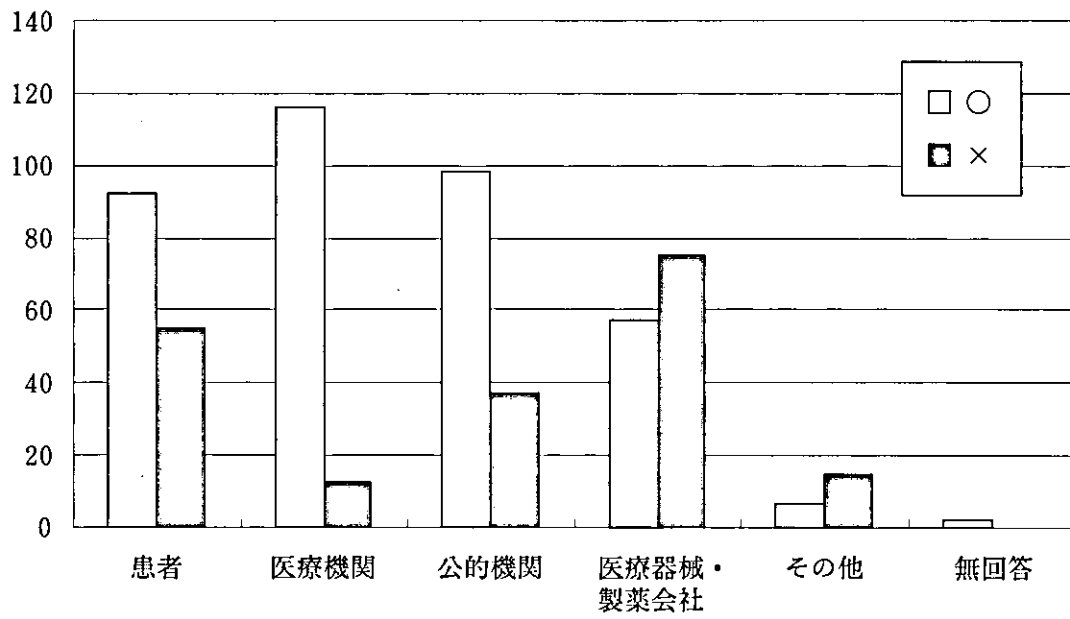
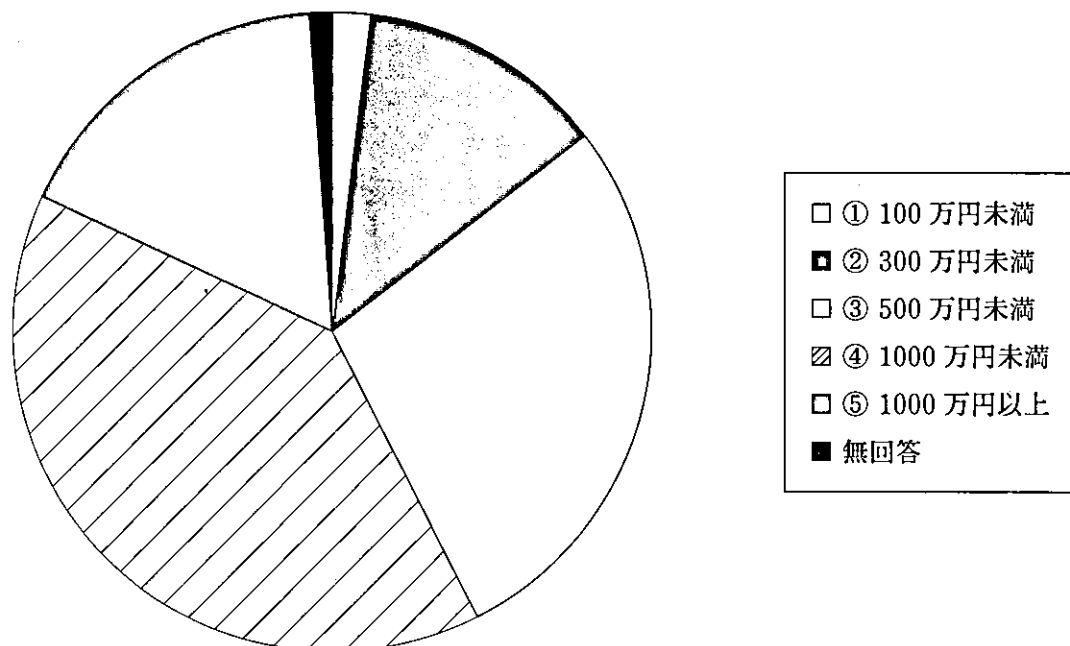


