

## 第37回「産科医療補償制度運営委員会」会議録

日時：平成29年7月3日（金）16時00分～17時35分

場所：日本医療機能評価機構 9階ホール

公益財団法人日本医療機能評価機構

○事務局 お待たせいたしました。委員会を開始いたします前に、資料のご確認をお願い申し上げます。皆様のお手元左側資料の一番上に、第37回運営委員会委員出欠一覧がございます。次に、第37回産科医療補償制度運営委員会次第と議事資料がホチキス止めでございます。次に、皆様の右手に資料一覧と各種資料がございまして、資料一覧の下から順番に資料1、2、3、4、5、6、7、8、そして参考資料1でございます。それぞれご確認をお願いいたします。資料の落丁等ございませんでしょうか。なお、傍聴席に配布しております資料につきましてはカラー印刷ではございませんが、よろしく願いをいたします。

それでは、只今から第37回産科医療補償制度運営委員会を開催いたします。本日の委員の皆様の出欠状況につきましては、お手元の出欠一覧の通りでございます。さて、会に先立ちまして、本年2月の運営委員会後に、岡本委員と福井委員がご退任されまして、新たにお二人の方に委員にご就任いただきましたので、ご紹介申し上げます。初めに、岡本委員の後任で、公益社団法人日本助産師会会長の山本詩子委員でいらっしゃいます。

○山本委員 宜しく願いいたします。

○事務局 続きまして、福井委員の後任で公益社団法人日本看護協会常任理事の吉川久美子委員でいらっしゃいます。

○吉川委員 宜しく願いいたします。

○事務局 ありがとうございます。委員のご就任につきましては以上でございます。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 本日はお忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。前回の運営委員会から5ヶ月ぶりの運営委員会ということになりますが、本日もよろしくご審議をお願いいたします。

本日は次第にありますとおりの議事を予定しています。1) 第36回運営委員会の主な意見について、2) 制度加入状況等について、3) 審査および補償の実施状況等について、4) 原因分析の実施状況等について、5) 再発防止の実施状況等について、6) 制度の収支状況について、7) その他、でございます。以上、本制度の運営状況の報告が議事を中心となっておりますが、委員の皆様方から本制度に関する取組み、各団体等の取組み等ありましたら適宜ご発言もお願いいたします。それではどうぞよろしく願いいたします。議事に入りたいと思います。最初に、1) から3) までの議事をまとめて事務局のほうから報告してもらいたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。

○後理事 はい。それでは資料の本体をご用意いただきまして、これがA4の横型の資料

になっております。それから、お手元の資料1から4まで使用いたしますので、適宜ご準備ください。それでは資料の本体をめくっていただきまして、1ページ目です。1ページ目から10ページ目までを一度にご説明させていただきます。

まず1ページ目ですが、1)第36回運営委員会の主な意見等についてです。左側の縦の列の一つ目ですが、補償対象となるかどうかの判断が難しい事案の児の保護者への周知についてご意見がありまして、同じ横の行ですが、主な意見としては、○にありますように、分娩後の母子同室時に突然の呼吸停止が発症し、脳性麻痺となった事例でも分娩との関連を否定できない場合は、補償対象となり得る。このように、補償対象となるかどうかの判断が難しい事案について、診断医等だけではなく児の保護者に対してもしっかりと周知して欲しいというご意見がありました。同様に下の行2行目ですが、原因分析報告書の「別紙」対応について、主な意見の一つ目の○ですが、「別紙」対応における指摘が甘いと現場の意識が低下し、同様の事例が繰り返される等のおそれがあることから、3例目、これが2度目の「別紙」対応に相当します。3例目が出ないように引き続き取り組んで欲しいとのことでした。二つ目の○ですが、分娩機関から報告される「別紙」対応に関する改善策について、不十分なものがあれば、厳しく対応して欲しいと。その下の行ですが、医療現場で用いる研修会等のツールについてのご意見です。横の一つ目の○ですが、「再発防止委員会からの提言」の利用に関して、できればCD-ROMなど電子媒体で提供して欲しいとのことでした。次の○ですが、CD-ROMなどで提言を配布し、「研修会ではこれを使いなさい」と伝えたほうが、全国で同じレベルのことができ、役に立つのではないかとのことでした。最後の行ですが、児の看護・介護の状況について、これは前回の資料の中で、児の看護・介護の状況に関するデータを提出しております。例えば、9割が在宅で療養・療育されているというデータをお示ししました。主な意見について一つ目の○ですが、非常に貴重なデータであり、児を受け入れる施設の有無や体制等の実態、児が通っている学校、児の重症度に関する詳細、地域間の格差等も見られると良いとのことでした。次ですが、児のケアの状況を把握し、補償金の額は十分なのかについても調査して欲しいとのことでした。最後ですが、審査委員会や診断医にもこのデータをフィードバックして欲しい、というご意見がありました。

次に2ページにまいります。2)制度加入状況等についてであります。(1)制度加入状況です。その下の四角の囲みですが、制度加入率は99.9%、未加入分娩機関の3機関に対しては、引き続き日本産婦人科医会と連携して働きかけていくということで、その下の四角に病院・診療所・助産所別の施設数・加入数・加入率が示されております。大体これまで2年

間同じ傾向にあるという状況で、診療所が残り3つという状況です。次に(2)妊産婦情報登録状況です。その下の○ですが、本制度は、加入分娩機関において、分娩予定の妊産婦情報をあらかじめ専用ウェブシステムに登録し、分娩が終了後、妊産婦情報を分娩済等へ更新し、分娩数に応じた掛金を支払う仕組みになっております。「更新未済件数」は下の表の②にあたりますが、未済は0件となっております、妊産婦情報の更新が遅滞なく行われております。その下には、①のところが「分娩済」、これは掛金対象になる件数です、次の②が「更新未済件数」、そして③が転院等で掛金対象外となった件数です。転院のほかに、「22週未満の胎児死亡」ですとか「不明」のケースですとか、そういうものが含まれます。

続いて3ページをお願いいたします。(3)廃止時等預かり金です。下の囲みですが、廃止時等預かり金は、分娩機関の廃止、破産等の事由により、未収掛金の回収が困難であると合理的に判断された場合に限り未収掛金に充当できるものとし、分娩機関から1分娩あたり100円を徴収してきました。次の○ですが、第27回運営委員会、平成25年11月13日開催において、廃止時等預かり金については、当分の間、これまでに累積した廃止時等預かり金で賄うことが可能とされたため、平成27年1月分より徴収を取り止めております。下の○ですが、平成29年5月末現在、制度創設以降の廃止時等預かり金の充当額は約3,100万円となっております。残高はまだ6億300万円ほどあります。その下の表は、充当の対象となった分娩機関数が11、そして充当額が今申しました3,100万円であるということを示しております。

続きまして、4ページの3)審査および補償の実施状況等についてです。(1)審査の実施状況、ア)審査委員会の開催と審査結果の状況ですが、下の○にあります、平成29年5月末現在、2,687件の審査を実施し、2,026件を補償対象と認定しております。ちょうど75%ぐらいになります。次の○ですが、平成23年出生児の審査は平成29年3月で終了し、補償対象件数は355件となりました。補償対象件数は、下の大きな表の縦の列の左から三つ目にございます。これまでに平成21年から平成23年まで確定しており、順次419、382、355件となっております。それから、「補償対象外」はその右3つの列にありますけれども、合計で658ありまして、この内訳については後ほどご紹介いたします。また、平成24年の出生児につきましては現在審査中ですが、その状況も後ほどご説明いたします。

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、ただいま言及いたしました平成24年出生児の状況です。本年1月より順次、補償申請期限を迎えております。二つ目の○で、申請準備中となっている事案に関しては、分娩機関や補償請求者への状況確認を継続して実施し、申請書類の準備状況の確認、申請期限の注意喚起等を行うことにより、期限内

の漏れのない申請に向けた支援に取り組んでおります。その下の四角ですが、補償対象者数が現在327件、これが済んだ部分です。次、審査中の件数がまだ50件ございます。また、申請準備中の件数も44件あるという状況です。前年の同時期の件数に比べますと少し多くなっているという状況です。

