痺ではないものの障害の状態は類似しているため、検討すべきという意見もありました。

次は、2)です。補償対象基準ですが、このページのなかは説明を割愛させていただきまして、2ページをお願いいたします。

2ページの1行目の最後からですが、出生体重2,000g未満、在胎週数32週未満の症例の多くは原因が未熟性であるとされました。これらに基づき「33週以上、かつ2,000g以上」とされましたが、在胎週数の基準を32週以上にすべきとの意見、体重の基準を1,800gにすべきとの意見、在胎週数と出生体重の基準を「かつ」ではなく「または」とする意見などがありました。これが創設時の議論の現状です。

そして、その下の今回の検討ですけれども、1段落目の最後ですが、神経発達は在胎週数に相関することから、一般審査の基準は在胎週数のみをもとに設けることが妥当と考えられるというご意見。

2段落目は飛ばして3段落目ですが、双胎の場合、ですから双子ですけれども、双胎の場合は単胎、1人ですね。単胎に比較して軽いことから、週数・体重の基準を「または」とすることにより、この課題が解消されるというご意見。

次の段落で、在胎週数の基準は医学的観点で明確な線を引くことは難しいが、32週や34週で区分することは医学的には一般的。しかし、33週の体重がおおむね2,000gに相当するため、2,000gの基準を残すのであれば、33週が妥当という意見がありました。または、一般審査の基準と個別審査の基準との違いを考慮すれば、一般審査の在胎週数は32週へ、あるいはできるだけ引き下げたほうがよいという意見もありました。

次が、太字の個別審査の部分です。創設時の検討の2段落目です。個別審査の対象は「在胎週数28週以上」としたが「在胎週数27週で線を引けば、ほとんど臨床医が納得できる」という意見がありました。

その下の尖った括弧で、今回の検討です。

胎児心拍数陣痛図に係る判断に関しては、32週未満は医学的に十分解明されていない。したがって、胎児心拍数陣痛図に係る判断基準だけで判断するのではなく、3ページにまいります。補償対象となることが明確になる基準を検討すべきというご意見です。

次の段落で、例えば出血量のような補完できる基準を設けることも望ましいと。

次の段落で、基線細変動の「消失」または「減少」の判断が専門家の間で異なっていることから、改めて考え方を整理する必要があるというご意見。その段落のなかに、サイナソイダルパターンを明記すべきというご意見も紹介しております。

次の段落で、頭部画像も加えるべきとの意見があった。

次の段落で、PVLについては、これは脳室周囲白質軟化症という病気です。PVLについては、周産期の異常の結果として生じている場合は補償対象とすることが望ましいという意見があった。

1行あいて次の段落ですが、個別審査における在胎週数の基準については、医学的には在胎週数28週未満は超早産児であり、現行の基準の28週以上は妥当と考えられる。

一方、周産期母子医療センターネットワークデータベースによれば、22～27週でも胎児機能不全を伴う重度脳性麻痺例が一定数あり、対象となり得る重度脳性麻痺もいることから、在胎週数の基準をなくすことも検討の対象になると考えられるというご意見です。

3)除外基準です。

創設時の検討ですが、制度の趣旨から補償対象とは考えがたい場合を対象から除外することとして、児の先天性要因、新生児期の要因、これが除外されております。

その下の尖った括弧で、今回の検討の1段落目です。

詳細な検査を行うほど除外基準に相当する疾患が判断される可能性が高まるという不公平感と医療への影響を懸念する意見が多数あった。2段落目で、妊娠中の要因と分娩時の要因は、発生時期の判断が困難な場合が多く、除外基準として明確に判断できるものに、4ページにありますが、限定することが望まれると。

4ページの2段落目で、脳奇形については、脳の形成段階で生じ、重度の運動障害の原因であることが明らかな場合に限り除外基準に該当すること、染色体異常についてもそれが重度の運動障害の原因であることが明らかな場合に限り、除外基準に該当することを明確化することが望まれる。

次の段落で、新生児期の要因については、まだ十分に解明されていないことが多い。また、産科入院中の新生児期に生じた要因が紛争化している場合もあり、補償対象とすべきとの意見があった。具体的には児の新生児期の要因で発生したことが明らかでない場合は、補償対象とすることが望まれるというご意見です。

それから、4)です。その他ですけれども、診断の時期、これは重症児に係る生後6カ月未満での早期診断に係るご意見です。創設時の検討ですが、生後6カ月未満での診断は極めて困難と考えられたことから、6カ月未満で死亡した場合は補償対象外となっております。

今回の検討ですが、1段落目で、アンケート調査結果から、医学的には6カ月未満での早期診断は可能と考えられる。時期としては3カ月が目安と考えられる。

最後の段落で、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のでは、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いう調査専門委員会のおまとめになっております。

そして、本体資料の7ページのもう一つ〇印がございましたので、そこに戻っていただきまして、7ページの一番下の〇です。

今後、今、申しました項目について、まず、制度の趣旨の範囲として、今回検討を行うべき課題であるかを整理したうえで、見直すうえで必要な医学的根拠等を踏まえながら、具体的な検討を進めていただく予定としております。以上でございます。

○小林委員長 ありがとうございます。

それから、7ページにあります参考資料2、産科医療補償制度の見直しに関する提案、審査過程での検討よりにつきましては、審査委員会委員長でいらっしゃいます戸苅委員から説明をお願いいたします。

○戸苅委員 戸苅でございます。

この参考資料2は、審査委員会全員で検討をしまいいりまして、それをまとめたものであります。かなり今の後先生のご発表と重複する部分もありますが、少し変更になっている部分もありますので、報告させていただきます。

提案という形と、それについての理由という表記にさせていただいています。

提案1をごらんいただきますと、審査対象に関する提案ということで、一般審査（在胎33週以上、かつ出生体重2,000g以上）と個別審査（在胎28週以上33週未満）の分類を廃して、原則としてすべての児を対象として審査する。

そして、その理由なんですけれども、2007年の本制度の調査専門委員会では、補償対象を決定する議論のうえで、当時の早産低出生体重児での脳性麻痺の高い発症率に基づいて、「早産児の脳性麻痺は『未熟性』に伴うもの」としまして、本制度の補償対象を原則として在胎33週以上、かつ2,000g以上の児としています。

ただし、在胎33週未満28週以上の早産児でも、分娩に係る医療事故等により脳性麻痺になる事例があることから、出生直前の胎児心拍数モニタリングおよび出生直後のガス分析値の異常値を条件に補償対象とすることが決定されています。

しかし、医学的に「未熟性による脳障害」という基準、コンセプトもあまり今はなくなり、早産児においても成熟児と同様に、低酸素性の虚血、出血、感染などが脳障害の原因であり、基本的に成熟児と同じ病態が発生することがその後明らかとなってまいりました。加えて、2000年以降は我が国での在胎28～31週の早産児の脳性麻痺の発生率が著明に減少してきております。そのことから、早産児の脳性麻痺は「未熟性」によるとして「先天要因」と同列に扱われ、対象から除外されるということは医学的見地から見ても不相当であると言わざるを得ません。

なお、この在胎28週未満の児では脳性麻痺の発症率が低下していないという事実がございますので、補償対象は28週以上でよいのではないかという意見もありました。

また、現行の個別審査の問題点を指摘しておきたいと思いますが、早産児の胎児心拍数モニタリングに係る判断につきましては、医学的に十分解明されていません。

また、出生時の児の病態悪化、すなわち胎児心拍数モニタリング所見および臍帯血ガスのこの分析値、この証拠が条件となっていますので、緊急事態等でこれらのデータが不足、あるいは不十分な事例での審査は極めて困難であります。恐らく、申請そのものも迷われている例があるのではないかと思います。

提案2は、重症度に関してであります。上肢と下肢の等級は合算して判定する。上肢および下肢を個別に評価した場合に、いずれも補償対象外となる場合でも、運動障害の程度は単独での障害時よりも大となりますので、合算して評価することが適当であると考えます。

提案3は、重症度に関する提案であります。3級の嚥下障害のある球麻痺は補償対象とすべきであるということであり。球麻痺だけの場合には、身体障害程度の等級の重症度判定では嚥下障害として3級以下の級別となりますが、脳性麻痺の範疇として補償対象とすることが適当であると考えます。

