

第 56 回「産科医療補償制度運営委員会」会議録

日時：2026 年 8 月 4 日(火) 15 時 30 分～17 時 09 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。本日はご多用の中、ご出席いただきまして誠にありがとうございます。

それでは、会議を始めます前に事務局からお願い、ご確認がございます。Web会議システムを利用して運営委員会を開催いたします。審議中にネットワーク環境等により、音声や映像に不具合が生じる可能性もございますが、必要に応じて都度対処してまいりますので、ご理解とご協力のほど、お願い申し上げます。

続きまして、資料のご確認をお願い申し上げます。会場にご出席の委員におかれましては、机上に配付させていただいております。また、Web会議にてご出席の委員におかれましては、事前に郵送させていただいておりますので、ご準備のほど、よろしくお願い申し上げます。

資料の一番上に第56回「産科医療補償制度運営委員会」委員出欠一覧がございます。次に、第56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、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から資料8がございます。それぞれご確認をお願いいたします。落丁等はないでしょうか。

なお、Web会議にて傍聴の皆様におかれましては、事前のご案内の通り、資料につきましては本制度ホームページに掲載させていただいております。

また、委員の皆様へ、審議に際して1点お願いがございます。会議の記録の都合上、ご発言をされる際には、挙手または挙手ボタンを押していただき、委員長からのご指名がございましたら、ミュートを解除の上、始めにご自身のお名前を名乗った後に、続けてご発言下さいますようお願い申し上げます。

それでは、ただいまから第56回産科医療補償制度運営委員会を開催いたします。

議事に入ります前に、7月28日16時27分に発災した2026年熊本地震に際し、被害を受けられた皆様に心よりお見舞い申し上げます。また、地震により尊い命を失われた方々に対し、謹んで哀悼の意を表します。また、最前線で従事されている医療関係者の皆様、さらに全国から支援のために現地入りされている方々に敬意を表したいと思っております。

また、大変残念ではございますが、運営委員会の委員でいらっしゃいました公益社団法人日本産婦人科医会前会長の木下勝之先生が、2026年3月にご逝去されました。木下先生におかれましては、本制度の立ち上げの際から、本制度の準備委員会委員や運営委員会委員として大変ご尽力いただきました。これまでのご高配に厚くお礼申し上げますとともに、

謹んでお悔やみ申し上げます。

次に、前回12月の運営委員会以降に新たに委員にご就任いただきました方が3名いらっしゃいますので、ご紹介させていただきます。鈴木委員がご退任され、後任として五十嵐裕美様にご就任いただきました。五十嵐委員は、西荻法律事務所弁護士でいらっしゃいます。五十嵐委員、一言ご挨拶をお願いできればと存じます。

○五十嵐委員

弁護士の五十嵐でございます。このたび運営委員会の委員に就任させていただきました。これまで原因分析委員会や特別給付事業の委員会などで産科医療補償制度に関わらせていただいております。どうぞご指導いただきたく、よろしくお願い申し上げます。

○事務局

ありがとうございます。続きまして、井本委員がご退任され、後任として片岡弥恵子様にご就任いただきました。片岡委員は、公益社団法人日本看護協会常任理事でいらっしゃいます。片岡委員、一言ご挨拶をお願いできればと存じます。

○片岡委員

皆様、こんにちは。日本看護協会の片岡でございます。前任の井本が任期満了のため退任いたしましたので、井本から引き継いでおります。私は、これまで再発防止委員会でお世話になっておりました。今日から委員会に参加させていただきます。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。続きまして、中村委員がご退任され、後任として小關剛様にご就任いただきました。小關委員は、公益社団法人全日本病院協会常任理事でいらっしゃいます。小關委員、一言ご挨拶をお願いできればと存じます。

○小關委員

皆さん、こんにちは。全日本病院協会として出席させていただいております小關と申します。全日本病院協会は約2,600会員いるんですけれども、ほとんど中小病院が多いために、地域で一生懸命そこを守っていますが、色々と勉強させていただければと思います。よろしくお願いいたします。

○事務局

ありがとうございます。その他、本日の委員の出欠状況でございますが、濱口委員、山口委員、万代委員の3名が欠席となっております。

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

本日はご多忙の中、お集まりいただきましてありがとうございます。本日の運営委員会のご審議、よろしくお願いいたします。

本日は、次第にあります通り、七つの議事を用意しております。1) 第55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) 本制度の収支状況について、7) 産科医療補償制度ネットワークシステムのリリースについてでございます。本日も活発なご議論をよろしくお願いいたします。

それでは議事に入りたいと思います。本日は、議事の1)と2)、3)と4)、5)・6)・7)の3つのパートに分けて報告と議論を行いたいと思います。

それでは、まず議事の1)、議事の2)について、事務局より説明をお願いいたします。

○事務局

それでは、議事資料の1ページをお開き下さい。始めに、1) 第55回運営委員会の主な意見についてでございます。主な意見は4点記載しております。

始めに、1. 損害賠償請求等が行われた事例についてです。一つ目の○でございますが、損害賠償請求等が行われた事例の年次別トレンドについて、医療機関にも理解されやすい結果で安心した。出生数に対する補償対象者数の割合を年次別に集計することで本制度の効果検証になるため、検討を希望したいというご意見でございます。

二つ目の○です。補償対象件数に占める損害賠償請求等が行われた事案の年次推移について、累計数字が書かれているが、単年の結果がイメージしづらく、単年ごとの件数表記を求めたいというご意見でございます。

続いて、2. 産婦人科の訴訟の減少への貢献についてです。全診療科では3割程度訴訟が減少しているが、産婦人科では7割程度も減少している。本制度が扱う脳性麻痺の訴訟は今まで全体の3分の1程度を占めていたが、本制度が2009年に創設され、脳性麻痺の訴訟が減少したことが全体的な産婦人科の訴訟の減少に大きく貢献しているというご意見でございます。なお、産婦人科の訴訟件数の推移については、次回、冬の運営委員会で詳細を報告いたします。

続いて、3. 原因分析に関するアンケートについてです。原因分析に関するアンケートの「原因分析報告書の分かりやすさ」の問いについて、保護者の回答結果は前回より数値が

良くなったものの、依然として医学的用語が多く分かりにくかったという声が多い。運営組織として取組むべき課題と考えるというご意見でございます。本ご意見を踏まえ、用語集を更新し、ホームページに掲載したことをご報告いたします。

続いて、4. 妊産婦のスマートフォン登録についてです。産科医療補償制度ネットワークシステム（以下、「産科ネット」）のリリースにより、妊産婦はスマートフォンでの登録後、産科医療補償制度のホームページにアクセスしやすくなっているとのことだが、より本制度を理解いただき、医療安全・産科医療の質の向上について情報を得る機会がスマホ登録に連携して広がるとよいというご意見でございます。

以上、1) 第55回運営委員会の主な意見のパートでございます。

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

まずは（1）制度加入状況でございます。全国の分娩機関の制度加入率は99.9%となっており、未加入分娩機関数は1機関となっております。

続きまして、（2）登録された妊産婦情報の更新状況でございます。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のWebシステムに登録し、分娩管理が終了した後に、妊産婦情報を分娩済などへ更新し、分娩数に応じた掛金を支払う仕組みとしております。分娩予定年が2025年の妊産婦情報につきましては、約70万4千件が登録されておりますが、表に記載の通り、更新未済件数は0件となっており、加入分娩機関において妊産婦情報の更新が遅滞なく行われております。

続きまして、3ページをご覧ください。（3）廃止時等預かり金でございます。廃止時等預かり金は、分娩機関の廃止や破産等により、未収掛金の回収が困難であると判断された場合に、未収掛金に充当することを目的として、制度創設から2014年まで、加入分娩機関から1分娩あたり100円を徴収しておりました。2015年1月以降は、当分の間、蓄積した廃止時等預かり金により賄うことが可能とされたため、徴収を取止めております。第54回運営委員会での報告以降、1分娩機関が破産したことにより、廃止時等預かり金から約27万2千円を充当いたしました。2026年6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34百万円、残高は約6億円となっております。ご説明は以上となります。