続きまして、6ページをお願いいたします。イ) 補償対象外事案の状況です。先ほど申しました658例の内訳でございます。一番左側の列ですが、補償対象外となる区分と、補償対象外ですが再申請可能で時期尚早だったというようなものと、大きく二つに分かれます。まず補償対象外の内容ですが、縦の列の左から二つ目の内容のところですが、まずは、児の先天性要因または児の新生児期の要因によって発生した脳性麻痺の事案があります。その件数は右に移動しまして、133件となっております。また右に移動しまして、代表的な具体例は、両側広範な脳奇形や染色体異常、遺伝子異常、先天異常などがございます。同様に、下の行に移りまして、在胎週数28週以上の個別審査において補償対象基準を満たさない事案が、最も多くて297件ございます。代表的な具体例としては、臍帯動脈血pHが7.1以上で、胎児心拍数モニターも所定の状態を満たさないものが挙げられます。次の行ですが、重症度の基準を満たさない事案が71件ありまして、これは実用的歩行が可能という軽症の事例があります。そして、その下がその他で、本制度の定める脳性麻痺の定義に合致しない、脳性麻痺ではないというような事例が補償対象外になっております。そして二つ目の区分の、補償対象外ですが再申請可能なものでありますが、これは先ほど申しましたように、内容のところに記載がありますが、現時点では将来の障害程度の予測が難しく、補償対象と判断できないものの、適切な時期に再度診断が行われること等により、将来補償対象と認定できる可能性がある事案が61件ございました。具体例も同じようなことが書いてあります。合計658件が補償対象外となっているというものです。

続きまして、7ページをお願いいたします。ウ) 異議審査委員会の開催と審査結果の状況でございます。下の○ですが、第36回運営委員会、これが前回の運営委員会になります。前回以降、本年5月末までに異議審査委員会は3回開催し、異議審査委員会で審査した13件全てが、審査委員会の結論と同様「補償対象外」と判断されております。その下の表の中の括弧内の数字が、前回の運営委員会以降の数字になっておりまして、括弧がついていない数字が、これまでの累計になっております。特に縦の列の一番左側の補償対象外が、これが審査委員会での結論ですが、累計で105件ありまして、そこから右に一つ列を移っていただきますと、そのうち「補償対象」と異議審査委員会で判断された、つまり、結論が変わったとい

う事例が3件あるという状況です。

続きまして、8ページをお願いいたします。(2) 補償申請促進に関する取組み状況です。下の一つ目の○ですが、平成29年、つまり本年は、平成24年出生児が補償申請期限の満5歳のお誕生日を迎えております。また、平成25年出生児についても来年1月から順次補償申請期限を迎えます。約25の関係学会・団体等の協力のもと、引き続き補償申請の促進に取り組んでおります。二つ目の○ですが、運営組織では円滑な補償申請に資するよう、必要に応じて保護者と分娩機関の間の仲介等も含めた補償申請の支援を継続的に行なっております。その下に主な取組みとありますが、産科医療補償制度ニュース第4号を発刊しております。第4号はお手元の資料2になります。これは産科医療補償制度のニュースでございまして、それをめくっていただきますと、特に今回は、再発防止委員会からの提言に対する取組みの状況等についてのアンケートを掲載しております。3ページはそのアンケートの結果になっております。このようなニュースを加入分娩機関、関係学会・団体、入所・通所施設、行政機関等に広く配布しておりますし、ホームページにも掲載しております。私、資料1のご説明を忘れましたが、資料1は先ほどの本体資料4ページの内容とほとんど一緒で、個別審査、一般審査の区別がさらに盛り込まれているだけでございます。8ページは以上で終わります。

続きまして、9ページをお願いいたします。9ページですが、さらに主な取組みが続きますが、「産科医療補償制度 補償対象に関する参考事例集」を、これは作っていたのですが改訂をしております。同じ表の右側の内容ですが、一つ目の○で、補償対象となるかどうか判断に迷う事例については、補償申請を行うよう周知をしていることから、その一助となるよう「参考事例集」を作成しております。この冊子については、分娩機関、診断協力医へ配布するとともにホームページにも掲載しておりますので、児の保護者も含め幅広く周知を行なっております。前回の運営委員会のご意見で、判断に迷う事例は児の保護者についても情報提供をというご意見もございましたので、このように対応しております。次の○ですが、本年6月にこの「参考事例集」を改訂いたしまして、またホームページに掲載しております。本冊子を今後、分娩機関、診断協力医等へ配布し、補償対象となる脳性麻痺の基準の理解が深まるよう周知に取り組むこととしております。この「参考事例集」の改訂したものが、資料3になります。全体で20ページありますが、前回は16ページぐらいでしたので、4ページ分ぐらい増えております。例えば、8ページと9ページあたりに、「除外基準の先天性要因について」というページがあります。事例の番号の横に、赤い文字で「NEW」と書いてあ

りますが、こういった事例が改訂によって新しく盛り込まれております。対象になる事例も、あるいはならない事例も、バランスよく盛り込んで改訂をしております。またお時間のあるときに、全体をご覧いただければと思います。以上、資料3「参考事例集」の改訂の内容です。そして資料本体に戻っていただきまして、次の行ですが、市区町村のホームページへの制度周知文書の掲載をお願いしております。その内容ですが、全国47都道府県全てのホームページにおいて、制度周知文書が掲載されております。そこで、市区町村のホームページへの制度周知文書の掲載の依頼を引き続き行なっております。市区町村は多いですので、政令指定都市や中核市、これらが20箇所とか40箇所あり、このほかに23の特別区、そういったところから優先的に依頼を行なっております。そして、学術集会等における周知チラシ等の配布です。内容のところにございますように、助産関係でありますとか、産婦人科あるいは小児科、小児神経リハビリ関係の学会等で、補償申請の促進に関する資料を専用ブースでありますとか、フリーテイクコーナーに置きまして、配布をしております。これらの内容をまとめましたものが、お手元の資料4になります。1ページ目は、産科医療関係者、主に産科医療関係者の団体です。印刷物の配布が中心となっております。2ページを見ていただきますと、その上半分ぐらいが、脳性麻痺児にかかわる機会が多い医療関係者として小児神経科の先生方が集まるような学会・団体等です。そして約下半分が、脳性麻痺児にかかわる機会が多い、施設の関係者の方がご参加される団体や協議会で、例えば全国肢体不自由児施設運営協議会などがございます。そして、次のページですが、3ページの下半分が行政機関となっております。そして、最終ページの最後の2行のところ、これはウィメンズパークと申します、前回の運営委員会でご紹介しましたベネッセコーポレーションが運営する妊娠出産育児の関係のサイトですが、そこにバナー広告を行ったり、インターネットリスティング広告を行なって、制度についてインターネット上で、一番上に表示されるようにするというを行なっております。

それでは資料本体に戻っていただきまして、最後10ページをお願いいたします。(3) 補償金の支払いに係る対応状況です。一つ目の○ですが、第36回運営委員会以降、5月末までに準備一時金、これが3,000万円中の最初の一時金600万円に相当します。準備一時金が支払われた124件については、いずれも約款に規定している期限内に支払いが行われており、この期限内と申しますのは、下の点線の四角にありますけれども、全ての書類を受領して、原則60日以内とされております。この60日以内に支払いが行われており、迅速な補償を行なっております。その下の○ですが、同様に平成29年5月末までに補償分割金、これが毎年支払

われる120万円、20回になりますが、この分割金が支払われた567件についても、約款に規定している支払期限内に支払いが行われております。これは、点線の四角にありますように、誕生月の1日と全ての書類を受領した日のいずれか遅い日から原則60日以内となっております。また、この通りに支払いが行われており、迅速な補償を行なっているという状況が継続しております。そして最後、(4) 診断協力医の登録状況ですが、前回の会議以降、年度が変わり、少し人数が変わりまして、本年5月末現在では495名の登録をいただいております。この数は、前回は500名を少し超えておりましたので、若干減少しております。ただ、新しく登録された方もいらっしゃいます。内訳は、小児神経専門医284名、15条指定医、これは身体障害者福祉法の15条に定める都道府県知事の定める医師という意味であります。15条指定医310名、小児神経専門医及び15条指定医の両方の資格を有する医師が99名となって、合計495名となっております。ここで一旦区切らせていただきます。