提案4の制度全体に関するものであります。申請時に生存していることを条件としてはいかがかという提案であります。これは、現行制度は、6カ月以上生存した場合には、5年以内のいつでも申請が可能ということになっていますが、両親の負担等を考慮して、申請時に生存していることを条件とすることが適当であると審査委員会で考えている次第であります。

提案5であります。やはり制度全体に関する提案ですが、申請時に在宅管理中、あるいはそれを計画していることを申請条件としてはどうかというものであります。現行制度では、病院および施設での管理中でも申請は可能であります。両親の負担等を考慮しますと、申請時に在宅管理中あるいはそれを計画していることを申請条件にすることが適当と考える次第であります。

提案6は、やはり全体に関するものでありますが、本制度の名称をよりわかりやすい呼称に変更してはいかがかというものであります。例えば、産科医療補償制度の後にコロンを付けて、「脳性麻痺児への支援」といった呼称にすることで、より一般の方にわかりやすいのではないかと考えています。本制度の名称（産科医療補償制度）だけでは脳性麻痺が連想できないということから、よりわかりやすい呼称に変更することが適当と我々は考えています。また、そのことで申請漏れを防ぐことが可能であるとも考えています。

提案7は、制度全体に関する提案でもありますが、分娩麻痺も補償対象にしてはいかがかというものであります。先ほど出てきたものでありますが、例えば頸部の腕神経叢の損傷による分娩麻痺や分娩時の頸髄の損傷等は、中枢神経系起因の麻痺ではありませんが、分娩に係る麻痺であることは明らかで、補償対象にすることが適当ではないかというものであります。

それから、その下にあります除外基準に関する確認事項としてでありますけれども、これは、実は、補償対象から除外しないことを確認または検討が必要という形で表記しています。つまり、現行の約款でも対応は可能であると考えます。これも少し重複しますけれども、簡単にいいますと、軽度の孔脳症、裂脳症、胎内の感染症、それと双胎間の輸血症候群等の非典型例等々は胎児期から見られる中枢神経系の病態でありますけれども、これ自体が脳性麻痺の主原因とは言えない場合には補償対象とすべきであると考えます。

2番目は、核黄疸、これは出生後の中枢神経系の病態ととらえられていますが、分娩後短期間の間での発症であることから、また、医療過誤による事例がほとんどないこと、さらに脳性麻痺の症状を呈することから、補償対象としてはどうかというものであります。

出生後の呼吸確立が不十分な時期に発生した無呼吸を起因とする脳性麻痺は、補償対象とすべきである。また、双胎間輸血症候群等の多胎妊娠に関連したと考えられる脳性麻痺につきましては、多胎に関連することのみをもって除外基準には該当することはしないということであります。

サイナソイダルパターンおよび呼吸性のアシドーシスは、補償対象にしてはよいのではないかということです。

それから、最後に、審査上「先天性」という言葉がかなり出てまいりました。この先天性という概念の整理がどうしても必要になってきました。審査委員会でもたびたび討議を重ねている部分であります。といいますのは、胎内で発生したものがすべて「先天性」であるという概念と、胎内でも例えば感染症とか二次的なもので発生したものは後天的であるという概念と種々あるからであります。いずれにしても、この整理を今後していく必要があるというように考えているところです。以上であります。

○小林委員長 ありがとうございます。

資料が幾つかあります。資料3、それから参考資料1ですね。医学的調査専門委員会の報告書の抜粋。それから、今、戸荻委員に説明をいただきました参考資料2ですね。審査過程からのご提案ということですが、きょうは、恐らく、取りまとめることは難しいと思いますので、委員の皆さんから、この補償対象となる脳性麻痺の基準見直しについて自由に意見をいただきたいと思



いますので、よろしくお願いいたします。

木下委員、お願いします。

○木下委員 最初に、そもそもこの補償対象を拡大しようという議論が出てきたということの基本的なことに関して、コンセンサスを得ておかねばいけません。

そもそも剰余金が出たから少し広げられるのではないかという発想ではありません。最初この制度ができたときに、生下時体重が少ない、つまり早産児でも脳性麻痺児についても本当は対象にすべきでありました、。しかしながら、補償金が足りなくなる懸念などの理由で、脳性麻痺の児を補償対象に広げることができませんでした。

剰余金が出たのであれば、当然そういう人たちにも目が向けられるのではないかと思います。産科医療補償制度のあり方として、本来は大きい体重で生まれた児が脳性麻痺になろうと、体重が少なく生まれた児の脳性麻痺だろうと対象にできるのではないかという考え方で、もう一度検討が進んでおります。28週までのところまでみたとしても、ここまでも救えるのではないかという可能性が出てきました。

当初、この制度ができたときの33週、かつ2,000gというところまでみた、未熟性という言葉でみたそのときの脳性麻痺の児は、みんな未熟性で片づけました。今は、未熟児医療の進歩や小児科医の努力により、そういった方はほとんどいなくなりました。大体100人に対して4～5人しかいません。例えば28週ぐらいのところではそうありますが、そのくらいにまで減ってきています。

昔と今とでは全く脳性麻痺の発症の状態が違ってきています。未熟性では片づけられないものがあるのではないかということもわかってきた現代においては、そういう人たちも、成熟児で起こった脳性麻痺と原因において同じではないかということであるがゆえに、当然、入れたらどうかという議論が出てきた。それは可能であるということになったということが大前提でありまして、そういう結果として、どれだけ一体本当は掛金が必要になるかということも試算したうえで、例えば3万円以上になる可能性もあります。当然のことながら増えるわけですから。それでもいいじゃないですかと。剰余金を使ったらどうですかというなことが、今回の議論の最初の考え方だろうと思います。

実は、この産科医療補償制度のなかで関係あるような診療科、もちろん患者様方の代表も含めてみんなで議論しましたところ、そういう対象も含めて拡大するのが一番合理的ではないかということになり、数日前に厚労大臣に皆で要望書を提出しました。

それはどういうことかということ、そのような意味で補償対象を拡大してほしいと。うまくいけば、もしかしたら補償額も増やせるかもしれませんが、というふうなことも含めて、とにかく最低3万円はキープしなくちゃいけませんし、もしかしたらそれ以上になるかもしれない。そんなことも含めて産科医療補償制度を守ってくれという意味での要望書を出しに行きました。

小児科、産科、産婦人科、すべての代表がまいりまして、日本医師会が中心となり行ったという事実がありました。大臣ともお話ししました。そのときに武見敬三氏も、そもそもこの制度の発足のときの自民党の当事者でありただけに一緒についていってもらったわけですが、この産科医療補償制度を後退させてはならんということ要望に行きました。

そういう趣旨のもとで動いているだけに、最初から各論に行ってしまうと聞いている人も本当に混乱してしまうのではないかと思います。そういうふうなことでいかに拡大することが大事なことかということ、小児科のご意見も含めて、皆様方のご意見も含めて、まず、拡大が問題ないではないかというところから始まり、どこまで拡大できるかということに関しましては、小児科の未熟児担当の先生方に、専門家の方のご意見を伺いながら、議論の進め方をしていかなければ、何か焦点ぼけしてしまっ、て、誤解をされる可能性がありますので、そのような方向で進めていただきたいというふうに思います。

○小林委員長 木下委員のほうから、まずは大きな方針の議論もしてはどうかというご提案だと思いますが、私も、準備委員会、今から6年前ですね、それからそのときの調査専門委員会に参加いたしまして、当時は、非常に資料といいますかデータが少なく、対象者の像はわかっているんだけど、それをどういう基準で審査をして対象としていくかというところのデータがほとんどなくて、かなり謙抑的といいますか、条件としては厳しいものをつくったという記憶がございます。ですので、この4年半でそこら辺の当時決めた基準の不合理な点が明らかになってきていますので、それは是正していく必要がありますし、それから、今、木下委員が言われました

ように、4年半でこの制度の恩恵を受ける児も増えてきて、一方で不公平という意見も聞かれますので、脳性麻痺でも補償を受けられない児がたくさんいるということで、そこら辺の議論もこの運営委員会でしていかなきやいけないかなというふうには思っております。

きょうは、自由にご意見を伺いたいと思いますので、いかがでしょうか、ほかに。大きな方針の意見でも結構ですし、それから個別・具体的なお意見の追加があってもよろしいかなと思いますが。岩下委員、お願いします。