○小林委員長

ありがとうございました。それでは、ただいま説明のありました議事1)、議事2)に関して、ご質問、ご意見等ありましたらお願いいたします。挙手ボタンまたは挙手でお願いいたします。よろしいでしょうか。

それでは、私から。制度加入状況は99.9%ですけれども、あともう1分娩機関、加入していただくよう、ぜひ働きかけを引き続きお願いしたいと思います。どうぞ、石渡委員。

○石渡委員

石渡ですけれども、この1分娩なんですけれども、もう5年くらい前ですかね、一度、直接その医療機関に伺いまして、色々理由を聞いてみました。院長のお話では、全ての脳性麻痺の事例を対象にするような制度であれば加入してもいいんだという話がありましたけれども、また説得してみたいと思っています。

○小林委員長

どうもありがとうございます。よろしく願いいたします。

それでは、議事を進めたいと思います。議事の3)、審査および補償の実施状況等について、議事の4)、原因分析の実施状況等について、事務局より説明をお願いいたします。

○事務局

4ページからでございます。3) 審査および補償の実施状況等について、ご説明をいたします。始めに(1) 審査の実施状況、ア) 審査委員会の開催および審査結果の状況でございます。6月末現在で6,349件の審査を実施し、うち4,888件を補償対象と認定しております。表に記載の通り、補償対象外が1,430件、補償対象外再申請可能が28件です。補償対象外再申請可能は、審査時点では補償対象とならないものも、審査委員会が指定した時期に再申請された場合に改めて審査をするものでございます。そして、継続審議とされたものが3件となっております。なお、2009年から2020年の出生児につきましては、審査結果が確定しております。また、別冊でお配りしております資料1に、一般審査と個別審査の件数内訳、児の出生年ごとの件数内訳等を掲載しておりますので、後ほどご覧下さい。

続きまして、5ページをご覧下さい。こちらは12月に補償申請期限を迎える2021年出生児の審査の実施状況です。6月末時点の補償対象件数は231件、補償対象外件数は50件、補償対象外再申請可能が6件、継続審査件数は0件、審査中が35件、申請準備中が28件でございます。

続きまして、6ページをご覧下さい。イ) 補償対象外事案の状況でございます。補償対象外事案の理由別の状況は表に記載の通りとなっており、最も件数が多いのが、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かった事案となります。なお、2009年から2020年出生児につきましては審査結果が確定していますが、2021年出生児以降は審査結果は未確定となっております。

続きまして、7ページをご覧ください。ウ) 異議審査委員会の開催および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再審査を行います。前回の運営委員会での報告以降、6月末までに異議審査委員会を3回開催し、15件について審査が行われ、その結果15件が審査委員会の結論と同様に「補償対象外」と判定されました。異議審査委員会における審査結果の累計は、下の表の通りでございます。

続きまして、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、ア) 補償金に関する対応でございます。一つ目の○ですが、2025年7月から12月末までに、準備一時金161件、補償分割金2,257件の支払いが行われました。二つ目の○ですが、補償分割金については、これまでの郵送による手続きに加え、新たにスマートフォンによる手続きも導入し、補償請求者の利便性の向上と事務負担の軽減に向けて、システム開発や補償請求者向けの案内チラシ等の準備を進めています。

続いて、9ページをご覧ください。イ) 支払い遅延に関する対応でございます。補償分割金支払いにおいて、支払い状況の自己点検を行う中で、補償約款に定める期限内に支払っていなかった事案が5件発生しました。補償請求者には電話および書面によりお詫びし、ご理解いただくとともに、遅延利息の支払いも完了しております。支払い遅延の原因は、新システム「産科ネット」への移行に伴い、運営組織内の申請・承認手続きが電子化されたことによる業務手順の定着が不十分であったことによるものです。今後、業務手順および定期的な支払い状況の確認を徹底し、期限内の支払いを行ってまいります。さらに、申請の自動生成等のシステム改修を検討いたします。

続いて、10ページをご覧ください。(3) 診断協力医に対する取組み状況、ア) 診断協力医の登録状況等でございます。専用診断書の作成実績のある医師に対して診断協力医への登録の依頼を継続してまいりました結果、新たに18名の医師が登録されました。本年6月末現在で537名の登録をいただいております。次に、イ) 診断協力医の負担軽減に向けた取組みでございます。診断協力医の登録更新にあたり、更新の意向および登録内容の変更をWe bで回答する方法に変更したことにより、メールでの返信の手間を省略することができました。

続きまして、11ページをご覧ください。(4) 補償申請促進に関する取組み状況および制度周知でございます。2026年は、2021年出生児が補償申請期限である満5歳の誕生日を迎えることから、補償対象にもかかわらず補償を受けることができないという事態が生じない

よう、関係学会・団体等の協力の下、補償申請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っております。三つ目の○ですが、関係学会・団体の学術集会での周知は、会場での各種発行物や周知に関する各種チラシ等を配布することにより、制度周知を実施いたしました。

続きまして、12ページ、4) 原因分析の実施状況等についてご説明いたします。始めに

1) 原因分析の実施状況、ア) 原因分析報告書の作成状況および原因分析委員会の開催状況でございます。2026年6月末時点で累計4,510件の原因分析報告書が承認されております。また、前回の運営委員会でのご報告以降、原因分析委員会を2回開催しており、2025年11月の第109回および2026年6月の第110回原因分析委員会において、表に記載の内容について審議、報告を行っております。続きまして、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でございます。これまでの運営委員会でもご報告いたしました通り、2022年度より、早期に報告書の作成日数を概ね1年に短縮できるよう、原因分析委員会や部会の委員のご協力も得ながら、報告書作成工程を見直すなど、効率化の取り組みを進めております。2025年度に送付した287事案の報告書の平均作成日数は438.6日であり、2024年度に送付した報告書の平均作成日数421.1日より約18日の増加となりました。これは、報告書の作成工程のうち、原因分析の基礎資料となる診療録等から妊娠・分娩の経過などを整理した「事例の経過」の作成に際して、保護者や分娩機関等からの資料提出や回答受領に時間を要したことなどが要因と考えられます。そのため、「事例の経過」作成工程において迅速化・効率化を図るための方策の検討・実施に、より注力してまいります。なお、「事例の経過」作成後の工程は、原因分析部会における報告書案の作成、審議および原因分析委員会での報告書の確認、承認の工程となりますが、こちらに関しては2025年度においても2024年度より約16日の日数削減が図られております。なお、年度ごとの原因分析報告書の作成日数の状況につきましては、資料2をご参照下さい。

続いて、13ページをご覧下さい。(2) 原因分析報告書「別紙(要望書)」対応の状況でございます。ア) 2回目「別紙(要望書)」対応の実施についてです。まず、「別紙(要望書)」対応についてご説明いたします。資料13ページの下段の枠内をご覧下さい。

同じ分娩機関において2事案目以降の本制度補償対象事案が発生し、原因分析を行った結果、過去の原因分析報告書の臨床経過に関する医学的評価で指摘した内容と同様の指摘が繰り返され、原因分析委員会が必要と判断した場合、その指摘事項に関して一層の改善を

求める内容の「別紙（要望書）」を作成し、原因分析報告書に同封して分娩機関に送付します。そして、「別紙（要望書）」送付から6か月後を目途に、該当の分娩機関に対し、指摘事項についての改善取り組み内容の報告を求め、報告された内容は原因分析委員会において確認を行っております。この「別紙（要望書）」対応において、このたび、過去に「別紙（要望書）」により改善を求め、改善取り組み報告が提出されていた分娩機関におきまして、再び同じ項目について厳しい指摘がなされる事例が発生いたしました。このような事例は初めてであることから、その概要についてご報告をするものです。

資料13ページの上の枠内をご覧ください。一つ目の○です。過去事案にて「胎児心拍数陣痛図の判読と対応」に関し医学的に厳しい評価が繰り返されたことから、改善を求める「別紙（要望書）」を送付し、改善取り組み報告を受けたことのある分娩機関について、2025年10月に送付した原因分析報告書において、再度「胎児心拍数陣痛図の判読と対応」に関し厳しい評価がされました。

