

第36回「産科医療補償制度運営委員会」会議録

日時：平成29年2月1日（水）16時00分～18時00分

場所：日本医療機能評価機構 9階ホール

公益財団法人日本医療機能評価機構

○事務局　　お待たせいたしました。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。資料の一番上に、第36回運営委員会委員出欠一覧がございます。次に、第36回産科医療補償制度運営委員会次第と議事資料がございます。次に、その脇に資料一覧と各種資料がございます。資料一覧の下から順番に資料1、2、3、4、5、6、7、8でございます。それぞれご確認をお願い申し上げます。資料の落丁等はありませんでしょうか。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、よろしくお願いをいたします。

それでは、ただいまから第36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お出席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、会議に先立ちまして、昨年7月の運営委員会後に、今村委員と河北委員のお2人がご退任され、新たにお1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。今村委員の後任の温泉川梅代委員でいらっしゃいます。温泉川委員は公益社団法人日本医師会常任理事でいらっしゃいます。

○温泉川委員　　温泉川でございます。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。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。前回の運営委員会から7ヶ月ぶりの開催ということになりますが、本日もどうぞご審議のほどよろしくお願いいたします。本日は次第にあります通りの議事を予定しております。1) 第35回運営委員会の主な意見等について、2) 制度加入状況等について、3) 審査及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) 本制度の補償対象となった脳性麻痺児の看護介護の状況について、7) 本制度に関する関係学会団体の動き、8) その他、となっております。

今回は本制度の運営状況に関する報告に加えて、本制度を通じて得られた脳性麻痺児の看護・介護の状況に関する報告のほか、委員の先生方から関係学会や団体の動きについてもご報告をしていただく予定です。少々盛りだくさんの議事となっておりますので、議事進行へのご協力をお願いいたします。

それでは早速議事に入りたいと思います。1) 第35回運営委員会の主な意見等について、2) 制度加入状況等について、3) 審査及び補償の実施状況等について、事務局よりまとめて説明をお願いします。

○事務局 議事資料の1ページをご覧ください。第35回運営委員会の主な意見等をまとめております。前回の運営委員会では、様々なご議論をいただきましたが、今回に持ち越された案件はご覧の2点でございます。

まず1点目でございますが、①原因分析報告書全文版（マスキング版）の開示手数料につきまして、本制度の公共性も踏まえ、研究促進のために申請しやすくなるよう再検討して欲しい。というものでございます。本件につきましては、手数料スキームの改定を考えておりますので、後程、原因分析のパートでご報告申し上げます。

次に、②原因分析報告書の別紙対応についてでございますが、同一の医療機関で繰り返し同じようなことが起こった場合には、原因分析報告書に別紙を添付し、より一層の改善を求めているが、その実施状況を教えて欲しいというものでございます。本件につきましても、後程の原因分析パートでご報告申し上げます。

続きまして、2ページをご覧くださいませでしょうか。2) 制度加入状況等についてご説明いたします。

まずは（1）制度加入状況についてでございますが、全国の分娩機関の制度加入状況は99.9%となっております。制度未加入の三つの診療所につきましては、日本産婦人科医会のご協力のもと、引き続き、加入への働きかけを行って参ります。

次に、（2）妊産婦情報登録状況についてでございますが、昨年9月に、平成27年の人口動態統計の確定数が公表されましたので、本制度の分娩済等の件数と、人口動態統計の出生等の件数の比較を行い、加入分娩機関において妊産婦情報の登録更新が適切に行われているかを検証いたしました。その結果が表の通りでございます。本制度の分娩済等の件数と、人口動態統計の出生等の件数との差は2,067件でございます。この差の主な理由としては三つございまして、集計基準の相違、制度未加入分娩機関の取り扱い分娩、そして加入分娩機関の管理下以外での分娩、この三つが考えられまして、妊産婦情報の登録更新は適切に行われているものと考えております。

次に、ページをめくっていただきまして、（3）事務業務の円滑化に向けた情報提供についてでございますが、加入分娩機関における事務業務において特に注意いただきたい事項等を記載いたしました小冊子「産科医療補償制度事務通信」を作成し、本制度加入分娩機関に送付いたしました。内容は、本資料に記載した通りでございますが、加入分娩機関からは「事務業務ルールについて、再度確認する良い機会となった」などの声が寄せられているところでございます。

続きまして4ページをお開きください。3) 審査及び補償の実施状況等についてご説明いたします。始めに、(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ございます。平成28年12月末現在で、2,453件の審査を実施いたしまして、うち1,866件を補償対象と認定しております。表に記載の通り、補償対象が525件、審査時点では補償対象外であるが、将来再申請が可能とされたものが58件、継続審議が4件となっております。また、お手元の資料1の詳細版に、一般審査と個別審査の内訳を掲載しておりますので、こちらは後程ご覧いただければと存じます。

本体資料に戻っていただきまして、5ページをお開きください。平成23年出生児の補償申請は、平成28年12月で終了いたしまして、現在補償対象者数の確定に向けて審査を行っているところでございます。件数は表に記載の通りでございます。

続きまして、資料の6ページをご覧ください。イ) 補償対象外事案の状況をご説明いたします。補償対象外事案、事案別の状況は表に記載の通りでございます。審査件数のうち、一定数が補償対象外となっております。補償対象となるかどうかの判断に迷うような事案につきましては、補償申請を行うよう周知を強化しておりますので、補償対象外となる件数が増加する傾向にございます。このような状況を踏まえ、補償対象となる脳性麻痺の基準の理解が深まるよう、参考事例集の改定や、明らかに補償対象外となる事例を本制度ホームページに掲載することなどの取り組みを進めているところでございます。

続きまして、資料の7ページをお開きください。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。審査委員会での審査結果に対して補償請求者は不服を申し立てることができませんが、その場合は、異議審査委員会で審査を行うこととしております。前回の第35回運営委員会以降、昨年12月末までに異議審査委員会を4回開催いたしまして、19件について異議審査委員会での審議を行いました。判定は、審査委員会の結論と同様に補償対象外となったものが17件。審査委員会の結論とは異なり、補償対象となったものが1件でございます。なお、この1件は重症度の基準に関して医学的に判断が難しい事案でございました。この他継続審議となったものが1件ございます。

続きまして資料の8ページをご覧ください。(2) 補償金の支払いに係る対応状況についてご説明いたします。平成28年に準備一時金が支払われた352件、補償分割金が支払われた1,602件につきましては、いずれも補償約款に規定している期限内に支払いが行われており、迅速な補償を行っております。

次に9ページをご覧ください。(3) 調整に係る状況についてご説明いたします。本制度で

は、分娩機関が重度脳性麻痺について法律上の損害賠償責任を負う場合は、本制度から支払われる補償金と損害賠償金の調整を行うこととしております。

平成28年12月末までに補償対象とされた1,866件のうち、運営組織において把握している損害賠償請求等の内訳は表の通りでございます。損害賠償請求事案は83件、補償対象件数に対する割合は4.4%でございます。また、下段となりますが、原因分析報告書が送付された1,224件のうち、原因分析報告書が送付された日以降に損害賠償請求が行われた事案は29件、割合は2.4%でございます。なお、昨年11月末の比率でございますが、上段の損害賠償請求事案は4.4%に対して前年が4.2%でございます。下段の原因分析報告書が送付された日以降に損害賠償請求が行われた事案は2.4%に対して前年が2.5%ございました。

続きまして10ページをお開きください。(4) 補償申請促進に関する取組み状況についてご説明いたします。現在約25の関係学会・団体のご協力のもと、引き続き補償申請に取り組んでおります。また、新たに保健師や訪問看護ステーション等の、脳性麻痺児やその保護者と接する機会の多い関係者に対しても広く周知を行うとともに、必要に応じて保護者と分娩機関の間の仲介等も含めました補償申請の支援を行っているところでございます。

次に、前回の第35回運営委員会以降の主な取組みといたしまして、5つの取組みをご報告させていただきます。一つ目は「産科医療補償制度ニュース第3号」の発刊でございます。第3号では、本制度の直近の運営状況のほか、特集として本制度コールセンターに寄せられたご質問等をご紹介します。コールセンターへの問い合わせを促進しているところでございます。二つ目は「評価機構ニューズレター11月号」の発刊でございます。ここでは、本制度の直近の運営状況のほか、「原因分析報告書」「再発防止に関する報告書」が「産婦人科診療ガイドライン産科編2014」に利用されたことなどを掲載しております。お手元の別の資料2と3に現物をお付けしてございますので、こちらも後程ご覧いただければと思います。

それでは本体資料の11ページをお開きください。続きまして三つ目でございますけれども、都道府県ホームページへの制度周知文書の掲載でございます。これまで制度周知文書の掲載の依頼を継続的に行って参りましたが、現在は47都道府県すべてのホームページに掲載いただいております。四つ目でございますが、脳性麻痺児が入所・通所される施設等への訪問でございます。これまで合計51の施設を訪問いたしました。五つ目でございますけれども、スマートフォンやタブレット端末を通じた周知の強化でございます。お手元の資料4をご覧くださいませうでしょうか。こちらの方にバナー広告のイメージ図を掲載しておりますので、ご確認ください。また、補償申請の促進に関する平成28年7月以降の取組みを、少し

細かくなっておりますがその次の資料5にまとめてございますので、こちらの方は後程ご覧いただければと思います。

それでは、本体資料にお戻りいただきまして、12ページのほうをご覧ください。(5) 診断協力医の負担軽減に向けた取組みについてご説明いたします。まずは診断協力医の登録状況でございます。これまでの診断書の作成実績がある医師への登録依頼を行って参りました結果、診断協力医は第35回運営委員会時より11名増加いたしまして、平成28年12月末現在で518名となっております。

次に、診断協力医の負担軽減に向けた取組みを2つご紹介させていただきます。一つ目が、「除外基準の判断において参考となるような情報が欲しい」との声にお応えし、昨年9月に発行しました診断協力医レターにおきまして、審査委員会等における補償範囲の考え方について、Q&A形式で情報提供をいたしました。二つ目の取組みでございますが、「児が複数の医療機関を受診していた場合、診療情報等の取得が手間である」との声を踏まえまして、こちらはお手元の資料6をご覧いただきたいのですが、こちらが医療機関向けの依頼状となっておりますが、この「依頼状」やその後ろに付けさせていただいております「必要資料一覧表」、ともにA4縦のものでございます。こちらをこの度新たに作成いたしまして、保護者がこれらを医療機関にそのまま持参することで、事前に診断書作成に必要な診療情報等を揃えることができ、診断医は円滑に診断書を作成できるようになりました。また、これにより、専用診断書の作成がスムーズに行われ、補償申請手続きが迅速に行われるようになりますので、保護者にとってもメリットがあるものと考えているところでございます。