○岩下委員 今、木下先生からは各論でなくというか、全般的な対象者の見直しということだと思んですが、少し各論に入るんですけれども、この体重ですね、体重に関しては私の意見だと、やっぱり撤廃すべき。例えば、これは双胎も入るとのことだし、極端な場合、3胎、品胎ですか、も含めていいわけですよ。それとは体重が違うということもありますし、あと、胎内発育遅延の症例で脳性麻痺が多いわけなんですけれども、そういう要因を考えますと、体重で規定するのはちょっと本来の趣旨から言ってもおかしいのではないし、適応拡大にもつながるということで、意見を言わせていただきました。

○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、お願いします。

○勝村委員 私も、前回にも発言しましたがけれども、この経緯については、当初、33週というところで、未熟性と未熟性じゃないが切れるわけではない。未熟性という言葉の定義すらはつきりしないというところで、無理にどこかに線を引かなければいけないから引いていると。しかも、そのいろいろな線の引き方があるという議論をしていたなかで、最終的な、現状になった決め手は、とりあえずデータが少ないので、できるだけ少なく始めて保険制度として維持できるようにしたいと、そういう発言は、新聞なんかで、厚労省がそう発言しているということも当時出ていました。この議論の場だけではなく。そういうとにかくデータがないから、少な目に始めなきやいけないんだという国・厚労省の説明を受けて、始めて、それでその代わり5年後に見直しましょうということがつけ加えられたので、それが今なんですから、今ある範囲のデータ、新たなデータできちんとやり直すということが約束なので、その議論が後回しになったり、その議論

が軽視されるというようなことはあってはならないと思っています。

この制度も、まだ数さえ、5年たったけれどもいろいろな状況があつてまだはっきりしないと。さらに、ここに出てきているように、いろいろな専門家の先生のご意見も本当に多々あるということなので、やっぱり逐次見直していかなきゃいけないし、初めて、事故の原因分析と再発防止というのは始めていっているわけですから、一般にどんな事故でも交通事故でも何でも、原因分析や再発防止策をしなかった時代から始めた時代に移ると、事故が減っていくはず、そういうことも考慮しないといけない、減らせる事故は減らしていけるという可能性も含めて考えていかなければいけないので、もうしばらくは固定的に考えずに、この制度というものを、新たにデータが集まってくるということでいろいろとやっぱり常にそれを見ていくということはすごく大事だというふうに思っています。

とにかく5年後なので、今現在出てきているところで、僕はこういうふうにいろいろ審査委員会なり、調査専門委員会が出していただいた意見に、今となつては保険制度の破綻が怖いからとにかく少な目にしておきなさいという理由がないのであれば、このようなご意見に素直に従っていくべきだと思います。僕としては、今後、事故を減らしていけるということも考えて、そういう努力もしていくと。減らせる数もあるはずだということ踏まえると、ほぼすべてやっつけていくぐらいの感じで、とりあえずすべて申請してもらおうという形にしたほうが、申請の段階で変なふりがかかってしまうことも避けられるかもしれないし、今、それぐらいの思いではあります。

それはちょっと前置きで、一つ質問なんですけれども、そういう意味で、この調査専門委員会の皆さんに議論をしていただいたのは、より詳しい数字が出てこないかということであつて、その結果、現状の33週以上2,000g以上だったら、340~623になるんじゃないかという数字が出てきたわけですね。それと同時に、じゃあ32週だったら28週だったらどうなのかという数字は、同時に数字として出てきて、それで初めて補償対象の議論が始められると思っていますから、その数字が出てこないまま議論するのはどうかと思います。その数字が出ないと議論できないでしょうという話だつたと思つて待っていたと思っていますので、その数字をぜひ言つたうえで議論するというふうにしてほしいと思います。

それぐらいの数字だったら何とか全部いけるんじゃないかということになるかもしれないし、やっぱりどこかで無理に線を引くような議論になってしまいたくはないけれども、準備委員会の段階はそうだったわけなので、限られたお金のなかでということだったので、じゃあ、もっとお金を増やすという議論も、もちろん、今、木下委員からあったようにあっていいわけでしょうけれども、その数字を早く出すということを僕はしてほしいと思っています。

特に、33週が32週になったらどうなるのかとか、28週以上ではどうかとか、今個別審査になっている範囲を全部除外して、この資料3の補償対象基準のところの全部、資料3の補償対象基準の1でのその他と書いているところの全部の数字が大体ここで幾らになるのか。先天性・新生児期、大枠のところでは幾らになるのかとか、それから、6カ月以降が3カ月になったらどうなるのかとか、わかっている範囲の数字はやっぱりちょっとまだ吟味が必要だということがあるのかもしれないけれども、もう調査専門委員会は終わっていると聞いていますので、今現在把握されている数字を言ってほしいと思うんですけれども。

○小林委員長 今の勝村委員のご質問ですが、多分、個別審査に関しては、調査専門委員会で得たデータでもここまでの個別のデータがないので、難しいと思います。

ただ、一般審査の、例えば一番上の33週以上体重の基準を撤廃、あるいは二つ目の「または」にする。それから32週以上、または出生体重2,000とか、あるいはその他のところの基準を撤廃してすべて一般審査にしたらというような数字は、恐らく、シミュレーションで出せると思いますので、今、出るのであれば今、もし難しければ次回までに必ず用意してもらおうということでしょうか。大丈夫ですか。

○後理事 基本的には、次回にご準備したいと思います。

それから、イメージとしては、33週を32週にするというような週を変えるとか、2,000gをもうやめてしまうとか、こういう変更をすると人数が多くなるというようなイメージです。大体今のデータで、100人規模ぐらいだと思います。

全く撤廃してしまう緑とオレンジのところがありましたけれども、ああいうものになると、これは数百人規模になって、ちょっとまた次元の違う大きな数字になるだろうと思います。

個別の病名が出ているところは、恐らく、かなり少ない、本当に若干名ぐらいの規模であろうと思います。大体そのようなイメージで次回までにご準備させていただきます。

○河北委員 先ほどの木下委員のご議論なんですけれども、私もこの制度が提案された平成18年からこの議論にかかわってきた人間として、そもそも二つ大きなポイントがあったと思っています。

それは一つは、出生してきた児に関して、やはり何らかの補償をしようということが、まず大きなことであって、それと同時に、そこにかかわってきた医療が、裁判等で大きな負担をしないような無過失補償制度であると。ですから、そういう意味で、提供側の人たちを守るということも、ひとつ大きな意味合いがあったわけです。この二つを中心にして制度設計をしてきたわけですけれども、皆さんにも原点に戻ってお考えいただきたいんですけれども、社会保険というのは皆保険制度であると。出生・分娩というのは、社会保険の対象にしていけないということは、これは生理的なものであって医学的な対象ではなかったわけですから、出生とか分娩に関しては社会保険の対象外であって、何らかのこういう制度をつくるときのその負担というものを全体にどうかけるかという意味で、今回は分娩に立ち会ったというか、関係した医療機関が保険料を払うという仕組みで、ほぼ100%の出産に関してこういったご負担をいただくようにその制度が動いてきたわけです。ですから、そのなかでできるだけ多くの出生した子どもに関して補償しようということがそもそもの趣旨であり、そしてそこにかかわった医療が起こったときに、その後の過失がない医療に関しての負担がないようにしようということでありましたから、制度が動いてきてあるお金を全体として集めることができたのであれば、その範囲でできるだけ多くの補償対象者に対してこの制度が動いていくということが、私はこの制度の趣旨であると思いますので、それを踏まえてここのご議論をし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。ほかにいかがでしょうか。山口委員お願いします。

○山口委員 かなり重複するかもしれませんが、制度を開始したときは、やはり一つの基準を設けなければならなかった。そして、4年半が経過して、今、戸荻委員長からの具体的なご提案があったように、審査を重ねたことによって見えてきた問題点というのがあると思います。

最初の設定で補償対象になるべきところ漏れてしまった方たちが一体どういう週数の方なのか、体重が関係あるのか、そういうことをここで具体的にお示しいただいたと思います。単に余剰金が出たから対象を拡大するというよりは、5年たった制度の見直しとして、この部分の範囲の拡大ということが必要ではないかという視点で考えていくべきではないかと思います。

