

平成18年1月：答申のポイント

- 我が国でも、医療に伴い発生した障害に対し、迅速、公平な補償を行う公的補償制度の導入は必須であること。さらに、
この制度は、本来、医療行為に関連した全ての障害に適用することが望ましいが、現実的には、基金面での限界もあることから、実現可能で、かつ、我が国の政策課題にも合致し、最も緊急度が高い、『分娩に関連する脳性麻痺に対する障害補償制度』の先行実施をもとめる

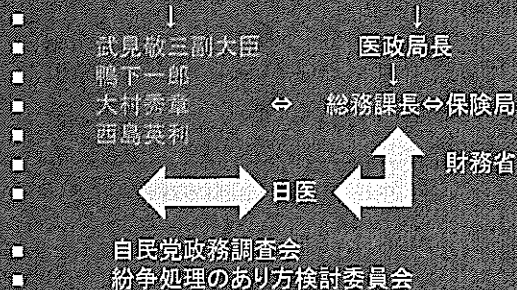
- 平成18年6月：『分娩に関連する脳性麻痺に対する障害補償制度』の制度化に関するプロジェクト委員会の立ち上げ
- 平成18年8月：本制度の成案を答申
- 平成18年8月：平成19年度予算概算要求の日医要望課題として、厚労省に提出
- 平成18年11月29日：自民党政務調査会、厚生労働委員会、医療紛争処理あり方検討会で、『産科医療における無過失補償制度の枠組みについて』が了承された

制度化されるまでのプロセス

6月:武見敬三参議院議員の指示
(概算要求に間に合わせる)

7月:日医答申の作成

■ 7月末:19年度予算概算要求→厚労大臣



制度理念

基本理念

- 1 母性に共感し、支援をおこなうこと
- 2 女性が、妊娠と分娩を不安なく迎えること
- 3 分娩に伴い不可避免的に一定割合発生する重度脳性麻痺患者とその家族を速やかに、社会的な救済をおこなうことにより生きる権利を平等に確保すること

目的

- 1 安心して子供が生める環境整備を行うこと
- 2 無過失・無責の産科医師から分娩事故訴訟による時間的、精神的な負担を取り除き、医師と患者の信頼関係に基づく健全な周産期医療環境を確保すること

総合的少子化対策の具体的提案

- 1 国際的にも、このような分娩時の障害者について、社会的救済を行う工夫が行われている
- 2 「出産・子育て期の医療ニーズに対応する体制の強化」「特別な支援を要する子供および家族への支援を拡充する」政策を、具体化する