お手元その次の資料7に、専用診断書作成までのフローにつきまして、改定前後を対比して図示しているところでございます。従来、診断医が保護者や関係医療機関に情報取得を指示・依頼していたものを、改定後は、保護者が情報取得した上で専用診断書作成の依頼を行うフローに変えておりまして、補償申請手続きがスムーズに行われるようになるものと考えているところでございます。本パートの説明は以上でございます。

○小林委員長　それでは議事の1から3につきましてご質問ご意見等ありましたらお願いします。

○岡井委員長代理　よろしいですか。4ページの審査の補償の実施状況について、ここに統計が示されてますが、補償対象となった患者さんの数が確実に減ってるんですね。私、報告を見たときに小躍りして喜びましたが、資料1の方を見ていただくとちょっと詳しいんですけども、平成21年の全体での補償対象になった、補償対象になったというのは、分娩

に関連して脳性麻痺になったということが考えられる重度の脳性麻痺ですから、それらのほとんど全ての症例はここに上がってきていると思います。そうすると、実際に脳性麻痺になっている数が平成21年が419で、次が382、それから平成23年だと8例残ってますが、全部入れても360に行かないですよ。で確実に減っていると言えます。早産で脳性麻痺になる場合がある数はあるんですけども、早産は脳性麻痺の危険因子であって、早産であるということで、ちょっとした循環動態の変動とかですね、普通の正期産であれば問題にならないような病態でも脳性麻痺になりますので、それらを分けて考えてみます。この上の段が正期産に近い、早産であっても正期産に近い症例、その下の段が早産で脳性麻痺になりやすい群ですね。それで上だけで見てみると、362から311、それに276と減っているんですね。正期産での重度脳性麻痺の発症が減っていると考えていいと思います。出生の数の変化なんてほんのわずかですから。24%減ってるんですね、2年間で。1年ずつ見ても14%、11%という数字になります。それから早産を入れてトータルで見ても、419から382、351と、16%減ってるんです。

脳性麻痺というのは、なかなか防げないんだと、減らないんだという事をずっと言われてまして、分娩監視装置が出たときに、相当世界中期待したんですが、それでも結局はあまり減らないと。皆がっかりして、読み方を見直そうとかいろんなことが言われてきたんですけども、その後、超音波リアルタイム断層、動いている赤ちゃんが見える装置が出たんですね。あの時も画期的で、産科疾患の診断の精度とかも驚異的に向上したんですが、それでも脳性麻痺の出生頻度はそう減らなかったんです。これに関して私は、この産科医療補償制度の発足記念会で講演させてもらったときに、この制度の最終ゴールは脳性麻痺の発症頻度を減らすことであるということまで申し上げたんです。私、自信もなく言ったんです。そのあと、仲間の産婦人科の医者からも、「先生、脳性麻痺減らすのは無理だよ」など散々言われたんですけど、こうやって見ると実際に減ってるんですね。これは本当にこの制度の大きな成果だと思って、私は嬉しくてたまらないです。その要因は何かと申しますと、いくつかとか色々な原因があるんですが、産科の医療の質が少し低いために、その結果、脳性麻痺になっているという事例があるんですね。具体的に言うと、先ほど申しました胎児心拍数陣痛図の判読が十分じゃなくて、胎児が低酸素になっている状態に気が付くのが遅れてしまった症例とかですね、吸引分娩、なかなか難しい症例だったんでしょけれども、なかなか出ないで何回も何回もやって時間が掛かって、その間に胎児の状態がどんどん悪くなっていった症例など、そういう症例が今私が見ている段階でも、最初の頃と比べると大分減ってい

る印象があります。その減った部分が、この数字に現れていると思っています。もちろん、再発防止委員会がアクティブに活動してくれて、ここが問題だとかを指摘する冊子も出してくれますし、それ以外にもパンフレットを送ったり、色々なところに周知徹底してくれたたりしたことも大事ですけれども、やっぱり、第三者機関がこういう症例に対してきちっと分析をして評価して再発防止のための対応策を提言をすること、それも個々に「あなたの場合はこのところが問題ですから今度からこういう風に直してくださいよ」というようなことも一つずつ言って来たことが重要だと思います。それは言われた先生以外にも周りの先生にも伝わるし、そういうことが非常に大きく影響したと考えています。第三者機関が原因分析をし、医療評価をし、再発防止の提言をするということが、本当に実際に医療の質を上げることができるということを証明したんだと思います。

医者というのは自尊心も強くて傲慢なんですよ。ですから例えば、第三者機関の評価がなくて裁判になって、原告勝訴になったときに裁判官の判決要旨が出て、「ここは間違っている」「この対応が悪い」と書かれても絶対直しませんから。これはね、「裁判官は素人なのだから分かってない」と一蹴してしまいます。現実には、裁判の判決要旨は私も沢山見ましたけど、専門家から見ると医学的などころは間違ってる記述がいっぱいありますから。そういう事実もあって、医者は医者以外の言うことを聞かないんです。けれども、専門家で構成された第三者機関の意見ということで耳を傾けてくれているのです。本当に私達も原因分析報告書一つ出すにも多くの専門家が見て、医師だけではなくて関係者も一般の立場から見られて、相当エネルギーをかけてきちっと報告書を出してるんですね。それを産婦人科の先生方は一応今のところ評価してくれています。だから、「第三者機関がこう言っているんだから直そう」という努力をしてくれたんだと思うんですね。少しでも良い医療、診療の質を上げていこうという努力を、産婦人科医師がやってくれたその結果であると思いますが、第三者機関がそのような医療事故全般に関して、やっぱり指導的にやってゆくことが重要だと思います。今、医療事故調査制度が発足しましたよね。あれは院内調査なんですけども、院内調査であってももちろんやらないよりは良いです。それなりの効果があると思いますが、あれだけでは多分、第三者機関がしっかりやるのと比べると、事故を防いで減らしていくという力は弱いと私は思います。その辺のことを今日記者の方が沢山来ておられるので、こうやって脳性麻痺が本当に減っているという事実があって、それは第三者機関が原因分析をして評価しているということが一番大きな要因であると、ぜひ書いてください。それで、他の領域の事故に関してもそういう考え方でやっていくのが良いんじゃないかという

ことを訴えて頂きたいと思えます。よろしくお願ひします。以上すみません、長いことしゃべりまして。

○小林委員長 熱いご意見ありがとうございました。岡井委員は、原因分析委員長として報告書にすべて目を通して、日頃のご貢献に改めて感謝申し上げたいと思えます。他にいかがでしょうか。どうぞ、楠田委員お願ひします。

○楠田委員 今、岡井先生が言われたように、明らかにこの対象となる方は経年的に減少しております。当然のことながら、審査の基準等が変わるとそれはもちろん適切でないので、一応審査委員会の方からの意見としてちょっと追加をさせていただきます。

資料1、先ほど岡井先生が言われましたように、ここに詳しく、いわゆる一般審査と個別審査の審査件数と、補償対象、補償対象外が載っておりますけれども、概ねほぼ審査で対象になる方と対象外になられる方、2,000g以上のいわゆる一般審査と、それから個別審査、ほとんど変わっておりませんので、一定の審査基準でこういう対象になる方が減っているという風に思われますので、実態として、実数として、減っているというのが我々としての考え方です。

それから、本日の本体資料の6ページにありますけれども、ではどういう方が、やはり補償対象外となっているかと言いますと、そこにありますように、先天性の要因や、いわゆる個別審査の補償対象基準を満たさないというものと、重症度で満たさないというのが三つの大きな要因として書いてありますけれども、圧倒的に個別審査の基準を満たさないという方が対象外ということになっておりますので、実際にこの方々に関しては脳性麻痺であることは変わりがないんですけども、先ほど岡井委員からありましたように、早産児ということで色々な意味で、この補償の制度の対象にはなっておりませんが、こういう方々がまだ実際には一定程度いらっしゃるということも、重要ではないかということで追加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す。本制度もかなり周知をされてきましたので、個別審査の申請案件もかなり多くなっています。楠田先生には審査の方で大分お世話になっております。どうもありがとうございます。他にいかがでしょうか。それでは田中委員お願ひします。

○田中委員 重箱の隅をつつくような話で申し訳ないんですけども、2ページの2,000人の差ですね、この程度ならよいのかなと思っていたんですけども、よく考えてみたら、事故自体は100万分の400ですから、2,500分の1ぐらいで起きるんですね。ということは、やっ

ぱりこの制度の、少ない数字ではありますが、制度から外れて補償できない例というのも、理論的には1年に0.何人か出るので、2年で1人以上出てくるはずなので、制度を外れて補償の対象になるべき方が補償の対象にならないという、そのようなことはあまり経験はされてないんですか。

○小林委員長　これは事務局のほうで。2ページの右下の点線の中ですね。①・②・③がどのような割合で、ということで変わってくるかと思うんですが、①が多ければ制度の枠の外ということではないと思いますが、②と③ですね、いかがでしょうか。

○事務局　それでは事務局から回答させていただきます。結論から申し上げますと、一定の推測ではございますけれども、③が多くを占めているという風に考えておりました、と申しますのも、こちらの人口動態統計上、出生場所が「自宅もしくはその他」となっている件数が1,426件ございます。で、出生場所が自宅・その他でございますので、本制度上は加入分娩機関の管理下以外というところになる可能性が非常に高いかなと思いますけれども、そうしたことから、③が一番多く、①と②につきましてはさほど多くないかなと思っ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　一応確認ですけれども、③であっても搬送途中で分娩をして、分娩施設に運ばれば管理下ですよ。今までに補償対象で1件あったかと思いますが。

○事務局　基本的に分娩機関のほうで判断をいただく形になっておりますけれども、その状況的に管理下にあると思われるようなケースには、きっちり入るような仕組みになっているという認識をしております。以上でございます。