○小林委員長 はい、報告ありがとうございました。それでは議事の1から3、本体資料で言いますと、1ページから10ページまでのところの報告に関しまして、何かご質問ご意見等ありましたらお願いします。

私から一つ質問ですが、資料の4ページの審査の実施状況で、平成27年、平成28年の出生児に関して異議申請等はありませんでしたでしょうか。先ほど異議申請がその後の資料で出てきて、13件あったということですが、この13件の中に新しい基準の児が入っているかどうか分かりますでしょうか。

○事務局 今ご質問の件についてお答え申し上げます。平成27年出生児、平成28年出生児の異議審査の申し出はございません。

○小林委員長 はい、ありがとうございました。他にいかがでしょうか。よろしいでしょうか。それでは議事のほうを進めて、また質問がありましたら遡ってでも結構ですので、次の議事に進みたいと思います。4) 原因分析の実施状況等について、5) 再発防止の実施状況等についての説明を事務局からお願いします。

○鈴木理事 はい。それでは11ページからでございます。4) 原因分析の実施状況等についてご説明をいたします。初めに、(1) 原因分析の実施状況の、ア) 原因分析委員会の開催状況および報告書作成状況についてでございます。制度発足以来、本年5月末までに累計1,430件の原因分析報告書が承認されております。原因分析委員会についてですが、前回、本年2月1日の運営委員会以降、2月末と6月の2回開催されております。原因分析委員会での主な審議報告の内容については、ご覧の表に記載の通りでございます。



次に、12ページをご覧ください。イ) 原因分析報告書作成の迅速化・効率化に向けた取り組み状況について説明いたします。原因分析報告書につきましては、補償対象件数の増加に伴って作成件数が増加したことにより、作成・送付までに時間を要しておりますため、報告書の質および均質性を維持した上で、報告書作成の迅速化を図るべく取り組みを行なっております。具体的な取り組み内容は、前回の運営委員会でもご報告しておりますけれども、一つ目の○に記載の通り、昨年1月から、原因分析委員会及び原因分析委員会部会における原因分析報告書の審議体制を変更し、また、昨年4月からは第7部会の審議を開始しております。毎月、7つの部会で各部会6事案を審議作成する体制を整えました。さらに、原因分析を行う際のベースとなる「事例の概要」について、作成作業の効率化を進めて参りました。二つ目三つ目の○ですが、これらの取り組みにより、審査結果通知の発出から事例の概要作成までの平均日数については、平成27年の276日から平成28年の178日に短縮されたことを前回の運営委員会でご報告しておりますが、直近の平成28年6月から平成29年5月までの1年間では105日とさらに短くなっております。また、原因分析報告書を毎月42件、1年間で504件作成できる体制を整えたことにより、今後2年程度で、報告書の作成期間を概ね1年にできる見込みでございます。今後も、原因分析報告書の発送までの期間を短縮できるように、これらの取り組みを継続的に進めて参ります。

続きまして13ページをお開きください。(2) 原因分析報告書「別紙(要望書)」対応の状況についてです。原因分析の「別紙(要望書)」対応につきましては、引き続きしっかり取り組んで欲しいとのご意見を前回の運営委員会にていただいておりますので、今回、「別紙」対応の状況について少し詳しくご報告をいたします。四角枠内の一つ目の○ですが、同一分娩機関における複数事案目の原因分析を行った結果、これまでの原因分析報告書で指摘した事項等についてほとんど改善が見られない、もしくは同じような事例の発生が繰り返されるおそれがあると原因分析委員会が判断した場合は、複数事案目であることを指摘するとともに、より一層の改善を求める内容の「別紙」を作成し、原因分析報告書に添付して、該当の分娩機関に送付しております。さらに、「別紙」送付から6ヶ月後を目途に、指摘事項に対する改善の取り組みについて該当の分娩機関より報告を求め、原因分析委員会において対応状況の確認を行なっております。二つ目の○ですが、制度開始以来、本年の5月末までに33の分娩機関に対して「別紙」対応を実施しております。なお、一度「別紙」対応を行った分娩機関に対して、二度目の「別紙」対応を行ったことはこれまでございません。左下の横棒のグラフですが、「別紙」において、分娩機関に対してどのような項目について改善要望

を行ってきたかを集計し、お示ししております。一つの分娩機関に対して、複数の改善要望を行うこともありますので、合計が33を超えております。グラフに記載の通り、「胎児心拍数陣痛図の判読と対応について」が17件と最も多く、「新生児蘇生と新生児管理」、「分娩監視方法」がそれに次いで7件ずつとなっております。また、グラフ右横の四角枠内がございますが、「別紙」送付後に該当の分娩機関から報告された改善取組みの主なものをご参考までに記載しております。

次に、原因分析に関する最後の項目ですが、14ページ、(3)原因分析報告書の公表・開示の状況に関しまして2点ご報告申し上げます。原因分析報告書の「要約版」でございますが、本制度が公的性格を有していることから、透明性の確保を目的として、本制度のホームページに掲載し公表しています。本年5月末現在、1,470例がホームページに掲載されております。次に、原因分析報告書の「全文版（マスキング版）」でございますが、平成27年11月より、「人を対象とする医学的研究に関する倫理指針」を踏まえて策定した新たな開示方法のもとでの利用申請を受付けておりますが、本年5月末時点で6件の利用申請があり、延べ409事例の「全文版（マスキング版）」を利用申請者に対し開示しております。なお、原因分析報告書の「要約版」および「全文版（マスキング版）」がどのようなものかにつきましては、四角枠の下にございます、※1、※2をご参照いただきたいと思います。以上が原因分析に関するパートのご説明でございます。

次に、5)再発防止の実施状況についてですが、15ページをお開きください。併せて、本日お配りしております資料5「第7回 再発防止に関する報告書」をご覧ください。併せて、本日お配りしております資料5「第7回 再発防止に関する報告書」をご覧ください。まず、一つ目と二つ目の○でございますが、本年3月に「第7回 再発防止に関する報告書」を公表し、本制度加入分娩機関及び関係学会・団体、行政機関等に送付いたしました。本制度のホームページにも掲載しております。三つ目の○ですが、報告書の公表後、評価機構からは報告書に記載されている「学会・職能団体に対する要望」について検討を依頼する旨の文書を関係団体にお送りいたしました。また、厚生労働省からは公表についての通知が出されております。これら文書の内容につきましては資料6、資料7をご覧ください。続きまして、(2)「第8回 再発防止に関する報告書」の検討状況でございます。一つ目の○ですが、本年4月より「第8回 再発防止に関する報告書」の取りまとめに向けて審議を行っております。来年3月頃を目途に公表する予定です。二つ目の○、本年12月末までに、本制度がスタートした平成21年出生児の原因分析報告書がすべて公表となる見通しであることから、平成21年出生児の取りまとめについて検討してまいります。なお、第8回の

報告書では、約1,600事例の原因分析報告書の情報をもとに、「胎児心拍数陣痛図の判読について」、「遷延分娩について」の分析を行い、「産科医療の質の向上への取組みの動向」についても取り上げることとしております。

続いて16ページをご覧ください。(3) 再発防止ワーキンググループの取組み状況です。四角内、一つ目、二つ目の○ですが、第36回運営委員会以降、再発防止ワーキンググループを1回開催しており、本制度の補償対象となった事例と日本産科婦人科学会周産期登録データベースとの比較研究を行なっています。また、昨年度は新たに産科学的視点より専門的な分析を行い、論文として取りまとめましたので、論文が掲載されましたら公表する予定でございます。(4) 再発防止および産科医療の質の向上に関する取組み状況です。ア) 学術集会における、「再発防止に関する報告書」等を活用した講演の状況については、本年3月に開催されました日本助産学会学術集会、4月に開催されました日本産科婦人科学会学術講演会において取り上げられました。