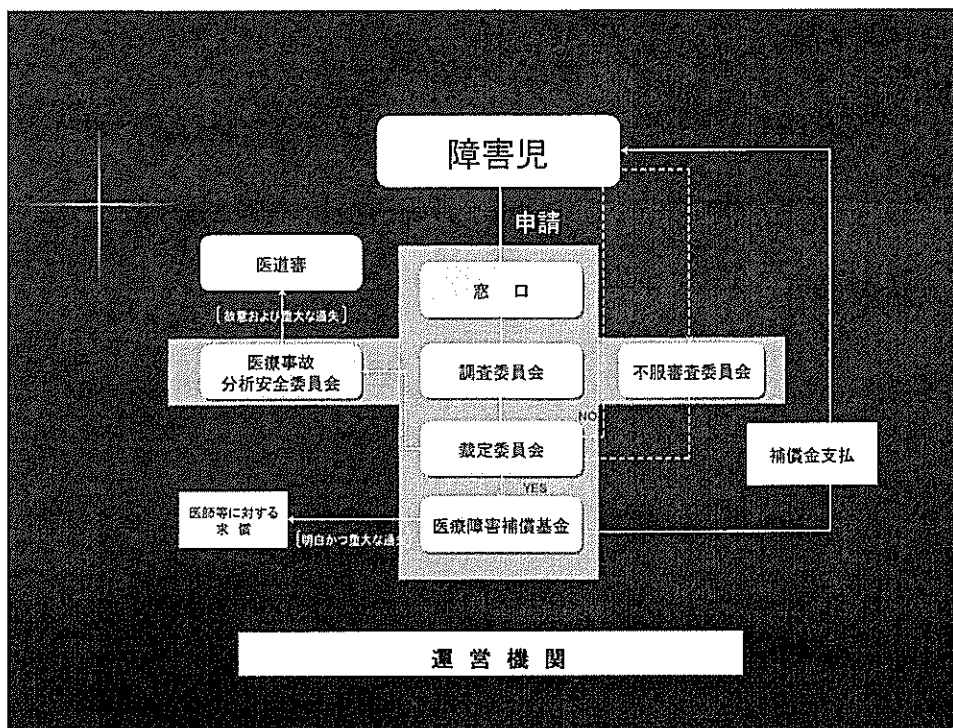
補償対象

- 生下時体重2,200g以上または、在胎週数34週以上で出産した児であって、脳神経学専門の小児科医から、脳性麻痺で身体障害者障害程度等級第1級または第2級に該当すると診断されたもの
- 適用除外：
脳性麻痺の原因が、明らかに脳障害をもたらす先天異常、染色体異常、遺伝的疾患などである場合

運営機関

同基金には以下の委員会と事務局を置く

- 調査委員会
- 裁定委員会
- 不服審査委員会
- 医療事故分析安全委員会
- 補償基金運営事務局



一事例に対する補償金額 (日医案)

- 1 症状が固定する5歳まで、2,000万円を一括払い
- 2 6歳以降は、生存期間にわたり、介護料と逸失利益を年金給付方式として、補償金を給付する

生後6歳以降の一事例が受け取る年間補償金額

| | |
|-------|--------------------------|
| 6～17歳 | 介護料219万円(6,000円×365日) |
| 18歳～ | 介護料219万円+逸失利益390万円=609万円 |

- 日医案等
- 3 障害補償金として、2,000万円～5,000万円を一括払い

基金の総額

- | | | |
|----------------|----------|-------|
| ■ 5年迄 | 毎年 | 50億円 |
| ■ 10年 | 1等級 | 25億円 |
| | 2等級 | 31億円 |
| | 医賠償保険求償等 | ▲20億円 |
| | 合計 | 36億円 |
| ■ 20年 | 1等級 | 38億円 |
| | 2等級 | 43億円 |
| | 医賠償保険求償等 | ▲20億円 |
| | 合計 | 61億円 |
| ■ 最終年 (70年) | 1等級 | 88億円 |
| | 2等級 | 101億円 |
| | 医賠償保険求償等 | ▲20億円 |
| | 合計 | 169億円 |
- 従って、2026年まで、基金総額を年間60億円として、基金を創設することにより、本制度は機能する。尚、21年以降の基金運営に関しては、それまでの実績を考慮し、検討することを要する。

■ 自民党案

5,000万円 × 250名 = 125億円

5,000万円 × 500名 = 250億円

少なくとも、300億円あれば、機能する

財源に関する要望

- 本障害補償制度の趣旨と多額の基金総額を要することを考えると、基金の財源は、本来、国の予算措置を要する重要課題である

■ 日医案:

健康保険を介しての国民から:

一分娩35万円の、出産育児一時金を、6,000円増額し、
増額分を基金へ拠出する

6,000円 × 出生100万 = 60億円

■ 自民党案

出産育児一時金に、3万円増額し、増額分を基金へ拠出する

3万円 × 出生100万 = 300億円

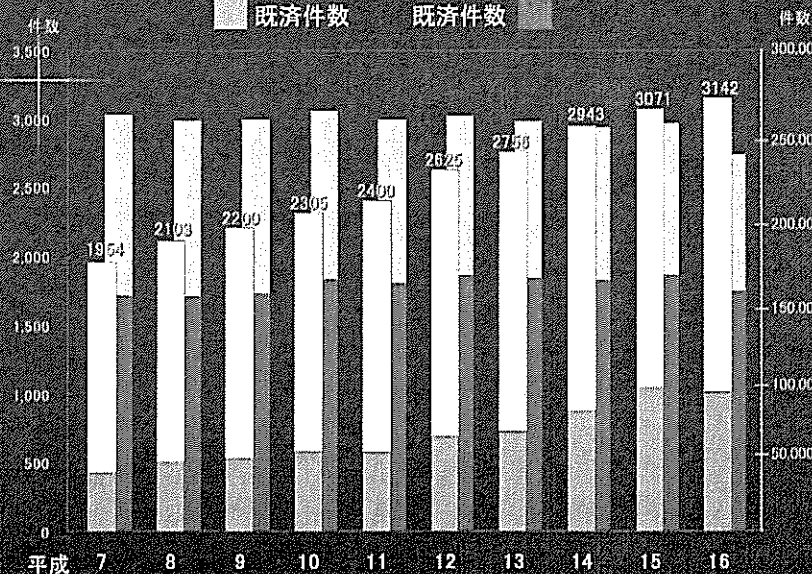
緊急課題としての『分娩に関連する脳性麻痺に対する障害補償制度』の制度化の意義

- 重度障害を持った家庭に確実な補償が約束される
- 医師や助産師にとって、医療訴訟による精神的・時間的負担が少なくなることが、期待される
- 産婦人科を志望する若手医師に勇気を与えることができる