○小林委員長　引き続き、②と③をもう少し詳しく正確な数字をお願いいたします。はい、栃木委員お願いします。

○栃木委員　今の田中委員のご質問なんですが、埼玉県川口市でこの分娩数と出生数との開きを検討していますが合いません。これは加入の問題との兼ね合いだけでなく、出生数は届け出の公的機関が常にチェックをしておりますので、分娩数と合わないというのが、往々にして出てきやすいんです。ですから、僕は①がかなり重要なのではないかという気がいたしますので、追加をちょっとさせていただきます。どうもありがとうございました。

○小林委員長　次の議題が少し多いですので、ここは先に進ませていただきたいと思います。またもし追加の質問がありましたら、後でもう一度お受けしたいと思います。次の議事に入りたいと思います。

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、事務局よりま

とめて説明をお願いいたします。

○鈴木理事 議事資料13ページをお開きください。原因分析の実施状況等についてご説明をいたします。(1)原因分析の実施状況です。制度開始以降、昨年12月末までに1,233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は、前回、昨年7月4日の運営委員会以降、7月末と11月初めの2回開催をしております。原因分析委員会での主な審議・報告の内容については、下の表に記載の通りでございます。従来、原因分析委員会を毎月開催いたしまして、個別事案の審議を中心に行っていたものを、3、4ヶ月に1度の開催といたしまして、主に部会横断的に共通の取り決めが必要な事項についての審議を行っております。なお、原因分析委員会の議事要旨は本制度のホームページに掲載をしております。

また、資料には記載してございませんが、前回の運営委員会の主な意見にございました、原因分析報告書の「別紙対応」の実施状況についてご報告をさせていただきます。同一分娩機関における、2事案目以降の原因分析を行った結果、それまでの原因分析報告書で指摘した事項についてほとんど改善が見られない、また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には、その指摘した事項が複数事案目であることを示すとともに、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をしております。さらに、「別紙」送付から6ヶ月後を目途に、指摘事項の改善の取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っております。制度開始以来、昨年12月末時点で「別紙」送付を行った分娩機関は29機関となります。なお、これまでに「別紙」送付を行った分娩機関に対して、2回目の「別紙対応」を行ったことはございません。

次に14ページ、(2)原因分析報告書作成の迅速化・効率化についてでございます。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その作成に約1年半を要しております。このため、原因分析報告書の質及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組みを行っております。一つ目の○ですが、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、原因分析委員会では原則個別審議を行わないことといたしました。また、昨年4月に、第7部会を設置して7月から審議を開始しております。二つ目の○ですが、原因分析を行うためには、まず事務局にて分娩機関から提出された診療録等をもとに、妊娠・分娩の経過を取りまとめた「事例の概要」を作成します。この「事例の概要」を早期に作成するために、作成作業の効率化や人材育成の強化を図っております。三つ目、四つ目の○です。これらの取組みにより、原因分析委員会

部会は7部会6事案審議体制となりまして、毎月42件、1年間で504件の原因分析報告書を審議し作成できる体制となっております。平成28年につきましては、第7部会の審議開始が途中からのために、1年間の報告書作成件数は468件となっております、288件から468件と増加をしております。また、補償対象の審査結果通知の発出日から「事例の概要」作成までの平均日数が、平成27年の276日から平成28年は178日となり、約100日間の短縮ができております。今後も迅速に原因分析報告書を発送できるよう、これらの取組みを進めて参ります。

次に15ページをお開きください。(3) 産科医療の質の向上のための原因分析報告書の活用に関しまして、二点ご報告をいたします。原因分析報告書の内容を要約した原因分析報告書の「要約版」につきましては、本制度のホームページに掲載し公表をしております。この「要約版」ですけれども、昨年12月末現在1,191事例が本制度のホームページに掲載されております。従来は、実際にそれぞれの事例のファイルを開かないとその概要を確認できませんでしたが、この度、利用者の利便性の向上を図るために、キーワードを元に「要約版」を検索・抽出できる機能をホームページ上に追加しました。キーワードは最大三つまで入力が可能となっております、それぞれANDまたはOR検索が可能となっております。この検索機能の追加により事例の絞り込みが容易となり、要約版の活用が促進されると考えております。

次に16ページをご覧ください。原因分析報告書の「全文版（マスキング版）」についてでございます。「全文版（マスキング版）」とは、原因分析報告書において、特定の個人を識別できる情報や個人が特定される恐れのある情報、また、分娩機関が特定されるような情報等をマスキングしているものでございます。この「全文版（マスキング版）」の開示につきましては、平成27年11月より開示手数料を開示対象事例数一件につき1,000円と改め、運営しておりました。この開示手数料の水準の是非につきましては、運営委員会の委員の方々からも様々なご意見をいただいておりますが、当機構といたしましては本制度の公益性や産科医療の質の向上に向けた研究促進の観点を踏まえまして、平成29年3月1日付で開示手数料の改定を行うことといたしました。開示手数料の改定を行うのは、「産科医療の質の向上に資する研究のための利用申請」の場合でありまして、「製薬会社等が医薬品医療機器総合機構（PMDA）に対して行う、副作用報告のための利用申請」については、現行から変更は行わないものといたします。「産科医療の質の向上に資する研究のための利用申請」におきましては、資料に記載の通り、改定後は開示対象事例1件につき300円＋利用申請1件当たり5,000円を手数料としてご負担いただくこととなります。この度の手数料改定により、例

例えばある研究を実施するために、100事例の原因分析報告書の「全文版（マスキング版）」の利用申請があって、すべてが開示対象となった場合につきましては、従来は1,000円×100事例で10万円を手数料としてご負担いただいていたわけですが、改定後は、300円×100事例の3万円に利用申請1件当たり5,000円を加えた総額で3万5千円が手数料の負担となります。以上が原因分析パートになります。

次に、17ページをご覧ください。5)再発防止の実施状況等についてご説明をいたします。

(1)「第7回 再発防止に関する報告書」の取りまとめです。再発防止委員会では「第7回再発防止に関する報告書」の平成29年3月の取りまとめに向け審議を行っております。具体的には、平成28年12月までに公表した1,191事例の原因分析報告書を基に、「数量的・疫学的分析」および「テーマに沿った分析」を行っております。「テーマに沿った分析」におきましては、「多胎について」「早産について」に関して分析を行っております。また、再発防止委員会からの提言が産科医療関係者にどのように活用されているか、その動向を把握するために、「胎児心拍数聴取について」等四つの事項に関しまして、一定の条件を定めて、出生年ごとの年次推移を示すこととしております。

次に、(2)再発防止ワーキンググループの取組み状況です。再発防止ワーキンググループでは、本制度の補償対象となった脳性麻痺事例と「日本産科婦人科学会周産期登録データベース」との比較研究を行っております。また「原因分析報告書」および「再発防止に関する報告書」における関係学会・団体等に対する要望等に対する対応として、産科学的および公衆衛生学的な視点から専門的な分析を行っております。以上でございます。

○小林委員長 はい、ありがとうございました。それでは議事の4と5につきまして、質問、ご意見等お願いいたします。楠田委員お願いします。

○楠田委員 再発防止委員会から、実は、ここに池ノ上先生いらっしゃいますけれども、提言がありまして、新生児が出生時に蘇生を必要としなかったけれども、そのあと何らかの理由で心肺停止のような状態が起こって重度脳性麻痺になった方のご報告が、再発防止委員会からありまして、具体的には、いわゆる母児同室中に起こったのが18例、それから、産科退院後に起こったのが29例ということでしたので、新生児、生まれた後の状態が落ち着いていたとしても、その後、こういう呼吸を止めるような状況が十分あるということで、現在、早期母子接触に関しては、いわゆる「早期母子接触」実施の留意点というのが、日本周産期・新生児医学会を中心に作られまして、本当に安全に早期母子接触をすることがある程度担保されましたけれども、早期母子接触の後の母児同室等の時期での新生児の安全を担

保する、ガイドラインあるいは留意点等がございませんでしたので、産科医療補償制度の原因分析委員会のほうから、母児同室時期を踏まえた留意点あるいはガイドラインのようなものが需要だということで、関係学会に提言いただきました。日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会、日本周産期・新生児医学会、日本新生児成育医学会、この四つの団体・学会、それから日本助産師会のほうから1名ずつ、委員を出していただきまして、この提言に対して、それを防止できるような留意点あるいはガイドラインを作ろうということで、現在、日本周産期・新生児医学会が中心となって活動しておりますので、それをご報告させていただきたいと思います。

具体的には、実際、こういう方が、これは重度脳性麻痺になってこの制度に登録された方ですので、そこまで重症でなくても、もう少し発生している可能性があるということで、木下会長のご協力を得まして、現在、日本産婦人科医会で、全分娩機関にそういう例が過去5年ぐらいでどのくらいあったかというのを、日本産婦人科医会と日本助産師会のほうにお願いして、収集して、それを分析してどのようなことが実際に必要かというのを検討する、下位のワーキンググループとしてやっておりますので、本日は私だけがちょうど、日本周産期・新生児医学会の関係者だったので、一応、その立場で、今の進捗状況のほうを報告させていただきました。

○小林委員長　　どうも情報提供ありがとうございました。

○池ノ上委員　　再発防止委員会の委員長の池ノ上でございますが、私ども委員会のほうから提言を差し上げましたところ、関係学会と極めて迅速に連携をとりながら、日本周産期・新生児医学会で作業していただき大変ありがたいと感謝しております。こういったことが迅速に行われるということが、本制度の大きな利点でありますので、今後ともこのような動きが迅速に繋がっていくような努力をしていきます。どうもありがとうございます。

○小林委員長　　どうもありがとうございます。勝村委員お願いします。

○勝村委員　　同じく関連してなんですけども、再発防止委員会のほうで昨年8月に、全国にこの件に関するチラシを配布していただいて、本当に迅速に対応していただいたところで、それにとどまらず、ガイドラインの策定にご尽力いただいているということで非常に感謝申し上げますが、その中で、ぜひ、そうしていただいていると思いますけども、実際にそういう結果になってしまった母親の声というのを、多く聞いて参考にさせていただいた上でのガイドラインの策定をお願いしたいと思います。私が少し見る限りでは、母親の声で共通しているのは、子供の顔が見えない状況での接触が強いられてしまっていることに不安を感じて