続いて17ページをお開きください。イ) 「産婦人科診療ガイドライン 産科編2017」における活用でございます。平成29年4月に発行された「産婦人科診療ガイドライン2017」において、「再発防止に関する報告書」について高い評価をいただいておりますのでご報告いたします。一つ目、二つ目の○ですけれども、平成29年4月に改訂された「産婦人科診療ガイドライン 産科編2017」において、「再発防止に関する報告書」が症例の蓄積を基にした委員会の報告書であり、我が国の脳性麻痺発症の要因を分析している貴重な資料として位置付けられています。また、ガイドラインと産科医療補償制度を車の両輪として産科医療が発展していくことが期待されると、記載されてございます。なお、「産婦人科診療ガイドライン 産科編2017」で新たに取り上げられている「再発防止に関する報告書」の内容につきましては、ご覧の表に示す通りです。また、資料8として「産婦人科診療ガイドライン 産科編2017」の巻頭言の内容をお付けしておりますので、後ほど、ご覧をいただきたいと思えます。今後も引き続き、本制度における再発防止の取組みが産科医療の質の向上に繋がるように取り組んで参りたいと考えております。

次に18ページをご覧ください。ウ) 再発防止に関する報告書の活用です。前回の委員会で「再発防止委員会からの提言」等について、研修会等ですぐにご利用できるように、ツールを提供して欲しいとのご意見を頂戴いたしました。この度、「再発防止に関する報告書」について、研修会等の資料作成に活用ができますように、パワーポイント版を本制度ホームページに掲載いたしました。学術集会や研修会において案内チラシを配布し、活用に向けての周

知を図っているところでございます。以上です。

○小林委員長 はい、ありがとうございました。4) 原因分析の実施状況等について、それから5) 再発防止の実施状況等について、前回の運営委員会での指摘への対応も含めてご報告いただきました。本体資料で言いますと11ページから18ページになりますが、この中で何かご質問ご意見等ありましたらお願いいたします。栃木委員どうぞ。

○栃木委員 栃木でございます。前回の委員会で取り上げていただきましてありがとうございました。今回の再発防止委員会からの提言の中に重要な部分が入っておりますので、どのように理解したら良いかということで審議を諮りたいと思います。「新生児蘇生法講習会修了認定を受けた」ということが、文言が入っております。これをどのような形で徹底していくかということが問題です。私どもでは本年8月に開催します、新生児蘇生法NCP R 専門コースにて取り上げており、その中で必ず再発防止委員会の提言を、私自身が講演しております。これは先ほど来報告されましたように、パワーポイントができたということで、これを活用させていただくということは非常に便利かつ有効だと思っております。ただ、「NCP Rの講習会を受け、認定を受けた者が望ましい」という提言を出していただきましたが、今後、再発防止委員会から日本周産期・新生児医学会に提言を出していくのか、それともどのような形でこのお言葉を理解していけば良いのかということをお聞きしたいと思います。

○小林委員長 はい、ありがとうございました。ではまず事務局、それから池ノ上委員、どちらからでも。

○池ノ上委員 では私の方から。再発防止委員会の委員長を務めております池ノ上でございます。今、栃木委員からご指摘いただきました新生児蘇生法、これは日本周産期・新生児医学会が中心となって、全国の分娩を取り扱う機関、あるいはそれに関係する人々には、須らく新生児蘇生法の基本的な知識と技術を習得していただきたいというのがこのNCP Rの最初の基本的な考え方でございます。ですから、これを医師にあるいは助産師・看護師を中心とし、その施設の様々な立場の、必ずしも産科・新生児等でない他科の医療関係者についても、積極的に広げていこうと行なっている、NCP Rのプロジェクトだというふうに考えております。幸いに、再発防止委員会の委員の中に、埼玉医科大学さいたま医療センターの田村委員がおいでになりまして、この田村委員がNCP Rの普及委員会の委員長をお務めであります。ですから、再発防止委員会で議論をしている内容が、田村委員長を介して、NCP Rを広げていく、日本中に広げていくという、そういうプリンシプルは

非常によく伝わっているのではないかと思います。具体的には、N C P Rの講習を受けた方の数が増えていく、それから実際の事案に関して行われた新生児蘇生のフローチャート、様々な手技のフローチャートがございますが、そういったものに沿って行われるような努力を、全国の分娩関係施設の皆さんにやっていただきたいという趣旨で、この再発防止委員会の報告に提言させていただきました。私の方からは以上です。

○栃木委員 池ノ上委員の趣旨は、よく分かりました。これは非常に良い提言だと思っております。確かに、私も認定カードを持っておりますので、認定カードを受けた人間が分娩に携わるということが、おそらく、お子さんたちの脳性麻痺の発症にかなり影響してくるだろうと常々思っておりましたので、再発防止委員会の提言は非常に参考になりますし、また日本中で利用する価値が出てくると思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

○池ノ上委員 どうもありがとうございます。

○小林委員長 はい、どうもありがとうございました。「第7回 再発防止に関する報告書」の170ページにも、講習会の回数が非常に増えている、あるいは受講者が増えているというデータは載っていますので、またご参考にしていただければと思います。他にいかがでしょう。はい、勝村委員どうぞ。

○勝村委員 「別紙」対応について、非常に大事なことでご努力いただいていることに感謝しておりますが、やはり気になっておまして、一番この制度の大事なところかなと思っております。「別紙」対応ですが、医学的評価を原因分析委員会でしていただいている中で、例えば「一般的でない」とか、「基準から逸脱している」とかそのような評価をしていた上で、そのようなものが続いた場合に、「別紙」で対応していただいているという理解をしています。医学的評価のうち、どのような文言である場合にそれが該当するというようなルール等になっているのか、簡単にご説明いただけるようであれば教えていただければと思います。

○小林委員長 はい、それでは岡井委員からお願いします。

○岡井委員長代理 はい、お答えいたします。過去の症例と、今度出てきた症例と比較をしないといけないのですが、全部見ることは大変なので、先ほど言われた医学的評価の項目を、前の事例ではどうだったかということと比較して、同じような事柄について低い評価であれば、それに対して「別紙」対応をするということをやっているのですが、どこからがその対応になるかというと、今言われた「一般的でない」、「基準を逸脱している」以下です。

以下と言うと、「劣っている」とか「誤っている」とかそういうのもありますが、ある事柄について、そういう評価の事例が過去にあって、今度新しく事例が出てきた、そのときに「別紙」対応するというやり方でやっています。

○小林委員長　　はい、勝村委員どうぞ。

○勝村委員　　非常にご努力いただいていることで、今後も続けてお願いをしたいと思えますし、今回も3例目が出て来なかったということで、ほっとしているわけですが、一つ一つの被害というか事故の深刻さを想像することが非常に多い私の立場からすると、本当に一つでも止められたらと思っているわけです。前もちょっとお聞きしたのですが、「別紙」対応をして、それに対する回答も取っていただいている、それをきちんと見ていただいているということで、それを見たときに、さらにその医療機関のためにもというか、今後の再発防止のために、さらに注意喚起しておく必要があると思えるような医療機関からの報告というのは無いのでしょうか。もしあれば、そこはまたルールを超えて、本当に様々な形で対応していただきたいなと思うのが一点と、ちょっと無理をお願いするようではありますが、こういう対応をまめにしているのであれば、もし、ある一定以下の評価であれば、1例目の段階で「別紙」対応のように何らかの報告をしてもらうというような形を取っていくということが可能であればより良いのかなと思います。それをやり出すとなかなか数が多いということで、どのあたりでやるかというバランスの問題もあると思うのですが、さらにこの取組みを維持強化していただけたらなと思うのですが、いかがでしょうか。