二つ目の○です。そのため、2025年11月に開催された第109回原因分析委員会において、同分娩機関に対してどのような対応を行うべきかが審議され、同分娩機関に対し、①胎児心拍数陣痛図の判読と対応について一層の改善を図ること、ならびに②改善取り組みの実効性をより高めるため、日本産婦人科医会の支援のもと、再発防止に向けた改善に取り組むこと、この2点を要請する内容の2回目の「別紙（要望書）」の送付が決定されました。

また、要望書送付後に、事務局において同分娩機関に対しまして、医会の支援取り組みの概要等を説明するとともに、医会の支援取り組みの活用を促す働きかけを行うことが確認されました。

最後の○です。2026年1月、原因分析委員会の各委員に確認、修正をいただいた上で、2回目「別紙（要望書）」を同分娩機関へ送付するとともに、事務局より電話によるフォローを実施いたしました。その後、同月中に同分娩機関から改善取り組みに際して医会からの支援を受けたいとの申出があり、2026年4月に医会による改善取り組み支援が実施されております。

続いて、14ページです。イ）原因分析報告書「別紙（要望書）」対応の状況についてのご報告となります。一つ目の○です。前回の運営委員会でのご報告以降、先ほどご報告いたしました2回目の「別紙（要望書）」の他にも、7件の「別紙（要望書）」送付があり、2026年6月末時点の「別紙（要望書）」の送付件数は163件となります。また、これまで「別紙（要望書）」により改善を求めた事項といたしましては、「胎児心拍数陣痛図の判読と対

応」が60件と最も多く、次いで「診療録の記録」が45件、「子宮収縮薬の投与方法」が29件となっております。

二つ目の○です。日本産婦人科医会および日本助産師会との連携取組みとして、2020年7月以降、「別紙（要望書）」を分娩機関に送付する際に、医会または助産師会による改善取組みの支援内容について案内し、支援を受けるよう進める文書を同封しております。2026年6月末時点で66件の「別紙（要望書）」送付時に、医会による改善取組みの支援についての案内文書を送付いたしました。なお、助産師会に関しては、該当の「別紙（要望書）」送付はございませんでした。

最後の○です。前回の運営委員会以降、先ほどご報告した2回目の「別紙（要望書）」対応での支援の他にも、2026年3月に医会による改善取組みの支援が実施されており、2026年6月末現在、医会による改善取組み支援の実施は累計7件となっております。

続いて、15ページをご覧ください。（3）原因分析報告書「要約版」の公表状況および開示資料の開示状況でございます。最初に、ア）原因分析報告書「要約版」の公表状況についてです。2026年6月末現在、4,466事例の「要約版」を本制度のホームページに掲載し、公表しております。なお、これまでの運営委員会でご報告しております通り、「要約版」の公表について意思確認を行っていた時期に公表に不同意の意思表示がされた9事例の「要約版」が未公表となっております。続きまして、イ）開示資料（原因分析報告書「全文版（マスキング版）」、産科制度データ）の開示状況についてです。最初の○は、原因分析報告書の「全文版（マスキング版）」の開示状況についてです。「全文版（マスキング版）」とは、原因分析報告書において個人や分娩機関が特定される恐れのある情報等をマスキング（黒塗り）したものです。この「全文版（マスキング版）」につきましては、研究目的での利用申請があれば、所定の手続きを経て利用申請者に開示を行っております。人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針の施行を受けて、2015年11月より新たな開示方法の下で利用申請を受け付けており、2026年6月末時点で20件の利用申請を受け付け、延べ5,404例の「全文版（マスキング版）」を利用申請者に開示しております。

このうち4件の利用申請につきましては、これから説明いたします産科制度データと「全文版（マスキング版）」の両方を使用しての研究のための利用申請となっております。なお、資料3に「全文版（マスキング版）」を利用した研究一覧を掲載しておりますので、ご参照下さい。

二つ目の○は、産科制度データの開示についてです。産科制度データは、本制度の補償申

請ならびに原因分析のために提出された診療録・助産録および検査データ等の情報のうち、妊娠・分娩経過および新生児経過等の情報を事例ごとに一覧化したものです。産科制度データにつきましては、医学的研究を実施するにあたり、データ項目を充実させて欲しい等のご意見があったことから、新しい項目として、原因分析報告書要約版の「脳性麻痺発症の原因」を開示対象に追加して、2025年3月から利用申請の受付を開始しております。「脳性麻痺発症の原因」につきましては、さらに粒度の高いデータを提供できるよう、体制整備を進めております。説明は以上です。

○小林委員長

ありがとうございました。

それでは、ただいま報告のありました議事の3)と4)につきまして、ご質問、ご意見等ありましたらお願いいたします。小關委員、どうぞ。

○小關委員

ありがとうございます。数字の読み方のところで質問させていただけたらと思うんですが、7ページのところで、異議審査委員会における審査結果のところ、2022年以降の出生児の補償対象外の数字が極端に低いのは、この前のページ等々で示していただいております補償対象外のものが減っているというところ、分娩数が減った経過とかというものと、他に審査結果が未確定な部分がすごく多いというところで、実際の数字はこれから色々出てくるという理解をしたらよろしいでしょうか。確認の質問になります。よろしくお願いいたします。

○小林委員長

事務局、お願いいたします。

○事務局

ご質問ありがとうございます。ご認識の通りでございます、2022年以降出生児の補償対象外は、異議審査委員会の結果が6と書いておりますが、その前のページの6ページを見ていただきますと、こちらがいわゆる異議審査委員会にかかる案件の候補でございますけれども、補償対象外事案の状況ということで、2022年から2025年の出生児の補償対象外の件数が19件となっておりますので、もともと異議審査委員会にかかるような案件が少ないと。こちらに関しましては、まだ満5歳を迎えていない児が多いので、今後増えてくる可能性があるかと思っております。以上です。

○小林委員長

ありがとうございます。他にご意見、ご質問、いかがでしょうか。勝村委員、どうぞお願いいたします。

○勝村委員

勝村です。ありがとうございます。「別紙（要望書）」のところなんですけれども、改めて確認なんです、この「別紙（要望書）」は、原因分析報告書で、同じ内容で、一般的ではないとか、基準を満たしていないとか、医学的妥当性がない、評価できない、この四つが続いた場合ということでよかったのでしょうか。すみません、基本的な質問で申し訳ない。

○小林委員長

事務局、お願いいたします。

○事務局

ご質問ありがとうございます。原因分析報告書の中の「臨床経過に関する医学的評価」に関する表現としましては、今、委員のおっしゃったように、医学的妥当性がない、一般的ではない、基準を満たしていない、選択肢の一つである、一般的であるとか、いくつかございますが、その中で言いますと、医学的妥当性がないという点と、一般的ではない、基準を満たしていないという項目が続いた場合という、ご認識の通りでございます。

○勝村委員

ありがとうございます。ちなみに、評価できないという場合が続くということは、それはどれほど重きを置かれているのでしょうか。

○小林委員長

どうぞ、お願いします。

○事務局

事務局よりお答えいたします。評価できないというところは、大体が診療録等に詳細な記載がないため、評価できないということですが、併せて適切な記載等を求めるような形をとっています。評価できないだけで、2回続いたといって別紙対応を行っていることはございません。あくまで、一般的ではないとか、そういうネガティブな評価が続いたときに別紙対応を行ってございます。

○小林委員長

続けてどうぞ。

○勝村委員

さらに質問なんですけれども、この別紙対応をしたときに、医療機関から報告を受けて、それを確認していただいているということなんですけれども、それは今、原因分析委員会の大きな部会は年に2回ぐらいなのかと思うんですけれども、そこでの対応なのか、もともと原因分析報告書を作られたチームでの対応なのかということと、医療機関から返ってきている報告書の確認をした上で、もし、大概、どんな内容になっていて、それに対するさらにキャッチボールが必要と感じる場合とかがあるのか、あればどういう対応をされているのかという、非常に今回の件でも色々のご尽力いただいていることをよく分かった上でなんですけれども、その辺りがどんな形か、教えていただければと思います。