いたということが、非常に大切なキーワードなのではないかと思い、この8月のチラシにも母子接触の際には顔が見える状態で実施するということをチラシの中央部分に書いてもらったという経緯があります。迅速に対応していただいていますので、本当にこういう事故がなくなっていくように母親の声を生かしていただくということで、お願いしておきたいと思います。

○小林委員長　　ちょうど今のことですが、小さいですけども、「産科医療補償制度ニュース第3号」の2ページの右下にそのチラシが一部掲載されています。もしよろしければご覧ください。他にいかがでしょうか。では岡井委員長代理から。

○岡井委員長代理　　はい。再発防止委員会でいろいろ調査されますよね。持ち上がってきた問題、実際現場ではどれぐらいの頻度で行われているのかとか、何かやられるその調査の費用というのは、この全体の産科医療補償制度の中のお金の中から出せるんですか。

○小林委員長　　これは事務局ですかね。

○事務局　　再発防止ワーキングのお話でよろしいでしょうか。

○岡井委員長代理　　ええワーキングでもなんでも。

○事務局　　そこは運営費の中から。

○岡井委員長代理　　運営費の中から。

○事務局　　はい、制度として運用しているということでございますので。

○岡井委員長代理　　それで私が言いたいのは、事柄にもよるんですけども、再発防止委員会の臨床的な調査やカルテ調査等でははっきり結論を出せないような問題が起こったとき、実際に1件あるんですけども、それは日本周産期・新生児医学会に「この研究をしてください」とお願いしました。それはある物質の副作用についての研究なんですけど、脳性麻痺と関連してる可能性があるんで、そのような時には、研究に相当お金が掛かるので、学会にお願いするのに「ある程度研究費をこちらから出しますからやってください」というようなことができれば、より学会としても受けやすいというか、組織をつくって研究が実施しやすいかなと思うんですけども。いかがですかね。

○小林委員長　　いかがですか事務局のほうから。では池ノ上委員。

○池ノ上委員　　現在ですね、再発防止委員会では、起こってきた問題については、「日本産科婦人科学会周産期データベース」がありますので、そこをコントロール、完全なコントロールではないですけども、形としてコントロールしながら、本委員会が出てきた症例との

間を比較しながらやるというスタディーはもう既に始まっておりまして、これはこの制度の中で運用されているんです。今先生がご指摘のような、ある特殊なものを、特殊な立場で研究的な意味合いも含めてやるかというのは、まだ、その辺はきちっとした定まったものがないんじゃないかなと思います。皆さんがまだちょっと悩んでいるところだろうと思います。事務局いかがですか。追加してください。

○事務局　ありがとうございます。池ノ上先生のおっしゃる通りでございまして、資料の17ページの一番下にも書いてございますけれども、学会に要望を出したのに対して、また機構のほうでワーキングという形、機構の中で分析するものにつきましては、この制度の費用として、機構の費用として研究をできますけれども、学会独自で外で研究されているものにつきましては、この制度の費用をお出しするというのは、今はできないと言いますか、やっております。以上でございます。

○岡井委員長代理　こちらから依頼をする場合の話ですよ。こちらから「お願いします」と、「こういうことをやってください」という依頼をするようなときは、余裕があれば出してもいいような気がするんですけど。

○池ノ上委員　おそらくは、私が発言すべき立場かどうか分かりませんが、制度的に今後そういった問題が出てくる可能性は高いと思っており、このターゲットになる調査対象がブラッシュアップされていけばいくほど、そういうことが出てくだろうと考えられます。そうするとやはり、この機構の機能の中にそういったものをできるような、これも大きな制度上の問題だと思いますけども、ゆくゆくは考えなければいけないかなというふうに考えています。現時点ではまだ、なかなかそこがフレキシブルに動いていないという問題だと思いますけど。

○岡井委員長代理　すみません、もうちょっと言わせてもらおうと、脳性麻痺の発症頻度が減ってきた。医療の質を少しずつ高めていくことによって防げているものがある。しかし、はっきり言って、これからまだ少し下がるとは思いますが、どこかで下げ止まるでしょう。そうなったときに、さらに発生頻度を減らすのは、もう医学を進歩させるしかないんですよ。原因不明の事例の他に、ある事象が疑わしいのだけれども断言できないなどの事例がたくさんありますので、そういう事例に関する研究を進めていくことで、脳性麻痺をさらに減らしていけるだろうと思いますが、そういうことを考えてるものですから、急に、研究にお金が出ないかなということを行いました。すみません。

○事務局　一点よろしいでしょうか。

○小林委員長 はいどうぞ。

○事務局 一点補足でございます。私どもも産科医療の質の向上にぜひ貢献して参りたいと思っているのですが、研究に関してもう一点。当制度で扱っている情報、診療録等の情報は非常にセンシティブでございますので、今外部に出すことができないというところがございますので、これを学会等にお出しできないという、もう一つの情報管理の問題もございますものですから、もしやるとすれば、現在やっているとおり、私どもの制度の中で「ぜひこれをやるべき」というものであれば、それを検討して行っていくというのが今の整理でございます。今の段階で、外で研究されているものを当制度としてサポートしていくというのは、ちょっと今なかなか難しいのかなというところがございます。以上でございます。

○小林委員長 複数の委員からの要望がありましたので、特に委員が関わるものや、あるいは運営や再発防止に係るものに関しては、ぜひ制度のほうからも研究の助成ができるような枠組みを事務局で考えていただければと思います。あとはむしろ、運営組織が外の資金に積極的に申請するというのもありかなと思いますので、そちらのほうの枠組みも検討していただければと思います。他にいかがでしょうか。勝村委員どうぞ。

○勝村委員 楠田委員にちょっと確認をしておきたいんですけども、母児同室の段階でのそういう急変っていうものを分析していただくということで、ぜひお願いしたいところなんですけども、審査をされる立場で、そういう事例が対象になるということがしっかりと全体に認知されているのかどうかという点が少し心配になったのですが、そのあたりどのようにお考えでしょうか。

○楠田委員 新生児が生まれた後、退院するまであるいは退院された直後等に突然呼吸が悪くなって、この制度の対象になった方というのは、先ほども言いましたように一定数の方がいらっしゃるんですけど、それに関しては実際に対象になった事案をホームページ等にあげて、診断医の方にはそれを周知するように、事務局としては今やっていたところですね。それがどの程度、勝村委員が言われるどこまで有効的に、お母さんも含めて周知されているかというところはなかなか具体的にする方法はございませんけれども、どのくらいの頻度で実際に重症の方がいらっしゃるというのが実態調査で分かれば、ある程度その発生数が分かりますので、その発生数の状況と、ここに申請されている方、重症な方で申請されている方の数があまりにも違えば、やっぱりまだ周知が足りないかなというところもありますし、乖離がそれほど多くないのであれば、重症例の方に関しては、たぶん診断医の方がそういうものも対象になるということはある程度、これは小児神経学会等で岡先生

もかなり周知に努力されておりますので、それなりに周知されてるかなという風に思いますけど。ちょっと具体的にどのあたりかというのは分かりませんが、事務局としてはそういう周知をするような努力を続けているというのは、一応、承知しております。

○小林委員長　これは制度発足当時、当初からの話で、分娩に繋がる一連に起因するものは本制度の対象であるということです、あとはそれを診断医等だけではなくて保護者がきちんと理解してるというか、保護者に周知されているかどうかという点です。広報の仕方にもよると思いますので、事務局のほうでいい方法をちょっと考えてみてください。また、もしそういう取組みがあったら、この場で紹介をしていただければという風に思います。他にいかがでしょうか。では、先生、順番に。

○岡本委員　本当に「再発防止に関する報告書」は、助産師の臨床もそうですけれども、助産師学生などですね、かなり役立っております。それと、また何年かごとにという形で何か一冊、その年度ごとのものは整理されていますが、何年か分、例えば5年ごとなどでもう少しまとまったようなものがあれば、非常に大きな参考書みたいな形になると、それからCTGもかなり役に立っておりますので、今後ともまた続けてあのようなものを出していただければ非常にありがたいかなと思います。

○小林委員長　はい、ありがとうございます。それでは勝村委員どうぞ。

○勝村委員　「別紙対応」が29件というお話がありましたけれども、冒頭に岡井委員の方からお話がありましたように、再発防止に向けて、原因分析委員会・再発防止委員会が両輪となる形で、質の向上に向けてこの「別紙対応」をしていただいていることは非常に大事ではないかと思っているわけなんです、いつもお願いしているんですが、3例目というのが出ると非常にショックであって、「この制度自体がある意味モラルハザードをおこしているのではないか」と言われても仕方がない。「こういう制度があるから何度でも同じことを繰り返すことができちゃう」という風に逆に取られかねないと思いますので、やはり、2度目できちっと止めてもらうということをぜひ、続けていただきますようお願いいたします。今のところ3例目はないということですけども。ですので、2回繰り返してしまっているというところに関してですね、そのことを伝えて、その改善策を報告していただいているという風にお聞きしていますけど、その報告が不十分であると感じられたら、やはりぜひ厳しく、実際に医会のほうでも医療機関に出向いていただいて、具体的な改善策を示してあげるなど、そのくらいの形で、やはり3例目が絶対出ないという形のものをお願いしたいと思っているわけなんです。29事例あると、どういう傾向があるとか、報告書がどういう状況になっている、逆

にその通知した後どのような改善策がなされているとか、このあたりに不安はないのかとか、またある意味これだけ揃ってくると、実は1回目のときに、ここは2回目やってしまうんじゃないかというのが、何となく感じるとか見えてくるようなことはないのかとか。そうだとしたら、2回目をやったときに出す通知よりは少し厳しさとしては優しめでもよいので、1回目でも再発が気になるようなケースでは通知を出しておくことで、2回目自体を防止できるということであるならばより良いと思いますし、1,000件を超えて、ご苦労されてきた中の個々の対応というところが、よりきちっと丁寧にされていくことを今後もお願いできれば、非常にありがたいのかなと思うのですがいかがでしょうか。