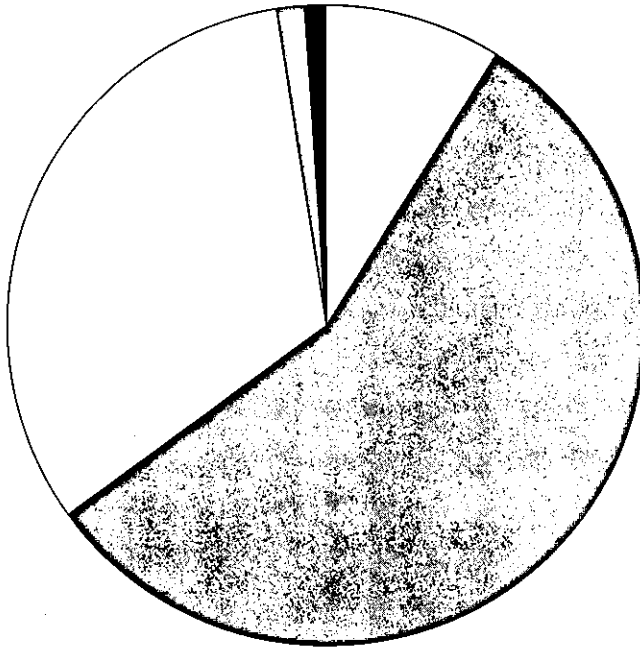
3. 給付金の財源



4. 給付額

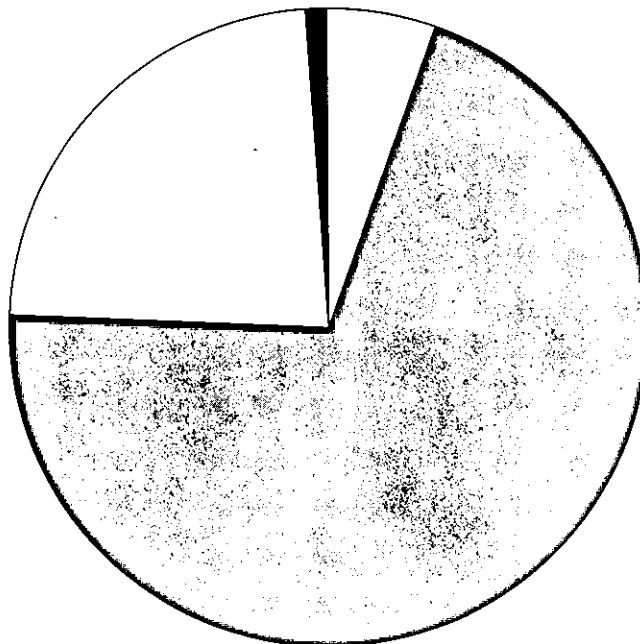


5. 患者の医療選択の条件になるか



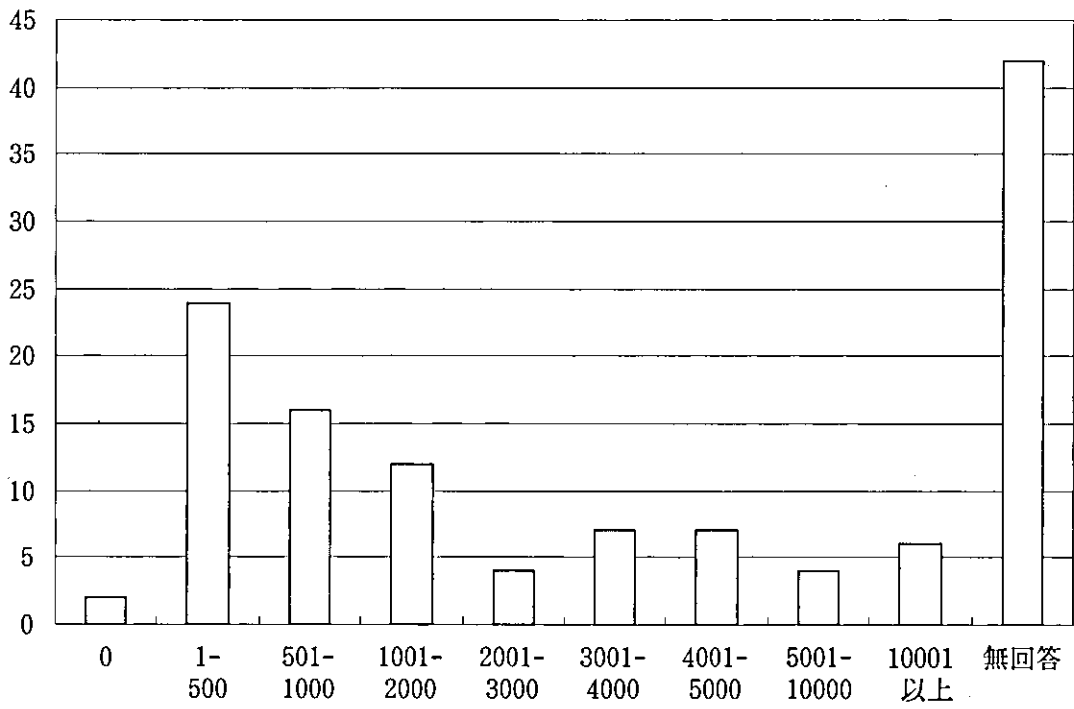
- ① 大いになる
- ② ある程度なる
- ③ 余りならない
- ④ 全くならない
- 無回答