その際に、先ほど、32週、33週とあったんですけども、専門家の方から見ると、違いがあると思うんですけども、それが具体的に何を示すことなのか。また、A3の表の中にあります低酸素状況の所見がない在胎週数23週、出生体重500gが対象になる、ならないという基準が一つあるんですけども、これが具体的にどういうことなのか、なぜこれが判断材料として一つの水準が出てきているのか、できれば専門家でない者でもわかるような形でお示しいただいて、この後の議論をさせていただければと思っております。

○小林委員長 ありがとうございます。貴重な提案をいただきました。

運営委員会でも、先ほども戸苅委員からの提案にもありましたように、未熟性による脳障害という基準はないと。ただ、一方で、本制度では週数というのは非常に重要な役割を果たしていますので、そこら辺の我々の理解を深めるために、参考人等をまた呼びたいと思います。未熟児あるいは新生児を専門にしている方をお一方、またはお二方呼びたいと思います。事務局のほうでこれから詰めて、私と相談しながら詰めたいと思います。日程が限られているので、次回までに呼びたいと思いますが、ということで、それに関してはよろしいですか。

○宮澤委員 やはり、今後の補償の範囲の拡大というのは私は必要だと思っております。基本的に、木下委員、河北委員からも出ておりますように、根本的にどのような形にすべきだったのかということをやはり考えてみる必要があるのかと思います。

本制度は、救済という部分と紛争の早期解決を図るという枠組みが与えられたわけですけども、早期解決を図るという意味で、何らかの紛争となり得る可能性のある部分はどんなものなんだろうかということで、明らかに原因がはっきりしているものを省いていこうという形になってきたんだと思います。

ただし、やはりそれは本来の患者側の救済という目的からすると、本来的な筋からはやはり外

れているものだというふうに思っています。

そういう形で枠組みをある程度せざるを得なかったのは、やはり今後の数字がどうなるのかというのが不明確であった、それから勝村委員からも出ましたし、私からも意見を申し上げたと思えますけれども、期間の延長の問題にしても、生存曲線がはっきりしないという形で、基金制度で生涯的にやっていくのは不可能であったということが言われております。その意味では、この5年間で果たして生存曲線がはっきりしたかということはなかなか難しいかもしれません。ですから、その意味では、その部分ではまた今後の改善点になるかもしれませんが、少なくとも現段階で言えるということは、早期解決云々という形での問題よりも数量的な部分というのが相当に下回ってきたので、後さんのほうからも数字がありましたように、数百という形でかなり大規模に数字が増えていったとしても、当初の上限で800ということを考えていったことからすると、恐らく、その枠内に収まっていく数字が出てくるのではないかと。だとすると、やはりこの数字全体として、未熟性も含めて全体としてどうなるのかという数字を具体的に示すことが、やはり一番大事なことなのではないかと思えます。

そしてもう1点は、やはり区別をしていくときの線引きですね。33週なのか、32週なのか、28週なのか、果たして合理性はどこにあるのかというようなことが、本当に医学的な合理性があつてすっきりと線が引けるのであれば、それはそれなりの合理的な理由があるのかもしれませんが、今、そこで線を引くということが幾つかの問題で十分に理解できないということであれば、その線引きを撤廃するということがのほうが、むしろ本制度の第一義的な目的、患者さんあるいはご家族の救済という点からは最も望ましい形になるのであって、そこはやはりきちんと合理的な根拠があるのかないのかも含めて考えていくべきかと思っています。この制度全体のやはり大枠の問題なので、当初、制度を設定していくときかけられた枠を、現在もその枠として遵守していかなければいけないという状況ではなくなっているのではないかと。もう1回考えてみる必要があるかと思えます。

○小林委員長 ありがとうございます。宮澤委員の議論の中でお一つ、生存曲線につきましては、機構の事業としてすでに調査が行われていまして、非常に高いと。20歳までのある一定の年



齢からの脳性麻痺児に関しては、予後は非常にいいという結果が出ております。勝村委員、どうぞ。

○勝村委員 今の宮澤委員の意見に、僕も非常に賛成です。そういう視点で根本的な議論というものをしていく必要があると思っています。

ちょっと質問なんですけれども、先ほど、冒頭のところでも委員長まとめられて、医療保険部会に報告しますとおっしゃっていましたが、次の医療保険部会と次のこの運営委員会の時間的な順番はどうなっているんですか。つまり、先ほどの小林委員長のお話だと、次の運営委員会よりも先に医療保険部会があるから、そのことは先に伝えるということで、つまり、なぜ数百人しか言えないのか。僕はこの数字がなかったら議論できないとは思わないですけれども、出せる情報を出さないということに対して、ちょっとそういう操作をされているんだったら非常に不信感を感じるので、僕は出してほしいと思っているんですけれども。

○小林委員長 事務局のほう、すぐわかりますか。次の医療保険部会と、それから運営委員会の関係ですね。

○事務局 次の医療保険部会の日程はまだ決定をしていないと伺っております。今回のこの剰余金と掛金の報告の取りまとめに基づいて、この後に日程が決定されるということで伺っております。

○勝村委員 ということは、先ほどまでの剰余金の議論も、こういうふうな形で報告しますというのが次回の運営委員会で、一応、もう1回出てくる可能性もあるということなんですか。

○小林委員長 もし医療保険部会が先にあれば、剰余金の扱いに関して運営委員会で決まったことを説明すると。さらに医療保険部会がもう少し先であれば、今後の見直しの議論の経過についても少し報告できるんじゃないかと思いますが。

○勝村委員 質問なんですけれども、先ほど100ぐらい、数百人、若干名ということなんですけれども、次回の運営委員会では出すとおっしゃってくれましたけれども、次回出てきたときも100人ぐらい、数百人、若干名という、そんな表現になるんですか。

○小林委員長 どうですか。

○後理事 これはできるだけ正確になるようにと。

○小林委員長 じゃあ何百何十人ぐらいの単位ですね。

○後理事 非常にまれなものは、若干とかそういう程度です。

○小林委員長 若干というのは、一桁というふうに考えていいですね。

○後理事 ええ。

○勝村委員 数百人の規模という表現ですが、もう少し具体的に言ってもらうことはできないんですか。全くイメージがわからない感じなので。僕としては、専門家が言っているんだから、全部広げればいいと。全部広げられる可能性だってあると本当に思っているわけで、だけど、結局、保険制度として、ちょっとそれでは保険会社が無理だというところでの話なので、とにかくこういうことを勉強していくために、まず、その数字が、数百人というのは大体どれぐらいなのか。もう少し具体的に言ってもらうことはできないんでしょうか。

○小林委員長 調査専門委員会の報告書にその全体の数は書いてありましたよね。つまり、現在、沖縄県で脳性麻痺で1～2級程度の児がどのぐらいいるかという数字は出ていたかと思えますけれども。じゃあ、それに関してはまた後でということ。

池ノ上委員、お願いします。

○池ノ上委員 補償対象基準に関して、今まで木下委員を初めご議論がありましたけれども、やはりスタートの段階では幅広く生まれたお子様をカバーしようと。それも分娩に原因があるという前提で見ていこうと。それからもう一つは、財源がまだ全く見えないという、そういう様相のなかで始めたわけですね。

戸荻委員からご説明がありました参考資料2でありますけれども、未熟性を先天異常と一緒にしようという考え方ではなくて、未熟性による脳障害と分娩が原因によって起こった脳障害との区別がどこまでできるかというところの議論になって、そもそも33週と2,000g以上であれば、これは分娩がかかわるのか、未熟性がかかわるのかというのを、当時の日本全体の未熟児医療のレベルから行くと大体わかるであろうというような議論があったわけです。

ところが、その中で、じゃあ分娩のときに、例えば常位胎盤早期剥離が起こったとか前置胎盤

が起こったとか、いろいろな病的状態が起こって、かつそのときの胎児が分娩監視装置上の記録だとか、生まれたときの条件だとか、あるいは新生児のいろいろな所見で、これは分娩絡みの、あるいは何らか妊婦さんに起こった病気で、そしてそれが児に影響を与えて児の脳障害につながったということを見極められるのはどこかという、当時は28週ごろまででしょうと、それより下には行けないでしょうというのが個別審査に行ったグループなんです。

ですから、未熟児を拾いたい、拾いたい、という気持ちは当初からみんな思っていたんです。けども、本当にこれは分娩がかかわっていないような要素がその中に含まれないのかというのも、非常に大きな要素だったんです。