医事関係訴訟の未済・既済の件数の推移

医事関係訴訟件数

- 未済件数
- 既済件数
- 地裁民事一審訴訟



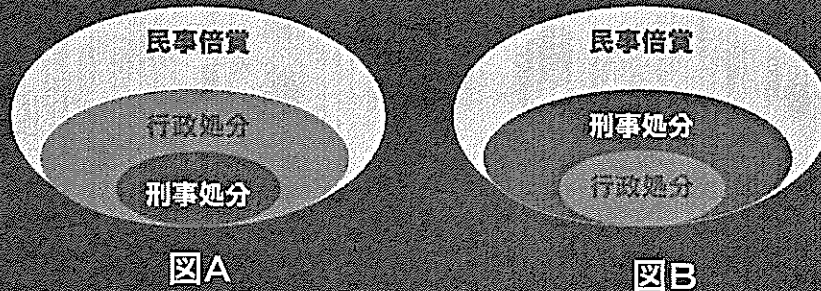
訴訟件数は最高裁HPより

各責任の関係

それぞれの責任は、目的を異にしているが、刑事責任については、本来萎縮効果が強いことから、謙抑的で他の責任は賄えない時に発動する補充的なものとされている。

そのため、各責任の関係は図Aとする。

ところが、このところ日本の医療過誤にあっては、刑事責任が先行する形になることが多く、また、刑事責任と行政責任の関係は、一致しないしは逆転する事もあった(図B)。詳細は、刑事・行政処分一覧による。



図Aは見玉安司氏の講義を参考にした

我が国の医療崩壊に
歯止めがかかるか？

助産師不足の実態

助産師の絶対不足

昭和27年の就業助産師：約5万5千人
看護師・准看護師：約10万5千人
平成15年末の就業助産師：約2万6千人
看護師・准看護師：約120万人

助産師の養成：

入学者数：大学520人、短大・養成所1,146人、計1,663人
(学校数) (58) (61) (119)

助産師の充足率は25%

助産師の必要数

1分娩機関あたり助産師6~8人が必要

全ての産科医療機関の場合

| | |
|----------|---------------------------|
| 全国分娩施設 | 6,473 |
| 必要な助産師数 | $8 \times 6,473 = 51,784$ |
| 産科就業助産師数 | 23,819 |
| 不足助産師数 | 27,965 |

産科診療所の場合

| | |
|----------|---------------------------|
| 全国分娩施設 | 3,940 |
| 必要な助産師数 | $8 \times 3,940 = 31,520$ |
| 産科就業助産師数 | 4,534 |
| 不足助産師数 | 26,986 |

助産師の充足率

| | | |
|------------|-------------------|------------|
| 医会調査 | | |
| 助産師4人以下の施設 | $805/1090 = 74\%$ | 充足率: 26% |
| 助産師会調査 | | 充足率: 25.2% |

| 助産師充足率 | 病院 | 診療所 |
|----------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| 30%未満 (分娩数) | 56 (6.8%) 14,048件 (4.0%) | 603 (44.9%) 144,539 (30.3%) |
| 0% (分娩数) | 10 (1.2%) 1,140 (0.3%) | 249 (18.6%) 40,580 (10.1%) |

