

第7回 「産科医療補償制度運営組織準備委員会」 会議録

日時：平成19年9月19日（水）午後4時00分～6時01分

場所：弘済会館4階「萩の間」

財団法人日本医療機能評価機構

1. 開会

○事務局（浜田） 開始前に資料の確認をお願い申し上げます。

お手元の資料でございますが、2つ、1つはクリップどめの資料と、それから前回お配りいたしました桃色の冊子の参考資料3でございます。クリップどめにつきましては、次第が一番上でございますホチキスどめの資料、それから参考資料といたしまして3つございます。「補償対象等に係る論点について」、それから「これまでの準備委員会における議論を踏まえた検討の方向性」、それから参考資料4といたしまして、「産科医療における無過失補償制度の枠組みについて」でございます。落丁等、ございませんでしょうか。ありがとうございます。

ただいまから、第7回「産科医療補償制度運営組織準備委員会」を開催いたします。

本日は、おくれていらっしゃる方もいらっしゃいますが、17名の委員の方にご出席をいただいております。どうもありがとうございます。

また、厚生労働省より、医政局二川総務課長、大臣官房岡本参事官、佐原医療安全推進室長にオブザーバーとしてご出席をいただいております。

それでは、議事進行を近藤委員長をお願い申し上げます。

2. 議事

（1）調査報告書に係る委員からの主な意見

○近藤委員長 それでは、議事に入りたいと思います。委員の先生方には、大変ご多忙中、ご出席をいただきまして、まことにありがとうございます。本日の議事は、お手元の次第のとおりでございます。主として2つでございます。1つ目は、調査報告書に係る委員からの主な意見、それから2番目にメインの補償対象等に係る論点でございます。

それでは、議事の（1）の前の委員会におきます調査報告書についての主な意見につきまして、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局（浜田） それでは、前回の準備委員会での議論を踏まえまして、意見を整理いたしましたのでご説明させていただきます。

「次第」と書かれたホチキスどめの資料を1枚めくっていただきまして、1ページをごらんください。（1）調査報告書に係る委員からの主な意見ということでございまして、次のページまで、1）から2）、3）、4）、5）と、まず主に5つのご意見と理解いたしました。まとめさせていただきました。

まず1）でございますけれども、未熟性による脳性麻痺について基準を設けることが望ましくないとするようなご意見ということでございます。後ほど1つずつご説明申し上げたいと思います。それから2）でございますが、それと反対的なご意見といたしまして、未熟性による脳性麻痺について基準を設けることが望ましいとする意見。次のページをおめくりいただきまして、3）ということで、少し視点が変わったところで、早急な制度開始を望む意見、それから4）重症度の取り扱いに関する意見、それから5）将来的な課題

に関する意見でございます。それぞれ1つずつ簡単にご説明申し上げたいと思います。

まず1)の①でございます。脳性麻痺の発生は連続性を持って変化しているので、未熟性による基準を設けた場合に、合理的な根拠を示し得ないのではないかと。

②調査専門委員会からの報告をかんがみるに、出生体重と在胎週数によって補償対象を区切ることは極めて困難である。

③基準をつくることによって対象にならなかった場合に、医療現場で新たなトラブルが生じるおそれがある。

④補償対象に一定の基準を設けることで、同じ脳性麻痺児であっても補償対象と、対象外の2つに線引きされることへの配慮が必要。

⑤一定範囲内の脳性麻痺児のみを補償対象にすることは、患者側のみならず、医師側にも戸惑いがある。

⑥未熟児であったとしても、医療機関側の管理体制によっては補償対象とすべきであり、一律に出生体重と在胎週数により区切ることは難しいのではないかと。

⑦未熟性についても、妊娠・分娩の過程で何らかの問題があったことが立証された場合は対象とすべき。

⑧補償対象者の線引きについては、除外事由の判断だけでよい。

⑨出生体重と在胎週数による基準によらず、「通常の妊娠・分娩」に該当するかどうかにより、補償を行うほうがよい。

続きまして、基準を設けることが望ましいとする意見ということでございます。

①「分娩に係る医療事故」によらず起きた脳性麻痺児について補償対象とすることは、この制度の趣旨ではない。

②限られた財源の中で補償することから、第一義的にどこかで線を引く必要がある。

③ある出生体重、在胎週数以上で、本来は脳性麻痺にならないと思われる児が脳性麻痺となった場合に、補償対象とするのがよいのではないかと。

④「通常の妊娠・分娩」に限る以上、どこかに制約を設けざるを得ない。

⑤医学常識として、通常の分娩の範囲は示せるのではないかと。

次のページでございます。⑥制度設計上、迅速に補償するために、あるところで区切って、それよりも出生体重や在胎週数が多いほうに属していて、なおかつ除外基準でなければ補償し、一方で基準を下回るころについては、未熟性がある、なおかつ分娩に係る何らかの不都合があったケースについては補償する。

3) 早急な制度開始を望む意見。①患者・家族も医療従事者も、この制度を早くつくってほしいという思いがある。

②対象者の基準を決めないと制度がつくれない。

③ある程度の制限を設けて、制度を早くつくることが必要。

④社会的な不幸とか、嫌な思いをする人が減るように、制度を早くつくるべき。

4) 重症度の取り扱いに関するご意見。①障害の程度に応じて補償額に差を設けるのか、

それとも一律に同額での補償を行うのか等について検討。

5) 将来的な課題に関する意見。①脳性麻痺が起こった事例に関しては、届け出を行うことにより、将来の産科医療の質の向上につなげることが制度設計上必要。

②脳性麻痺が起こった事例のデータ提出等については、将来的に法整備等も含めて考えていく必要があるのではないか。

以上のようにまとめさせていただきました。

○近藤委員長 調査報告書に係ります皆さん方の主な意見につきまして、事務局でまとめていただいたものでございますけれども、これについて、何かご意見ございますでしょうか。

ないようでございますので、いずれにしましても、これについてはまだまだご意見をこれから言っていただくわけでございますので、次の議題に移りたいと存じます。

(2) 補償対象等に係る論点

○近藤委員長 ご存じのとおり、前回の委員会で調査委員会から調査報告書をいただいたわけでございます。現状におきまして、できるだけ調査データというものを用意していただいたわけでございます。本日は、こういう報告書を踏まえまして、補償対象等の補償給付制度に係ります主な論点を、事務局において整理していただきました。この論点につきまして、事務局から説明をお願いいたします。

○上田室長（評価機構） それでは説明いたします。資料の3ページの補償対象等に係る論点をごらんいただきたいと思います。

補償対象等に係る論点として、ここにありますように、1)の補償の対象者と、次の4ページですが、2)の補償の額等という区分で整理をいたしました。

まず、1)の補償の対象者の①の「通常の妊娠・分娩」及び「分娩に係る医療事故」について、それから②の除外基準についてを説明させていただきます。ご議論をいただきたいと思います。その後、③の障害の程度について、④の診断の時期についてを議論していただき、そして最後に、2)補償の額等という順番でご議論をしていただきたいと思います。

それでは、①の「通常の妊娠・分娩」及び「分娩に係る医療事故」について、また②の除外基準についてご説明をいたします。この説明に当たりまして、別のつづり、参考資料1がございますが、この資料をあわせてごらんいただきたいと思います。よろしく申し上げます。

それでは、補償の対象者の①の「通常の妊娠・分娩」及び「分娩に係る医療事故」についてであります。ここにありますように、アとしまして、「通常の妊娠・分娩」の範囲を出生体重や在胎週数に基づいた基準により区分けしてはどうか。その際、制度の趣旨を踏まえ、どの程度の出生体重及び在胎週数にすることが妥当か。

イとしまして、上記基準に該当する児については、審査体制の整備など実務面にも配慮

し、原則として「分娩に係る医療事故」と推定して扱うこととしてはどうか。

ウとして、上記基準に該当しない児については、「分娩に係る医療事故」の有無を審査することとして、補償の可能性を残してはどうか、このような論点で整理して、事務局として提案させていただいておりますが、順次ご説明申し上げます。

参考資料1をご覧ください。「通常の妊娠・分娩」及び「分娩に係る医療事故」についてありますが、これはピンクの調査報告書の4ページから抜粋しております。これまでも何度もご説明しておりますが、もう一度、改めて説明させていただきます。1行目ですが、「検討の前提である枠組みにおいて」、3行目ですが、「安心して産科医療を受けられる環境整備の一環として、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し、紛争の早期解決を図るとともに、事故原因の分析を通して産科医療の質の向上を図る仕組みを創設する」ということで進めています。そして、「補償の対象は、『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」と示されていて、そこでこの論点であります「分娩に係る医療事故」と「通常の妊娠・分娩」、このことについて調査報告書でも検討されています。

そして、アンダーラインがございますように、「本制度における『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』とは考え難い妊娠・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』とは考え難い、未熟児性が原因となる脳性麻痺について、調査結果に基づき、出生体重や在胎週数により判断する基準について検討した」、こういう報告になっております。

そして2ページであります。この調査報告書の6ページに未熟性と脳性麻痺の関係についての結論が出されております。児が成熟するほど脳性麻痺の発生率が大きく低下し、反対に児が小さく未熟性が高くなるほど脳性麻痺の発生率が高くなっていた。

そして、次の12ページの抜粋でも、最初の3行ですが、調査結果により、成熟児と未熟児との間で脳性麻痺のリスクは大きく異なっており、また、日常診療上も未熟性による脳性麻痺が多いという経験があることから、出生体重や在胎週数に基づいた基準を設定することが考えられるということ。そして、3行後の當山調査者による調査結果では、出生体重が1,800グラム未満、在胎週数33週未満では、脳性麻痺の児の数が多く、かつ未熟性が原因と考えられる児が多い傾向が認められ、出生体重1,800グラム以上、在胎週数33週以上では、それらは少なくなっている傾向が認められた。