○小林委員長

お願いいたします。

○事務局

ありがとうございます。分娩機関から報告された改善の取組みに対しましては、原因分析委員会において適切な取組みが確実に行われているかというのを確認しております。その原因分析委員会による確認の後、原因分析委員会の委員長と本制度の事業管理者の連名で、同様の取組みをしっかりと継続する依頼状も合わせて送付している状況でございます。

○小林委員長

よろしいですか。どうぞ続けて。

○勝村委員

何度も同じような発言をしているかもしれませんが、産科医療補償制度には、原因分析委員会と再発防止委員会があるんですけれども、再発防止委員会という名前の方は全体に対して全体の状況を見ながらなので、実質は、個々の医療機関に関して再発防止につなげていただいているのは原因分析委員会なので、その点、非常にそういう別紙対応とか、やり取りをしていただいて、非常に大事な再発防止に向けた取組みをしていただいていると思っています。

それでですが、それだけにさらに色々お願いをしたくなるわけなんですけれども、先ほど言った評価できないというものも、ケースにもよるかもしれませんが、ある意味非常に問題が多い形というのは改善を強く求めたいと思うので、またそういう意識で見てもらいたいというのが一つと、もう一つは、1回目のときに、医学的妥当性がないとかということがあったときに、原因分析報告書を送られる際にその点を強調しているということも以前の委員会では教えてもらったんですけれども、その辺り、何か制度がえらく厳しいな

と思われるのではなくて、ある意味、そういう指摘をするのは厳しさではなくて優しさでもあると思いますので、何か、より、この取り組みを、1回目でも丁寧にうまくやり方を変えてもらうことにつながるような仕組みとか、その辺りは色々努力していただいておりますが、さらに、その辺りをお願いしたいと思いますけれども、どういう状況なのかも含め教えていただければと思います。

○小林委員長

お願いします。

○事務局

ご質問、ご意見ありがとうございます。今のご意見は、いわゆる1回目の指摘に関しても、別紙対応と同じように、分娩機関改善に向けた取組状況をしっかりヒアリングすべきだというご意見かと思うのですが、こちらに関しましては、過去の第38回の運営委員会でも同様のご意見が出ておりまして、その後の原因分析委員会で論議を行った結果、第39回の運営委員会でも報告はしておりますけれども、原因分析報告書の臨床経過に関する医学的評価が一定水準以下であったとしても、当該事項についての指摘が1回目である場合は、当該指摘事項に関する改善取組について、分娩機関から例えば報告を求めるようなことは実施しないという結論になっております。その理由としましては大きく二つございまして、一つが、原因分析報告書において示された医学的評価について、分娩機関が真摯に受け止め、自発的に改善するよう促すことが本制度の役割であるというご意見。もう一つが、一般的な医療から著しくかけ離れていることが明らかで、かつ産科医療として極めて悪質であることが明らかであるといったことを原因分析委員会で判断した場合は、別途、調整検討委員会に諮る仕組みが既にございますので、この二つの理由から、1回目の指摘というところではなく、現行通り、2回目において同一の指摘があった場合には別紙対応を行うと整理されているのが今の現状でございます。以上です。

○勝村委員

よろしいでしょうか。

○小林委員長

どうぞ。

○勝村委員

ありがとうございます。1回目から今2回目でやっている別紙対応をするべきということではなしに、何か1回目ならではの、自主的にそういうことが出せるならば出してもらった

ほうがこちらでもチェックできるとか、またはそれこそ2回目のときにやっておられるように、医会から行くことも可能だとか、そういう2回目の別紙対応よりはランクが違うとか、だけれども、そういうものがあるんだったらやってみようかなと、より再発防止が必要な内容なんだなということが意識できるような、何かそういう工夫というのはできないものかという趣旨なんですけれども、いかがでしょうか。

○小林委員長

事務局、いかがですか。

では、事務局は取りあえず、まず佐藤委員から挙手がありましたので、ご意見を願います。

○佐藤委員

ありがとうございます。原因分析委員会委員長の佐藤です。勝村委員のご指摘は以前から私も承っておりまして、原因分析委員会からの回答としては、今、事務局がご説明した通りですが、勝村委員の目から見ますと、そのレベルにとどまっているというニュアンスかもしれません。一方で、この結論を出した理由としては、皆さんご存じの通り、前は「劣っている」とか、明らかにギルティーというニュアンスを含めた評価があったんですが、現在は医学的妥当性がないというのが大半を占めている。その理由は、ギルティーというニュアンスを含む表現で原因分析委員会が結論づけるというのは非常に危惧されるニュアンスになるという点もあります。

もう一つは、これも前に申し上げた通りですが、この段階的な評価で「医学的妥当性がない」という言葉は、少なくとも健全な医療機関、それから医療に携わっている人間から見ますと、かなりもう既に過激な言葉なんです。それに対してご家族はどう思うかという部分も含めまして、表現としては相当厳しい評価をしているという観点からの文言を用いたという点と、今の事務局は、本当にギルティーというものに近い場合は、他の委員会が調査をするというシステムがございますので、その点から、1回目というところでは、勝村委員がおっしゃっている、もう1段、1.5段高いという意味の位置づけは敢えてしないでおこう、というところを続けている状況でございます。

もう一点、勝村委員がご指摘いただいた「評価できない」という点はどうなるのかという点でございますけれども、原因分析報告書の中身を見ていただくと分かると思いますが、「評価できない」という内容でかなり多いのは、胎児心拍数陣痛図がつけられていないとか、記録されていないので、この時期に胎児がよい状態だったのか、悪い状態だったのか

か、評価できないような場面が多数なんです、この場合も「判断はできない」、「評価はできない」の後に、その状態で胎児心拍数陣痛図をつけ続けていることは一般的でない、評価できない状況が起こっていることは一般的でないというネガティブ評価をつけた文言にしています。ですから、評価できない事象で、その後に一般的でないという評価が続いて2回起こっているということに関しては、この別紙対応の対象になるんです。ですから、「評価できない」が何回も続いても何も言わない、のではなく、評価できない状況に置かれている臨床のマネジメントそのものが一般的でないという評価をしておりますので、これがうやむやになっている場面というのではないと思います。以上です。

○小林委員長

ありがとうございました。事務局から何か追加はありますか。

○事務局

1回目では別紙対応までは行ってはいないんですけれども、1回目におきましては、評価が先ほどの「一般的ではない」以下のものにつきましては、検討すべき事項において、こういう改善をして下さいというところは報告書に記載してございまして、そういう形で分娩機関に自主的にその改善を促していくという形の報告書になってございます。補足でございます。

○小林委員長

ありがとうございました。この件に関しては私も思うところがありまして、まず1点目としては、原因分析委員会できちんと対応していただきましてありがとうございます。それからあと支援を産婦人科医会にお願いして、この件も含めてこれまで7件していただき、どうもありがとうございます。今回こういうことが起こりまして、もう一度再発防止報告書とかを見てみましたら、「胎児心拍数陣痛図の判読と対応」について原因分析報告書で毎年20%前後の指摘がされていることが分かりました。また、この「別紙（要望書）」対応についても、これまでに60件、「胎児心拍数陣痛図の判読と対応」で指摘されているということです、これはかなり難度の高い診療行為であるということは分かりますけれども、この運営委員会としても、分娩の診療の質の向上に向けて何らかの対応ができればいいなと思っています。たまたまですけれども、産婦人科医会のホームページを見ましたら、胎児心拍数陣痛図の判読の基礎編というものが動画でありまして、専門外の私にも大変参考になるような内容でしたので、この上級編、アドバンス編みたいなものを、できれば運営組織と協力して作って質の向上につなげる、あるいはもう少しさらに一歩進んだよ

うな対応ができればいいかなと思っています。取りあえず、今日の時点では具体的なことは申せませんが、そのようなことを考えていけたらなともっています。

石渡委員、お願いいたします。

○石渡委員

どうも色々アドバイスありがとうございます。産婦人科医会では、産婦人科認証ガイドラインというものを3年に1回作っています。それをバージョンアップすることと、もう一つ新たな項目があった場合、それに追加するというので、3年ごとに作成しているんです。つまり、3年間、非常にそれを詳しく分析しているわけなんです。