日本産婦人科医会2006年4月

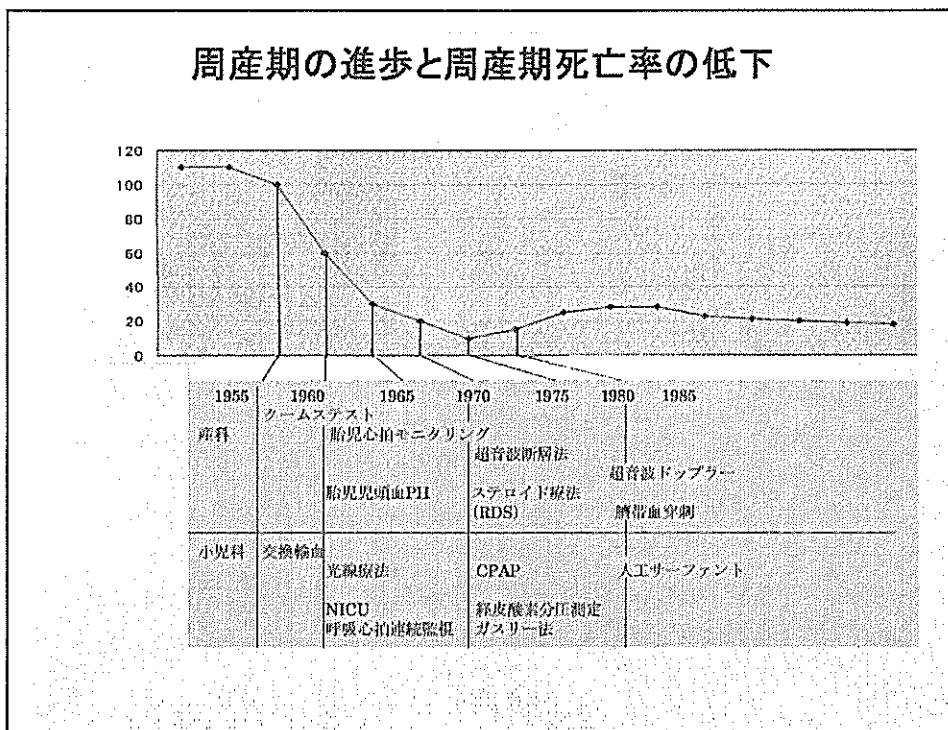
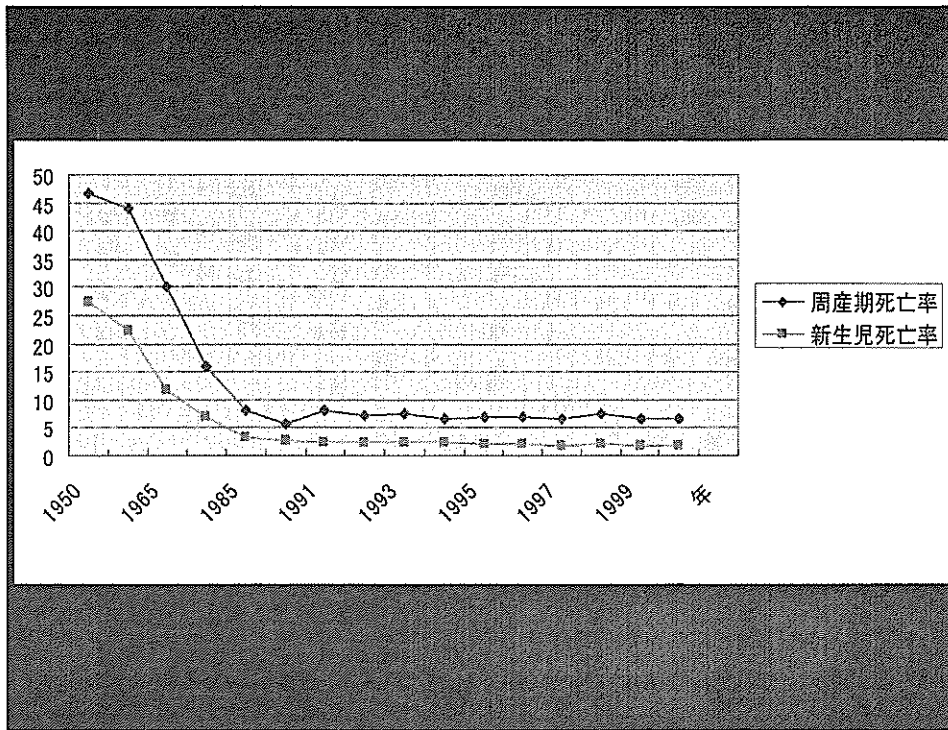
■ 助産師の絶対的不足の現状で
4万件もの分娩を、一人の医師
が担当している診療所により、
地方の産科医療は支えられてい
る