そして、小寺澤、鈴木両調査者では、出生体重2,000グラム未満、在胎週数32週未満の児の原因は、ほとんどが未熟性であり、それ以外の児の原因は先天性の要因や胎内感染、母体の疾患であり、そして出生体重2,000グラム以上、在胎週数32週以上では、未熟性が原因と考えられる児はほとんど認められなかった。

そして、最後ですが、またこれらの基準を設定したときに、基準より小さい未熟な児であっても、「分娩に係る医療事故」により生じた脳性麻痺、すなわち分娩時の出来事に起

因して脳性麻痺となったと考えられる事例があり得ると、このような結論が出されています。

そして3ページでございますが、脳性麻痺の発生率については、出生1,000人当たりのおおむね2.2から2.3ということで、これを我が国の全体の出生数で掛け合わせて計算しますと、年間2,300から2,400人程度の脳性麻痺患者が発生すると推計される。これは全体の推計であります。ここで出生体重別ですとか、在胎週数別について、鈴木調査者、そして4ページですが、當山調査者、小寺澤調査者がそれぞれ推計を出しております。例えば表3で見ますと、仮に2,000で切りますと、當山調査者のデータであります。210プラス480で690人、小寺澤調査者によりますと、550プラス770で1,320人、このような推計になります。

推計数については、3ページにも断っておりますが、地域性ですとか、いろいろなことから、このようにばらつきが見られますが、今回の調査では、このような数字が出されています。

以上、調査報告書につきましてご説明申し上げました。今、申し上げました中で、出生体重、在胎週数についての基準の考え方、そしてどの程度が妥当であるかとか、それから基準に該当しない児についても「分娩に係る医療事故」の有無を審査することによって、補償の可能性を残すという事務局としての考えを提案させていただきました。

それから、②の除外基準についてでございます。ここではアで、除外基準は基本的に調査専門委員会の結論のとおり、先天性要因等としてはどうかということで提案させていただきました。参考資料は5ページでございます。

除外基準については、最初の4行でございますが、出生前や出生後の要因に起因して脳性麻痺となった場合は、「分娩に係る医療事故」とは考えにくいことから、これらの症例を除外基準とすることが考えられる。ただし、疾患や病態の程度により、脳性麻痺の原因となるかは、さまざまであると考えられる。したがって、明らかに脳性麻痺の原因となる程度の疾患、病態を基本として除外基準を検討した。そして、アンダーラインの文章ですが、具体的、現実的な除外基準の候補は以下のとおりであるということで、表11に除外基準として、先天性要因、両側性の広範な脳奇形ですとか、染色体異常、遺伝子異常。それから新生児の要因としては、分娩後の感染症、このような疾患を挙げまして、そして除外基準の適用に当たっては、慎重に取り扱う必要がある、こういうような除外基準について、1つの提案ということで、私どもの考えでございます。

以上でございます。

○近藤委員長 ありがとうございます。

ただいま事務局のほうから、補償の対象者の中で、「通常の妊娠・分娩」及び「分娩に係る医療事故」につきまして、それから除外基準の2つにつきまして説明があったわけでございます。補償の対象者というのは、この制度設計におきまして、最も重要なものでございまして、まだ具体的な数値そのものは示しておりませんが、方向性について事務

局の案が示されたと受け取っているわけでございます。これらにつきまして、ご意見、ご質問があれば、お願いしたいと存じます。

○加藤委員 鴨下先生がまとめてくださった医学的調査報告書の性質をどう見るかということなんですけれども、鴨下先生は、こちら側としては初めから除外基準をこういう線で設けるといふ自民党の提案に基づいてデータをまとめれば、こういうデータができますという趣旨でこれを非常に短期間で、しかも現在、日本で得られるデータとしては、最も質のよいデータをおまとめになったと思うんです。ただ、その枠組みとは違う枠組みでこのメンバーがまとめたら、どういうふうな枠組みになりますかという質問に答えようとしたものではないと思うんです。

それで、この調査報告書の29ページでは「その他」という項目があって、「出生体重や在胎週数による基準を設定することは適当ではないという意見が一部あったので、以下に記述する」と書いてありますが、この前、鴨下先生に来ていただいて、その一部とはどういう意味ですかと伺ったら、少数ではないが、全員ではない、そういうご返答をいただいておりますので、この29ページの出生体重や在胎週数に基づく識別基準を採用したくないというご意見のほうが、専門家の中では多かったのではないかというふうに、この29ページの記述からは判断できるのではないかと思うんです。

それから、鴨下先生の委員会の前に、我妻先生にご出席いただいて報告いただきましたけれども、我妻先生の報告では、日本の現在の産婦人科のデータではまだ不十分であって、もっと厳密なデータを整理しないと、十分な識別ができないというご趣旨の発言であったと思うんです。ですから、この報告書で出たのだから、出生体重と在胎週数による識別で我々の答申をつくり出すというふうに、はっきり踏み切るといふ判断をしいのかどうかということなんです。そういう点について疑問に思います。

今のところ、制度設計では、正常な出生・分娩か、そうでないかということで、まず排除基準というのを決めて、そして通常の妊娠・分娩について、今度は報告書の4ページ下のコラムのところにあるわけなんですけれども、「国においては、従来、『事故とは過誤および過誤をとまなわぬ事故の両方が含まれる』という取り扱いをしている。この例によれば、枠組みに示される『分娩に係る医療事故』は、必ずしも過誤を前提としてはいないと考えられる」、こういうふうに書いてあります。したがって、まず通常の妊娠・分娩と、通常でないものというのを識別することが可能であるという前提で制度が組み立てられていて、そして通常の妊娠・分娩については、過誤と過失は区別する必要がない。だから、4ページのコラムを見れば、実際、医療上の過失でもって発生したものと、偶発的に発生したものと区別する必要がないという判断枠でもってでき上がっていると思うんです。そして、もし通常の分娩について、過誤と過失を識別する必要がないと考えるのであるとするならば、そもそも通常の妊娠・分娩と通常でないものを識別する必要というのは、どこから出てくるのかという疑問がどうしても出てくると思うんです。

ですから、この報告書全体が、数字による識別を方向づけていると解釈することができ

ないのではないか、むしろそれに対して慎重であるべきだけれども、うまくどうしますかと聞かれれば、在胎週数と未熟度をはかるという方法しかありませんねという報告なんじゃないかと思うんですけれども、そういう点、このまま突っ走っていいんでしょうか。

○上田室長（評価機構） よろしいですか。先生ご指摘のように、この調査報告書の29ページにありますが、それぞれご意見がございました。しかしながら、このまとめにございますように、このピンクの調査報告書の12ページの結論でございますが、先ほど私が読ませていただきましたが、このとおりでございます。成熟時と未熟児との間で脳性麻痺のリスクは大きく異なっており、日常診療上においても未熟性による脳性麻痺が多いという経験があることから、出生体重や在胎週数に基づいた基準を設定することが考えられる。しかし、29ページにありますように、いろいろな意見がございました。ですから、確かにこの調査報告では、全員がそろって、これでいきましょうというところまでは至らなかったという課題は確かにございました。いろいろな問題点もありますが、与党の枠組みを踏まえながら、この制度について議論し、そういう中で結論としては、先ほどお話ししたように、當山調査者、小寺澤調査者、鈴木調査者、それぞれについて、確かに何グラムだとか、何週というはっきりした基準でなく、こういう状況であるという報告になっていますけれども、大きくこういう傾向があるという形でのまとめであると私どもは理解しております。

○近藤委員長 これは、そもそも論として考えるべきか、前提を置いて、この委員会が始まったんだろうと。前提の中で考えると、これはそもそも論から始めれば、おそらくいろいろ議論があって、医学的に切ったものというのは、ずっと連続性がある中でどう切るかという問題でしょうから、必ず切るところで問題が出ると思います。しかし、どの制度も大体連続性の中で、それを切って、ある程度の補償を、この人に対しては補償しましょう、それ以外の者は補償の対象外にするということで、おそらくどの制度もでき上がって、医学的とか、いろいろな学問的には切れないものを切って制度化している、こういうこともあるんだと思います。

したがって、これを改めてそもそも論からやるか、あるいは与党から示された枠組みの中でやるかという議論に帰着することになるかと思います。その前提の中で、そもそも論というのをどうやって生かすかというのが、この委員会に課せられた課題ではないかと私は思っておりますし、そういう理解のもとで、この準備委員会というのは発足したんではないかと考えております。

○加藤委員 確かに、議事を前進させる必要があると思うんですけれども、ただここで何らかの基準を決めるときに、在胎日数と体重による未熟度という評価そのものが、この報告書の中で見ると、どんな基準をつくっても例外的な事例の発生はあり得るという内容が含まれていると思うんです。ですから、そもそもそういう数値基準を使って識別の大枠をつくるということはできるのか、それともいっそのこと、そういう数値を使わないで、もっと経験的な所見に基づくだとか、もっと大ざっぱな基準にするとかという考え方も選択

の余地としてあるのではないかと思いますけれども、どうでしょうか。

○上田室長（評価機構） 論点に、3ページの①の今の議論ですけれども、アとイを説明させていただいて、そしてイのところで、審査体制の整備など実務面にも配慮して原則として、「分娩に係る医療事故」として推定して扱うこととし、そしてウとして、上記の基準に該当しない児については、「分娩に係る医療事故」の有無を審査することとして、補償の可能性を残す、こういう提案を考えております。確かにこの基準で該当する、しないというのは、非常に大きな問題で、それだけになかなか線引きは難しいのではないかとということ、私どももよくわかりますし、調査専門委員会でもよく言われたところでございます。