先ほど、山口委員がおっしゃった個別審査の一番下に、低酸素状況の所見がない、在胎週数23週、500gでは全くその反対のことを今言っているの、22週まで下ろして行って、そしてそこで分娩、例えば常位胎盤早期剥離だとかいろいろな胎児に影響が出てくるような病態がなかったというものについては、それは低酸素ではない、未熟性でしょうねというようなことが言えるでしょうということも言えるんですが、当時、これをデザインしたころには、そこまで行けないということがあったわけです。

ですから、今、多くの委員の議論になっていますように、医療のレベルとか医療の現状というのが年々変わってきていますし、脳性麻痺のお子さんの発生率も変わっている。それから、日本全体の周産期医療のレベルもどんどん変わってきている。そういったことを見越して、やはりこの制度の見直しということをしていく必要がある。それは、やはり各論として我々が今後進めていかなければいけないことだろうというふうに思います。

ですから、生まれてくるお子様方の状況も変わっている、それからそれに対応している医療も変わっている、その施設の充実度だとか各地域におけるその展開ということも変わってきているということが非常に大事なことなのであって、やはり見直しという、その拡大という方向にどこまで我々が今後行けるかということの詰めた議論をしていくことだと思います。

未熟性については、その中で非常にわかりやすい推移が今ありますので、それについては具体的な議論が今後進められるんじゃないかというふうに思っております。

○小林委員長 次回お呼びする専門家につきましては、そういう新生児医療の最近の進歩とか、それも取り込んでお話をしてもらいたいというふうに思います。

木下委員、お願いします。

○木下委員 今、池ノ上委員が言われたことと同じことかもしれませんが、もう少し具体的にお願いたいことがあります。一つは、未熟性という言葉が、昔使われた未熟性のイメージと今とでは明らかに違う。早産児という中には、本当にいわゆる未熟でもって脳性麻痺になるというのものもあるかもしれませんが、当時使った未熟性と早産児の未熟性は大分違っているといいます。言葉の使い方も、早産児と言ってくればわかるのですが、未熟というと、当時の未熟性と今の未熟性のどちらのことを言っているのかわかりません。ぜひその辺も定義のうえでもみんなにわかりやすい表現を使っていただくということをひとつお願いします。

それからもう一つは、岩下委員が言われたように、体重が、双胎とか品胎もあるとするならば、ちょっと体重は外すとしますと、33、32、31、30、29、28と、そこでは28まで広げられた脳性麻痺は大体推定何人いるかと、30では何人だ、29では何人、28では何人と、およそ今までの皆様方の専門性というか、調査のことからわかると思いますから、ぜひ出していただいたうえで、だとするならば一体これだけかかるんだと、そのためにはこれだけ必要なんだということまでも含めた数値を出していただきたい。

ですから、3万円ありきではなくて、あくまでそれだけのことを我々が対象として広げることが可能だし、本来あるべきだという姿から行くという姿勢で皆様方に説得できる資料をぜひ出していただきたいと思います。

それからもう一つ、戸荻先生にお願いしたいのは、28週以前そういった超未熟児というか低出生体重児はやはり意味が違うんだという意味合いも含めて、28週以降ならばこの体重という医学的な視点でみんなが納得いく説明もしていただきたい。そういった具体的な資料を出すうえでの方向性というものを明らかにしておいたうえで出し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。それでは岡井委員、お願いします。

○岡井委員長代理 先ほど、勝村委員が言われたことの続きなんですが、医療保険部会との会合

で交渉というか話をするときに、今の予定だと向こうからの質問に対して答えるという形で、現行を維持したままだと掛金は幾らになるとか、そんな答えをする予定かもしれませんが、きょう、ここまでの話でも、補償対象を拡大することはほとんど確定しているわけです。どこまでどういふふうに拡大するかということなので、そこをもっと強くはっきり、運営委員会では補償範囲を拡大する是非を検討しているのだから、現行のままで幾らどうなるという話はちょっと待ってくださいという方向で行かないと、そっちのほうの話が先行すると、次に議論を進めるときにややこしいことになるような気がします。もうちょっと細かくやるために、次、専門医に来て話してもらってということもあるんでしょうけれども、ここまでの話でも、拡大の方向を検討しているんだという前提で向こうと交渉してもらったほうが、後から、「今、検討していますから」と言うより、向こうとの話し合いでは、こちらの有利に導けるんじゃないかと思えますけれども。

○上田委員 先ほどから説明しておりますが、やはり産科医療補償制度が発足したときの制度の趣旨を前提に見直しの議論をしていくことが大事ではないかと考えております。

確かに、医療保険部会でもいろいろな議論がありますが、やはり保険者の方、あるいは国民に対して、見直しに当たっての医学的な観点の考え方をきちんと整理して、広く理解していただくことが、この見直しの提案が受け入れられることになります。いろいろご指摘がございましたから、次回までに整理します。また、次回に専門家の先生も来てお話しいただきますので、まず、医学的な根拠のところを整理させていただきたいと思っております。

それから、前回の委員会で勝村委員からのご意見に対して今回はデータを出しますということをお話ししながら、今回も不十分な資料で、大変失礼いたしました。

ただ、私ども、これから具体的な議論をするに当たって、きょうは各項目についてそれぞれの意見を取りまとめているんですが、医学的な観点でいろいろと議論をしていただきたいと思います。そして次回にはお約束しましたように、それぞれの項目について、増加する数ですとか、きちんと資料を出させていただきたいと思っております。

○小林委員長 伝え聞くところでは、医療保険部会も、かなり保険者は強力というか、下げろという意見が強いようですけども、本制度で当初決めた基準というものが医学的にすでに不合理

であると、それを見直せば、当然対象者は増えるだろうということは主張していただくように私のほうからも運営組織にお願いしたいというふうに思っております。

ほかにいかがでしょうか。鈴木委員、どうぞ。

○鈴木委員 少し各論的な質問なのですが、きょうの参考資料1の専門委員会報告書からの抜粋で、一番最後の4ページのところなのですが、これはちょっと意味不明なのでご説明いただきたいと思うんですが、その他のところであります。

つまり、6カ月未満の死亡の場合に拡大するかということなのですが、必要条件を定めるなど、慎重な検討とか、本制度との関係の整理を含めた検討が望まれる。つまり、この意味がよく理解できないんですけども、ここまで広げると3万円、3,000万円では到底収まらなくなりますよと、こういう意味なんですか。

参考資料1の4ページ、4)のその他のところの、つまり、6カ月未満の死亡の場合、早期診断が一定、多分、個別審査でやれば可能なんだろうというふうに思うんですけども、それまで入れると、日本語の文章としてもよくわからないんですが、補償期間中に児が死亡する事例の増加につながると、これは申請事例の増加ということでしょうかね。これを認めたからといって死亡者が増えるとは思えないので、日本語としては、申請事例が増えるということですよ。そのことによる本制度との関係の整理も含めた検討という意味がわからないんですけども。

○小林委員長 そうですね。ちょっと曖昧な。

○後理事 現在、6カ月ですけども、それを3カ月に前にずらすというような発想ですが、現在の6カ月というのは、非常に重篤な方の場合は6カ月から申請できるということになっておりますので、イメージを言えば、生命予後にも影響がすぐにも出そうな、そういう重症な方の申請があります。

例えば、脳のMRI所見を見ますと、そもそも脳のかなりの部分が壊死しているというような状態で、到底手足が動くような部分はすでに機能していないと、こういう脳性麻痺のなかでも非常に重症な状態のお子さんが6カ月ぐらいに申請があります。

これを3カ月ぐらいまでにしますと、また、さらにそのような重症な方が申請されることにな

ります。その方の生存率は、これは感覚ですけれども、決して高くはないわけで、早期に亡くなるということも現実問題としてあり得ます。そういう方が増えてきますけれども、それでもいったん対象にすると、現行の制度ではずっと補償金を支払い続けるということになります。

そのことに対して、児が亡くなったために看護・介護の必要がなくなったけれども補償金を支払い続けているということには違和感がある、といったご異論もいただいているところです。その人数がもっと増えていくということになりますということが書いてありまして、しかし、それで本制度はよしとするか、あるいはやっぱりこれはおかしいとするか、そのあたりを整理する検討が望まれると、こういう意味です。

○鈴木委員 そうすると、乳児や幼児死亡の場合にまで、今、分割金で払っているわけですがけれども、これはそれ自体を見直すということを含めた意見ということになるわけですね。