○岡井委員長代理 「3例目は無いのか」について、原因が別で起こった脳性麻痺事例は、総合周産期母子医療センターだと難しい症例がどんどん搬送されてきますので、5例とか6例とかあるんですね。同じ原因でというのが2例の場合に、「別紙対応」でこちらから「こういう点を改善してください」とお願いする手紙を送っているんです。半年後にどうなりましたかということを知っているんですけども、それに対しては、私も読ませていただいています。が、好ましい回答をいただいています。「こういうことを私達は気を付けてます」、例えば、「分娩監視装置の胎児心拍数図の読み方の勉強会を何回持ちました」とかですね、「新生児の蘇生の講習会に皆行くようにしました」など、こちらで指摘している事をちゃんと対応してくれているなという印象はあります。医師は自分がやっている診療を人から評価されたり何か言われたりするのをものすごく嫌がるんですよ。誰も皆そう、私もですけど。でも、制度として第三者機関が評価しているということで、そうやってみんな対応してくれていると考えています。本当にありがたいと思っています。それで、2回目を起こさないように最初からという点については、1回目の報告書の中で問題点を指摘し、今後の検討事項として書いてはありますので、それをこれからもちゃんと熟読してもらって、それに対応していただければ、2回目を減らすということになると思うんですけど、それをまた別途に書いて送るというのは、ちょっと今のところどうかなとは思いますが、今後の対応については、それぞれの事例で全部書き上げてますから、問題のある場合はですね。

○小林委員長 「別紙対応」につきましては、原因分析委員会のほうで厳しく対応していただいて、適宜、運営委員会に報告していただくということで続けていきたいと思っています。他にいかがでしょうか。勝村委員どうぞ。

○勝村委員 何度もすみません。16ページの開示の件なんですけど、15ページの方で、検索できるような機能を付けていただいたということは非常に良いことだと思って感謝い

たします。その開示手数料の件なんですけど、前回、私も意見を述べさせてもらったのですが、元々はいくらで、いつから現行になったんでしたっけ。

○小林委員長 事務局のほうをお願いします。

○事務局 元々是一件300円でございます、「原因分析報告書全文版（マスキング版）」が研究倫理審査の対象になったということで、一旦ストップしていましたが、一昨年11月に開示を再開いたしまして、その時から資料の16ページの下に書いてございます、1,000円×開示対象事例数になっております。

○小林委員長 どうぞ。

○勝村委員 これはもう事後報告のような形で報告されているわけですが、だから、ここで決める話ではないというスタンスかなと思うんですが、このように5,000円を取ることや、製薬会社等は変えることは、どこで、どのような根拠で、どのような理由でこう決まったのか教えていただければと思います。

○小林委員長 はい、では、改定後のほうの主な背景ですね、この金額部分。お願いします。

○事務局 はい。まず今回、改定をいたしました背景でございますけれども、前回の運営委員会でもご意見をいただきましたが、元々1,000円×開示対象事例数の開示手数料が高いがために、産科医療の質の向上に繋がるような研究の、研究促進の阻害要因になっているのではないかとといったようなご意見がございまして、今回は、産科医療の質の向上に資する研究を促進するという観点で、まず改定をしたというのが大きな背景でございます。今回設定した金額でございますけれども、300円×開示対象事例数と、5,000円と二つございまして、300円のほうはコピー代等の実費、一部あたり300円ぐらいコピー代が掛かるというものでございまして、5,000円のところにつきましては、利用申請をいただいたときの受け付け事務、これは申請書類不備の対応や、開示できるかできないか、開示可否の検討のためにコストがかかりますが、その一部をご負担いただくというものでございます。で、今回は、先ほど申し上げました通り、産科医療の質の向上に資する研究のためにしているものから、イ) にあります通り、産科医療の質の向上に資する研究のための利用申請については今回改定をさせていただくと。イ) の製薬会社さん等によるPMDAの副作用報告のための利用申請につきましては、現行とは変更しないこととさせていただいております。なお、製薬会社さんのPMDAの副作用報告は、実際は、一度新規申請をいただいた後に、新しい事

例が出てくる度に、追加で事例を開示していくというような流れが主でございまして、毎度毎度、利用申請の一回あたり5,000円をいただくのも少しなじみにくいのかなというところも背景にございます。そのような状況でございます。

○小林委員長 勝村委員、これはおそらく、実質的に多くの場合値下げになっていますし、それから手数料ですが、コピー代というよりむしろ事務的なそういう人件費の方がおそらくかなり嵩むと思いますので、書類を受け取って必要なもののコピーを取ってとかですね。ですので、合理的な金額ではないかと思いますが、製薬会社のほうは追加の申請なので、一件あたりは、ア) に比べれば3倍強ということですので、このぐらいの差が適切かなと思いますが、いかがですか。

○勝村委員 1,000円になったのは、「ちょっと、えっ」と思って、300円に戻していただいたということで良かったなと思ったんですが、元には無かったプラス5,000円というのが入った根拠がどういうことなのかなと思って、ちょっとお聞きしたんですけども。

20年前までは、カルテやレセプトというのは見ることができなくて、それが個人情報保護法や保護条例などが、情報公開法と同時に出てきたりしてですね、市民や患者が、情報公開請求や個人情報保護の自己コントロール権でカルテ開示の請求ができるようになっていくわけですが、その際にこういう議論が散々されて、国立大学の病院でも実質コピー代だけで、情報公開であれ、個人情報保護であれ対応していて、ただ一部の医療機関は、それとは別に5,000円を別途一件あたりで取っているところがあって、そういうところはやっぱり、なぜそういうことをしているのかという根拠に関して、色々厚労省の方でも「やっぱりそれはおかしいのではないか」ということで指導してもらっている経緯もあったりしている中で、「何となく5,000円」ということがまかり通っていくというのはどうかと思います。できれば、できるだけ情報というのは共有していく、国民とも多くの患者とも共有をしていく、国民や患者のリテラシーを高めていく、教育としても、色々な医療関係者や学生さんにも見てもらえるというスタンスで行くと少しでもリーズナブルな値段にすべきなのに、忙しくなるのが嫌だからハードルを上げようとか、そういうレベルになってしまっているのではないかな。そうでないならば、この5,000円の根拠というのはもう少し明確にしてもらわないと。

実際、カルテ開示でも大学病院によって、私立だけですけれども、いくつか、そのようなハードルを上げることで、患者がカルテ開示をしようと思ったのにためらってしまうということが実際起きていることは新聞等の報道でもあるところなので、ちょっともう決まってしまうと、ここで議論することではないというスタンスかもしれませんが、改めて

この5,000円という、何となく付く5,000円を、僕としてはなくしていただいて、本当に以前の元の状態に戻して欲しいなどと要望しておきます。

○小林委員長　引き続き運営委員会としても是非値下げを検討していただければと思います。他によろしいでしょうか。それではちょっと時間を過ぎてきましたので、先に進めていきたいと思います。またもし何かありましたら、遡ってご質問ください。次の議事に入りたいと思います。6)本制度の補償対象となった脳性麻痺児の看護・介護の状況についてということで、事務局のほうでまとめていただきました。今回がまとまった報告としては初めての機会だと思いますので、よろしくお願いします。

○後理事　はい、それでは資料の本体の18ページをお願いいたします。6)本制度の補償対象となった脳性麻痺児の看護・介護の状況について、集計データをご紹介します。まず同じページの一つ目の○ですけれども、本制度では、補償分割金を毎年支払うときに、2行目ですけれども、請求用の診断書を提出いただくこととなっております。二つ目の○ですけれども、この診断書のうち、平成28年の1月から12月まで1,282件の診断書がありまして、それに記載されている項目を集計したものでございます。三つ目の○は、年齢別の内訳の数になっております。四つ目の○ですけれども、それらにつきまして、次のページからまたご紹介いたしますが、「1年間の主な生活場所」等について集計をいたしました。一番下の○ですけれども、留意事項があるという風に書いてありまして、その下の点線の囲みの中が留意点、留意事項になっております。例えばですけれども、②に書いてある留意事項は、平成23年以降の出生児については、まだ申請途中の方もいらっしゃいます。未申請の方もいらっしゃいますので、そういった方のデータは入っていないと。これは当たり前の留意事項、留意点でございます。例えば③は、既に亡くなられた事例は診断書を毎年1回出すということが途絶えますので、そこは集計対象に入らないというようなことですか、⑤の一つ目のポツですけれども、複数の箇所回答がある項目は、いずれも集計しております。こういう留意事項を踏まえていただいた上で、データですけれども、次のページをお願いいたします。

19ページです。(1)1年間の主な生活場所です。下が表になっておりますけれども、列が年齢の刻みになっておりまして、1歳から7歳まで。行は各項目になっております。大まかな観察した結論を四角で囲んでおります。例えばこれで言いますと、在宅の割合は89.7%であり、すべての年齢において7割超でありましたということでもあります。

次に20ページをお願いいたします。表の形式は同様ですので囲みのところをご紹介します。(2)医療機関の受診状況です。「月に1~2回」が55.8%で最も多く、「月に3回以上」

と合わせると、約7割の児が医療機関を月に1回以上受診しているという状況であります。次、(3)リハビリテーションの状況です。「月に3回以上」が63.2%で最も多く、「月に1～2回」と合わせると、約9割の児がリハビリテーションを月に1回以上受けているという状況でございます。

次に21ページをお願いいたします。(4)酸素や人工呼吸器の使用状況等ではありますが、各使用状況の割合は、「酸素使用」が24.3%、次「気管挿管・気管切開」が21.4%、そして「人工呼吸器の使用」が19.5%、これはもうそれぞれ全部行ってる児もいらっしゃるかと思います。

続きまして22ページであります。(5)食事の状況です。「経鼻胃管」、これは鼻から管を通して、喉を通過して胃まで通すということで、胃の中に食事を入れていくという方法です。また「胃ろう」、これはお腹に穴を開けて直接、胃まで穴を開けて管を通すという方法です。これらの割合が5歳から6歳でも約3割でありました。表を見ていただきますと、「経口摂取」、お口から食事を食べられるという方は、55%くらい、半分くらいと言う状況です。(6)排泄の状況です。「おむつ使用」の割合は年齢が上がるにつれ減少しているものの、5歳から6歳でも8割超でありました。5歳から6歳ですから、普通はおむつが取れていますが、それでも8割超という状況であります。