この制度ではあくまでも、「通常の妊娠・分娩」にもかかわらず、医療事故により脳性麻痺となった場合に対象にするということですから、本来ならば、先生がおっしゃいましたように、一人ずつをみんな審査をして、対象であるかないかを決めることが、ある意味では一番望まれるかもしれません。しかしながら、先ほど言いましたように、1年間に2,300から2,400人という脳性麻痺児が生まれることが推計されています。そうしますと、その方すべてを、実際に審査をすることは、現実的になかなか大変でないかと思われま

す。未熟性が高ければ高いほど脳性麻痺の発生が高いので、「分娩に係る医療事故」とは考えがたい。そうでなくて、脳性麻痺が起こらないと考えられるところを、「通常の妊娠・分娩」とする。そして一定の基準を設けて、その基準に該当する児については、一律に補償対象とする。審査を全員にするのが難しいので、実務的な面からそのようにします。もう一方では、基準に該当しない児については、確かに未熟性ということでの脳性麻痺は高いかもしれませんが、前回の意見もございましたように、医療事故とか、医学的な管理の問題で脳性麻痺が起こっているケースもありますから、そういう方については、審査を行って、該当すれば補償するというのが、ウとして考えています。

そうしますと、一切この線で該当するか、しないかを決めるのではなく、対象者を判断するプロセスの一つとして基準を考える提案です。

○加藤委員 それはわかるんですけれども、ただ、この前の我妻先生の発言も考えますと、例えば、報告書の6ページにある、「児が成熟するほど脳性麻痺の発生率が大きく低下し、反対に児が小さく未熟性が高くなるほど脳性麻痺の発生率が高くなっていた」ということは、現在の生物統計として、結論的に言えることだろうと思うんですけれども、ただ、我妻先生の判断だと、まだ日本の脳性麻痺についてのデータそのものが、学問として未熟であると。成熟に達していないというご判断ではなかったかと思うんです。

ですから、数値基準ではない基準を考えたいほうが、より合理的であり、学問としては、確かにまだ未熟であっても、こういう統計を使えば大体の判断枠ができるかと思いたすけれども、ただ一つ一つの事例について、これは支給の対象になるかならないかという、そういう社会政策的な判断の根拠としては、まだ不十分なのではないかと思うんですけれども。

○飯田委員 前回もお話ししたと思いますが、これは学問の場ではないので、精緻化とか、

学問的な論証というのは必要ないわけです。何が重要かという、医療従事者、特に産科医が安心してお産を任せていただく。妊婦さん、あるいは家族が安心してお産をできるということが大事なので、学問的な精緻化をするんだったら、別の議論をすればいいわけです。ここでは大方の方が受け入れられる数字を示せばいいわけで、制度をまずつくることが先であって、いいかげんな制度は困ります。いろいろな学者がいますから、いろいろな意見があるのは当たり前ですが、一応このぐらいならば、大方の意見が受け入れられると。特に、臨床家として、これならば安心してお産を任せていただけるということにしていたかないと、結果として、妊婦さん、家族に不幸が及ぶわけです。

ですから、ここでは、お金の問題がありますから、じゃ、全員やるのか、どこで基準を切るかという線引きに関しては、政策的な判断が必要ですが、ここでは、まず大方の賛同を得られる数字でやって、学問の場は、また別のところで議論していただきたいと思えます。

○勝村委員 きょうの資料の最後のところに、昨年末に一番最初に自民党から出された枠組みがあるんですけども、今議論しているのは、この枠組みのそもそも論を覆す議論をしているのではなくて、この枠組みの5番にある「補償の対象者」というところを検討する必要があるということで、まさにこの枠組みに書いてあることに沿って議論しているのですから、「枠組みの前提があるから議論の余地はないんだ」ということではないと思えます。だからこそ、枠組みの5番の趣旨に沿って、調査専門委員会が真摯に議論していただいて、その結果、「やはりこのところが悩ましい」という結果が出てきたわけでして、さらに、ある種、開業しているような産科医、診療所とかの産科医さんにとってはどうなのかわかりませんが、ハイリスクを扱う大きな医療機関の産科医や小児科医からは、範囲を限定してしまうこと、つまり、未熟児なんかを排除してしまうことは、かえって不安があるんだという声もあったわけです。

その点の声を、やっぱり、せっかく調査専門委員会が報告書をつくってくれているわけですから、きちんと聞いた上で議論をしているという形でないといけません。せっかく議論していただいて報告書が出されたのに、それとは無関係に、「最初から決まっているんだ」とか、「そういうことを議論する場じゃないんだ」というようなことは、ちょっと違うんじゃないかと思えます。

それから、今、室長がおっしゃった、きょうの資料の3ページ、きょうの論点の①のウのところですが、こういうまとめをしたらどうかと整理をいただいているんだと思うんですけども、本来ならば、僕はこういう制度が、患者の立場であるのならば、過失があろうとなかろうとやっているわけですから、脳性麻痺の子供を育てていく患者の家族の立場になれば、どんな理由であれ、そういう結果になれば、補償してあげるといふ形だと思えますが、この場の議論のスタートはそうではなくて、産科医の立場に立って、産科医が仕事をしやすいようにという趣旨でこの議論が出てきているから、脳性麻痺の子供を抱える家族全部を対象にするんじゃなくて、過失があろうとなかろうと医療事故に係る部

分だけを対象にするんですよというのが、今回の自民党の枠組みだいう整理だと思うわけです。ところが、その事故というものには、未熟児を扱うようなハイリスクを扱う大きな医療機関でもあり得ますよ、ということが、この調査専門委員会の報告書の中の重要な指摘の一つで、そもそもの最初の前提の自民党の枠組みの中で気づいていなかった話が調査専門委員会から出されてきているんだと受けとめる必要があると思うわけです。そう言う整理の上で、どうしていくのかということについては、僕は、やはりそういう調査専門委員会の報告を、重視して尊重しながら議論をしていくべきだと思っています。

○伊藤委員 補償対象者に係る論点で、3ページの①と②は、非常によく整理されてて、こういうことかなと思います。それで、今、いろいろ論点になっているところはありますが、やはりこの制度は、できるだけ早くつくることが必要ですので、昨年11月29日に、自民党から示された基本に沿って制度設計をしていくという、そこが基本だと思うんです。したがって、これは過失の有無を問わず、紛争を避けるために、医療機関が医療機関単位で加入して保険料を払う。そして、なおかつ民間の保険の制度だというような形になっていますから、今、勝村さんがおっしゃるように、すべての脳性麻痺児を救うという、制度設計を前提にしていないわけです。もしそういう制度であれば、医療機関が関与する民間保険という仕組みではなくて、厚生労働省が国の一般財源を使って、障害者対策としてやる話ではないか。

ですから、この大前提のところを、この時点でまた議論を蒸し返すことになるので、前に進まなくなるので、そこは産科医、分娩を扱う医療機関が、安心して医療に従事できる。そして、紛争をできるだけ回避していくという前提で議論すべきだと思います。制度設計の出発点が揺らぐような議論というのは、私はやっぱり避けるべきではないかなと思います。○勝村委員 ちょっと今、伊藤委員が、僕の発言の趣旨をご理解いただけでなかったみたいだったんですけども、国民のお金を使うような面もあるんだったら、本来ならば、すべての脳性麻痺の人を対象にするようなものであってほしいと思いますが、今回の枠組みはそうじゃないので、医療事故に係る分だけだという前提で議論はしているんですよという整理は、僕も言っているわけです。その範囲の中で調査専門委員会にお願いした報告書を見させていただいたら、その範囲の中でも悩ましい面があるという報告が出てきているんだから、その部分は尊重すべきではないかということ、今、意見として言わせていただいたのですが、ちょっと僕の先ほどの発言がわかりにくかったですかね。ちょっと誤解をされたようなんですけど、どうなのでしょう。

○鈴木委員 尊重の中身を、具体的な基準との関係でおっしゃっていただいたほうがわかりやすいんじゃないでしょうか。尊重するという意味が、対象者の限定に、どういうふうに影響するのが尊重することになるのかというのをおっしゃっていただいたほうがわかりやすいんじゃないかと。

○勝村委員 わかりました。先に私の意見をはっきり言いますと、この調査専門委員会の報告書を見ると、一定期間の未熟児を除外してしまうことになると、未熟な子の出産の中

でも医療事故というのはあり得るんだし、それを除外してしまうことは、かえってハイリスクを扱う大きな医療機関の産科医や小児科医からすると、かえって不安があるという声が調査専門委員会の報告の中にあった、という意見を尊重すべきじゃないかということを行っているわけです。そのことは、今、伊藤委員がそういうふうに誤解された点があったんですけども、そもそもの枠組みを覆す議論ではないはずだということ、言いたかったわけです。

○近藤委員長 これは①のウのところ、個別審査の上で、その趣旨を踏まえた補償の余地は残すと、こういうことを、ウの中で、未熟児であっても、そういう分娩の過程で医療事故に遭った者は、この中で個別審査の上、出すこともあり得ますよと、こういうことを言っているんじゃないかと思います。