○後理事 そうです。

○鈴木委員 だから、6カ月を3カ月に延ばしたらどうのこうのという話じゃなくて、分娩後、ある一定期間でもって予後がよくて死亡した場合に、そこまで、つまり介護の必要性がなくなった後まで補償しなきゃいけないかどうかという、確か、戸苅先生のところでも提案4・5あたりで出ていましたけれども、それと同じことを言っているということですね。

○小林委員長 そういうことだと思います。つまり、年金型にするのか、それとも亡くなっても払い続ける形にするのかということで、先ほども、私、予後の話をしましたが、あれはいわゆる臨床現場で診断がついた3歳前後ぐらいから予後を見ると非常にいいということで、それ以前の重度脳性麻痺に関しては、恐らく、予後は余り高くない、よくないというふうに思います。

○鈴木委員 結論ですけれども、6カ月未満を3カ月未満に下ろすということに意味があるのではなくて、そもそも早い段階で死亡した人に補償するのが本制度との関係でどうなのかということを行っているに過ぎないというふうに理解していいですか。

○後理事 大体それでいいと思うんですけども、この6カ月、3カ月のあたりは、本当に脳性の麻痺なのか、あるいは脳の中樞神経によらずに末梢神経とか筋肉の疾患によるものなのか、小児神経の分野の先生でも非常に診断に悩まれると。

しかし、今回のアンケートによりますと、それが3カ月でもできるんじゃないかということで、その3カ月自体も6カ月よりはもうちょっと技術的に可能じゃないかという、そういう意味はあります。

○鈴木委員 それは、だけど、ただ、診断技術の話ですよ。個別審査として診断できるかどうかという、診断できないものまで補償しようと言っているわけじゃないので、診断できるものを補償するかどうかというのは、だから、3カ月未満を補償すべきかどうかという話とは違いますよね。

○後理事 はい。技術の話です。

○小林委員長 あとは、恐らく、この制度の対象にすると原因分析ができるということと、それから訴訟の予防ということに期間を短くすると、診断の時期を早くすると、そういう意味合いが少し出てくるかなというふうには思いますけれども。ほかにいかがでしょうか。

診断した医師にアンケートしたら、もう少し早くても可能だろうという意見が多かったということです。勝村委員、どうぞ。

○勝村委員 今の議論も含めていろいろ意見はあるんですけども、どうやってこの議論を進めていくのか、今はまず、自由なディスカッションですから、すべての各論で意見が言いたいという感じになっているのですが、どういう感じで議論を進めていかれるのか、来週専門家の方も呼ばれるとのことですが、実際に審査されている皆さんからの提言というものも非常に重要視すべきだと思いますし、従来のいろいろな医療裁判を知っている者からすると、何が大事かというの、やっぱり言いたいこともありますし、これだけいろいろ調査専門委員会や審査委員会で意見が出ていて、なおかつ新たにいろいろ参考意見を聴取してということになっていくかと思いますが、大体どんなロードマップなのかを、イメージをちょっとわかるように教えていただくことができたと思います。

○小林委員長 私も、きょう、たくさん意見が出ましたので、この後、事務局と詰めながら、やっぱり次回は幾つかの論点に絞って進めていきたいと思っています。

今後、この補償基準に関しては、2回ほど議論ができますかね。2回議論ができると思います



ので、場合によっては3回目、水準の話と併せて、必要であればあと3回、基本としては2回ぐらいで議論を進めていきたいというふうに思っていますけれども。宮澤委員、お願いします。

○宮澤委員 先ほど、生存曲線のことを申し上げたんですけれども、今の問題も含めて、ご存命の間に給付ができるというのが本来的な形としては一番ふさわしいものだと思います。当時、準備委員会からもそういう意見が出ていて、それができなかった理由というのは、過去にもあって、それは生存曲線がはっきりしなくて、年金というような形でやっていくことが保険制度という枠内では不可能であるというようなお話であったかと思います。

そうすると、今回は生存曲線もはっきりしてきている。3歳以降ぐらいかと思えますけれども、そういうなかで、ご存命の間だけ給付できるという形での制度設計にすることができるのか、できないのか。もし、なお制度的に不可能であるということであれば、議論するということがかなり空論になってしまいますので、従前も準備委員会のなかで言われてきていた障害、それはできませんと言われた原因と今現在それは変わってきているのかどうなのか。もし変わってきたとしたらどういうところなのかということ、やはり事務局のほうで少し明確にして、また次回以降示していただきたいというふうに思います。

○小林委員長 論点の一つとしてお願いいたします。

ほかにはいかがでしょうか。勝村委員、どうぞ。

○勝村委員 同様の意見で、今、支払い方は、最初に600万と年金ということになっているわけですね。その最初の意味、年金だけじゃないわけだから、そこをどういうふうにするかという制度のことにまで、議論を深めなければと思います。やっぱり生存曲線がなかったから議論ができないんですよというのが準備委員会のときの説明で、5年後10年後には生存曲線が出てきたらそういう議論もできるかもしれませんねという形で準備委員会は終わっていると思いますので、やっぱりそうなってくると、最初の一時金とは別に死亡した場合の年金分が減るのであれば、それは20歳以上でも生きている子に回せないのかというふうに思うわけなので、いろいろな技術的な問題はあるでしょうけれども、どこまでできるのかという議論になると思いますし、それから、6カ月で切っていたというのも、明らかに診断ができないからという理由だけだったと僕は理解して

いますので、3カ月でも診断できるというのだったら、理由としてはそうすべきだし、やはり早く死んでしまうというのは、それだけ低酸素脳症が非常にきついということが考えられるわけで、やっぱりその原因分析をしていくということは非常に大事だと僕は思っていますので、そのあたりを踏まえても、やっぱりすごく大事な議論になっていると思いますので、そういう議論が医療保険部会に邪魔をされてしまうことがないように健全にやっていけるようにしてほしいと思っているわけです。

○木下委員 もう時間がありませんだけに、明確にさせていただきたいことは、今、皆様方、さっき岡井先生が言われたみたいに、とにかく対象を拡大するだけの合理的な医学的な意味があるということを大前提にしたときに、例えば28週以降と以前とでは、これまたやっぱり新生児学的な意味からも意味が違うんだと。

とすると、例えば28週以降ではこれだけの人がいて、しかもそれが合理的であると、医学的には全くそのとおりであるというふうなことの資料を出したうえで、何人それが必要だ、そしてその結果として幾ら必要になる、それで行こうじゃないかという原案をつくったうえで、それがどうかという議論をしていただかないと、例えば30週はどうだ、20週・21週はどうだ、2そんなことをやったら決まりっこないと思いますので、こういうふうにするのはどうだというふうなことの原案をまずつくっていただきたい。それから議論していただくほうが、ずっと有効じゃないかと思っておりますので、その辺はぜひお考え願いたいと思います。

○小林委員長 議論を集約するなかで形ができていくと思いますので、次回そういう案はまだできないと思いますが、次々回ぐらいにはそのような形でまとめていきたいというふうに思っています。

それでは、ちょっと時間も押していますので、もし特にとのご意見がなければ、先に進みたいと思います。

それから、先ほどの勝村委員からの1・2級相当、つまり重症度だけで見た対象児はどのぐらいになるかわかりますか。沖縄県の数字しか出ていないので、それを全国に当てはめるのがすぐには難しいんですが、大体の人数感としては、脳性麻痺の発生が1,000人に2人ぐらい、そのうち

1・2級相当の重症が4割から6割です。ですので、100万人であれば、約2,000人脳性麻痺が毎年生まれて、そのうちの4割から6割ぐらいが1・2級相当ぐらいということになるかと思えます。

それでは、先に進みたいと思います。議事5、保険会社の事務経費等の取扱いについて、事務局より説明をお願いします。

#### 5) 保険会社の事務経費等の取扱いについて

○後理事 それでは、資料本体の8ページをお願いします。8ページから10ページまで、3ページにわたってご説明させていただきます。

5) 保険会社の事務経費等の取扱いについてでございます。8ページです。8ページの一番上の○ですが、7月の医療保険部会におきまして、対象者数の推計結果、今後の検討の進め方について報告を行った際に、事務経費等に関して、「剰余金の返還の最低水準」、これは現行の300人のことです。「剰余金の運用益」、「制度変動リスク対策費」について、早期に見直しを図るべきとのご意見がありました。