その中で、当初からなんですけれども、こういう「胎児心拍数陣痛図の判読と解釈、そして対応」というポケット版です。これは皆さんポケットの中に入れてはいるはずなんですけれども、毎日毎日お産があれば、それを評価するために、共通言語としてこれを持っています。それから、その他にホームページに判読、読み方等々については出してあります。それを見て下されば一番いいんですが、見てくれない会員の人もおられると思うんですけれども、それは少し改善していかなければいけないのではないかとっています。それで具体的に、この複数の発生医療施設の再発防止に関する指導のことなんですけれども、これはあくまでもその医療機関から指導して欲しいという要請があったときに対応しているわけなんですけれども、これは日本産婦人科医会は全部で14部会あるんですけれども、そのうちの 하나가医療安全部会、医療安全対策委員会なんですけれども、そこで対応しております。具体的には、事例があったときに、常務理事が2人あるいは幹事3人ぐらいで出かけます。それは当然のことながら、その地域の産婦人科医会の会長が出席したりとか、場合によっては大学等々も含めた産科婦人科学会の会長もそこに参加されることもございます。それで対象の医療機関には、大体院長と、それから全ての産婦人科医師と助産師、看護師等々が参加し、時には事務員も参加することがあります。総勢30名ぐらいということになるわけなんですけれども、そこで始めに、この再発防止に向けての会員支援の目的を話します。それから、事案報告書はもちろん出ているわけなんですけれども、その報告書に沿ってもう一度おさらいをします。それは常務理事あるいは監事等々がしますけれども、それから一般的な胎児心拍数の読み方であるとか、こういう時点でここを注意しなければいけないとか、ポイント、ポイントについて詳しい説明をしていきます。

それについて、今度は結果のどういう印象を持ったかという報告書も作成しています。分娩機関からもそれなりの回答が来ているわけなんですけれども、実はそういう対応を取っ

ているわけなので、今回の事例についても、CTG上明らかに異常があるんですけども、それを察知していないというか、要するに複数の助産師あるいは医師がそれを認識していないという、認識していてもそれを報告していないとか、そういう医療現場において共有化されていないんです。その辺のところが一番の問題になっているのではないかと考えております。私たちも、報告書をいただいた後、またもう一度再点検しなければいけないということで、医療機関によっては、もう一度出かけて再度注意する必要があるのではないかと考えております。それから、ホームページに色々教材あるいはその説明を出しているんですけども、どの程度会員がそれを利用されているかということについての把握というのは残念ながら私たちはしていないんですけども、こういう医療機関については特別にそういう話もしております。いずれにしても、医療安全に対する文化といいますか、そういうものが醸成されてきているところなので、引き続いて産婦人科医会も対応していきたいと考えていますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○小林委員長

どうもありがとうございます。原因分析委員会と再発防止委員会でも、過去の事例集というのも資料として作成していますので、これがもっと活用されるようにということも進めていければいいなと思います。他に、このトピックでも結構ですし、他の議事の3)、4)でご質問、ご意見がありましたらお願いいたします。勝村委員、どうぞ。

○勝村委員

勝村です。ありがとうございます。佐藤委員のお話で、評価できないものの扱いはどのようにしていただいているかということはずごくよく分かりました。ありがとうございます。本当に別紙対応を含めきちんとやっていただいていることはよく分かるのですが、通常のイメージを超えて同じことが繰り返される可能性が高いという、こういう文書を送れば分かってもらえるだろうというのが、うまくそれだけではなかなか変わってもらえないという医療機関があるとすれば、そこは非常に再発防止においては大事なポイントだと思うので、1回目からでも行って、そういう厳しい評価があれば指摘していただいているということですけども、その指摘だけではなくて、さらに相手方の医療機関が動けるというか、つまり、報告書を出せとは言わないけれども、出してくれたら見ますよとか、もしまた何でこんな評価になるのかというのがよく分からないのだったら説明に行きますよとか、何かそういう動きをプラスアルファして、1回目から対応に気づくという面を出していくことが2回目、3回目を減らしていくことにもなると思うので、そういう形をより丁寧

にやってもらえたらと思います。せっかくそこまで評価していただいているので、そこまで指摘もしていただいているんだったら、さらにプラスアルファで、より受け取った側の医療機関がイメージしやすいような工夫をしていただけたらというのをお願いしておきたいと思います。それと、ちょっと話が変わりますが、14ページのこの別紙対応の改善要望事項は、これが60件、これが45件、これが29件と書いていただいているんですけども、できれば表にさせていただいて、年次ごとのトレンドも少し分かるように、どういうものが増えているとか、どういうものが減っているとか、別紙対応全体が減っていつている傾向にあるというのは下の表からも見えるんですけども、そういう形で運営委員会でも注視していけるようなになればいいのかなと思いますので、そういうことも検討をお願いできればと思います。

○小林委員長

ご意見とご要望ということですが、特に要望の件は事務局のほうでも対応していただければと思います。「別紙（要望書）」送付件数の内訳を表としてお願いしたいということだと思います。どうぞ。

○事務局

ご要望につきましては、検討させていただきたいと思います。ありがとうございます。

○小林委員長

他にご質問、ご意見……。石渡委員、お願いします。

○石渡委員

産婦人科医療の新しい取組みなんですけれども、重大事故が発生したときは、これは今までは47都道府県の支部が1年間まとめて報告する形になっていたんです。それを今はリアルタイムでWebでどんどん報告するようなシステムになってきたので、その中にも脳性麻痺の事例が多分ぽつぽつとこれから出てくるのではないかなと思うんです。今年の4月からそのように制度を改善しまして、リアルタイムに上がってくるようなシステムに変えました。もちろん1年間まとめても報告は来るんですけども、なるべく医会と支部あるいは会員との間での連携が取れるようにしていきたいと考えております。

○小林委員長

ありがとうございます。他にいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは……。では、勝村委員、どうぞ。

○勝村委員

ありがとうございます。勝村です。12ページで、原因分析報告書作成の迅速化というところで、非常にお忙しい中大変ご尽力いただいていることを書いていただいているんですけども、「事例の経過」の作成以降が迅速になっているということなんです、念のためなんですけれども、「事例の経過」を作るにおいては、医療機関側と保護者側の双方のキャッチボールというのが、保護者側もなかなか場合によったらすぐに返せないとかあるかもしれないんですけども、「事例の経過」のところできちんと自分の記憶が伝えられていないまま原因分析になるという形は一番よくないと思いますので、そういうことはないと思いますけれども、「事例の経過」の作成において、保護者とのキャッチボールも丁寧にこれまで通りしていただけたらということをお願いしておきます。

○小林委員長

他、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。では、繰り返しになりますけれども、産婦人科医会のご尽力には感謝いたします。引き続きどうぞよろしくお願いいたします。議事を進めたいと思います。次は、議事の5)、再発防止の実施状況等について、議事の6)、本制度の収支状況について、7)、産科医療補償制度ネットワークシステムのリリースについて、報告をお願いいたします。

○事務局

それでは、議事資料の16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いたします。

始めに、(1)「第16回 再発防止に関する報告書」の公表でございます。資料4をご参照いただければと存じます。「第16回 再発防止に関する報告書」は、2024年12月末までに原因分析報告書を児・保護者および分娩機関に送付しました4,118件を分析対象として取りまとめ、2026年3月に記者会見を行いました。本報告書については、加入分娩機関、関係学会・団体、行政機関等に配布し、本制度のホームページにも掲載いたしました。

また、厚生労働省から公表についての通知が出されました。通知文書の内容につきましては、資料5、資料6をご参照下さい。

続いて、17ページをご覧ください。(2)「第17回 再発防止に関する報告書」に向けてでございます。「第17回 再発防止に関する報告書」の取りまとめに向けた審議を行っており、2025年6月末までに原因分析報告書を送付した4,231事例を分析対象とし、2027年3月を目途に公表する予定としております。「第3章 テーマに沿った分析」では、第15回報告書で行いました日本産科婦人科学会周産期登録データを使用した分析方法を踏襲しまし