看護師の内診を禁止している
保助看法(昭和23年制定)は、
産婆時代の古典的法律であり、
現代の助産師の時代に合わない

→ 医師の指導のもとでの、看護師による
分娩第一期の内診は、学問的にも
安全であり、違法でない

- 看護師が医師の指導の下で、内診が出来るように、保助看法を改めるか、看護課長通知の撤回を行なう行政の対応が、産科医療を救うための緊急課題である
- 保助看法違反容疑での、大掛かりな警察の家宅捜索は、現在の産科医療の崩壊を加速させている

日本における 周産期医学の進歩



- 1960年(昭和35年)頃より始まった周産期死亡率、新生児死亡率の著明な減少は、胎児心拍モニター、NICUの導入等による周産期医療の進歩のお蔭である
- 1985年(昭和60年)以降今日まで、世界で最も低い周産期死亡率は(6/1000)を続けている

- 今日の産科医療の崩壊は、助産所だけでは救えない！！
- 地域を支えている診療所医師が、看護師と一緒に、安心して分娩ができる法の運用を出来るようにすること！！
- 医師、助産師、看護師が譲合って、助け合って、産科医療を取り戻すこと！！

委員の構成

- 頃安弁護士(元大阪高等検察庁検事長)
- 樋口教授(東京大学法学部英米法)
- 川出教授(同 法学部刑事法)
- 山室教授(同 法学部刑事法、元裁判官)
- 北島教授(慶応大学外科学)
- 中園教授(長崎大学法医学、日本法医学会)
- 永井教授(東大医学部病院長、日本学術会議)
- 可世木(愛媛県医師会理事)
- 石渡(茨城県医師会理事)
- 児玉弁護士(東京大学教授)
- 畔柳弁護士(日医参与)
- 奥平弁護士(日医参与)
- 手塚弁護士(日医参与)

刑事司法介入のメリット

- 患者にとって、強い医師対弱い患者の不平等の関係を平等化する効果
- 警察の助力は、医療事故の透明性確保に資する→カルテ改ざん、隠蔽に対する刑事罰の脅威→真実が明らかになるとの期待

刑事司法介入のデメリット

医療事故の警察による 取り締まり

異状死の警察への届出義務

- 警察による医師の逮捕・拘留
- 厳しい捜査、取調べ
- 善意の医師・看護師が犯罪の被疑者としてあつかわれる
- 刑事事件(業務上過失致死傷害罪)として犯罪視される

- 刑事責任の特色は、事故の加害者個人のみの責任追及であるため、『真実』がかえって隠される→個人を罰する懲罰モデルから、事故防止のための、学習モデルへの転換に逆行
- 医療機関内での相互不信を増加させる
→当事者の孤立感→再発防止の取り組みが出来ない
- 素人の警察にまず判断をゆだねることは、真に専門家責任を重視したものではない

- 患者や遺族の刑事司法への期待→医師への懲罰
- 警察への届出の増加
- →警察の検察への送致
- →検察の起訴裁量権
- →裁判での有罪の有無

刑事責任

I 警察に届出のあった医療事故

| | |
|-------|------|
| 1977年 | 21件 |
| 1999年 | 41件 |
| 2000年 | 124件 |
| 2002年 | 183件 |
| 2003年 | 248件 |
| 2004年 | 255件 |
| 2005年 | 214件 |

(出典:2006年3月16日
厚生労働委員会における警察庁刑事局長答弁)

Ⅱ 警察から検察庁へ送致された医療事故

| | | 起訴件数 |
|---------------|---------|------|
| ■ 1997年～1999年 | 年間10件程度 | 平均4件 |
| ■ 2000年 | 24件 | |
| ■ 2001年 | 51件 | |
| ■ 2002年 | | 4件 |
| ■ 2003年 | | 1件 |
| ■ 2005年 | 91件 | |
| ■ 2006年 | | 1件 |
| ■ (出典:前項に同じ) | | |

■ Ⅲ 起訴された医療事故

| | |
|---------------|---------|
| ■ 1970年～1989年 | 年間0件～4件 |
| ■ 1990年 | 4件 |
| ■ 1991年 | 3件 |
| ■ 1992年 | 1件 |
| ■ 1993年 | 2件 |
| ■ 1994年 | 2件 |
| ■ 1995年 | 1件 |
| ■ 1996年 | 1件 |
| ■ 1997年 | 7件 |
| ■ 1998年 | 4件 |
| ■ 1999年 | 2件 |