○小林委員長　　これも、では岡井委員お願いします。

○岡井委員長代理　　一点目の、対応すべき事柄に対して「このような対応をしています」というご返事は、半年を目途にいただいているのですが、書かれている内容をその病院で実際にやっているかどうかを調べるというところまではやっていませんが、文章を読ませていただいた限り、今までに、「これでは不十分だからもう少し」という印象を持ったものは無いです。こちらが「このようにして欲しい」と思うようなことは一応文書には書いているので、それ以上のことはしていません。それから二点目の、「1例目の段階で」というのは、原因分析報告書の中に医学的評価で、ここは「一般的でない」、これは「基準を逸脱している」とか「医学的妥当性がない」とか、問題のある箇所は書かれていますので、それを読んでいただくということで、そこを注意されているのだと意識してもらうことになると思いますので、最初から「ここは改善してください」という話になっているし、さらに、「今後の産科医療向上のために検討すべき事項」というところに重要なことはまた書き出して、

低い評価が出た項目について、重要であればさらに「今後こういう点に気をつけてください」というのは追加で書いていますから、原因分析報告書を読んでいただければ、勝村先生が言われた趣旨は通じているのではないかと思います。

○小林委員長　はい、どうぞ、続けて勝村委員。

○勝村委員　1例目の時に一定の評価以下であれば、もちろん原因分析報告書を読んでいただいているのですが、それに対して「こういうふうに変更をしました」という報告を上げてもらうということを1例目の段階でしておいてもらえたら、原因分析報告書の提言なり何なりを読んでいただいた上に、それを踏まえて改善をやっていただいたということ、より2例目の防止の確率が上がるのではないかと。そのお手間とか様々あると思いますが、2例目でやってもらっていることの内のいくつかは、指摘された点に関してはこのように改善しているみたいな文章を、1例目の段階でやってもらってというようなこともご検討いただけたらと思うのですが、現実的な範囲でお願いできればと思います。

○岡井委員長代理　今まであまり検討したことは無いですが、その点に関しましては、最初の段階で、医療の経過や医療行為など、様々なところに評価が加わっておりまして、はっきり言うと、悪い評価がひとつもない100点満点のものはないですよ、医療現場では。医学的評価で「一般的でない」程度の表現が入っていることが多いので、あまりやりすぎると、報告をする制度ができた、だから自分たちのやった医療そのものを第三者機関に評価されるという、それだけでも相当ストレスに感じる医療提供者側の人もいるわけで、この制度を嫌がるというか、「なるべくカルテを提出したくないな」とかそういう方向に行くといけないと思っています。今のところ、現場の産婦人科の先生方はこの制度を評価してくれて、喜んでカルテを提出しますという人が多いような状況になっていますけど、あまりやりすぎると逆の方向に行ってしまう恐れがあると私は思います。だから、2例目であれば、さすがにもう一回改めて注意を喚起するという必要かと思いますが、最初の段階で現状以上にやるというのは、今のところ考えてないです。

○小林委員長　勝村委員のご指摘はわかりますので、事務局でレベル感をいくつかに分けていましたよね、その集計をまずしていただいて。低い評価がどのくらい件数があるのか等データがないと、原因分析委員会で議論もおそらくできないでしょうから。その辺りの準備は可能ですかね。

○事務局　原因分析報告書における医学的評価のレベルで分類をして、特に低いレベルの件数が何件かというデータは、次回に向けて準備をしたいと思います。

○小林委員長　原因分析委員会の資料として出していただいて、原因分析委員会でまず議論をしていただければと思いますが、よろしいですか。まずはそういうところから。

○岡井委員長代理　　どういことが問題なのか、ということは再発防止委員会でやっているわけです。テーマを取り上げて、各会、産婦人科の現場の先生方に周知していると。そこまでやっています。この制度は、もちろん医療の質の向上というのがありますけれども、やっぱり現場でやっている先生方が支持してくれて、もちろん患者さん側もそうですけども、支持してくれて「みんなでやっぺいこう」という機運がとても大事だと思います。あんまり厳しくやりすぎると、それに対する異論が出てきて、制度そのものがぎくしゃくしてくるというのが私は心配で、今ぐらいが良いのではないかなと思っています。甘過ぎてももちろんだめだと思いますけれど、厳し過ぎてもこういうのはダメで、医療提供者側は、自分たちでやった医療を評価されるというだけでもものすごく嫌がっていて、産科のこの領域だけ、本当にカルテを喜んで提出してくれている現状です。他の領域の医療事故に対しても本当はそうして欲しいですけれども、なかなか医療提供者側の人たちの抵抗があつてそのように進まないのです。ですから、そういうことを考えたら、今やっている位のところで、もちろん、もっと厳しくという意見は分からないではないですが、医療提供者側が協力してやっぺいこうという気持ちになるためには、ちょうど良いところを探してやっぺいいくのが良いと私は思っています。

○鈴木委員　　よろしいでしょうか。

○小林委員長　　はい、鈴木委員どうぞ。

○鈴木委員　　現在まで約2,000例を超える補償金の支払いがされているわけですね。全体の分娩機関は3,000を超える3,258ということですが、そろそろ、申請されてきた事案、原因分析を既に行なっている事案だけでなく、行なっていないものも含めて、2,000例を超える事案が出ているので、その2,000例の全体的な区分として、同じ医療機関から1例しか出していない事案、2例出ている事案、3例出ている事案、4例出ている事案を、全体がどのようになっているのかというのを明らかにしていただいて、全体像が見えるようにした方が良いのではないかと。私も原因分析委員会にいますので、毎例上がってくる医療機関が、初めてなのか2回目なのか3回目なのか出てきていて、それが今回分析する事案と同じような事例なのか、仮に同じような事例だとしても、前の事案の原因分析報告書が届けられた後に出た事案なのかを前提に検討しています。つまり、前の原因分析報告書が届けられた後に同じような事案が起きているということについて、「別紙」対応をしているわけですね。で



すから、それは重要な再発防止の役割を果たしていると思うのですが、全体がどのような状態なのかという、原因分析報告書を読んで、ある意味警告というか指導がされているのに、そのことを知った上で同じような症例を出しちゃダメじゃないかというところが、「別紙」対応の重要なところだと思うのですが、それはそれとして重要ですけども、それ以外に、約2,000例が、特に診療所と病院別に、1例しか出てないところ、2例出ているところ、3例出ているところ、逆に言うと1例も出てない分娩機関もあるわけですが、そういう全体像が分かって、お子さんの状況がどのような状態なのかというのを知りたいなと思います。

次のステップとしては、岡井委員が繰り返し様々なところで報告しているように、分娩事故の脳性麻痺が減っているということ、そういう全体の流れの中でもう一度分析することがあり得るだろうと思うのですけれども、何例あるかを本日出せというのは難しい話だと思いますので、次までに集計していただくと良いのではないかなと。またその中で、逆に、勝村委員が問題提起しようとしているところがもう少し明確になるのかもしれないかなと思うのですけれども。

○小林委員長 はい、ありがとうございます。おそらく両委員のおっしゃるのは、繰り返し発生しているところをまず重点的に見るべきではないかというご意見だと思います。私も医学的な統計をよくやっているのですが、その頻度は非常に興味のあるところですが、ただ一方で、分娩件数や、重度の分娩を扱うところが多めに出してしまうので、その問題をどうやって解決していくかという…。

○鈴木委員 ですから、数字が多く出たから医療レベルが低い、という評価はしないことを前提にして、だけど全体の構図は見ておいたほうが良いのではないかなと思います。

○小林委員長 とりあえずそういう資料を集めて、専門家に見てもらってというところから始めていただくと良いと思いますけれども。

○事務局 事務局からよろしいでしょうか。審査ベースでの件数は分かりませんが、原因分析報告書作成ベースでも、本年5月末現在で1,430件と件数が多くなっております。この中で複数事案があった件数だけ集計をしております、612件となっております。どういった分娩機関で多いのかといいますと、細かい数字は手元にはございませんが、やはりリスクの高い分娩を多く取り扱う周産期母子医療センター等、あるいは分娩そのものを多く扱うところに片寄っております。しかし、周産期母子医療センターの「別紙」対応が多いかというところ、そうでもないの、しっかり見ていきたいなと思っているところでございます。

○鈴木委員　　そうですね。転院した後に、脳性麻痺であることが分かるというような事案だと、転院先の高度医療センターをカウントするか、それとも転院前の病院をカウントするかというのを少し配慮はしないといけないということですよね、今おっしゃったのは。