次に23ページをお願いいたします。(7)洗面・更衣の状況です。顔を洗ったり着替えをしたりということに対して「全介助」、全てお手伝いがいるという割合は5歳から6歳でも8割超でありました。(8)移動手段ですが、「車椅子・バギー」の割合は90.4%であり、すべての年齢において8割超でありました。重症のお子様を対象になっている制度ではありますが、重症の方は毎日、どのような生活をしていらっしゃるかということが、このように具体的にわかっております。集計結果は以上でございますが、毎年出していただく専用診断書には、例えば都道府県のデータや、重症度のデータがありまして、20歳になるまで提出していただきますので、今後も、地域のデータ、あるいは年齢が進むにつれての推移のデータなどが分析可能でありますので、引き続きデータの蓄積分析をして、ご報告差し上げたいと思っております。以上です。

○小林委員長 はい、ありがとうございます。本制度の対象の脳性麻痺児の状況ということですが、かなり保護者の介護は大変な状況が分かりますが、いかがでしょうか。はい、楠田委員お願いします。

○楠田委員 東京都のNICUに入院されている方で、いわゆる重症でなかなかお家に

帰れない、要するに以前は「長期入院児」という風と呼んでいたんですけども、1年以上東京都のNICUに入院してお家に帰れない方が、毎年何十名の単位でいらっしゃって、その方々が、もちろんお家に帰れない理由としてはいろんな事情がありますが、やっぱり一番多いのは、重症だからだということなんですね。重症の最大の理由は、人工呼吸器、人工換気が必要だと。東京都のNICUで1年以上入院している方で、お家に帰れない方のNICUでの人工呼吸の割合が40%なんですね。だから40%の方は重症だから帰れないということなんだけれども、今回この調査を見せていただくと、実際には9割の方が在宅で、しかも2割の方が人工呼吸器をつけておられるということは、かなり重症ですね。NICUに匹敵するぐらいの重症な方が、在宅で医療的ケアを続けておられると。これはもちろん、家族にとっては大きな負担になるわけですけども、やはり私の意見としては、いろんな意味で、この補償制度の補償金で訪問看護ステーションだとか、あるいは訪問リハビリ等、ある程度多くやっていただくことが可能ですので、それを考えると、この制度の大きな目的の一つである、産科医療の質の向上というのは、先ほど岡井委員が言われましたようにかなりの成果が出ているという風に思いますけれども、家族の経済負担をある程度補償するという意味でも、こういう重症な方が在宅で診療できるというのは、一つ、こういう制度の助けがあるからかなという風に考えましたので、発言させていただきました。

○小林委員長 はい、ありがとうございます。木下委員お願いします。

○木下委員 似たような問題提起だと思いますが、統計の調査項目として、ご家族、お母さんがいつでもケアしているのか、あるいはヘルパーや訪問看護の方が週に何回か来てお手伝いしているのか、それに対して費用がどのくらい掛かっているのか、もしも、理想的には、お母さんがパートででもどこかに勤めることができるほど周りのサポートがあるのか等、そういう視点でのアンケートをやっていただけたらなと思います。と申しますのは、補償金の額がこれで良いのかと思いますし、これで十分ということはないだろうと思いますが、今後の話として、訪問看護や様々なリハビリもしていただきご自分もパート勤務に行くなど、社会生活をかなりの程度普通のご夫妻と同じようにできるかどうかということを目標とすると、あとどのくらいの補償額にするのが本当はいいのかに関して、試算できるだけ資料になるかと思いますが、ぜひそれをやっていただきたいと思います。

○小林委員長 お二方の意見は、在宅のお子さんの方がかなり多いので、おそらく本制度が役には立っているだろうけれども、重症なお子さんにはまだまだ足りないのではないかとということだと思いますが、その調査項目の中に今出た質問の中身に相当する項目が入ってい

ますか。

○後理事　いえ、例えば「主たる介護者が誰である」というような項目はございませんので、別途アンケートをするといったことを検討する必要があるかと思えます。

○小林委員長　今しているアンケートにさらに項目を追加するか、あるいは一部の保護者に追加の調査を行うかということですよ。もしその辺りが詰まりましたら、なるべく早めに報告をお願いいたします。他にいかがでしょうか。では温泉川委員から。

○温泉川委員　日本医師会のほうでは、この制度の対象の方だけではありませんが、「小児在宅ケア検討委員会」というものをこの度立ち上げました。担当は私ではありませんが、こういう委員会を立ち上げて、在宅で療養する、今も89.7%ということでしたが、全国に1万7,000名ほどいるということで、これも増えていくと思えます。それでですが、小児の在宅医療に取り組む医療機関、あるいは訪問看護ステーションはまだまだ少ない状況でございます。日本医師会といたしましては、在宅医療に移行した小児についても、高齢者と同様、地域包括ケアシステムとして受け入れ体制を充実させていかなければならないと考えて、今回、この検討委員会を設置して検討を始めたところです。論点といたしましては、小児の在宅医療に対応する医療機関の拡充や人材育成に向けた方策、都道府県医師会や郡市区医師会の役割、それから相談支援専門員、介護保険のケアマネジャー的役割との連携、それから、家族のレスパイトのための体制整備、これは先生方が言われた分だと思えます。それから、小児科から内科医へのトランジションの問題等があがっております。小児の在宅医療に取り組む医療機関が少ない要因としましては、小児の場合は、人工呼吸器や経管栄養など、医療的依存度の高い方が多く、内科の先生方はこうした患者さんに慣れていないということがあります。一方、小児科の先生方は時間的に対応が困難であったり、在宅医療に慣れていないという面があります。やはり、小児科あるいは内科も一緒になって取り組んでいかなければなりませんので、地域の医師会では小児在宅医療の実技講習会を開いたり、在宅療養支援診療所と小児科診療所でペアを組んで対応してもらい取り組みなども行われております。こうした取り組みを全国に広げ、それから小児在宅医療の裾野を広げていかなければならないと考えております。本委員会の答申を来年度中に取りまとめるとということになっております。そして、ここから小児の医療、在宅医療についての課題の整理と対応をいたしまして、方策を検討して、国や関係各方面に提言を行うという風にして委員会を立ち上げました。これは参考ですが、この中できつとまた色々なデータを取りますので、その時にまたご報告させていただきたいと思えます。以上です。

○小林委員長　　ありがとうございました。それでは栃木委員どうぞ。

○栃木委員　　今、委員の方から詳しくお話がありましたが、埼玉県の実状は、このような障害児を受け入れる施設がございません。従って、これは本制度下で発生してきた脳性麻痺児のみではなく、このお金を利用して、全体的な部分の把握に努めるべきではないかという気がいたします。もしアンケート調査をする場合には、一緒に含めて調査していただくと非常にありがたいような気がいたします。それからもう一点、これは私どもの病院でも起こりがちなことなんです、重症の脳障害を持ったお子様の場合には、最初のうちはご両親はよく来ますが、しばらく経つと来なくなってしまいます。まるっきり置き去りみたいな形になってしまうケースが非常に多くございますので、そういうことも含めて、これは本委員会、出資されたお金ですが、本制度下の脳障害児のみだけでなく、もう少し視野を広くしていただくとありがたい気がいたしますので、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。私の専門の公衆衛生学の観点からも、対象だけを見ては実際の真の姿が分からない、比較の対象も含めて調査しないと真の姿は分からないと思いますので、ぜひその辺も含めて、在宅でケアを受けるような障害を持った児の調査等を考えていただければという風に思います。他にいかがでしょうか。はい、岡委員お願いします。

○岡委員　　審査のほうの立場から結果を拝見すると、私どもは、審査はできるだけ早くに補償金を出したほうがお役に立てるということで、できるだけ早くに審査をするようにしているんですけども、その方たちはその後どうなっているかということはこの調査で拝見することができるということで、貴重なデータだと思っています。それでやはり感想としては、食事であるとか、排泄であるとか、やはり非常に重症群の方であると思います。最後の移動手段の中で、一部の方が「その他」、この「その他」というのはもしかしたら歩行可能ということかもしれないんですが、補償対象群の中には上肢障害だけの方、要するに右手あるいは左手が全く使えないという方も、その場合には身体障害者の級、等級でいいますと一級になりますので、そういう方に当たると思います。そういう方も含めて考えると、やはり6歳あるいは7歳という群の方も、実質的には非常に日常生活上の歩行ができないなど重症の方々だという風に思います。この方々の中で、1人でも、段々とちょっとでも移動できる方が多く増えれば、それは本当に素晴らしいことだと思いますけれども、なかなか審査の段階ではきっと難しいのではないかと判断し審査しているわけですけども、引き続きこの調査をぜひ、機構として続けていただければという風に思っています。ともかく感想とし

てはやはり、多分数年前に審査をした方々がここに出てるんだろうと思いますけど、やはり皆さん非常にご家庭で苦勞されてるなということが、数字の上から感じ取れる数値ではないかなという風に思いました。以上です。

○小林委員長 はい、どうもありがとうございました。岡委員には審査委員会のほうで大変尽力していただいています、審査委員会のほうにもこの集計結果をフィードバックしていただければと思います。なるべく近く、直近の委員会のほうに。それから審査委員会のほうで議論していただきたいと思いますが、診断医にもフィードバックをするのも良いのではないかなと思うんですが、その辺、では、楠田委員、岡委員の方で検討していただければという風に思います。他にいかがでしょうか。よろしいでしょうか。それでは次の議題に移りたいと思います。

次の議題ですが、7) 本制度に関する関係学会・団体の動きということで、委員の方々からご報告をしていただくことになっています。最初に、日本産婦人科医会会長の木下委員からお願いいたします。

○木下委員 日本産婦人科医会は、原因分析委員会と再発防止委員会の報告を受けて、全ての分娩を取り扱う施設に、その内容が行き渡って検討して実行するために仕組みづくりを考えてきました。機構が当初、問題としていたリピーター対策に関しては医会でやることも考えたのですが、情報の開示の点から難しいことがわかりました。そこで、注意すべきテーマに沿った内容について、各都道府県の医会の医療安全の部門で、講師を呼んでその課題について勉強しています。

岡井委員長の原因分析委員会の評価は高く、そのメンバーを見ても、我が国のこの領域の指導的立場の人ばかりですから、その議論は大変フェアであり、医学的に最も適切な判断をしてくれています。従って、診療する我々はそこで評価されたことに対しては、謙虚にそれに沿った行動をとるべきであると理解しており、結果としては、医療行為のレベルも明らかに上がり脳性麻痺の頻度が減ってきているということは事実だと思います。医会の新しい取り組みとして、どこかで母体死亡や脳性麻痺が続いた場合は、直接、その医院又は病院等に出向き、そこで当事者からお話を伺い、指導してやることも行っています。