て、「早産」を分析テーマとして取りまとめる予定としております。また、「第4章 産科医療の質の向上への取組みの動向」や「資料 分析対象事例の概況」では、前年度に行いました改定内容に基づいて集計を進めていく予定としております。

同じく17ページでございます。（3）「再発防止ワーキンググループ」の取組み状況でございます。「再発防止および産科医療の質の向上に関する専門的な分析」において、本制度の補償対象事例の胎児心拍数パターンと出生児の脳MRIにおける脳障害の部位との関連性についての観察研究を実施しております。現在、「分娩週数ごとの背景、分娩時CTGパターンおよび出生後の脳MRI所見の段階的变化」、「在胎34週以降の重度脳性麻痺事例のうち分娩中の受傷起点が推察され突発的ではない胎児心拍数推移パターンを呈した事例の経時的変化」について分析結果を取りまとめております。なお、これまでの研究成果につきましては、資料7をご参照いただければと存じます。

続きまして、18ページをご覧ください。（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ございます。前年度はこれまでの周知活動の効果を検証することや今後の効果的な周知を図っていくことを目的に、産科・小児科医療に携わる助産師・看護師を対象とした再発防止に関する発行物の認知度や利用状況についてアンケートを実施いたしました。再発防止に関する報告書の利用状況につきましては、2021年度に実施したアンケートと比較すると、「産科病棟の看護師長または準ずる責任者」および「助産所の院長」（以下、「責任者」）でございますが、責任者の「利用したことがある」と回答した割合が低下しておりました。「いずれにも該当しない」（いわゆる責任者以外）につきましては、責任者に比べると割合が低い結果となっております。さらに、「利用したことがある」と回答した方の利用方法は、「院内の回覧・閲覧」、「日々の診療・看護等の確認」、「研修会・勉強会等の周知・資料」の順に多く、利用した媒体ではホームページの利用率が増加しておりました。

続いて、19ページをご覧ください。再発防止に関する報告書を利用したことがない理由を伺ったところ、2021年に実施したアンケートと同様に責任者と責任者以外の双方で、「存在を知らなかった」と回答した割合が最も多い結果となりました。今回の結果を踏まえて、これまでより一層再発防止に関する発行物の周知活動を進めていき、さらに、再発防止に関する発行物を利用したことがない理由に「利用方法が分からない」との回答が散見されたことから、利用方法を解説するツールを提供するなど、より効果的な周知方法を検討してまいりたいと考えております。

続きまして、20ページをご覧ください。（５）国際学会・会議等における本制度に関する活動についてでございます。こちらは、本日は理事の後が欠席のため、本パートについては6分程度の動画にてご説明いたします。これから画面投影いたしますので、ご視聴下さい。

（供覧中）

それでは、資料20ページをご覧ください。（５）国際学会・会議等における本制度に関する活動についてご説明します。

一つ目の○ですが、昨年11月7日、ベトナム・ホーチミン市の病院でのカンファレンスで講演して、本制度について説明しております。この病院は、ベッド数900ぐらいで、周産期医療を中心とした病院で、年間分娩数は実に3万5,000から4万2,000件とご説明がありました。

次に、11月11日から13日には、International Hospital Federationの第48回のコンGRESに招待出席して、パネリストを務める中で本制度についても説明をしております。同時に、理事長企画でありました周産期医療の関係のセッションにも参加しております。当時の理事長のDr Muna A. Tahlakは現在ドバイヘルスのCEOを務めておられますけれども、個別に本制度についてもレクをしております。

11月13日には、ルーマニアカンファレンスで動画を送って講演する中で本制度についても説明しております。

そして11月13日には、ジュネーブにおりましたので、WHO本部から面会の依頼がありまして、Integrated Health ServicesのUnit Headの先生と医療の質や安全について議論する中で、本制度についても説明しております。

そして11月16日には、台湾のカンファレンスで動画を送って講演する中で、本制度についても説明して、そのQ&Aだけは羽田空港からライブで行っております。

11月19日には、WHO西太平洋地域事務局のご依頼で、パプアニューギニア保健省と専門家に対してWebミーティングを行いまして、本制度についても説明しております。

そして11月27日から28日には、韓国で開催されたカンファレンスで、そして28日には、チリのカンファレンスでそれぞれ動画を送って講演しております。チリのほうは、2024年にサンチアゴで開催された患者安全サミットで本制度について講演を行ったことにも言及しております。

21ページ、一つ目の○ですが、12月3日には、台湾のTaiwan Healthcare Quality

Association (THQA) が主催したウェビナーで講演しております。本制度についてのご説明や、日本の医療Dx施策などについてお話しする中で、要約版公表差止め訴訟の判決についても説明しています。

2月7日には、英国Imperial College Londonの研究所と連携しているPatient Safety Watchが配信したメールマガジンの中で、英国議会下院の公会計委員会が公表した報告書では、医療過誤に関するコストが過去20年間に4倍に増加したというデータや、NHSは日本の産科医療補償制度のような仕組みを真剣に検討すべきであるとの意見が表明されております。

3月2日には、アイルランドのダブリンでRoyal College of Surgeons in Irelandのシンポジウムで講演する中で、本制度についても言及しております。会場にはアイルランド保健所担当者も出席していきまして、会議後に意見交換を行っています。

3月10日には、英国NHSイングランドのHSSIBの定期ミーティングであるIPSONミーティングに出席して、RCSIのシンポジウムの講演内容などを報告しております。

3月11日には、EUの研究枠組みでありますCOSTの中で、在宅ケアの安全を研究する研究グループBetter Careのウェビナーで講演しまして、本財団について紹介する中で本制度についても言及しております。

4月1日には、日本医師会からのご依頼で、オーストラリア・クイーンズランド大学の先生にWebでお会いして、日本の医療安全の対策の取組みを説明する中で、本制度についてもご説明しています。

4月11日から12日には、インドのチェンナイで開催されましたCAHOのカンファレンスであります第10回CAHOCONのパネルディスカッションの中で、日本の医療安全対策の歴史を説明する中で、本制度について、創設経緯、様々な関係者の参画、それから補償対象件数や訴訟件数の推移について説明しています。

最後、22ページをお願いします。一つ目の○ですが、4月24日に、イタリアのローマでマルコーニ大学主催、それからイタリア産科婦人科学会、イタリア産婦人科病院協会などが共催した少子化をテーマとしたカンファレンスの中で、特別発言の時間をいただきまして、本制度についてご説明をしております。このようなご高配をいただきましたのは、かつてフィレンツェの医療の質・安全に関するセンター長を務めた、現在はマルコーニ大学教授のRiccardo Tartaglia先生のご高配によるものです。私の発言の後、少子化問題の専門家である野党Azioneの代表のElena Bonetti議員が登壇して発言され、Riccardo

Tartaglia教授からボネッティ議員に対して本制度に関するレクも行われております。

4月28日には、英国議会All-Party Parliamentary Group (APPG) on Patient Safety、患者安全超党派議員連盟ですが、議長はSir Jeremy Huntが務めています。彼は保健大臣、外務大臣、そして財務大臣を務めた保守党の議員です。その中で10分講義、50分の質疑応答を行っておりますが、いただいたご質問としては、制度開始後の対象者数はどの程度減少したか、少子化との関係はどうか、原因分析報告書は誰に報告されるか、法律家は制度に反対しなかったのかなどです。セッションの後には、同日にSir Jeremy HuntのSNS(X)にメッセージ付きで投稿が行われております。メッセージは、「今朝のAPPGセッションに日本から参加していただき大変感謝しています。日本が迅速な学習や改善につながる無過失補償制度によって、どのようにして脳性麻痺を減らしたかについてすばらしい議論が行われました」との投稿がなされています。

最後は、5月15日から16日に、パキスタンのラホールにおいて、Riphah International University主催のカンファレンスで講演する中で、本制度についても言及しております。ご説明は以上です。

○事務局

それでは、議事資料に戻りまして、23ページをご覧ください。6) 本制度の収支状況についてご説明いたします。

始めに、(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月までの1年間となっており、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おります。なお、支払備金につきましては、※2に記載がございますが、本制度は民間保険を活用しており、例えば2020年に生まれた児に係る補償は、2020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いることから、2021年の補償対象者数および補償金総額は2027年まで確定しないこととなり、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しております。