○小林委員長　　はい、では事務局のほうでそれは進めていただけると。他に。栃木委員どうぞ。

○栃木委員　　今のご質問にちょっと関連していて、今回7回目の再発防止委員会の提言でございますが、池ノ上委員に聞きたいのですが、対象となるような事例の診療状況が7回の変遷してきていますでしょうか。

○池ノ上委員　　はい。今ご質問のありました、変遷ということについては、最初の1年目2年目、そして、そろそろ3年目までが全体の原因分析が終了するということろでして、今やっとその時の状況の変遷といいますか、それが数値として、我々が見ることができるようになってきたという、そんな状況であります。その後の数年間は、トータルの数が随分減ってまいりますので、これをどのように評価していくかということろも、小林委員長等の専門家のご意見をいただきながら、客観性のあるしっかりしたデータとしてお出ししていきたい。しかし、少なくとも最初の1年目2年目、おそらくこの3年目も含めた、初期の段階の変化というのは、しっかりしたものは、一部は出しておりますけれども、これから出てくるのではないかなと思っております。

あとは原因分析委員長の岡井委員がいつもおっしゃっていますように、裁判に関しては全体は減っているし、我々の感覚としては、脳障害を伴って生まれられたお子様の数も少しずつ減っているのではないかな、という感覚はありますけれども、そこをきちっとした、再発防止委員会はこれをマスとして見ているので、マスとして見て客観性を持った報告ができるにはもう少し掛かるかなと思っております。

しかしその中で、先ほど議論がありましたように、非常にこれは問題だなというようなものは、たとえマスが揃う前でも、何らかの形で提言の中には取り上げていこうという基本的な考え方で委員会は運営をしておりますので、今後そういったケースが出てくれば、そういったこともやらないといけないだろうと思っております。

○栃木委員　　ありがとうございます。これが一番、今まで話し合っている中で重要な点ではないかという気がしていたものですから、発言をさせていただきました。

○小林委員長　　どうもありがとうございました。他に。木村委員どうぞ。

○木村委員　　先ほどの鈴木委員のご発言にもございましたように、事例がどこから何件

出ているかという形でまとめていきますと、先ほどの事務局のご発言の通りミスリードをする可能性がございます。私もフィーゴという産婦人科の国際連合の理事として各国の状況を見ておりまして、日本のように患者があちこち動かないといけない国は無いので、自己完結をするのがほとんどの国ですので、そういうところであれば場所別ということは重要かと思いますが、日本のように発生場所と最終的な取り扱い場所が違うという、極めて国際的には特殊な状況で、事例がどこから何件出ているかまとめるということは結局、様々なミスリードを起こしかねないという懸念がございますので、それは難しいのか、あるいは出した数字だけが独り歩きいたしますので、いくらそれが原因とは関係ないと言っても、そういうリスクはあるのではないかなと思います。

また、勝村委員がおっしゃっておられた、1例目でどうするかということに関しましても、様々なバックグラウンドの問題があるということと、岡井先生のおっしゃられるような、なるべくこの制度を受け入れていただきたいということとの兼ね合いもございますし、もう一つは、1例目の段階で様々な文書を出すということに関しまして、1例目の報告に対して分娩機関から意見をもらうような相互のやりとりがない限り、1例目で一方的に何かするという事はなかなか難しいのではないかと感じます。例えば、私どもも原因分析報告書をいただいたことがあります、「これはちょっとな」と思うような表現もございます。しかし、そのようなことを一つ一つ議論をする場に、そこまでその事務的な能力といいますか、キャパシティがあるのかどうかということが分からない状況で、1例目で厳しくということも大事なのでしょうが、原因分析報告書以上のことを、例えば「返事をよこせ」ということであれば、その中に原因分析報告書の内容に対するプロテストをする権限を認めるというような仕組みがないと、バランスに欠くのではないかなという感じがいたします。

○小林委員長 はい、ありがとうございました。勝村委員どうぞ。

○勝村委員 岡井委員がおっしゃるように、制度全体のイメージの問題もあれば、木村委員がおっしゃるように、様々なやりとりをしたいということもすごくよく分かりますけれど、私が発言させていただいたイメージは、まさに鈴木委員がおっしゃっている、数が分からないですが、1例目の段階で、医学的な評価が、原因分析委員会が実際に出している評価の中では一番低いレベルのもの、例えば、3件か5件かというレベルの数のイメージを僕は持っていて、もしそのようなところが無いのであれば、2例目があれば「別紙」対応で良いと思うのですが、1例目でも、「これは本当に変えてもらわなきゃ困るよ」と誰もが思うようなことに関しては、「きちんと変えました」「こういう対応をしました」という文

言を返してもらうということが、様々な意味でこの制度にとってもより良いのではないかと、医療機関にとっても、もちろん患者や妊婦にとっても、です。多数出すイメージでは無く、今、実績で43件出してもらっていると思いますが、例えばその内の4、5件、1割程度は1例目の段階で文書を出しておいたほうが良かったなど、2例目よりも1例目の段階でちょっと改善をして、どのように変えたのか報告をもらっておいたほうが良かったなどというようなものが、なかったでしょうか。まずは、1,500件のうちの5件、10件というレベルのイメージなのですが、私はそこがとても大事だと思っているので、できれば、原因分析委員会や、制度のほうでそういうものもご検討いただけたらなというのが思いです。

○小林委員長 「別紙」対応の仕組みを確認したいのですが、今部会で原因分析をしていますよね。「別紙」対応は部会のレベルで決断をして送るのですか。それとも、原因分析委員会に報告をしてそこで出すという形なのでしょうか。

○事務局 事務局より。委員会で、最終的に決めていただいております。部会だけではなく、委員会まで見ていただいております。

○小林委員長 では、原因分析委員会に情報が集まる形になっているわけですね。勝村委員のご指摘は、岡井委員に原因分析委員会へ持ち帰ってもらって、考えてもらいたいと思います。他にいかがでしょうか。

○岡井委員長代理 今の話に関連して。鈴木委員も勝村委員も現場の医師ではないので、分かりにくいところがあると思うのですが、脳性麻痺を起こす事例というのは、その医師の分娩管理に問題があるということは、2番目なんです。最初にそのような事例であること、そのような問題を抱えているというところから始まるのであり、何百分の一くらいの頻度で遭遇します。分娩管理のどこかの部分に問題があれば、それがダイレクトに脳性麻痺に繋がろうが繋がるまいが、そこは医療の質の向上という意味で私達は評価をして、改善点があればそれを書き上げています。そのような考え方をすると、脳性麻痺になった事例は、全て医療サイドに問題があるということではなくて、背景がまず基本的にある。それが、それほど多くなくて、何百分の一くらいの頻度であって、たまに当たるか当たらないかという話です。簡単に数字で、ここは2例目だから3例目だから問題だというのは言いにくいです。

○鈴木委員 私も岡井先生と同じ考え方で申し上げます。つまり、医療機関に問題がなくても、地域や様々なところで何らかの体制を立て直すことによって、制度を良くすることによって、脳性麻痺が減っていくという要素も無いわけではないですよ。そのようなところを見分けるにも、複数の事例が出ているところの共通項は何かとか、過誤があったとか

ミスがあったとかに着目するのではなくて、再発を防止するために共通項をどのようにして把握していくのかということを行っているだけのことから、複数の事例があったところが問題のある医療機関だというつもりでデータを出せと言っているわけではないです。

○岡井委員長代理　その点はおそらく、再発防止委員会がそのような観点でやってくれていますよね、今でも既に。

○池ノ上委員　搬送体制だとか、その病院内のスタッフの体制であります。そういったデータは集まってきておりますので、今の鈴木委員のおっしゃったような見方も、これからのテーマの中に取り上げていかなければならないと考えております。

○小林委員長　再発防止委員会のワーキンググループもありますし、データは、先ほどご意見があったように独り歩きしないような形で、まず十分解釈してから出していくというような手順でいきたいと思っています。栃木委員どうぞ。