6. この制度にどう思うか

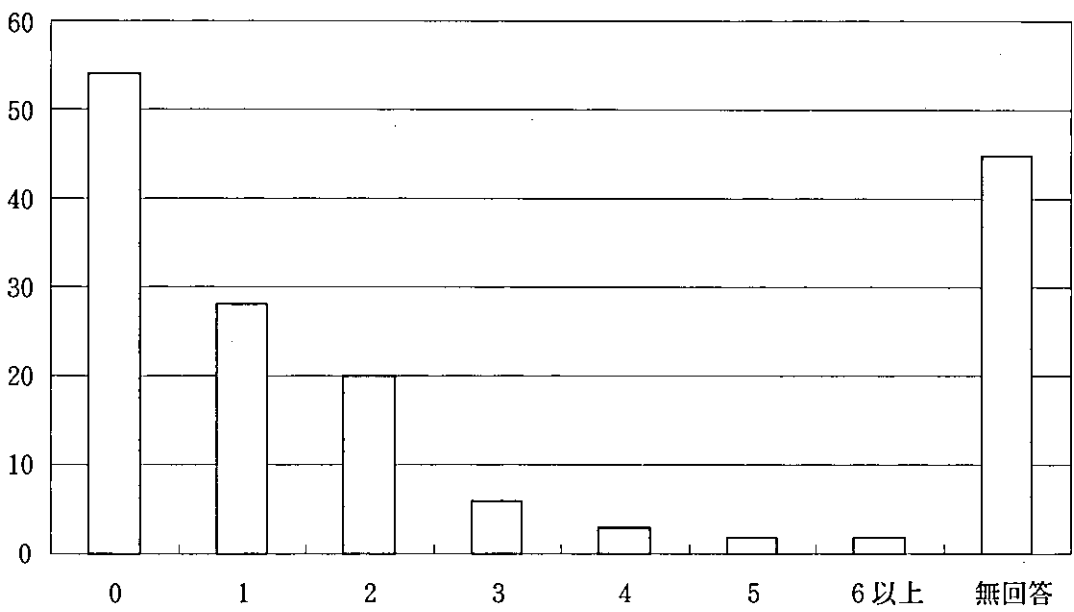


- ① 全く意味がない
- ② 考える余地がある
- ③ 望ましい
- 無回答

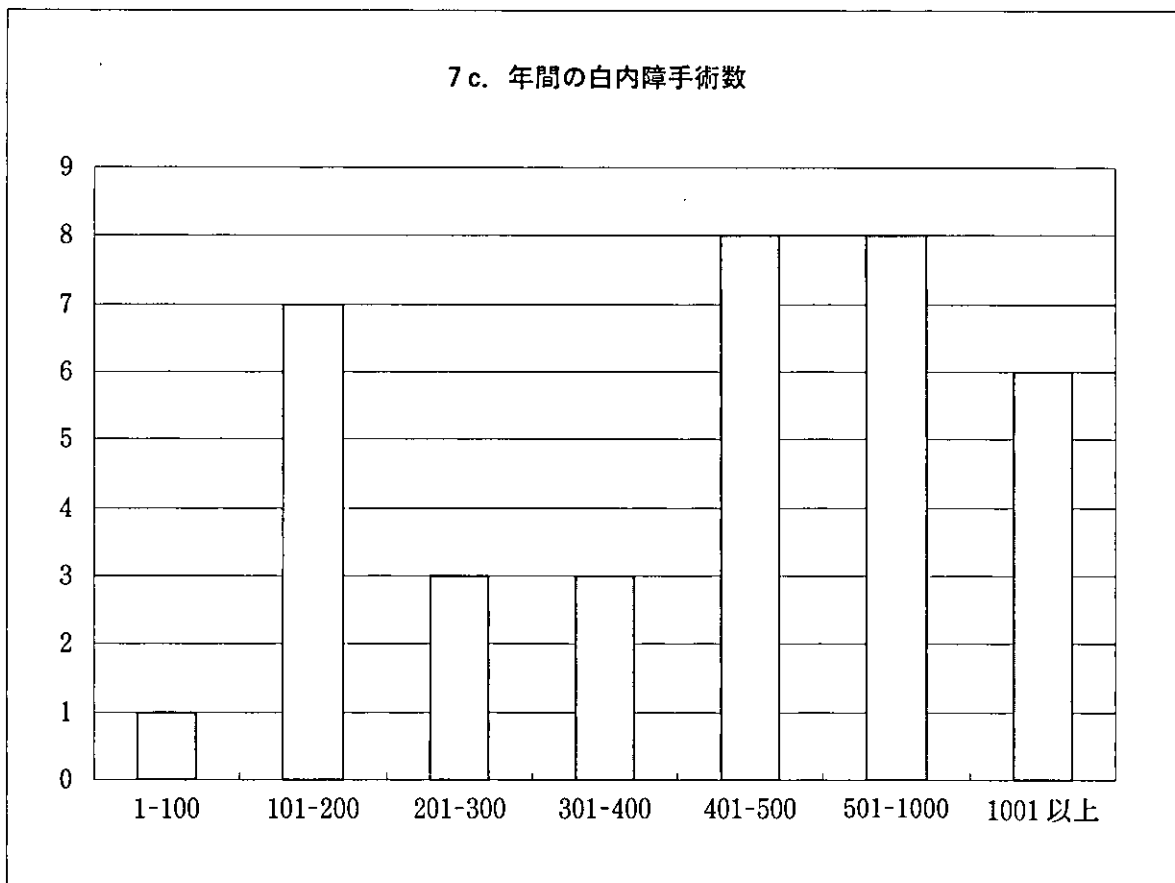
7 a. 白内障総手術数



7 b. 感染性眼内炎



7c. 年間の白内障手術数



(2) 「無過失補償制度」の検証

① 制度創設までの経緯

- 1) 産婦人科の出産時の医事紛争が多く、日本医師会の医師賠償責任保険の経営を圧迫していることや、そのためお産を扱わない産婦人科が増えているという背景があった。
- 2) 平成14年、九州大学副学長 中野仁雄教授（産婦人科）・九州大学 和田仁孝教授（法学研究院）・信友浩一教授と福岡県医師会が中心となって、制度創設検討委員会が発足した。
- 3) 福岡県知事の公約「女性と子どもを守る」もこの制度立ち上げを後押しをした。
- 4) 1年間で9回の委員会を開催し、制度創設のための答申を行った。
- 5) 最も論議になったところは、財源についてであった。共済制度と救済制度が考えられたが、本委員会は医療側・患者側がリスクを共有することが理屈にあうということで、共済制度を提案した。