○上田室長（評価機構） はい。

○勝村委員 だから、今、このア、イ、ウについての議論に入っていたらいいんですけど、このウの議論は、議論をするまでもなく決まっているんじゃないかというような意見が、出されたように思ったので、私はそういう整理は違うのではないかと。きょうの最初の議論が、このウの議論をするまでもなく、そもそもの自民党の枠組みで、ここは決まっている話だ、みたいなご意見が、ほかの委員の方から出されたと思いましたので、そうではなく、きちんと議論してほしいということ、先ほどの意見でも申し上げたわけです。

○鈴木委員 よろしいでしょうか。鈴木利廣です。我妻先生のご意見は、先天性かどうかを厳密に区別することはできないというご意見だったように、私は理解をしたんです。つまり、医療事故の認定というのは結構難しいと。医療事故じゃないという認定も難しいし、医療事故かどうか、そこはファジーなところがあると受けとめたんです。それと今、勝村さんが言った、要するに、先進未熟児センターでも医療事故は起こり得るんだと。そういうものが排除されない制度にすべきだという点でいえば、このア、イ、ウのところまでいけば、一応、そういうものが排除されないとなって、我妻先生が区別できないという、その区別できないものを補償対象にするのか、補償対象外にするのかということこそ明確にすればいいんだろうと思うんです。

その意味で、ウのところの解釈なんですけれども、補償の可能性、つまり、個別の審査をした上で、まずは一定の基準を設けて、推定機能を働かせて、一定の基準以上のものは迅速に支給するということがあって、その基準に入っていない人については、もうだめなのではなくて、個別に審査をした上で、事故性の認定に近づけていくということだろうというのがここだと思うんです。そのときに、事故であることが明白にわからない限りは落とすのだと考えるのか、事故である疑いが残るのであれば救うのだというふうに考えるのかの、ウの解釈基準のところ、**「疑わしきは児の利益に」**という原則を、これは医薬品副作用被害救済基金の因果関係論でも、どこにも書いてないんですけども、運用としては、**「疑わしきは患者の利益に」**というようなことで、ずっとやってきているというわけです。

ただ、財政が逼迫すると、どこにも書いていないと、その原則はどこかにぶっ飛んでしまふんですね。ですから、「疑わしきは児の利益に」、つまり、支給の方向に傾くのだと。医療事故性についての疑いがあるが払拭できないということであれば、児を救済していくという解釈基準をもう一つつけ加えれば、今のところは解決するのではないかと思います。○小林委員 加藤委員の先ほどの発言に戻りますけれども、私は調査専門委員会に属していたので、その間の議論からお話するわけですが、ただし、私個人の意見で、委員会の意見ではありませんが、こちらの準備委員会のほうからお願いした、ある基準で、「通常の妊娠・分娩」を区切れるかという問いに対しては、おそらく多くの委員がノーだと答えていると思います。なぜならば、連続的なものなので、数字で区切るのはなじまないというのが、おそらく多くの委員の意見だと思います。

その一方で、分娩にかかわらないものはどんなものがあるかということ、一つは、発生の段階で起こる場合、未熟性というふうに言いかえてもいいと思いますが、それとあとは、分娩後に感染症等で障害を負った場合。これらに関しては、週数によって発生率が違うということが、特に未熟性に関してはかなり明らかになったということを示せたのが、この調査専門委員会の功績だと思います。

調査者によって少し違いますが、ある週数、あるいはある重さのところ以上で見れば、ほとんど未熟性は入ってこないですから、おそらく「通常の妊娠・分娩」というように考えていざらうと。それはかなり、ある意味で科学的だと思います。私は公衆衛生が専門なので、確率的なものの考え方をういれば、一かゼロかという話ではなくて、ある基準以上で見れば、かなりの確率で、これは「通常の妊娠・分娩」でいいと言えます。ただし、出産後の感染等がありますので、それは除外基準で残していくというような考え方をすれば、かなり合理的だと思います。ただ、どこで線を引くかというのは、調査者によって違いがありますので、私個人の意見としては、なるべく低いところで基準を設けて、それ以上は基本的に対象に含める。それ以下に関しては、個別に審査していくのがよいと思います。

逆に言いますと、「通常の妊娠・分娩」を週数、グラム以外で、どのように迅速に判断していくかというのは非常に難しいと思います。個々の症例について、例えば、第三者がついて判断するなり、あるいは、カルテを胎児期までさかのぼって判断するなりというような作業はかなり膨大になりますし、妊婦によっては、出産直前に産科に受診する人もいますから、あまり現実的でもないような気がします。

そういう意味で、この報告書の意を汲みとれば、かなり科学的といえますか、合理的な判断を下せると思います。

○大井委員 この補償制度の枠組みの問題ですが、確かに上田先生や伊藤委員がおっしゃるように、11月29日の自民党政務調査会の枠組みの中での議論には違いないと思うんです。しかし、この枠組みの中に2つの視点があって、1つは、産科医療現場の救済という問題であり、同時に、「分娩に係る医療事故」により障害を生じた患者に対しての救済

ということも大きくうたっていて、視点をそちらのほうに向けると、気になるのは、こういう連続性のある障害、例えば在胎日数とか、低体重児のような場合には、どこかで切ると、そのところで救われない児が出るのではないだろうかという疑問が起こるんです。

それで、次の②の除外基準と照らし合わせて一緒に考えたほうがいいのかと思うのです。そういう意味で、この報告書の表5を見ると、この中には、そういうことがうたわれていないんです。5ページの除外項目というところには、除外基準の中に、先天性要因と新生児期の要因と書いてあって、在胎日数とか体重のことは何もうたわれていない。うたえないのが現実なのかもしれませんが、そうすると、そういう子供たちは救われないんじゃないだろうかという、不安を感じるんです。除外された児に対する補償とか救済ということがこの制度に対して不安になる要素の一つだと思います。そのことをきちんと説明できれば、踏み切っていけるのではないだろうかと思うんですが、いかがでしょうか。

○上田室長（評価機構） よろしいですか。ただいま大井先生からも、これまでも皆さん方からも、一定の基準を設けてそれ以下は対象にならないことについてのご懸念が指摘されています。確かに未熟性を議論していますが、何も未熟児を除外するというのではなく、「通常の妊娠・分娩」を考えるに当たって、未熟性と脳性麻痺の関係がありますので、その観点から整理をして、あくまでも「通常の妊娠・分娩」というところを対象にしようと考えています。速やかに救済するとか、あるいは、実務的なことを考えると、一定のところ、「通常の妊娠・分娩」と思われるようなところで、そこは一律対象にしようと考えています。一方、個別審査するケースについて、鈴木先生からお話でしたが、「分娩に係る医療事故」について、疑わしい場合、児の立場で考えるか、いろいろな考え方があると思います。ですから、その辺をさらに具体的に、私ども整理させていただきます。皆様方にご意見をいただきながら、決して一定以下は除外するというのではなく、まさに対象としている「分娩に係る医療事故」に該当する場合は対象とします。一定以下の未熟性の強い未熟児に対しても、分娩に係るどのようなエピソードの場合に対象にするかをお示しして皆様方からご意見もいただきながら、このウのところを、さらに具体的に考えていきたいと思っております。

○近藤委員長 大井先生はあれですか、除外基準の対象外の人、先天性みたいなものも対象にすると、こういうご意見ですか。何かそんなように聞こえたんですが。

○大井委員 除外基準の中に、低体重とか、在胎日数が短いというのを入れるというのは、非常に困難だと思うんです。そうすると、そういう人たちはどういうふうに救われるんだろうかということが、話し合っていくときの不安になるんです。除外されてしまって……。

○近藤委員長 除外基準というのは、この5ページにあるようなものを、一応想定しているわけですね、先天性とか何とかを。低体重児とか何とかというのは、これは未熟児の関係のところの①の問題で、②のほうは、5ページにありますような除外基準を使うということですから。

○大井委員 そうすると、未熟児は未熟児として、別な救済があるんだということを、き

ちゃんと明記されていないと、この議論というのは、いつもゆらゆらと揺れていくんじゃないでしょうか。

○近藤委員長 いや、まさに①のウの中に、そういうが入っているのが、先ほどからずっと議論しているところです。

○大井委員 結局、この議論というのは、その辺を明確にしておきさえすれば、私は、先ほどの事務局の説明の理論でいって、一向に構わないだろうと思うんです。そうしないと、常に揺り戻しの議論になってしまうのではないかなというのを心配しているわけです。

○近藤委員長 どうぞ。

○勝村委員 1つには、先ほど鈴木委員もおっしゃっていましたが、意見を言うならば、ア、イ、ウでいくのならば、ウの審査という点で、それが非常にわかりにくいという意見が専門家から出ているわけですから、わかりにくいからということであれば、過失の有無にかかわらずとかいうことと同じ次元で、医療事故か事故でないかにもかかわらずとか、そのあたりがはっきりしないという理由で救済がおくれないので、医薬品の副作用被害で既に実施しているような形というのがあるのならば、そういう文言をウに付記していただいいて、そういうものも補償していくんだなと分かるような形であってほしいと思います。

そういう形を少し広げておくべきだという根拠は、我妻先生の話とか、鴨下先生の話にもありましたけど、脳性麻痺に関しては、やはり科学的にほんとうにまともなとか、きちんとした疫学調査はないんだという前提が必要なので、ということやはりいろいろな可能性があると思うので、自分たちが大体全部把握できていると思こんで議論するよりは、もっと謙虚にいろいろな可能性がありうることを含めてスタートしていくということが必要だと思うわけです。とりあえず、議論を進めていくなれば、そういう方向でしていきたいと。