○栃木委員　今の事項に関連するかもしれませんが、これは池ノ上委員の地域の話ですので私が言うべきかどうかちょっと難しいですけれども。周産期ネットワークという問題です。地域医療支援機構の中で、宮崎県の都城で行われた実施内容です。「第8回 再発防止に関する報告書」の予定の中に「胎児心拍数陣痛図の判読について」ということが入っておりますが、今年の1月だったと思いますが、宮崎県のケーブルテレビに取り上げられて、その内容が放映されました。その内容は、国立都城病院が中核になりまして、胎児心拍数陣痛図の情報ネットワークを確立し、おそらく10の医療機関で、異常が発生した場合には国立都城病院に送ってすぐ読影してもらうというような取組みで、日本で初めてですが、このような周産期ネットワークを県が主体で行われています。おそらく、地域医療支援機構の中の予算がついた一つのプロジェクトと思います。埼玉県で実施しているのは、胎児の心臓関係の超音波の遠隔診断というようなことで、地域医療支援機構の中に取り込まれているんですが、私はどちらかという、胎児を守るという点からして、宮崎県のこの取組みの方がほうがより効果的かなと思ったのです。実施に当たっては、個人情報や責任問題が絡んできて、単純な問題ではないと思いますが、都城では、そのような内容も取り上げていましたので、私が別の講演で呼ばれたときに、それを見てきました。非常に良い取組みだなと思って、本日、委員会で発言させていただきました。池ノ上委員から何かご発言があればありがたいです。2年半ぐらい前に、もう既に文書化されていると思いますが、この内容発言が皆さんの議論の手助けになると思い、発言させて頂きました。

○小林委員長　それでは池ノ上委員。

○池ノ上委員　これは、今、栃木委員がおっしゃったように宮崎県の予算がつきまして、都城という地域をモデルにして、いわば臨床研究の一端としてはじめました。先ほどありましたように、一番問題になっているのは、やはりCTGの判読、胎児モニタリングパターン判読に現場のお医者さんが非常に迷ってしまう。そしてそれに伴ってどういう判断をしなければいけないか、つまり帝王切開をするのか、あるいはこのまま経膈分娩を期待できるのかといったことの判断が、1人の医師だけではなかなか難しいことがあるので、地域のセンターの医師も一緒になって判断をしようと、そして場合によっては搬送するといったことをやろうというのがきっかけでありました。この結果をフロリダの国際学会に出しましたら、フロアの皆さんから、「これはハンズオントレーニングのモデルになるものだ」とお褒めの言葉をいただきまして、私たちは非常に良かったなと思っています。今度は、宮崎市内に、もう少し大きなエリアにこれを広げようと、宮崎はそんなに豊かな県ではないですけども予算をつけていただきまして、やはりこういった行政のバックアップをいただきながら、かつ産婦人科医会の先生たちのものすごいご理解という、先ほどから議論になっていきますけれど、自分の診療の内容が外に出ると、これは患者さん自身の個人情報の管理もしっかりと押さえながらやっていますが、ドクター自身も、自分の施設の情報がかなり外に出してしまうので、あまり、最初は喜ばれないことでスタートしたのですが、結果的には、新生児仮死の発生とか産まれてくる赤ちゃんのpHだとか、そういった客観的なデータが良くなっているという、クリニカルな臨床研究の一端としても成果が出ておりますので、我々としては良い方向に行っているかなと思っています。まさか栃木委員からそういうことをおっしゃっていただくと思っていませんでした。ちょっとおたおたしながら返事をしておりますけど。

○栃木委員　委員長、発言よろしいですか。

○小林委員長　はい。

○栃木委員　私が今取り上げた理由は、埼玉県も非常に複雑な周産期医療事情を抱えていまして、63の自治体の中25の自治体では、周産期の施設が無くなってしまいました。理由は、医師の高齢化と、産科医療は「3K」ということで、やめてしまいます。従って、有床診療所がどんどん減っていってしまうと、現在の中で、今後の周産期医療体制の中で一次医療がどの方向に向かうかは問題です。例えば、分娩のための施設は集約化に向かうのか、今のようなネットワーク化でいくのか、どういう方法が一番良いのかということが、東京近郊の土地である埼玉県にとってはこれからの大きな問題になっております。そこで、

池ノ上委員の言われたようなシステムが、地域周産期母子医療センターが中核になって、有床診療所が連携するシステムのほうが、より理論的であるし、また実践的なのかなという気がいたします。ネットワークを少なくともCTGの読影段階から結びつけると、それによって、地域の搬送体制、今コーディネーターを介した埼玉県の搬送体制をやっておりますが、それをより充実させるには、非常に良い手段だなという気がしたものですから、本日は是非とも池ノ上委員が来ていることを期待しておりましたので、本日発言していただけるものと思っておりました。発言をさせていただきます、ありがとうございます。

○小林委員長 はい、ありがとうございます。他にいかがでしょうか。はい、楠田委員をお願いします。

○楠田委員 蛇足のような意見ですけれども、審査委員会の委員長をしていますので、ちょっとだけ。皆さんもちろん十分ご存じですが、産科医療補償制度の対象になっている重度の脳性麻痺の方々、約款に従って審査しておりますので、いわゆる分娩時に何かイベントがあり、その結果脳性麻痺になった方だけではなくて、様々な要因で結果的に脳性麻痺になった方を、除外基準に当たらなければ対象としておりますので、原因分析委員会で実際に原因が分析される症例も、すべて分娩時に何か原因が見つかるわけではございませんので、ちょっと蒸し返しになりますけれども、1,400例をすべて見たときに、それ以外のところに原因があるものも多くありますので、そのまま数字を足していくとその辺りが見えないので、せつかく1,400例ありますから、原因も含めてある程度分別して分析すれば、それなりのデータは出ると思いますので、そういう意味ではぜひやっていただきたいと思いますが、制度自身は、必ずしも分娩時の何かをもって対象にしているわけではないということも重要かなと思われましたので、審査委員会の立場で発言させていただきます。

○小林委員長 はい、ありがとうございます。楠田委員のご指摘は、本制度の対象者という条件がついていますので、例えば、28週未満であれば原因分析の対象外ですし、それから個別審査で情報が揃わない場合は対象外になる場合もあるということだと思いますが。私のほうでちょっと遡ってしまいますけれども、平成27年度以降の新しい基準での審査に関して、それ以前の審査と何か変わりがありますでしょうか。

○楠田委員 これもご存知だと思いますが、平成27年からは対象になる週数が33週から32週に一般審査が広がったことと、出生体重が2,000グラムから1,400グラムに広がりましたので、そういう意味では平成27年以降に産まれられた方は、多少審査対象が広がっていると思います。ただ、それが具体的に何例かというのは、平成27年生まれの方が5歳に達してお

りませんのでまだ分からないですけれども、ある意味、一般の審査の方の対象が広がったと、それから個別審査のほうに関しまして、条件がかなり明確になりましたので、個別審査に関しましては、平成27年以降の該当条件を変えたということがおそらく、審査のより透明化というか、審査基準がより明確化したと考えておりますので、そういう意味で、平成27年以降の出生の方に関しては、審査の基準がより、明確になったというふうには考えております。

○小林委員長 はい、ありがとうございました。他にどうぞ。鈴木委員。

○鈴木委員 ちょっと最近の報道で気になること、皆さんご承知だと思いますけれど。無痛分娩で、関西の同じ診療機関で3名の赤ちゃんが、1例は死亡、2例がたしか脳性麻痺、1例は新生児として生まれて何年か経って亡くなった例で、あと2例は重度脳性麻痺と確か報道されていたと思うのですが、先ほどの3例目がないということになると、これは、まだ原因分析がされていないという可能性はあり得ますね。3例あったのに我々原因分析委員が知らないということになると、どうしてかなと思ったのですが、もしかしたら、3例目が報告されているけれども、原因分析がまだされていないということなのかもしれないということですね。これはいずれも産科医療補償制度には加入している医療機関ですよ。固有名詞が報道で出てしまっていますので、ちょっと聞きにくいですけども。