また、学会と医会はともに協力し合っておりますが、学術集会の時に私たちの日本産婦人科医会の研修委員会がテーマを決めて、産科医療補償制度における問題点として症例から学ぶ視点から、毎年再発防止委員会のテーマを中心に教育講座を続けています。この企画により産科医療補償制度の周知徹底と、原因分析委員会、再発防止委員会の成果が強調され学

会と医会の会員に明確にフィードバックされています。

○小林委員長　　ありがとうございました。それでは日本産科婦人科学会の副理事長、木村委員にお願いいたします。

○木村委員　　はい、日本産科婦人科学会といたしましては、先ほど木下会長がおっしゃっておられました、学術集会における学会・医会の共同プログラムという形、資料8にございますが、昨年第68回は、東京で8,000人の会員が集まって行われた学術集会の中で、このようなセッションを設けております。また今年の4月16日の日曜日にも、広島で第79回の学術集会がございますので、そこでもやはり同様の医会との合同セミナーの中で、産科医療補償制度が取り上げられている教育についての講演が行われます。これは毎年の学術集会で行われているところでございます。また、妊産婦と医会らが共同で編集しております「診療ガイドラインー産科編」が2017年の改定を迎えます。コンセンサスミーティングも終わりました、おそらく今年の学術集会で発売されることになると思いますが、今回の作成委員長、順天堂大学の板倉教授はコンセンサスミーティングなどの場で、「診療ガイドラインと産科医療補償制度は産科医療の向上のための両輪である」というような言い方をされて、この産科医療補償制度の「再発防止委員会からの提言」に関して注意するようということを繰り返し述べていただいております。また、その内容を積極的にガイドラインに取り入れていただいております。クリステル圧出法の項目では、2012年度版の「再発防止委員会からの提言」をそのまま引用して、掲載していただいております。また、頸管拡張法と臍帯脱出というところで、メトロイリントル等に関する臍帯脱出についての注意を喚起するところでございます。このような形で、学会員に産科医療補償制度の分析から得られた結果を還元するというに努めております。私からは以上です。

○小林委員長　　はい、ありがとうございました。それでは続きまして、日本助産師会会長の岡本委員からお願いいたします。

○岡本委員　　資料5のところには、これを周知していくということで、いろんな形でニュースは配らせていただいておりますけれども、会員向けの機関誌を年に4回出させていただいております。そこに必ず症例を出させていただいております。特に昨年に関しましては、助産所で起きました事例を系統的に取り上げて、全体に周知していくということなどに努めて参りました。それから、これは日本助産師会だけでなく、看護協会や助産学会などが皆、助産師の実践能力を高めていくということで取り組みを始めておまして、2年間で1万人以上が受けて、その中の医療安全の観点のところには、必ず再発防止のことが入っており

ますし、それから学生へ、助産管理という非常にメインの科目の一つにも、必ずこのことが入っております、教育現場で全国助産師教育協議会の先生方もそうですけれども、やはり、こういうことが起こらないために、日ごろから何が大事かという観点からの再発防止でいつも言っていております。助産師に関連しまして、本当に基本的なことが、児心音の聴取もそうですし、色々な形でありますので、その基本を大事にという観点からずっとしていただいているところです。助産業務ガイドラインは5年ごとの改定になっておりますので、そういう時にも必ず、一番大きな参考になる資料として産婦人科診療ガイドラインと同様に、それを勘案して齟齬のないような形で、助産師もそういうことをやっていくということに努めております。非常に感謝しています。それから一例でも、やっぱりこういうことはないようにということを、特に助産師会のほうはやはり開業助産師の部分のことをメインに、あと病院のほうは、各所でやっておりますので、そのことを何とかして生かしていくような努力をさせていただいております。以上です。

○小林委員長 はい、ありがとうございました。それでは日本周産期・新生児医学会理事の楠田委員からお願いいたします。

○楠田委員 資料5の2ページ目にありますように、日本周産期・新生児医学会としては、この制度の周知を図るとともに、先ほどすでにご報告しましたように、この「再発防止委員会からの提言」に対しまして、関係学会と共同で委員会を立ち上げました。具体的には、ここにいらっしゃる関係団体である、日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会・日本助産師会、それから私が属しております日本新生児成育医学会、そこから委員を1名ずつ出させていただきました、現在そのワーキンググループでやっていること、その二つをご報告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した。それでは、続きまして日本小児神経学会、理事の岡委員からお願いいたします。

○岡委員 はい、日本小児神経学会のほうでは、一つは小児神経学会の専門医の先生方が診断医であるということもありまして、この制度が発足してから毎年、小児神経学会学術集会の時に、産科医療補償に関するシンポジウムをずっと続けてやっております。主にその中では、診断に関わるようなテーマについて、何人かの演者にお話いただくという中から、今までもいくつか学会としての要望として、特に診断医の先生がこういう点に困っている、あるいはこういうことをして欲しいということについての要望を、そのシンポジウムで取りまとめていただいて、実際にいくつかは機構のほうで実現させていただいたという、そういう

ったような場になっております。本年も小児神経学会の場で、今回は例えば私もお話をさせていただきますけれども、そういったような形で、各会員に周知をするような努力を続けていただいておりますので、引き続きご協力をお願いできればと思います。以上です。

○小林委員長　　ありがとうございました。それでは続きまして、日本看護協会常任理事の福井委員からお願いいたします。

○福井委員　　よろしくお願いいたします。資料に示されている取り組みの他には、再発防止委員会で提言された内容について広く周知するために、また提言内容を実践に生かすために、インターネットを活用した研修を開始しました。直近では、出生直後の新生児管理について、また母児同室のあり方について配信を開始したところです。これらの研修は知識を確実にするために、試験も含まれています。先ほど岡本会長からお話でしたが、助産師の実践能力を保證するアドバンス助産師の認証に、これらの研修を活用しています。

本日、脳性まひ児の看護・介護状況が示されました。在宅での療養支援を促進し在宅ケア環境を整備していくことや在宅ケア環境を整備するために、地域の資源を確保していくことが必要だと痛感しております。日本医師会温泉川先生から医師会の取組みについてお話でしたが、日本看護協会では、子どもの在宅ケア等を行うことのできる訪問看護ステーションの数を増やすために、日本訪問看護財団や全国訪問看護事業協会等と協働しまして、訪問看護の在宅ケアに関する研修を推進しているところです。また、看護小規模多機能施設でのレスパイトや通所、リハビリといったものの推進も行っています。さらにはNICUを退院する子どもの在宅移行を円滑にするためには、NICUに勤務する看護職や医師が、在宅に移行していく間に、「暮らしの場で、医療依存度や療養依存度の高い子どもが医療を受ける、養育者が子どもを養育する。」ということについて、医療職と養育者が共通のイメージをもつことが必須です。

そこで、医療機関に勤務する看護職員の教育プログラムの開発を行ったところです。今年、この教育プログラムの活用ができる指導者育成を試行的に行います。以上です。

○小林委員長　　ありがとうございました。それでは最後に日本医師会常任理事の温泉川委員からお願いいたします。

○温泉川委員　　先ほど、参考と言いますか、ご報告をしましたので、これ以上ありませんので、また、まとまったらご報告させていただきます。

○小林委員長　　はい、分かりました。ありがとうございます。次の議題に移る前に、私のほうから一つ事務局に質問ですが、本運営委員会では、医療訴訟関係のデータも随時見てい

くということだったと思います。今日は資料3にある「評価機構ニューズレター11月号」の5ページに、医事関係訴訟の動向がすでに載っております。以前どこかの機会に、最高裁から出た委員会報告で、この産科医療補償制度が医事紛争の有効な解決法の一つであるということが書かれているという話も聞きましたが、これですと訴訟の状況しか分からないので、いわゆる示談や訴訟にならない、あるいは訴訟途中でやめた件数などを、損保のデータで随時確認していくということだったと思いますが、そこはどうなっておりますでしょうか。

○事務局 はい、ありがとうございます。事務局からは、その訴訟に関するデータとしましては、今回お出しした調整に係る状況と、最高裁から公表されております医事関係訴訟事件の件数とお出ししてきてはおりますが、今委員長からお話ございました、各損保からのデータをいただいております。今後、各損保からデータをお出ししていただくことにつきましても、今後の運営委員会でお示しできるよう検討して参りたいと考えております。

○小林委員長 できましたら、次回の運営委員会でもなるべく報告できるように準備をお願いいたします。それでは次に移りたいと思います。8) その他ということになりますが、事務局から説明をお願いいたします。

○後理事 はい、資料の最終ページ、25ページをお願いいたします。8) その他です。第33回国際医療の質学会学術総会を昨年の10月16日から19日に、この学会と当機構が共催という形で開催させていただきました。世界70カ国から約1,200名の方が参加しております。1,200名という数は従来に比べて多いということであり、盛会でありました。産科医療補償制度に関する議題として、以下の講演等が行われております。まず上の四角ですが、これはセッションを、産科医療補償制度に関して「医療の質安全の向上に対する無過失補償制度の効果」というタイトルで、岡井先生から原因分析を、池ノ上先生から再発防止に関してご講演をいただいております。その中では、主にタイの評価機構からご参加された方がいらっしゃり、理事長以下ご参加されまして、熱心にご質問されました。例えば、原因分析委員会の委員をバランスよく選んでいるわけですが、そういった人選をどのような考え方で選んだのかということや、原因分析の結果、原因不明のものが3割ぐらいあるわけですが、そういった報告書を介したときの保護者の反応等について、非常に積極的にご質問がございました。

それから下の四角ですが、これはランチタイムシンポジウムで、当機構の鈴木理事より「産科医療補償制度の紹介」ということで、講演が行われております。補足ですが、

タイの評価機構からは、3月に産科医療補償制度の紹介をして欲しいということで、全国8,000人が集まる全国フォーラムでの講演の依頼がきておりますので、対応することにしております。これに関しまして、今日ご出席の木村委員の大阪大学産婦人科の同門でいらっしやって、タイ国の王立産婦人科学会の会長をお務めになられた先生がいらっしやるということで、部会員の光田先生が同じ大阪大学産婦人科の同門でいらっしやるので、ご紹介いただいですでに連絡をとらせていただくなど、ご支援をいただい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す。それでは国際学会でご報告された委員の方から何か追加がありましたらお願いいたします。特にないですか。岡委員あるいは池ノ上委員。