もう一つ、対象者というならば、前回、僕も言ったんですけども、1級とか2級とかが1歳半ぐらいまでに判断できるということなんですけれども、僕がよく知る分娩時の医療裁判なんかでは、1歳半までに子供が亡くなってしまふ事例が結構あって、そういう事例は、そもそも今回の調査委員会で調査された方々のデータにも入っていないということで、すぐ1級か2級か判断できる前に、脳性麻痺だと思われる事例で死亡してしまうような子供をどういうふうに扱うのかということも、やっぱり議論しておく必要があると思います。

○近藤委員長 どうぞ。

○五阿弥委員 五阿弥です。私、専門委員会の議論を、2回ほど傍聴させていただきました。そのとき思ったんですけども、専門委員会のほうで、それぞれのデータを集めたわけなんですけれども、各委員の方が言っていらっしゃったのは、やはりデータが乏しいというのが前提でした。そしてまた、少ないデータの中で、いろいろ検討なされたところ、やはり連続性がある。そうすると、なかなかここで基準をつくれといっても難しいという話は

出ました。

しかし一方で、制度をつくるときに基準をつくるとすれば、それはやはり我々じゃなくて、準備委員会のほうで、ある種政治的などという言葉も出ましたけれども、そういうものをつくるしかないのではないかという話も出たように記憶しております。

実は、専門委員会のほうに、今回、こういう諮問をして、専門的なデータを検討していただいた意味というのは、僕は非常にあったと思います。やはり基準をつくるということは難しい。そして、やっぱり連続的で、どういう基準をつくらうともファジーな部分が残る。しかし一方で、多くの先生方もおっしゃっているように、制度をつくる以上、何らかのところで線引きをせざるを得ない。

それで、私は思うんですが、何らかの線引きをしたとして、ファジーな部分はウに該当するところになるかと思いますが、そこはやはりきちんと審査をする制度を残していただきたいし、前回のこの委員会で小林先生がご指摘なさいましたが、年間二千数百例になりますけれども、脳性麻痺の子供たちについてはきちんとしたデータを上げさせる。上げさせたことに基づいて調査をして、何らかの基準をつくったとしても、それが果たして正しかったかどうかは、2年後、3年後、きちんと見直すという見直し規定みたいなものも入れていただいて、検討していただければと私は思っております。

○近藤委員長 木下委員。

○木下委員 対象に関しましては、基本的には準備委員会がまとめてくださったことにすべてが入っているのではないかと思います。小林先生もご指摘のように、こういう調査の結果、データに基づいておおよその線が引けるんだという記述もあります。しかしもしも加藤委員がおっしゃったようなことで、新たな基準となると、すべての脳性麻痺に対して補償することになっていく可能性はあります。そうなりますと、そもそも制度を立ち上げていく目的が違ってまいります。ですから、最初の制度理念と目的に関して基本的な考えに基づいた上で、具体的に考えていくということが一番合理的だと思います。

そこで、いろいろとご意見が出たとおり、基本的にはデータに基づいて、例えば32週以上あるいは2,000グラム以上が合理的だと思います。基準以下であっても事例によっては救うということに関して、ウのことが書いてあると思います。この制度は一つの原則をつかった上でやりませんと、しかも保険制度を使うとなりますと、制約がないことはあり得ない話でありまして、もっと現実的に考えるべきだと思います。その意味では、準備委員会の調査は説得力があると思います。

未熟児は通常帝王切開分娩になり、特に2,000グラム以下になりますと、普通の分娩を避けてできるだけ侵襲をなくして分娩するようになっていきます。未熟児の場合は、経膈分娩の侵襲のない上に、なおかつNICUのお世話になっても脳性麻痺になることが多いことが、調査結果として明らかになったと思います。しかし、2,000グラム以下であっても、胎盤早期剥離や臍帯脱出があります。そういう未熟児の脳性麻痺でなく分娩に関係した脳性麻痺の児を加えることは考えたいと思います。限られた財源の中で、合理的に考えていく

ことが、現実的だと思います。

○近藤委員長 どうぞ。

○勝村委員 このア、イ、ウのウにいろいろ補足していくということでもいいんじゃないかという意見は意見なんですけれども、一方で、先ほどから出ています財源の問題があるから、議論に限界があるんだからという話なんですけれども、これも調査専門委員会のほうで出ていたと思うんですけれども、限られたデータの中でですが、未熟児を外した場合は1,000人ぐらい、入れて倍の2,000人ぐらいじゃないかということで、1,000から2,000の間なんだということであれば、補償額が2,000万だったのが1,000万みたいな範囲での議論になる感じかと思うわけです。例えば1,000人に2,000万を補償するのか、2,000人に1,000万を補償するのか、その間での議論ということで、意見ではないですけれども、議論としては十分議論し得る話だと。1,000人と1,000人を2,000万とゼロに分けてしまうのか。限られた財源であることはもちろんわかっておるんですけれども、限られた財源の中でも一定、議論はでき得るという整理の上で、ア、イ、ウを基本にしていけばいいと思いますけれども、そもそも議論自体をすることに意味がないということではないと思います。

○山口委員 よろしいですか。私は、最初に日本医師会で委員会を組織して、検討して報告を出し、この結果、こういう会ができたと思います。

最初の要点でございましてけれども、我々は、一番最初に対象者をどういうふうに置くかで非常に苦労したわけです。ただ、医療事故あるいは医療過誤という観点から見ますと、妊婦のことを英語ではexpectant motherと言いますね。エクスペクトしているものは何だといいますと、子供なんです。ですから、いわゆる健全な子供が生まれるであろうということを期待したにかかわらず、そうでなかったことによる精神的あるいは身体的な非常に悪い状況ということに対して何らかの補償が考えられないかというのがまず一つあるわけです。それと同時に、生まれてきた子供に対して何らかの介護の手を差し伸べるということもあるわけです。そういうことから考えて、一つの基準を考えたわけなんです。

そこで、エクスペクトされているものを考えていきますと、やはり未熟性というのが一番大きなファクターとしては残った。未熟性というのは、ここの専門委員会の先生方は未熟児を非常に取り扱っている先生だと思っただろうですね。そうしますと、過去20年間で、いわゆる極小あるいは超未熟児の成育結果はほとんど覚えていない。非常に努力はされている、そして非常に保育技術は進んでいるにかかわらず、脳性麻痺の発生率はそれほど下がっていないということがあつたわけです。それは、逆から言いますと、限界があるということの意味する。限界があるということの意味は、先天異常あるいはその他の染色体異常と同じように、ある一定の率であるものが出てきてしまうということの意味するので、こういう方々については別途、審査をしたほうがいいのではないかと。最初のご報告から除外したのは、この背景にあるわけです。それがこういう「通常の妊娠・分娩」ということで、非常にファジーな表現にさせていただいたわけなんです。

これだけいろいろ考え方が提出されてまいりますと、今、先生方から非常に貴重なご意

見をたくさんいただいて、私も非常に賛同するあるいは感銘を受けるものが多かったわけですが、やはり我々としては、できるだけ早くこの制度を発進させていただきたい。そして、悪い言葉ではないかと思いますが、歩きながら考えていく、そして何年か後には必ず検討をして、再検討するという機会をきちんと残しておくということを前提にしてやらせていただければと思っています。でございますので、別に2,000グラム何とかというのにこだわるわけではございませんけれども、今まで専門の先生方に出していただくと、やはりその辺に一つのラインがあるんだなと。それから後の未熟性の児に対してどのように考えるかは、先ほど木下委員からも言われましたように、何か一つのエピソードあるいは事件があった場合と、全くない、極めて医学的には正しい一つのコースとして出てきた、しかし未熟児であったということとはちょっと違いがあるんだということがありますから、そういう点は審査会で十分に検討していただければいいのだろうと考えまして、これはお願いでございますけれども、できるだけ先生方のご意見を十分に対比して、形として、少なくとも制度上としてはあるところでスタートさせていただければありがたいと思います。

○近藤委員長 どうぞ。高久委員。

○高久委員 私は途中で失礼するものですから。

基本的には、私は補償の対象者としては、このページのようにおさまると思います。生物学的な現象はすべて連続性がありますから、本来、切るといのは無理なことですが、この制度を発足させる以上は切らざるを得ないと思いますし、切るとすれば事務局の原案による方法が一番良いと思います。

①のウについては、審査が非常に難しいだろうと思いますけれども、こういう表現は残していたほうが良いとは思っています。

○近藤委員長 どうぞ。

○野田委員 いろいろ貴重なご意見をお伺いさせていただいたんですが、私は、この制度をつくるという立場で物を考え、さらに、運用する立場で制度作りをすることも必要なのではなかろうかと考えます。制度の運用ということを考えますと、これを審査する人は先生方のような専門家の方々がそろっているとは限らない。子供のそういう不幸の経験を持った方がいるとは限らない。実際に審査し、運用する人の立場といいますか、そういう仕組みを考えてみると、やはり基準がなければ物事は動かない。しかも、その基準というのにはわかりやすいものでなきゃいけないだろう。わかりやすく、ある程度明確でないと、制度を動かすことはできない。ただ、それだと、一つの基準だけで、必ず皆様のご議論のようなことに外れた人の救済をどうするかという問題が出てきます。それについては、原則の適用とそれに対する異議のある人がそれを再審査される機会を持つという制度の仕組みを考えたらいいのではなかろうか。ですから、制度の必要ということを考えてみますと、早いことつくらなきゃいけないし、しかもこういう問題について必ずしもあまり理解のない方たちが今後、こういう問題について、できた制度を運用していかなきゃいけない。そういうときに、間違いなく制度が運用されていくように、わかりやすい基準で、またそれ