○小林委員長 いかがですか。事務局で把握している情報があればお願いします。

○事務局 分娩機関がこの制度に入っているかどうかということでございますね。入っているということでございます。未加入の3分娩機関ではないということでございます。

○小林委員長 申請状況についてはまだ確認できないということですか。

○事務局 申請状況につきましては、個別の内容に係るので、出ている出していないというところはなかなかお答えしづらいですが。

○鈴木委員 結構、あちこちに報道が載っているものですから。報道機関が取材に来たりする時に、私はその医療機関の件は原因分析した記憶が全くないので、守秘義務もありますし、お答えをしていないですけども、報道に載っている辺りも、機構から委員の方に、情報提供していただければ、我々も意識して、きちんと守秘義務を守るようにしたいと思います。

○小林委員長 はい、ありがとうございます。この件に関して、また何か運営組織で把握できる情報があったら、運営委員会で話せる範囲で話してもらおうということできたいと思います。他にいかがでしょうか。よろしいでしょうか。先の議事に進みたいと思います。

6) 制度の収支状況について、7) その他について、事務局の方から報告をお願いします。



○事務局　それでは、議事資料の19ページをご覧ください。続きまして、6) 制度の収支状況についてご説明をいたします。まずは、(1) 各保険年度の収支状況でございます。本制度の保険期間は毎年1月から12月末までの1年間となっております。本年5月末現在の各保険年度の収支状況は表の通りでございます。各保険年度における収入保険料、保険金(補償金)、支払備金等の状況を記載してございます。なお支払備金につきましては、下段の※2に記載がございしますが、本制度は民間保険を活用しております。例えば平成24年に生まれたお子さんにかかわる補償は平成24年の収入保険料で賄う仕組みとなっております。補償申請期限は児の満5歳の誕生日までとなっておりますことから、平成24年の補償対象者数及び補償金総額は平成30年まで確定しないということとなり、それが確定するまでの間、補償原資は支払備金として保険会社で管理をしているところでございます。また、表の中の平成21年から平成23年の支払備金が横棒となっておりますが、下の※3に記載してありますとおり、補償対象者数及び、補償金総額が確定した時点で、補償原資に剰余が生じた場合は、保険会社から剰余分が運営組織に返還されることとなっております。平成21年の契約につきましては、約143億円、平成22年及び平成23年の契約につきましてはそれぞれ約176億円が既に運営組織に返還されております。なお、返還された保険料はすべて今後の保険料に充当していくこととされておりますが、本年5月末までに返還された保険料のうち、約179億円を保険料に充当しております。

続きまして20ページをご覧ください。(2) 平成28年における事務経費のご説明をいたします。平成28年1月から12月までの運営組織と保険会社における事務経費の内訳はご覧の通りでございます。運営組織の事務経費の内訳でございますが、物件費が7億3,200万円、人件費が3億5,200万円、合計で10億8,400万円となっております。費目ごとの増減はございますが、前年と大幅な変化はございません。次に、保険会社の事務経費の内訳でございますが、物件費が3億700万円、人件費が4億1,900万円、制度変動リスク対策費が7億2,800万円、合計で14億5,400万円となっております。

続きまして資料の21ページをご覧ください。(3) 運営組織の平成28年度収支決算についてご説明いたします。ここでは保険期間ではなく、運営組織の事業年度、4月から3月までの収支決算についてご報告をいたします。左側の表が事務経費、右側の表が補助金でございます。収支の内訳は記載の通りとなります。事務経費につきましては、次期繰越収支差額が4,600万円となっております。本来は収支相償の観点から、ほぼプラスマイナスゼロになるわけでございますが、これは平成28年度に支出を予定しておりました印刷製本費等及び

システム運用費等の一部が平成29年度に繰越となったことによるものでございます。また、平成29年度につきましては、この4,600万円の繰り越し分も含めて、2年通算で収支相償となるよう、収支状況を確認しながら適切に運営して参ります。補助金につきましては、平成28年度の交付額は7,300万円でございます、主に原因分析等に要した諸謝金として支出をしているところでございます。

次に、22ページをご覧ください。(4) 運営組織における平成29年度の収支予算についてご説明をいたします。事務経費につきましては、収入、支出ともに11億8,800万円を見込んでおります。補助金につきましては、平成28年度と同額の7,300万円を計上しているところでございます。

以上が6)でございますけれども、最後、7) その他でございます。お手元の資料で、参考資料1と書いてございますA4横のグラフをご覧ください。最高裁判所が出しております産婦人科の訴訟件数の推移をグラフにしたものでございます。平成28年における産婦人科の訴訟件数は52件でございます、平成27年と概ね同水準となっております。この動向につきましても、引き続き注意して注視してまいりたいと考えているところでございます。以上でございます。

○小林委員長 はい、ありがとうございます。6) 制度の収支状況、7) その他について、ご意見ご質問等ありましたらお願いします。いかがでしょうか。7) その他で訴訟の件数の推移の報告がありましたけれども、宮澤委員、何かありましたら追加の説明をお願いいたします。

○宮澤委員 おそらく裁判になっている件数というのは減っていて、産科に関しては明らかに減っていますし、紛争の件数も減っていると思います。ただ、医療裁判全体に関して、紛争が減っているのかというところはおそらく必ずしもそうではない。それはおそらく、保険会社の方のほうが詳しいのかと思います。産科に関しては、原因分析という形で、患者側にとって一番知りたい、本当は何があったのかということに関して、要望に答えているというところが大きいのではないかと私自身は思っています。その意味で、極端な対立をする、紛争が激化して裁判になるというケースは少なくなっているのではないかと考えております。

○小林委員長 はい、ありがとうございます。時間的なずれがあるので、もう少し様子を見ていかないと分からないというところがあります。他にいかがでしょうか。よろしいでしょうか。前のほうに遡って追加の質問ありましたらそれでも結構ですけれども。

そうですね、少し時間があるので、先ほど紹介してもらった資料8で、産婦人科診療ガイ

ドラインの新しい2017年版ができるということで、かなり産科医療補償制度の資料も使っていただいて、改定がされるようですが、木下委員が巻頭言を書かれているので、経緯など何か追加のご説明がありましたら、お願いできますか。

○木下委員 産科医療補償制度の二つの機能の一つである原因分析と再発防止を、いかに産婦人科医すべてに、学会も医会もそうでありますが、徹底させて再発防止をしていくに関して痛心してきました。具体的には再教育することで、至らなかったことを直していくという視点で、ガイドライン等で大事な項目に加筆して、周知徹底することをやってまいりました。先ほど来お話がございますように、明らかに「この対応は、ちょっとどうなのか」という事例は減ってきているという事実がございます。予防の取組みが足りないのではないかということに関して、勝村委員からもご指摘がありますが、あまり性悪説的な発想はやめていただきたいと思います。皆努力をしております、明らかに改善しているという事実はございます。実は産科医療補償制度に入っていないながら、何かあっても報告してこないという事例がやっぱり実は気がつかずにあります。これは先ほど来、鈴木委員からご指摘ありました、現在問題になっている事例もそうでありまして、東京の事例もそうであったわけですが、何ゆえにこの制度に入っていないながら、自分のところの情報を出さずに自分で処理してしまったのか理解できません。そのような対応をするのであれば入る必要はないかと思う人たちがいるのであります。医会には、地域の組織がございますから、そこにまず報告する仕組みを利用するように一層の指導をおこなってまいります。まだ足りないこと、至らないことに対しましては努力いたしますので、今後ともご指導願いたいと思いません。

○小林委員長 ありがとうございます。本制度だけでは、十分完全な効果を上げられませんので、ぜひ産婦人科医会にもピアからの呼びかけ、プレッシャーという形で、産科医療の向上をお願いできればと思います。

他にいかがでしょうか。よろしいでしょうか。それでは、少々予定した時間よりは、早く議事が進行しましたが、これですべての議事を終わりたいと思います。事務局から連絡事項があればお願いします。

○事務局 はい、事務局から1点ございます。次回第38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願いをいたします。以上でございます。

○小林委員長 はい。それではこれもちまして第37回産科医療補償制度運営委員会を終了いたします。各位におかれましてはご多用のところ、どうもありがとうございました。

お疲れ様でした。

— 了 —