また、表内の2015年から2020年の支払備金が横棒となっておりますが、こちらも※2に記載の通り、補償対象者数およ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返還保険料として運営組織に返還されることとなっており、支払備金はありません。直近の2020年の契約につきましては、約93億円が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全て今後の保険料に充当していくこととされ

ていますが、本年5月末までに返還された保険料のうち、累計で835億円を保険料に充当しております。

続きまして、24ページをご覧ください。（2）2025年1月から12月の事務経費でございます。2025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、ご覧の通りです。運営組織の事務経費の内訳ですが、物件費が5億5,700万円、人件費が2億7,300万円、合計で8億3,000万円となっており、前年対比で6,800万円減少しております。続きまして、右側、保険会社の事務経費の内訳ですが、物件費が2億700万円、人件費が2億6,500万円、制度変動リスク対策費が4億4,700万円、合計で9億1,900万円となっており、前年対比9,500万円減少しております。

続いて、25ページをご覧ください。（3）運営組織の2025年度収支決算でございます。ここでは、保険期間ではなく、運営組織の事業年度である4月から3月までの収支決算についてご報告いたします。左側の表が事務経費、右側の表が補助金会計でございます。収支の内訳は記載の通りとなっております。事務経費につきましては、当期収支差額がプラス5,600万円となっております。主な支出項目としましては、人件費等が2億8,500万円、委託費が1億8,100万円、システム運用費等が9,100万円でございます。補助金につきましては、2025年度は2024年度同様1億600万円となっております。内訳としましては、全額人件費等で計上しております。

続きまして、26ページをご覧ください。（4）運営組織の2026年度の収支予算でございます。事務経費につきましては、収入は9億7,100万円、支出は9億3,200万円を見込んでおります。次期繰越収支差額についてはプラス3,900万円を見込んでおりますが、当期の収支差額はマイナス5,700万円を見込んでおります。また、補助金につきましては、2025年度と同額の1億600万円としております。また、右下に（4）－1、財源確保についてという記載がございますが、こちら、本制度の運営費は、毎月の保険料の一定割合を収入源としていることから、今後、出生数の減少に伴い、制度の運営に必要な収入が得られなくなることを懸念しております。そのため、現在、厚生労働省や保険者とともに解決策を検討しているという状況でございます。

それでは、最後の議事資料の27ページをご覧ください。7）産科医療補償制度ネットワークシステムのリリースについてご説明いたします。

始めに、（1）3月リリースに関する状況でございます。産科医療補償制度ネットワークシステム（以下、「産科ネット」）は、3月10日に分娩機関向けの「妊産婦情報登録・補償申

請機能」と妊産婦向けの「スマートフォン妊産婦情報登録機能」の二つをリリースしております。6月末現在、分娩実績のある分娩機関2,060機関のうち98.3%が初回ログインを完了しており、ログインが完了していない分娩機関には電話にてフォローを実施しております。また、妊産婦情報の登録数等についても、昨年同月とほぼ同数が実施されておりました。

一方で、分娩機関からの照会に備えコールセンター要員を増員しておりましたが、リリース直後の3月10日から19日までの受電率は17.3%という状況でございました。そのため、さらに増員等を実施しまして、以降は、4月は59.2%、6月は85.9%と受電率の改善を図っております。また、妊産婦がご自身でスマートフォンにて登録された妊産婦情報の件数と割合につきましては、3月登録数は3.8万件で全体の61%、4月は5.5万件で87%、5月は6.2万件で92%と、多くの妊産婦にご利用いただいている状況でございます。

続きまして、(2) 今後のリリースに関する状況です。9月頃に補償対象の保護者向けの「スマート補償金請求システム」および運営組織向けの「原因分析報告書作成機能」の二つのリリースを予定しております。ご説明は以上でございます。

○小林委員長

ありがとうございました。それでは、ただいま報告がありました議事の5) から7) に関して、ご質問、ご意見がありましたらお願いいたします。新しいシステムの導入でトラブルがなかったというのは大変良かったですね。かなり準備していただきましてありがとうございます。いかがでしょう。ご質問、ご意見等がありましたらお願いいたします。

では、勝村委員、お願いいたします。その後、木村委員からお願いいたします。

○勝村委員

木村委員が先のほうがいいのかもしい。

○小林委員長

では、木村委員からお願いいたします。

○木村委員長代理

ありがとうございます。木村でございます。再発防止委員会の委員長をさせていただいております。16ページをご覧くださいますと、第15回の再発防止に関する報告書で吸引分娩をテーマに挙げて、指摘が約半数にあったという記載がございます。これだけを見ると、何という危ない医療行為を日々やっているんだみたいな感じになりかねませんので、一言コメントさせていただきますと、吸引分娩というのは、周産期データベースという日本産

科婦人科学会が持っているデータベース、これは高次医療機関が主であります、一般病院もかなり入っております。一般病院は今の時代、かなりレベル的にはそんな高度な周産期医療ができない病院でございますが、そういった病院で行われているデータベースは、大体7%ぐらいでしたかね、ちょっと今、現物が手元にないのであれなんですけれども、7%ぐらいの分娩に対して行われていました。それは結局の数から言いますと、7%、うまくいった例のほうはるかに多いわけであります。この産科医療補償制度で補償対象になったものの半数と、吸引分娩したものの半数というのは100例程度でございますので、はるかに多い事例が吸引分娩で産まれているということをちゃんと強調しておかないと、これから、私は長い間若い医師を育てる立場にりましたが、若い子がなくなるんですね、こういうことを。吸引分娩をしなくなったら何が起こるかという、その分帝王切開が入る。ですから、要らない帝王切開がたくさん増えるという結果になりますので、再発防止の報告書では、そういうことにならないようなメッセージをしっかりと出そうということは心がけているところでございます。私からのコメントは以上であります。

○小林委員長

ありがとうございました。木村委員には再発防止委員長として再発防止委員会の取りまとめと、それから記者会見をしていただきました。どうもありがとうございました。

では、勝村委員、どうぞ。

○勝村委員

ありがとうございます。再発防止の件で、今の木村委員からの話の補足というか、あれなんですけれども、吸引分娩がいいのか悪いのかという議論ではもちろんなくて、吸引分娩をやる場合はこういう点とか、こういう場合にと、その中身の話というところにできるだけ多くの医療関係者や保護者側も入っていけるように、そういう色々なリテラシーが上がっていけばいいなと思っております、木村委員がおっしゃっている危惧と同じ危惧もあるかと思いますが、そういう、吸引分娩がいいか悪いかというよりは、より深いきちんとした、例えば薬がいいのか悪いのかみたいな感じの議論ではなくて、それぞれやり方、使い方ということであって、もちろん必要な薬は絶対あるけれども、必要なタイミングが大事であるように、そのように見ていただけたらなと思っています。それから、予算とかの辺りで、これから予算がなくなるかもしれないという話も最後に出てきているんですけれども、木村委員とお話ししたわけではなくて、ちょっと思いつきなんですけれども、再発防止の議論をするに当たって、件数が4,500から5,000ぐらいに近づいてき

ているということで、色々な分析がすごく複雑で、だけれども非常に大事な役割を担っているんだろうと思ひまして、そういう意味で、再発防止委員の皆さんも事務方の方も頑張っていたているのはよく分かっているんですけども、だからこそ人を増やしていくとか、予算を増やしていったって、より使いやすいデータベースを構築していただくとか、今後のために、件数が増えてきたから、次のより高度な再発防止に向けた形というのができるようにこういう予算とかを考えられる際に考慮してもらえたらありがたいかなと思ひました。

以上です。

○小林委員長

ありがとうございました。他にご意見、ご質問等ありましたらお願いいたします。

高田委員、お願いいたします。

○高田委員

ありがとうございます。18ページ、19ページの、助産師等において、なかなか報告書を半分弱の人が知らないというのはちょっと衝撃的なことでございましたが、これについても、利用方法と効果的な周知方法と書いていただいている一つとして、川上からということで、助産師教育の教育機関にもこの報告書を全てお送りいただいておりますので、全国助産師教育協議会にも、ぜひ報告書を学生さんたちに回覧してほしいという文言を少しお願いのところに入れていただければと思ひます。私からも少し正岡会長にもお伝えさせていただきたいと思ひますので、学生のときに一度見たことがあるというのは非常に重要かなと思ひましたので、どうぞよろしくお願いいたします。