二つ目の○ですが、調査専門委員会における対象者数の推計結果を踏まえ、26年1月の保険契約において、それぞれ以下のとおり見直しを行うこととするということで、見直しの内容をご説明させていただきます。(1)剰余金の返還の最低水準の見直しについてです。

経緯と現状ですけれども、制度創設当時は、通常の民間保険商品と同様に、対象者数が上回った場合は保険会社の欠損、下回った場合は利益となる保険設計となっていました。

二つ目の○です。しかしながら、民間保険を活用しつつも公的性格の強い制度であることを踏まえ、補償原資に剰余が生じた場合に、剰余分が返還される仕組みを第4回運営委員会で議論し、導入しました。

次の○で、その際、補償原資の剰余分のすべてを戻し入れると、偶然性を要件とする保険契約性が否定され、掛金が「保険料」ではなく「預かり金」とみなされるおそれもあることから、返還の最低水準が必要とされ、その水準について運営委員会において議論が行われました。

次の○で、その結果、創設時の調査専門委員会報告書にもとづく推計の下限値より、剰余金の返還の最低水準を300人とした経緯がございます。

見直し案ですけれども、一つ目の○で、今回の調査の報告によると、対象者数の推計値481人、推定区間340人～623人です。このため、創設時と同様に補償対象者数の推計の下限値より剰余金の返還の最低水準を設定すると、340人となります。

二つ目の○で、一方、報告書においては、除外基準に該当するかどうかの判断が困難な事例をすべて補償対象外とした場合である「少なく見積もった場合」という推定区間の下限として、278人が示されております。

最後の○で、剰余金返還の最低水準としては、推計の下限である340人とそれから278人が考えられますが、本制度の公的性格等にかんがみ、278人とするという見直しを考えております。

9ページですけれども、参考までに、平成21年生まれ、これは制度創設初年の児です。その対象者数と8月末現在の状況です。確定件数211人、審査中が14件、それから申請準備中が138件となっております、合計で363件となります。

※1ですけれども、補足ですが、保護者から運営組織に申請が行われて審査を行っているところで、今後対象となる可能性がある件数です。これが審査中の件数です。

※2、申請準備中ですけれども、これは保護者や分娩機関が診断書等の申請に必要な書類を準備しているところで、今後申請が行われる見込みのある件数、あるいはいったん申請を行われたものの、適切な時期に再度診断を行うことで、将来補償対象になる可能性がある件数です。

それから(2)です。剰余金の運用益についての見直しについてです。

経緯と現状の一つ目の○です。

補償原資に剰余が生じた場合に、剰余分が返還される仕組みが導入された際、返還される額は、保険料収入から、事務経費、それから確定した補償対象者数に補償額(3,000万円)を乗じた額を差し引いた額とされました。

二つ目の○で、このため、現在の契約では、返還部分には利息がつく取扱いとはなっていません。

見直し案です。

補償原資に剰余が生じた場合、返還される剰余分に、その間の運用利息相当額が付加されて返還される仕組みといたします。

二つ目の○で、制度の保険商品は資産運用を目的とした金融商品ではなく、運用状況を管理することは困難であることから、契約時にあらかじめ設定した運用利率を剰余分に付加するということを考えております。

次の○ですが、なお、あらかじめ設定する運用利率については、透明性の確保、妥当な利率を設定できるよう、有識者から構成される検討会を設置し、その見解を得て決定することといたします。

(3)制度変動リスク対策費の見直しです。

経緯と現状ですが、制度変動リスク対策費は、医療水準向上等に伴い脳性麻痺児の生存率がデータ取得時点より上昇するリスク、それから統計データ母数が少ないため推計値が大幅に外れるリスク、長期にわたる補償金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、創設時より、800人の見込みとして算出しております。

二つ目の○ですが、25年1月の契約では、対象者数の推計に係るデータが明らかにならない中ではあったものの、3～4年経過した状況にあることも踏まえ、厚労省、保険会社と相談のうえ、補償対象者数が仮に500人の見込みとして見直しを行ったものです。

見直し案ですが、制度変動リスク対策費は、補償対象者数について今般の医学的調査専門委員会における推計値である481人の見込みとして算出することを考えております。以上です。

○小林委員長 ありがとうございます。いかがでしょうか。これに関しましては、最も最新の信頼できるデータに基づいて透明性を確保していくということで、事務局のほうで進めてまいりたいと思いますし、私のほうも随時報告を聞きたいというふうに思っています。それでは、先に進みたいと思います。

6の補償申請の促進に係る取組み等の状況につきまして、報告をお願いします。

## 6) 補償申請の促進に係る取組み等の状況について

○事務局 それでは、本体資料の11ページをお願いいたします。補償申請の促進に係る取組み等の状況についてということで、その後の状況についてのご報告をいたします。

まず(1)補償申請等の状況についてです。資料4を併せてごらんいただければと思います。資料4については、1枚目が全出生年のグラフになります。2枚目が21年生まれのグラフということになっております。

まず、①報告件数（補償申請書類の請求件数）ですけれども、グラフ一番上の上段になります。新たに8月の確定数字を加えております。8月単月で全体で72件、そのうち平成21年生まれが25件ということで、どちらもともに最高値を更新しております。

なお、9月の状況でございますけれども、18日現在で全体で59件、そのうち21年生まれが22件ということで、8月の25に対してすでにもう22件ということですので、9月についても8月と同水準もしくはそれ以上となることは確実な状況になっております。

そして、②が申請件数です。補償申請を受け付けた件数。グラフは中段になりますけれども、補償申請書類を請求してから運営組織に申請書類が提出されるまでには、これまで平均5.8カ月を要しております。よって、補償申請を受け付けるまでには時間差がございますけれども、7月以降、増加傾向を示しております。数字はごらんのとおりです。

なお、9月の状況につきましては、こちらも18日現在で全体で24件、うち21年生まれが9件ということで、先月の10件に対してすでに9件ということですので、8月を上回るということは確実かと思えます。

③が対象件数（補償対象者数）です。一番下のグラフになります。申請件数が増加しておりますので、これに比例して補償対象者数も今後増加するものと考えられます。

なお、これまで補償申請が行われた事例のうち、審査の結果、補償対象外とされた事例は、約4%というふうになっております。続きまして12ページをごらんください。今後の補償申請等の見込みについてです。

制度周知に向けて取り組んだ結果、報告件数、補償申請書類の請求件数は、ここ半年で大幅に

増加しております、先ほどもご報告のとおり、8月についてはこれまでで最も多くの報告がございました。

この下の表ですけれども、平成21年生まれについて8月末の数値です。先ほど、本体資料の9ページにもございましたけれども、すでに補償対象として確定している件数が211件、審査中の件数が14件、申請準備中の件数が138件ということで、これらを足すと363件ということになります。

その下の○ですけれども、報告件数は、4月以降毎月増加しており、9月以降もさらに増加する可能性も十分にあるかと思えます。

年明け以降については、平成21年生まれの児が、順次申請期限を迎えることから、報告件数も順次減少するものと考えられますけれども、平成21年の後半に出生した児を中心に申請期限直前まで一定の報告があるものと想定されます。

1行あけて下の○ですけれども、仮にということで、仮定の話ですけれども、9月以降もさらに申請件数が伸びる可能性は十分にございますけれども、仮に9月以降報告件数、書類の請求件数が増加しないと、8月の実績値25件を上回ることはないというふうに仮定した場合ですけれども、今後の補償申請等の見込みのイメージを資料5の形で作成しました。資料5をごらんいただけますでしょうか。

資料5は、21年生まれの今後の補償申請等の見込みについてということで、まず、上段のグラフが今後の報告件数の月別の推移の見込みということで、赤のラインが実績になります。6月が15件、7月が19件、8月が25件ということで、7月、8月と3割増で増加しております。

こういったなかでの今後の請求件数の見込みですけれども、控え目に見てどうなるかというシミュレーションをしております。

まず、見込みの1ですけれども、青のラインになります。8月をピークとして9月から12月までは横ばい、年明け以降は毎月1/12ずつ減少ということで、年明け以降は順次申請期限を迎えますので、1/12ずつ減少するというシミュレーションにしております。

そして見込みの2、緑のラインになりますけれども、こちらはさらに控え目な見込みとなっております。8月をピークとして、9月は横ばいと。9月については、先ほどもご報告のとおり、