② 制度の概要

- 1) 目的：1. 安心して子どもを生める社会を作る
2. 産科医師の確保
- 2) 対象：1. 福岡県内で生まれる全脳性麻痺児
2. 医療側に過失がない事例
- 3) 給付：1件につき1,000万円の支給
- 4) 財源：共済制度（出産時に、行政・患者・医療機関が1万円ずつ負担し、出産1件あたり計3万円をプールする制度）
- 5) 審査会：1. 脳性麻痺児の認定
2. 無過失の認定
3. 給付の認定

③ 制度の実行状況（現況）

現在までのところ、この制度は全く実行されていないことがわかった。その理由としては、以下の2つが上げられる。

- 1) 行政が、財源不足と脳性麻痺だけを特化しにくいとの理由で、負担金を拠出できない。
- 2) 県民へのPRが十分されていない。

5. 考 案

(1) アンケート調査

① 白内障術後の感染性眼内炎の症例アンケート調査

調査結果のなかでも述べたが、今回の調査はあくまでも retrospective なものであり、手術学会の会員に症例調査票の記入および送付を依頼したもので、能動的なアクションに依存したものである。この意味で、日本の術後眼内炎の状況を正確に反映しているものではないといった可能性も否定できない。術後眼内炎を発症した場合、他の医療機関に紹介され治療されることが少なくない。本調査では白内障等の発端となった手術を行った施設、眼内炎の治療を行った施設の区別なく症例調査票の記入を依頼しているために、同一症例が重複して2施設から報告されている可能性もある。調査票中の患者情報としてイニシャル、年齢、性別があり、重複が疑われる症例をピックアップして再調査する方法も考慮したが、症例のプライバシーの問題等で今回は実施を見送った。上記のような問題点はいくつか指摘できるものの、本調査はこれまで本邦で報告がない多数例の集計であり、本邦における術後眼内炎の現状を理解するために、極めて重要な結果であると思われる。

今回の調査結果を解釈するためには、現在行われている白内障手術のトレンドを知り、これと比較しなければならない。一例を示すと図4のように眼内炎症例の90%近くの術式はPEAであった。しかしこれから“PEAの方が眼内炎を発症しやすい”という結論にはならないはずである。単に現在の白内障手術の多くがPEAで施行されていることを反映しているだけである。このような観点から、結果の解釈にはきわめて慎重な態度が必要と思われる。今回の調査から眼内炎発症に関して重要と思われる点として次のようなものが挙げられる。

1) 破囊の症例は20%あるが、多くの症例で破囊はなかった。

白内障手術において、破囊は合併症のひとつであるが、患者側の要因も多く、どのようなベテランの術者でも完全に避けることのできないものである。一般的な破囊の頻度を考えると眼内炎発症症例の20%は明らかに頻度が高

く、これが眼内炎のリスクファクターのひとつであることが強く疑われる。しかし一方で多くの破嚢のない症例で眼内炎が発症していることに注目する必要があると思われる。眼内炎発症には様々な因子が複合的に作用しており、“破嚢”をふくめ、単一の要因を眼内炎発症の原因とすることは不可能であろう。

2) 起炎菌による視力予後の違いが示唆された。

起炎菌について、今回の調査では眼脂が検出の材料である例や検体材料が不明な例は検討からはずし、検出菌が眼内炎の起炎菌であると判断される症例に限っての検討が行えた。検出菌は米国の EVS のものとほぼ同様のものが検出されている^(注)。 *S. aureus* の多くが MRSA であるなど、薬剤耐性菌の頻度が高いことがあらためて示された。また起炎菌が MRSA あるいは *Enterococcus* 属であった症例で最終視力が 0.1 未満であった症例が多かった。これは起炎菌によって視力予後が異なることを示唆するものであろう。

(注) Han DP, Wisniewski SR, Wilson LA, Barza M, Vine AK, Doft BH, Kelsey SF.: Spectrum and susceptibilities of microbiologic isolates in the Endophthalmitis Vitrectomy Study. Am J Ophthalmol. 122 : 1-17, 1996.