に対しての異議があれば、それに対する救済の手段の方法も考えて、そういう仕組みとして構築していけばよろしいのではなからうかということを考えています。

それから、今のところはどういうふうに動いていくのか全くわからない状態ですから、制度ができて、動いていった段階で考えてみて、再度検討してみる必要はもちろんあるでしょうし、産科医療というんですか、医学、医術の進歩もあるでしょうから、そういうことに沿って再検討する。要するに、固定的な制度になると考えずに議論していくほうがよいのではなからうかと考えます。

○竹嶋委員　ご議論は大体ご一緒のような気がするんです。もともと、患者と家族の方が大変だなということから、何とかできないかというのが一つです。

もう一つは、先ほど来、出ていますように、実際に医療を行うというか、分娩を扱った助産師の方々、そういう方々に対する社会的な一つの救済にもなると私は思うんですが、そういう2つのことから始まって、こういう制度がこんな形で出てきたことはあまりなかったらと思うんですね。先ほどどなたかが仰いましたように、国が厚生労働省を通じて法的に保険とか何とかいう形でやれば一番いいんでしょうけれども、これが出てきた背景は、あまりにも現場が、もちろん患者、家族も通じてですが、そういうところが大変だなということで、何とか救済できないかということで始まったわけですから、そういうところから走ってきて、きょう、先ほど、ご議論がありますように、組織準備委員会が、そういう意味ではこういう大変難しい問題をここまでおまとめになったのは、私はほんとうに評価させていただきたいと思います。

そして、小林委員と鈴木委員がおっしゃいましたように、学術的に分析して確実にこれといって進むような内容ではないと思うんです。ですから、あるところのまとめができましたら、そこでまず進んで行って、先ほどから何度も出ていますような除外基準とか、ここは残すべきじゃないかということを考えていく。まずはつくと。その中で一つの安心感が皆さんの中に生まれるということですから、そういう方向に行くべきじゃないかなと。議論はもう大分なさっていただきましたし、そう思います。

○勝村委員　野田委員の話とかをなるほどと思ってお聞きしました。

もう一度自分の意見をまとめておきたいんですけども、周産期医療というのは僕は救急医療だと思っているんです。小児であれ、産科であれ、24時間でちゃんとやってほしい。かつ、ハイリスクな症例というものもきちんと精一杯やってほしい。そういう救急の現場やハイリスクの現場から医師がいなくなるということは、僕は一番避けてほしいわけなので、この趣旨の目的で、産科医、またはある意味、小児科医も今、足りない。しかも救急をする者がいない、ハイリスクを扱うのが怖いというふうになってもらっては困るという趣旨が非常に大事だと僕は思っています。そういう意味で、あまりそういう部分を排除しちゃうと、繰り返しになりますけれども、ハイリスクを扱う病院に勤務している人たちが不安だという声が調査専門委員会からあった、そこは非常に大事なことだと思っています、

そこにも産科医がおり、小児科医がおり、そこで医療がなされており、事故が起り得る可能性がある。にもかかわらず、そこは保険の対象外かもしれないとか、対象になりにくいかもしれないみたいな形では非常によくはないと思いますので、そこで働く人たちこそが精いっぱい安心してやっていただける形というものがなくて、その実現は、現実的に不可能ではないと思いますので、結果としてそういうふうになるような制度であってほしいのです。野田委員がおっしゃったことはほんとうにもっともだだと思いますので、そういう意味でできるだけわかりやすく、そういう文言をきちんとつくっていただきたいと思いました。

○近藤委員長 まだご意見があると思いますけれども、まだ項目がたくさん残っておりますので、次に移りたいと思います。障害の程度、診断の時期について説明をお願いします。

○鈴木委員 すいません。除外診断のところはもう終わったということですか。

○近藤委員長 いえ。どうぞ。

○鈴木委員 1点だけ、問題提起で、後で事務局で検討していただきたいと思うんですが、除外診断の中に先天性の要因は分娩後、速やかに診断できるということでもいいと思うんですが、分娩後の感染症も問題点はあると思うので、後で整理していただきたいなと思います。

1つは、分娩期と胎児期との連続性のある感染症があるわけですよね。破水で感染して、結局それが出産後にあらわれてくる。その判断を留意する必要があるだろうということ。そこも、分娩後の感染なのか胎内の感染なのかについて疑わしければ、やはり救済の方向にするという原則が必要だろうと思うんです。

もう一つは、産科医において分娩後に感染が起きたとき、救済の外側に外すということではほんとうにいいのか。自民党の枠組みには「分娩時の医療事故」と書いてあるんです。「分娩時」という言葉が、少し拡大解釈すれば「分娩に際しての」ということになるわけで、児を産婦人科医が管理している連続性の中で、分娩後に児の管理が悪くて感染症を起こすということはあるわけですよね。そうすると、やはり広い意味で産科医療における問題点ということにもなるので、そこはばさっと切り捨てるといいのかどうかというあたりは、どこかで議論しておかなければいけないのではないかと。繰り返しますけれども、「分娩時の医療事故」と書いてあり、「分娩に係る医療事故」と書いてあり、「産科医療」という言葉があるんです。この3つの言葉で分娩後の感染をどう整理するのかをぜひご検討いただきたい。

○上田室長（評価機構） 検討させていただきます。

○近藤委員長 続けて。

○上田室長（評価機構） それでは、③の障害の程度についてでございます。

ここで、「補償の対象は看護・介護を要する重症度の高い脳性麻痺児とし、具体的には調査データの関係から身体障害者等級の1級及び2級の基準を当面用いることとしてはどうか」ということで整理させていただきました。

この関連の資料としましては、参考資料1の6ページを見ていただきたいのですが、③障害の程度について、結論のアンダーラインを引いたところでございますが、「いずれの調査者も、将来的にも独歩が不可能で日常生活に車椅子を必要とする児を重症と考えるという点で一致していた。これは概ね身体障害者等級の1、2級に相当すると考えられる」。それから、最後ですが、「重症者の割合について、これ以上の詳細なデータを算出するに至らなかったが、概ね40～60%程度であろうと考える」という報告書になっております。

そして、関連ではございますが、次の補償の額等の資料ではございますけれども、この参考資料の8ページをご覧ください。これは以前、資料として提示させていただきましたが、まず参考1が障害のある児（者）に対する給付制度（特別児童扶養手当制度等・障害基礎年金）で、8ページ、9ページです。これは以前、五阿弥委員から障害者に対する福祉施策の資料を出すようにご指摘がございました。産科医療補償制度の議論をしていますが、障害者に対していろいろな福祉施策がありますのでこれらの施策も見ながらこの制度について考えていただくために資料として用意しました。8ページが20歳未満の方に対して障害児童扶養手当と障害児福祉手当、9ページが20歳以上に対しての国民年金と特別障害者手当でございます。

参考2としまして、10ページから12ページです。これも以前、提出させていただきましたが、障害者自立支援法で、自立支援給付ですとか地域生活支援事業、さまざまな障害者に対する福祉施策等がございます。それから、13ページは、身体障害者の障害程度等級表でございます。これは身体障害者福祉法施行規則から抜粋しております。肢体不自由については、上肢と下肢と体幹と、そしてここにあります乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害の4つに区分が行われておりまして、脳性麻痺はこの区分により障害程度等級を判定していることから、ご参考までに資料として提出いたしました。上肢機能として1級、2級、3級、それぞれの級別について、その障害内容が記載されております。もう一つは、移動機能としてこのように記載されております。

以上が障害の程度でございます。次に④診断の時期でございます。ここにありますように、「診断の時期については、調査専門委員会の結論のとおり小児神経学の専門家によって診断された時期でよいか」、「定期的給付を行う場合、診断後の重症度の変化についてどのように対応するか」です。

参考資料1の7ページを見ていただきたいと思っております。調査報告書では、「診断の時期については身体障害者等級のうち、1、2級に相当する重症の脳性麻痺児であれば、概ね1歳6カ月頃までには小児神経学の専門家による診断が可能になると考えられる。また、症状は年齢によって変化していくこともあるので、重症度の診断については留意が必要である」とまとめられております。

私どもがこのように論点を整理いたしましたのは、これまで実情としては、身体障害者の手帳の交付を受けるために、おおむね3歳時に診断が行われておりますが、今回、この制度は速やかに救済をするということですので、その辺の診断について調査をお願いした

ところでございます。重症の脳性麻痺児の診断については、現状はおおむね3歳時に行われておりますが、さらに早い時期に可能ではないかと、こういう結果が出されていますので、この結果を踏まえて、診断時期についてどのように考えるかという提案でございます。

以上でございます。

○近藤委員長 障害の程度と診断時期につきまして、ご意見を賜りたいと思います。

○勝村委員 先ほどちょっと言った意見はここで言うべきだったのかもしれませんが、医療裁判を減らす目的もあるとすれば、産科の医療裁判では、事故後、1歳半までとなっていますけれども、そこぐらいいまでもう証拠保全や提訴がある場合が十分ありますし、そこまで死亡してしまう脳性麻痺であったケースがありますが、そのあたりをどう扱うのかということは必ず言及が必要だと思います。

○山口委員 今、勝村委員が言われたとおり、極めて重症ですと、1歳6カ月までに死亡してしまうということは間々あり得ることで、そのような非常な重症例では、それ以前にもう診断がつくわけでありまして、1歳6カ月で診断がつくというのは、脳性麻痺であるかどうか、いわゆる先天性の異常とかとの分別というようなことから専門委員がご報告なさったものだと私は思っておりますので、その点についてはご心配は要らないんじゃないかと思うんです。ただ、すぐ亡くなってしまった。例えば、3カ月ぐらいで亡くなってしまって、それからあとでご請求が出るということはあり得ることだとは思いますが、そういうことについてはシステムの中で検討されればよろしいんじゃないか、そう思っておりますが、お答えになりましたでしょうか。