8月と同水準あるいはそれ以上となることは確実ですので、横ばいとしています。そして10月から12月までは、今年8カ月間の平均値で推移ということで、この数字については本体資料の11ページの上の表ですけれども、今年1月から8月までの平均値13件で仮に推移するとして、その後、年明け以降は毎月1/12ずつ減少するというシミュレーションになっています。

そして下段ですけれども、今後の補償申請の見込みということで、まず、ピンクのラインですけれども、ピンクのラインの最後というのは8月末で363件を指しています。先ほどの本体資料の12ページの363件を示しております。この363件に上段の上のグラフの月々の補償申請書類の請求件数の見込みを足していっていると。月々の件数を累計したものが、それぞれ青と緑のグラフになっております。

なお、このグラフにつきましては、月々の数字を単純に足し算、積み上げたものですので、グラフの下に注意ということで記載をしております。グラフの一番下ですけれども、注意として以下の要素は加味されていないということで、これまでの実績では、報告件数（補償申請書類の請求件数）のうち、約9%は申請に至っておりません。例えば、書類を請求しても、その後、脳性麻痺の程度が軽度であったということがはっきりするなどして、もうその後申請の意思がないというようなケースが、これまでの実績で約9%程度ございます。

また、先ほどもお伝えしましたがけれども、申請された事案のうち、審査の結果約4%が補償対象外となっているということで、最終的に補償対象者が何人になるかということは、今のような要素がございまして、このグラフの数値から、すでに補償対象が確定している211件は別としまして、一定の割合が落ちるものというふうに考えております。

それでは、本体資料に戻っていただきまして13ページです。

補償申請の促進に関する取組みについてということで、前回の運営委員会以降、新たに取り組んだ内容。あるいは今後予定が決まっている内容については、ここに記載のとおりでございます。時間がございませんので、割愛させていただきます。

また、お配りしています資料6につきましても、これまでの取組みということで、すでにご報告している内容を取りまとめたものでございますので、内容の紹介は割愛させていただきます。



最後です。14ページの(4)補償申請の促進に関する緊急対策会議です。先週9月11に第2回の補償申請の促進に関する緊急対策会議を開催いたしました。

そこでの主なご意見です。五つございます。

一つ目です。新聞を通じて政府広報や広告を実施しているが、若い保護者は新聞を購読していないことも多いため、インターネットなどを活用した周知を行ってはどうか。

二つ目です。各関係団体のホームページに本制度の補償申請に関するページをリンクしてはどうか。

三つ目です。補償申請の促進のためにフリーダイヤルを設置したが、電話だけではなく、保護者の心理的負担がより少ないメールでの問合せを受けられるようにしてはどうか。

障害を持った児のことは、各市町村の発達健診の窓口が最も把握していると思われるので、児と接するそれらの担当者に対する周知が効果的ではないか。

最後の○ですけれども、「分娩に関連して発症した」と、このフレーズを見直さないと、分娩時に何らかの異常がないと補償対象にはならないと、そういった誤解がいつまでも解消されないのではないか。このようなご意見がございました。

その下です。緊急対策会議を踏まえた今後の課題・取組みです。15ページをごらんください。取り急ぎ2点、検討しております。まず、インターネット、スマートフォンを活用した広告の検討。そして二つ目が、メールでの問合せの検討でございます。

最後の○です。なお、対策会議につきましては、2回の会議を重ねまして、促進に向けた取組みについてご意見・施策、一通りいただきましたので、今回をもっていったん終了としまして、今後必要が生じた場合は、改めて開催することといたしました。以上でございます。

○小林委員長 ありがとうございます。今の報告に関しまして質問・ご意見。鈴木委員、どうぞ。

○鈴木委員 気になるのは、平成21年生まれの人たちが本当に申請してくれているのかどうかということで、今出ている統計だと、363件ぐらいが申請予定も含めてということですよ。さっきの表で行くと。そうすると、残りが481を推計値だとすると、118件まだ申請準備もされていない

ということになるわけですが、この数字が本当に妥当性があるのかどうかというのは、例えば平成21年生まれの月別の出生数、これは365日の日別の出生数も人口統計で出ていますので、その人口統計に0.0481%を掛ければ、補償対象率の数が一応推計されると。その件数と月別に見てみて、この月は結構きているのではないかと、この月は落ちているのではないかと。その意味で、平成21年生まれの後半部分が減っていて前半部分が結構来ているということでは余り心配する必要はないと思うんですけれども、そうではなく全体的に481を推計値とした申請率はかなり低いということになるとすると、特に前半部分が118、残りが前半部分に集中しているなんていうことになれば、やっぱり来年期限の5年間を延長しなければいけないというのは本当に緊急の課題になると思いますので、その辺もちょっと事務局で計算してみて、あと3カ月ちょっとしかありませんので、ちょっと切迫性を考えて、期間が過ぎてから後にさかのぼるといのはまたこれいろいろな問題が出てきちゃいますので、やっぱり12月31日までの間に延長するのかどうかということを決めないといけないと思いますので、その辺も計算していただければと思います。

○小林委員長 ありがとうございます。取組みは功を奏しているようですけれども、期限もあることですので、より細かい分析と対策をお願いします。勝村委員、どうぞ。

○勝村委員 14ページの緊急対策会議から出ている主な意見がすべて大事な意見で、インターネットとかメールということに反映させていただくということもよいことだと思っているんですが、特に14ページの主な意見の一番下、そのフレーズを見直す必要みたいなことの見解に関しては、本当にきちんと議論する必要があると思うので、主な意見で終わらせてしまわずに、検討する時間とかをまた持ってほしいなと思うということが一つです。もう一つ、電話での問い合わせが始まっているわけですが、前もちょっとお尋ねしたかと思うんですけど、医療機関の側が対象ではないと判断しているということで、申請をなかなかしてくれないんだけど、保護者としては一度申請はしてみたいというような問い合わせはどれぐらいかかってきていて、それがどんな経緯になっているかというのは、もしわかれば教えていただきたいんですけれども。

○小林委員長 最後の質問のほうは、いかがですか。すぐにわかりますか。

○事務局 具体的な件数は今すぐにはわからないんですけれども、今、勝村委員がおっしゃるよう

な形で保護者がコールセンター、あるいはこちらの組織に電話をしてきて、医師からは申請できないと言われましたというものについて、我々のほうで確認した結果、実は、それは医師の誤解であったということで、誤解が解けて申請に至っているというケースは実際にございます。

すみません、その件数については、今ちょっとすぐには出てこないです。

○小林委員長 どうでしょうか。それは集計を取ってもらいますか。

○勝村委員 そういう問題は、保護者にとって非常にしんどいことだと思うんですね。なので、やっぱりそういうケースがなくなっていくための策は、単に広報するだけではだめなので、だから、この今言ったフレーズを見直す話とか、そういうところまでやっぱり入り込んでいくことをしていくべきなんじゃないかと思imasるので、とにかく保護者から電話がかかってくるから、医師や、医療機関側がそう言っている、一応保護者から電話がかかってくるから、そういう対応をさせていただいているということが一番大きな解決策だとは思っているんですけども、なかなかそれに至らない場合もあると思imas。対象じゃないですよと説明を受けてしまうと、なかなか電話をしてみるということにも思い至らないこともあると思imasるので、フレーズを見直す議論とか、そういうことがどれだけ件数があるからという問題意識というのは、ちょっと持つておいていただけたらというふうに思imas。

○小林委員長 運営委員会の最後のほうに短く時間を設けて、この申請の状況というのを報告してもらおうと、毎回報告してもらおうということにしたいと思imas。

ほかはよろしいでしょうか。ありがとうございました。

それでは、以上で本日の議事は終了したいと思imas。事務局のほうから何か連絡事項がありましたらお願いいたします。

## 7) その他

○事務局 2点ございます。本日ご議論いただきました補償対象となる脳性麻痺の基準等の見直しについてですが、もし追加のご意見等がございます場合は、次回の議論に向けての準備の関係もございますので、遅くとも来週9月27日（金）までに事務局までご連絡をいただきたいと思imas。

ますので、どうぞよろしくお願ひします。医学的根拠も必要ということですので、それもお踏まえただければと思ひます。

また、次回、第25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、よろしくお願ひ申し上げます。以上です。

### 3. 閉会

○小林委員長 それでは、これをもちまして第24回産科医療補償制度運営委員会を終了いたします。どうも皆様、ありがとうございました。