○小林委員長

事務局、では対応をお願いいたします。

○事務局

ありがとうございます。

○小林委員長

それから、助産師会でも啓発活動、ありがとうございます。引き続きよろしくお願いいたします。

○高田委員

ありがとうございます。機関紙は全ての会員に回っているところにも入れさせていただいておりますので、引き続き頑張らせていただきたいと思ひます。よろしくお願いします。

○小林委員長

ありがとうございました。他にいかがでしょうか。石渡委員、お願いします。

○石渡委員

国際活動なんですけれども、国際学会・会議等における本制度に関する活動ということで、後理事が世界を飛び回ってこういう啓発活動をやっているわけなんですけれども、実はこの制度を立ち上げるときに、岡井先生、木下会長は亡くなられましたけれども、色々世界の事例を集めたときに、スウェーデンとニュージーランドも同じような制度でやっていたわけなんですけれども、なかなか資料が集まらないので、大使館に問合せをしたりして、一番スウェーデンが優れているということで、それを取り上げてやってきたわけなんですけれども、そのスウェーデンの今のそういう制度よりも日本のほうが、例えば原因分析あるいは再発防止、医療安全に向けてのそういうところは非常に優れていると思っています。後理事が世界を飛び回ってやっていただいて、啓発活動をされているわけなんですけれども、どうですか、世界にもまたこの制度をつくろうという国が出てきていますかね。そこが質問なんです。後理事がおられればお願いしたいけれども、今日は参加されておられないと聞いたので、何か聞いていますか。

○小林委員長

いかがですか。事務局のほうでは把握していますか。

○事務局

すみません、その辺のところの事情につきましては把握はしておりませんので、後理事に事務局のほうから確認をさせていただきたいと思っております。

○小林委員長

他にご意見、ご質問はいかがでしょうか。私から質問一つですけれども、先ほど今後の保険料、財源の話が出ました。個々の保険料の額はともかく、少子化といえども70万人規模ですので、総額としてはかなり大きいので、なかなかこの財源確保は難しいと思いますが、今どのくらいのところのめどが立っていますでしょうか。いかがでしょうか。

○事務局

そちらに関しましては、先ほど申し上げました通り、この制度自体の運営費が保険料掛金の合計の5%分を収入という形にしておりますので、繰り返しになりますけれども、出生数が減ればその分減るというのが現状の仕組みでございます。

そちらに関しましては、我々運営組織だけで変えていくということを決められるわけでは

ございませんので、厚生労働省や保険者の皆様と今打合せをしている状況でございます。
まずは幾つかの選択肢として、例えば集金事務費率を5%から上げる方法はないのかとか、返還保険料の残高、いわゆる剰余金の残高から拠出する方法はないのかとか、制度維持費という新しい制度を新設して、1件あたり例えば1,000円とか1,500円をいただく形にできないのかとか、あとは今1億600万円いただいておりますけれども、補助金をさらに増額していく方法はないのかとか、そういった案を今幾つか検討させていただいてお話しさせていただいているという状況でございます、こちらにつきましては、次回、冬の運営委員会でもう少し進捗については詳しくお話しできたらと思っているところでございます。

○小林委員長

ありがとうございました。引き続き進捗状況を運営委員会のほうで報告していただくということをお願いしたいと思います。勝村委員、よろしいですか。

○勝村委員

すみません。時間が迫っている中で申し訳ないですが、データベースは、すごく保護者の方、妊婦さんとうまくいっているということで、やってもらっているんですけども、先ほどの僕の要望につながるんですけども、再発防止のための原因分析とか、そういうデータベースというのは、以前、数十数百ではなくて、こうやって数千になってきたときに、何かその辺りもバージョンアップを同時にしていっている感じとかはあるんでしょうか。

○小林委員長

いかがでしょうか。

○事務局

すみません。ご質問としましては、例えばですけども、先ほどお話ししました産科ネットを新しく2026年3月から導入しましたけれども、これは分娩機関向け、審査向け、原因分析作成の機能だけではなく、当然、再発防止に関するデータベースにいかに効果的に効率的にデータを集約していくかという機能も新しくついておりますので、そういった面で行きますと、今までの集計に係る時間であったり、粒度よりは、よりいいものができるのではないかと考えておりますので、コストとの見合いは当然ございますけれども、こういったことが分析できるかというのをしっかり考えながら今開発を行っている状況でございます。

○小林委員長

どうぞ。

○勝村委員

ありがとうございます。再発防止委員の先生方も前回の委員会でもすごく活発で、色々な先生が色々なデータがどうなっているかというのを質問されるという段階で、すごくたくさんさんの情報から抜き出してこなければいけないので、ぜひ予算とかで厚労省とかと話してもらうときに、再発防止はデータ件数がどんどん増えていっているの、人とかデータベースとかの整備とか、やっぱり大事なことで増やしてほしいということも運営委員会として伝えていただくことができればありがたいなと思います。

○小林委員長

ありがとうございました。他にご質問、ご意見等いかがでしょうか。佐藤委員、お願いいたします。

○佐藤委員

佐藤です。私もちょっと勝村さんに似た意見を原因分析委員会とかで申し上げたことがあるんですけども、先ほどから議論になっている再発防止委員会でのデータベース作成と併せて、資料3で説明がありましたが、産科制度データを基に研究ベースで用いていく施設が増えることで、再発防止委員会の発案のみならず、このデータセットの研究への活用、私はすごく期待しています。

ここにも説明がありますが、データセットには原因が明記されている。もうそれだけで原因別の分析というのが、再発防止委員会のみならず、このデータを用いる外部の人間がまた別の視点で検討するということで広がっていけばいいなと思います。私はこの産科制度データは非常に大事なデータベース変更点だと思っていますので、そこから先は勝村委員と同様で、こういうものを活用して、もっと色々な目線から分析あるいは報告、論文が出てくればいいなと思っていますところです。私の意見です。以上です。

○小林委員長

ご意見ありがとうございました。データに関しては、運営組織のほうでかなり整備を進めてもらっていますので、できましたら国等に研究資金面での支援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。では、議事の5)から7)は以上で終了いたしまして、全体を通してご意見等ありましたらお願いいたします。

木村委員、お願いいたします。

○木村委員長代理

ありがとうございます。木村でございます。元に戻って恐縮なんですけれども、資料1に審査件数と補償対象件数がずっと毎年、年次別に出ておりまして、これは非常に貴重な資料でございます。自分でやったらいいんですけれども、ぜひこれは、前の意見にも出ておりましたが、この表に1行だけ、それぞれの出生年別の出生数で割るとか、そうしますと、どのような推移でこの出生分の補償対象が減少しているのか、変わっていないのか、増えているのか、ある程度分かってくると思いますので、そんなに難しい話ではないと思いますので、ぜひそういったこともご検討いただければと思いますので、改めてお願いいたしたいと思います。以上でございます。

○小林委員長

ありがとうございました。これは運営組織でやらないと出せないなので、すみませんが、また資料として出していただければと思います。

○事務局

検討させていただきます。ありがとうございます。

○木村委員長代理

10年史か何かにはこれは出ているんですよ。10年記念の本には出ていますので、それと同じやり方を以降続けていただいたら、確定分まで続けていただければ、いい資料になると思います。よろしくお願いいたします。

○事務局

ご意見ありがとうございます。検討させていただきたいと思っております。ありがとうございます。

○小林委員長

他にご意見はいかがでしょうか。それでは、他になれば、以上で全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りましたらお願いいたします。

○事務局

次回第57回の運営委員会の開催日程につきましては改めてご連絡申し上げますので、よろしくお願いいたします。

○小林委員長

それでは、これをもちまして第56回産科医療補償制度運営委員会を終了いたします。各委員におかれましては、ご多用のところ、ありがとうございました。お疲れさまでした。