硝子体手術については多くの症例で術後早期に施行され、眼内レンズの摘出や水晶体嚢の切除など、積極的な手術が本邦では行われている現状が浮き彫りになった。視力測定の方法など、厳密な比較は不可能であるが、EVS における視力予後と比較しても (0.3) 以上の矯正視力を保った症例は多かったように思われる。

② 白内障術後の感染性眼内炎に対する「無過失補償制度」導入に関するアンケート調査

白内障術後の感染性眼内炎は白内障手術の合併症としておこるため、発症後の治療を適正に行えば、たとえ患者に期待通りの視力回復が得られなくても、医師側に過失が認められることは少ない。したがって裁判になっても眼科医が賠償を求められることは少なく、その結果患者が救済されないままであることが多いとされている。しかしたとえ医師側に過失がなかった場合でも、1. 眼科医が視力を回復させられなかったという結果責任を感じる。

2. 眼科医が「医師賠償責任保険」に加入していること。3. 裁判における眼科医のストレスが高まること。4. 「弱者救済」の論理から裁判所が眼科医に和解を求めてくる場合があること。などの理由で、最近では眼科医は和解に応じ、示談金を支払うケースが多くなってきている。本疾患発症において、このような状況がさらに続くことは、医師側・患者側双方にとって有益なことではなく、本疾患に裁判外紛争解決としての「無過失補償制度」が構築されることが期待されてきている。

「無過失補償制度」の医師側のメリットとしては、1. 裁判の精神的苦痛から解放される。2. 事故の真相が明らかにできる。3. 患者との信頼関係を維持できる。などがあり、デメリットとしては、1. 事故防止や医療の質の向上への意欲の低下。などがあげられている。また患者側のメリットとしては、1. 簡単な手続きで補償を受けれる。2. より多くの患者が補償を受けれる。3. 不公平感が弱まる。などがあり、デメリットとしては、1. 補償額が低くなる場合がある。2. 医師への不満が解消されない。などがあげられている。今後さらに検討されなくてはならない部分は残しているものの、白内障術後の感染性眼内炎においては、この疾患の発症の特徴からみて、できるだけ早期の本制度の構築が望まれている。

それを裏付ける1つとして、日本眼科手術学会の会員に、本疾患に対する本制度導入に関してのアンケート調査を行った。まずこの制度が本疾患における訴訟・裁判などを減少させる効果があるかという問に対して、160人中123人の約77%が効果があると答え、さらにこの制度導入についての問に対しては、160人中149人の約93%が導入について望ましい、もしくは考える余地があると回答している。眼科医もこの制度構築に積極的な姿勢が窺えた。

(2) 「無過失補償制度」の検証

福岡県医師会が創設した脳性麻痺に対する「無過失補償制度」の実態を調査したところ、制度は立ち上げたが、現在までのところ全く実行されていないのが実情であった。その原因としては、制度創設委員会で最も議論となった財源問題が大きな壁となっていた。すなわち、この制度ではその財源としてリスクの共有という理由で、行政・患者・医療機関の3者が負担する共済制度を選択したが、これが全く可動しなかったのである。したがって、白内障術後の感染性眼内炎に対する本制度の

構築には、財源として共済制度ではなく、救済制度を選択することが望ましいと思われた。

6. 結 論

白内障術後の感染性眼内炎は確実に発症しており、また眼科医も本疾患に対する「無過失補償制度」の構築を希望している。しかし、新生児脳性麻痺で行っている制度をそのまま利用するには無理が多く、新たな制度の確立が必要であると思われる。今後の取り組みとして、以下の2点を提言する。

1. 財源として、共済制度ではなく救済制度を検討する。すでに医薬品副作用被害救済制度が構築されているが、この中に取り込むことも1つの選択肢になると考える。
2. 日本医師会が現在「無過失補償制度」に関する委員会を立ち上げているが、この中で、本疾患の制度構築についての議論を行う。