○勝村委員 実際、産科の医療事故例を幾つか見ていると、自分の子供のお話で恐縮ですが、生まれたときには、もう、心拍も呼吸もゼロでした。ところが、30分後に蘇生をして心臓だけ動いて、9日間おしっこも出ないままで結局死亡すると。ところが、その30分間、心臓が動かなかったので、そこで死亡だということで死んでしまうようなケースだったらどうなのか。また、死産だったらおしまいなのかと。緊急帝王切開が病院側の怠慢で遅れて取り出す直前に胎児の状態で死んでしまうケースはどうするのかとか、いろいろな問題がイメージできますが、そこでの1つの連続性があり、それらはさまざまな医療裁判で現実に起こっている事態であって、そのあたりいろいろな症例とか、僕らも産科医会さんも持っておられると思いますけれども、そのあたりこそしっかりとイメージをつくっておくことが大切なのではないかと思いますので、意見じゃないですけれども、そういうことをしっかりと文面にしておく必要があると思います。

○山口委員 いわゆる、今のケースですと、我々の言葉で言いますと、これは早期新生児死亡という形なんでございます。そう見ますと、これは脳性麻痺という範疇からはちょっと私どもは除外して考えておりますので、その辺のところはちょっと違うんじゃないかと思えます。やはりある程度生育された時点じゃないと、脳性麻痺であるのか、障害児という形にはなじまないと思えます。

○勝村委員 そういうご意見もあるかと思うんですが、少なくとも早期新生児は生後1週

間ぐらいまでかと思えますけれども、うちの子供は9日間生きていますから、早期新生児のデータには入っていないんですけれども、そこで裁判が起こっているんです。だから、それを除外するということであるならば、いっその辺、どういうふうに医療をするのかということとか、いろいろなその連続性をちょっと不自然に切ってしまうと、やっぱりいろいろな弊害がイメージとしては起こり得ると思えますし、実際、そこで起こっている事例からを元に、今後そのあたりをどうしていくのかと。

実際にまともな疫学調査はないということはもう、権威ある産科医も小児科医も言っておって、その中でもあえて、この調査専門委員会では幾つかの疫学調査的なものを出していただいたわけですが、そこでさえ、そういうふうに事故後、病院から1つも出れないままで死亡しているようなケースは、9日であれ、1年であれ、2年半であれ、そういうデータは一切入っていないということで、そのあたりに関して全く疫学調査がないわけですね。僕としては、この補償制度、今回の制度自体こそがほんとうの意味での、初めてのきちんとした疫学調査を兼ねていくべきだと思います。とりあえずスタートを切ったとしても、疫学調査を兼ねていくからこそ、制度のバージョンアップをしていけるのであって、そのあたりに線を引くというのは、先ほどの議論以上にやっぱりおかしい議論じゃないかなと僕は思います。

○近藤委員長 どうぞ。

○木下委員 今のご意見も分かりますが、現実を考えなければいけないことは、脳性麻痺のお子様をお持ちになって、何年も介護しなければならんという状況に対して、何とかしましょうということがこの制度のベースでありました。したがって、この制度を実際に動かしたときに、資金が余ってきて、もっと対象を広げることができるようになってた段階になったときには、今のご意見も入れたいと思います。最初から理想的な形を願いたい気持ちはよくわかりませんが、これは次の段階に考えたいと思います。

○近藤委員長 山口先生にちょっとお伺いしたいんですが、生まれてすぐ脳性麻痺で亡くなられた場合には、脳性麻痺としては認定されないと。それは医学的にですね。少なくとも医学的には脳性麻痺児にはならないと、こういう理解でよろしゅうございますか。

○山口委員 脳性麻痺、いわゆるその死亡の原因が、分娩時の無酸素症あるいは低酸素症、虚血性疾患に起因するかもしれません。しかし、そういう原因があったから、すべてが脳性麻痺になるというわけではないのでありますから、脳性麻痺という診断については、かなり難しくなると思います。それで診断は早ければ早いほどつかないということになるわけです。ですけれども、勝村委員のおっしゃったように、それだから、そういうものは救済しなくていいのかということになりますと、私どもはこれを考えましたときには、いわゆる母体のほう、いろいろな周産期の異常についてすべて救済できないかということからスタートはしているわけです。

しかし、実際に一番喫緊の課題は何であるかということでここに集約して持ってきた、それが今日になっているのでございまして、木下委員からも言われましたように、今こう

したものがありませんし、あるということもお答えできないというのが現実の状況です。ですから、それを補償してなぜ悪いのかというふうになりますと、これはやはりある程度その状態で、だれが大体90%ぐらいの確率で将来脳性麻痺になるであろうという時期がありますから、そういう時期になればこちらも入ってくるであろうと思いますけれども、なぜか1日2日でお亡くなりになった場合にこれになるであろうかと言われてますと、私どもはなるかもしれないし、ならないかもしれないとしかお答えのしようがないのでございます。その辺は将来のこととして考えていただくしかない。

しかし、それでも先ほど木下委員が言われましたように、これを運用して、歩きながら考えると先ほど申し上げましたけれども、その中で救済できるものがありましたならば、やはりそれも対象に加えていく。それから、またさっき感染症のことが出ましたけれども、感染症、これは2歳から3歳になってからの感染症なら別ですけれども、新生児期における感染、それは体内で感染したのかもしれないということになりますと、対象の中に入ってくるわけでありまして。ただ、それがはっきりしないという状況では除外されると思いますが、そういうことについても、小児科の先生方のご意見を聞きながら、できるだけ公開していきたいというのが我々の願いではあるわけです。それはあくまでも予算との問題ということにさせていただきたい。

○勝村委員 周産期の事故で多くの脳性麻痺の子供を育てている多くの家族を僕は知っているわけですが、どんなパターンかという、過失があるかないかはもう言及しませんが、過失があるがなかり事故というのが出産時に起こると、基本的に低酸素脳症みたいな形になって、それですぐにCTとか何かを撮って、これは重度の脳障害がいずれにしろ残るといった一定の覚悟が必要だという宣告をされて、そこから数日で亡くなってしまふような、おしっこが出ない腎不全というものあれば、1カ月、2カ月、3カ月、数ヶ月と、何度か気管切開をして人工呼吸器をしてやっていったけれども肺炎になって死亡してしまうとか、ところが、もう数カ月で死んでしまうかもしれないのかなと思うような、ほとんど同じような状態の子が幸い2歳半ぐらいまで生きて、でもそこでやはり最後は肺炎とかになって死亡するとか、そういう状態であっても、幼少期を乗り切って大きくなって結局20歳、30歳までそういう状態でいくとか、この辺はもう極めて連続的で、そのどれもがあまりにひどい分娩時の対応があった場合には医療裁判になっているわけですね。そのイメージに関して、ちょっと想像力が乏しいとか、イメージトレーニングがなされていないとか、そういうケースをどうしていくのかということ、僕はこの補償制度でやっていくんだと思って、そこが中心だと思っていただけに、そこが除外なんだという話は、ほんとうに今びっくりしているんですけれども、ちょっとどういう意味なんでしょう。おっしゃっていることがよくわかりません。

○上田室長（評価機構） よろしいですか。先ほどお話をしましたように、診断の時期については、専門家の調査報告では1歳6カ月までということですので、ですから、速や

かに救済するということで、小児神経学の専門家が診断された時期ということ、できるだけ早期に救済ということ、我々も考えています。それから、もう1点は、たしかこれまでの議論では看護、介護に当たって患者さん側が大変であるため、看護・介護に必要な費用の負担を軽減すると議論がなされています。

具体的な診断時期についてはできるだけ速やかに救済ということですから、それがどの時点かというところを我々も整理しないといけないと思います。また先生方からもご意見をいただきながら、この制度の目的なども含めて、いろいろなケースがあるでしょうから、その辺をどう考えるか、これからきょうの議論も踏まえながら、整理したいと思っております。

○大井委員 診断の時期とか、程度というのはさまざまに絡み合っていて、議論をしてもまたもとに戻り得る可能性が非常に高いと思うんです。私は基本的には脳性麻痺というのは、確かに重度から軽症までさまざまですが軽症は歩けるようになってからでないで診断はとてつきません。そういう意味ではこの身体障害者の1、2級に限るという案には賛成です。そうしませんと議論が前に進まないだろうと思います。1、2級に限ったときに、いつごろ診断できるかという、この報告書では1歳6カ月と書いてありますが、大分それは慎重論だと思います。もっと早くできるはずなんです。

ただ、なぜ慎重論になっているかというのは、身体障害者福祉法では、再認定の時期を指定することができます。補償制度がどういうふうになるのか、まだわかりませんが、年金までいくのか、一時金になるのかわかりませんが、もし一時金になれば、再認定はできませんので、決定的に言うには1歳6カ月になるという意味だろうと思うんです。実際は1、2級はもっと早く診断できますので、そういう意味で補償の形態、一時金にするのか、年金制にするのかによっても大分変わってきてしまうのではないかなというふうに感じています。したがって、1、2級に限定することと、遅くとも1歳6カ月まで、1歳前後というふうに考えていくのが、経験的にも一番妥当ではないかと思えます。

○勝村委員 済みません、ちょっともとに戻って繰り返しになるんですけども、ちょっと僕、今理解ができないと言ったんですけども、山口先生とか、木下先生のおっしゃっている意味がよくわからないんですが、何が除外で、何がちょっと今回は我慢していただいて、かつ何が対象なのかという、僕はほんとうにその整理に関してはおっしゃっている意味がよくわからないんですけども、どこまでが、何が対象だとイメージされておって、どんなケースが対象じゃないのかということだと考えておられるのかということがよくわからないんですけども。