○池ノ上委員 はい、私のほうから。昨年12月2日から4日まで、台湾の台北で「アジア・オセアニア周産期学会」というのがございました。その中で、30分ほど時間をいただきまして、この産科医療補償制度のことを講演いたしました。今の状況をそのままご紹介したわけですが、フロアから、台湾で産科医療補償制度とノーフォールトのコンペンセーションを熱心にやっておられる方がおられまして、日本のこの制度をモデルにして、台湾ではスタートしたと発言されました。台湾としては、公的なサポートがベースになったコンペンセーションシステムが動いているということです。いずれにしても、日本の先行事例という、先行のいろいろな問題を参考にしながらやっているということでありました。もう一人、タイの方も熱心に質問されました。この方の質問は、現場の産婦人科の先生方の理解を得られたかと、最初のスタートの段階で非常に苦勞をしたのではないかと、その辺りの苦勞話についてのご質問であります。すなわち、産婦人科の現場で実際にやっている先生方の理解を得ない事にはシステムが成り立たないのではないかと言う質問です。先ほど木下会長がおっしゃいましたように、やはり実際にお互いの信頼感がある、できているということがその背景にあるというようなことで、質疑応答をいたしました。いずれにしましても、この活動が国際的にも非常に大きな影響をもってきつつあるなということを実感して帰ってきました。追加でございます。

○小林委員長 ありがとうございます。二つの国際学会で非常に注目を集めたということでございますが、何か発表された先生方に質問がありましたらお願いします。はい、木村委員お願いします。

○木村委員 はい、コメントでございます。私、フィーゴとそれからアジア・オセアニア

周産期学会の理事、評議員をしております関係上、色々な外国の状況も聞いておりますが、確かにこのタイプの補償制度というのは日本が初めて開拓していただいて、非常に有意義な制度でございまして、台湾はそれに引き続いておそらく2地域目だろうと思います。台湾の制度の中で特記すべきところは、母体死亡を含めているところではございまして、台湾は非常に医療状況が過酷でありまして、すぐに刑事問題になるということを知っておりまして、それでちょっと、現場の医師が非常に危機感を持って、母体死亡まで含めて産科の問題というか、産科によって不幸な事例に陥った方全般を救済しようと、そのときに原因を分析しようというスタンスでございましてね。日本よりも少し広い、包括的な補償制度になっております。ただ台湾の制度の問題点は、幅を広げておりますので、一つ一つの補償金額は日本よりかなり安うございまして、そういったことはまだ今後の検討課題だろうという風におっしゃっておられました。私からコメントさせていただきました。

○小林委員長 はい、ありがとうございます。ほかによろしいでしょうか。それでは、以上で用意された議題は終わりですが、先生、委員の方々から何か追加の質問、どうぞ。

○栃木委員 栃木でございます。手短かに話をさせていただきます。先ほど再発防止委員会からの提言の利用方法ということで、そのときに言えば良かったんでしょうけど、埼玉県母子保健委員会の委員として、現在埼玉県は昨年10月12日にNHKのニュース7で話したように産婦人科医師の状況は最悪の状態です。医師が分娩1,000件に対して5.5名しかいません。ですから、埼玉県での周産期医療状況は全く劣悪な状態でございます。それを何とか補うために、コメディカルスタッフに対して先ほど看護協会の方や助産師会の方から提言がありましたが、周産期医療の状況を補うために、少なくとも新生児蘇生法と、胎児のモニターの読み方と、母体救命、この三本の柱にして講習会を行っております。今年度の受講者は50名、60名、それから36名で、申込を始めると、ほんの2週間でいっぱいになってまいります。これらの講習会は重要な会だろうと思っております。講習会では産科医療補償制度の提言を説明をするようにしております。その時に、皆さんに提案なんですけど、先ほど冊子という話がありましたが、できれば、提言をCD-ROMか何かにしていただいて、その現場で使えるように、お金が掛かりますが、できれば良いと思います。

埼玉県産婦人科医会では講習会を運営するためにいくらのお金が掛かっているかということ、217万円のお金が掛かっております。参加費が合計109万円、参加者は看護師であれずべての方にお金を出していただいております。そして、医会のほうから残った分を出しております。資金を本制度に求めることは出来ないと思いますが、CD-ROMか何か電子媒体で

もし提言を作成して頂き利用できるようにしていただければありがたいと思って提案をさせていただきます。よろしくお願いします。

○小林委員長　　どうもありがとうございました。少し投げるようで申し訳ないんですが、再発防止委員会と運営組織でご検討いただければと思います。どうぞ。

○事務局　　事務局から一点でございます。事務局といたしましても、再発防止報告書の周知は取り組んで参りたいと考えております。一つご紹介させていただきたいんですが、本日、資料2のほうに、「産科医療補償制度ニュース第3号」をお付けしております、その5ページの一番下段に、「再発防止報告書が使いやすくなりました」ということで、私ども制度のホームページに再発防止報告書の情報が今掲載をされております、かつ、エクセルでそれをお載せしておりますので、例えば勉強会資料等をお作りするときには、CD-ROMというところまで手が届いておりませんが、データとして、資料を作ったりすることもできますので、ぜひこうしたところもご活用いただけるとありがたいかなという風に思います。

○栃木委員　　よろしいでしょうか、委員長。先ほどのご指摘のあった通りで、私も参考にさせていただいて作っております。ここに日本周産期・新生児学会の先生もおられますので、少なくとも新生児蘇生法が、コンセンサスの得られたものを全国レベルで同じようにできるということでCD-ROMがあります。非常に便利だなと思っております。そういう媒体を、できれば個人の感覚で作るのではなくて、例えばCD-ROMを使って、これを講習会用に使用しなさいということにより提言として役に立つような気がいたします。そのときの説明する人によって違うのは、基本的には良くないだろうと考えてあえて提案を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。個々にそれを作っていくのはやはり、時間の浪費になりますよね。毎年は大変かもしれませんが、一定期間ごとに得られた成果を全部、CD-ROMにして関係者に配れるような仕組みを検討していただきたいという提言ですので、ぜひご検討いただければと思います。はい、木下委員お願いします。

○木下委員　　先ほど、外国の学会に出席されて、この制度を紹介されていることをうかがいましたが、いまだに世界中でこれだけ機能している制度は無いことがわかりました。私どもが臨床をはじめた50年前は、せいぜい2、30例の脳性麻痺事例があればその臨床像を発表した時代でしたが、今日、1,000例を超える脳性麻痺事例が1ヶ所に集まっている国は、他に例がないと思います。しかも、1,000例以上の脳性麻痺の原因分析をした結果が明らかになっていることは奇跡に近い業績だと思います。その中で、今まで気にならなかった感染

症というのは脳性麻痺に関係あるというようなことも教えていただきました。また、早産児はどのような状況になれば危険になるかということも、よくわかっていません。驚くべきことは、原因が分からないというのが20数%あるという事実です。実はこの制度が発足した当初は、私はものすごく怖かったです。と申しますのは、脳性麻痺の原因の全ては何か我々の医療行為と関係ありはしないかとの恐れがすごくありました。でも実際の原因の中には、我々が見ても分からないものが30%近くあるという事実に本当に驚きました。1,000例以上の事例の原因を調査すると、今まで知らなかったものがあったというようなこと、そして不可抗力的に起こるものがあるということに関して、ぜひ学会等で、再発防止委員会もしくは原因分析委員会でもいいのですが、こういうテーマで研究をしていただきたいと思うのです。そのために機構は研究費を出して、原因解明に取り組むことを新しい事業として開始してほしいのです。ですから例えば、岡先生が小児神経のご専門の立場で、また、楠田先生が新生児の臨床の視点から、「こういった問題はどうなっているんだろうか」、「ぜひ一緒になって研究しよう」というような提言をしていただけたらありがたいと思います。この制度をぜひまた前向きに捉えて課題を具体的に考えていただきたいと思います。

○小林委員長 はい、では、勝村委員どうぞ。

○勝村委員 同じような要望なんですけども、少し違う観点かもしれませんが、今日の中で、「再発防止に関する報告書」を、例えばこれまでの全部一冊一冊が、毎年毎年のものが報告書という形になっているものを、やっぱり読みやすく、教科書的に伝えやすくまとめられないかという意見や、またそのような内容を講演などで伝えるときに利用しやすいファイルはないのかというようなことは、僕は非常に大事な指摘だなと思いました。先日の再発防止委員会でもそのような議論はあったと思うんですけれども、ただ報告書を作って終わりということではなくて、本当に色々な立場の人、母親に対して、医療関係者に対して、学生に対してという形、色々な意識をして、きちんとそれが伝わりやすく、想いが伝わりやすい形というところに、費用なり人手なりをかけて、これはすぐにそのような形にして行動にしていっていただきたいなというのが一つ目のお願いです。

もう一点は、今日の議論の中で、対象者数が減ってきたことや、審査も非常にご苦勞をされている中で、今日は看護・介護の状況というものも出てきたりしているわけですね。この制度、当初数字がどうなるかもよく分からないという非常に試行錯誤の中で始まって、色々ご苦勞されてきていると思うんですけれども、それだけに最初から5年後に見直しをしようということでとりあえずスタートした形だったと思いますけど、5年後の見直しの際も実際

にはまだまだ数字が出揃っておらず、非常に苦勞されて、6年目ぐらいに一旦制度の変更がされてここに至っているわけです。ぜひ、さらに色々なことが分かってきているので、適宜、定期的にやはり、改善できるところは改善していくということで、この運営委員会の役割だと思いますので、半年に一度しかありませんので、あれよあれよと日が過ぎていきますので、またぜひ、次回の運営委員会くらいには、今後の制度自体のさらに見直しをどう進めていくのかという、ロードマップ的なものなども出していただければなという風に思います。その2点を要望しておきます。

○小林委員長　はい、ありがとうございます。他によろしいでしょうか。それでは以上をもちまして、すべての議事を終わりにしたいと思います。事務局から何か連絡事項がありましたらお願いします。

○事務局　次回、第37回の運営委員会でございますけれども、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　それではこれもちまして、第36回産科医療補償制度運営委員会を終了いたします。委員の皆様におかれましてはご多用中のところ大変ありがとうございました。どうもお疲れ様でした。