○木下委員 新生児死亡というのには原因がさまざまあります。すべてが低酸素状況の結果としてはありません。低酸素状況が長く続いたときに、脳の組織は弱いものですから、まず障害を受けます。しかし心臓や、ほかの臓器は機能を続けます。さらに重症になればアシドーシスに加わり、さらにショックになれば腎不全にもなります。このように多臓器不全になって、不幸な転帰をたどります。

低酸素であってもそういうプロセスでありますから、早期にお亡くなりになった場合には、これは脳性麻痺という診断ではなく、多臓器不全として診断されることが多いと思います。従って今回の制度の中では新生児死亡は除外し、3カ月、4カ月たって、心臓、その他の臓器は機能していて極めて深刻な神経症状が残った場合を対象にすることを考えていました。しかし、最終的診断がつく1歳6カ月の間に亡くなった方は全て除外するという意味ではありません。

○勝村委員 ご意見には賛同できないですけれども、ご意見をよく理解するために再度お聞きしたいんですけれども、新生児という意味で、例えば1週間以内に死亡した場合なのか、三、四カ月という言葉も今ありましたけれども、3カ月以内は対象外で3カ月を過ぎたら対象にするのか、どういうイメージを持たれているのかというのをちょっと具体的にご意見を聞かせてください。やっぱりここは僕は文言として言及すべき必要があると思いますので、僕は、でもそういうふうに線を引くことは簡単ではないと重みますので反対をしたいと思います。

○木下委員 基本的にはこの制度というのは、脳性麻痺と診断される時期によるわけがありますが、対象にする児に関して基本的な原則にのっとらないと制度は成り立たないと思います。幅広く脳性麻痺のすべてを救済しようという主旨ではないわけですから、そこは明確に区別しなければならないと思います。診断は何カ月以降というふうなことを決めること自体が無理だと思いますし、小児神経科医が脳性麻痺と診断されたのであれば、早い段階であっても、この制度に乗ることはあり得ると思います。

○鈴木委員 よろしいでしょうか。

○近藤委員長 伊藤さんから。

○伊藤委員 今の問題はいろいろ議論があると思いますが、自民党が出しました、昨年11月29日のペーパーによれば、補償の対象者のところは脳性麻痺となった場合とするとありますから、要するに脳性麻痺という診断がつけられるということが前提だと思いますので、診断の時期については、いろいろ早い遅いがあると思いますが、まず脳性麻痺という形できちんと医師が診断できないものは私は対象から除外するべきだと思います。整理しないと、新生児死亡までを対象にするという話が当初の想定とは全く違う話ですから、そこは自民党が示した枠組を基本に制度設計をしていくという大原則はやはり外さないでいただきたいと思うんです。

○近藤委員長 じゃあ、鈴木先生。

○鈴木委員 今の意見とそう違うわけではないんですけれども、自民党の枠組はたしかに脳性麻痺となった場合と書いてあるわけです。それで脳性麻痺になった場合に、なぜ給付金を出すのかというのが制度趣旨だと思うんです。この制度趣旨が分娩によって児に障害が生じた場合すべてに出すという考え方なのか、これは給付金そのものが児を支援するのか、両親を支援するのか、それとも両者を支援するのかということにもかかわると思うんです。これは一時金なのか定金給付なのか、グロスとしてどのぐらい出すのかということ

とも関連していると思います。

もし、やっぱり、この脳性麻痺となった場合というのを言外に新生児死亡を除くということを含めているとすると、ある一定期間以上、重度の障害を抱えたご家庭を支援するということになれば、短期間で亡くなられた新生児死亡という概念を必ずしも新生児という、つまり一定の1週間とか、1カ月とか、そういうところに限定されないようにも思うんですけども、そこはどのような規模でどういう支援をするのかということとの関連性で出てくるんだろうと思います。

それから、ちなみに医薬品副作用被害救済基金ですけども、これは死亡の場合の給付と障害給付の場合は違うんです。障害は年金です。死亡の場合は一時金もあれば年金もあるという考えです。障害の場合には、ちょっとうる覚えで不確かなんですけども、医薬品で被害が出てから、障害年金を申請するまで1年以上のスパンを置くことが運用上、つまり医薬品の副作用で障害が出たからといって、その障害が、いわゆるいつ後遺症的になっていくのかということについて、一定の時間待たないと申請できないようになっているんです。薬で被害を受けたと、寝たきりになったと、すぐ翌日出せるかということになると、それは出せないんです。

つまり一定期間経過後に新たな診断書をつけて出さないとならないと。それまでの間に死亡した場合には、それは死亡に対する補償金というふうになっていますので、ですからこれは制度趣旨としてどこまでやるのかということ、もちろん新生児死亡までやるんだということもあり得る選択だと思うんですけども、自民党の枠組からはそう読みにくいところがあるんじゃないかと思います。

○勝村委員 脳性麻痺と診断されれば期間には一切かかわらないというまとめをされるという方法もあるかもしれませんが、僕は今はとりあえず、「言及してほしい」ということを言っているわけです。でも、はなからそこに線があるということには承服できないと言っているわけで、一定の連続性があると言っているので、どんな定義でもいいから、まず原案を出していただいて、何らかの言及をする必要があるということをお願いしているわけで、何が対象にするかということと、例えば補償の額をどうするかということは、また別途の議論であって、とりあえず補償の額は全部一律なんだから、一律に対象にするのはおかしいという議論ではなしに、補償の額を変えることだって可能なんですから、脳性麻痺という症状一つをとっても、どこで死亡をしてしまうかということは常にあって、僕はやっぱり産科の医療の現実、多くの場合はどこかで亡くなってしまうか、ある年齢以上を超えることができると、20歳、30歳とずっといくケースもあると。やっぱりその辺は非常に微妙な連続性があるって、何らかのアクシデントで肺炎になってしまっただけで、そういうこともあるわけで。

じゃあ、どの段階で脳性麻痺という診断をするのかというような議論ができるのかということも調査専門委員会でもやっていただいてないわけですが、一定、1歳6カ月までにはできるだろうということやいろいろなケースがあるということが、専門家の方がお話をさ

れているわけなので、いずれにせよちょっときょうは原案がないので、非常に議論がしにくいので、僕のお願しているのは、ある程度原案をつくっていただいてそこにちょっときちんと先ほど野田委員の話もありましたけれども、だれが審査委員になってもきちんと判断できるような、そういうきちんと規定をつくっていく方向でたたき台をつくって議論をしていただきたいと思います。

○近藤委員長 2時間近くなつたんですが……。

○野田委員 ごめんなさい。お時間がないのに。今、急にお子さんが亡くなったときの問題が出てきて、この補償制度の当事者はだれなんだろうかという基本的な疑問がありまして、これは保険でやる、契約でやるということになりますと、被保険者というのは、産婦なんでしょうか。まだ生まれていない子供さんが被保険者であるということはないんでしょうか。その辺によって、この補償の制度の構造をどう構築したらいいのかと、ちょっと考えてみる必要があるので、その辺の構造をどうお考えなのかをお聞きしたいと思います。

○上田室長（評価機構） 先ほど、勝村委員、またほかの皆様方のご指摘、そして今、野田委員からもご質問がございました。きょういろいろご意見をいただきましたので、補償の相手はだれなのか、権利義務、これまでも議論がありましたが、そういうことも含めて、基本的なところですので、事務局で整理して、事務局案として出させていただきます。皆さん方からご意見をいただくことにします。次回以降です。勝村委員からも大事なご指摘がありました。大事なご意見ですので、そこは考え方を整理して、引き続きご議論していただこうと思います。

○近藤委員長 もう、予定の2時間がまいりましたので、まだ補償の額等、残っておりますけれども、まだ時間的な余裕がございますので、次回以降に議論していただくことにいたしたいと存じます。それで、この補償の額等、それから先ほど議論をしていただきましたが、対象者のお話、これにつきまして、さらに内容を整理していただきまして、議論を進めてまいりたいと思います。これからさらに求償の問題、審査、原因分析、あるいは再発防止、こういったものが大きな項目として残っておりますので、これから逐次議論をしていただきたいと思います。その上で事務局に逐次、具体的な案を作成して制度設計をしてまいりたいというふうに思っていますので、どうぞよろしくお願いを申し上げます。それでは、次回。

○上田室長（評価機構） それでは、次回につきましては10月9日の16時30分から18時30分同じ場所の弘済会館4階ですが、部屋は梅の間にて開催を予定しております。

○鈴木委員 もう1回言っていただけますか。

○上田室長（評価機構） 16時30分から。

○鈴木委員 10月9日ですか。

○上田室長（評価機構） 10月9日。

○鈴木委員 16時30分から。

○上田室長（評価機構） はい。16時30分から18時30分です。それで、ご案内に

つきましては、あす発送をさせていただきたいと思っております。

済みません、なかなか日程調整が非常に厳しくて、各委員の皆様方に十分お答えできなくて、こういう日程にならざるを得ない面もございまして、ご配慮いただければありがたいですし、また、ぜひご出席いただければ大変ありがたいです。よろしく申し上げます。

3. 閉会

○近藤委員長 それでは、大変いろいろ、議論がございましてまだまとまらないものがたくさんございますけれども、これをもちまして第7回の準備委員会を終了いたします。委員の皆様方におかれては、まことに多忙の中ありがとうございました。

— 了 —