

医療が分かる キーワード

第7回

「産科医療補償制度」(上)

POINT

- 家族の救済と産科医の訴訟リスク軽減めざす
- 補償対象狭いのに、事務費45億円
- お金がかつたら機構のポケットに

国 は昨年、「産科医療補償制度」を始めました。生まれた赤ちゃんが脳性麻痺まひになった場合、審査に通れば3000万円の補償金が家族に支払われるものです。

妊娠経過は順調だったのに子供が仮死状態で生まれてくることもあるなど、お産は生涯で最もトラブルの起りやすいイベントと言われています。脳性麻痺になった子供が在宅で生活していくには多額の医療費や介護費が必要ですが、通常は訴訟を通じてしか

補償を得られません。このため、産科医は他の診療科の医師に比べて訴訟を抱えやすく、このことが「産科医療崩壊」の原因の一つとも言われています。国はこうした問題を解決するため、制度をスタートさせました。

限られた補償範囲

訴訟によって賠償金を得られるのは、分娩機関側の過失が認められた場合のみです。対して、この制度では過失の有無を問わず、子供が制度の対象に該当すれば、補償金が払われます。

補償対象は、原則として妊娠33週以上、分娩中のトラブルが原因で脳性麻痺になった、出生体重2000グラム以上の子供です。医療や介護の必要性が高い身体障害者1、2級相当であることも条件です。28週以上なら個別審査もありますが、28週未満の早産児は対象になりません。また骨折や頭血腫とうけつしゅなど別の外傷や病気が対象になりません。先天性の要因で発症する脳奇形や、18トリソミーなどの遺伝病も

同様です。脳性麻痺の子供は年間2400人生まれると言われていますが、制度の対象になるのはこのうち500〜800人と推計されています。制度の対象になりそうな子供が生まれた場合、分娩機関は、制度を運営している財団法人「日本医療機能評価機構」に届け出ます。機構の審査で補償対象になることが決まれば、機構の契約している保険会社6社から、家族に補償金が支払われます。最初に一時金として600万円、残りの2400万円は子供が20歳になるまでの間、分割で支払われます。届け出から支払いまでにかかる期間は最大半年とされていますが、これまでのケースでは2カ月以内に支払いが行われています。

事務費に45億円

お金の流れも見てみましょう。国は出産育児一時金を増額した際、原則病院への直接支払いとしました。分娩機関は、分娩1件当たり3万円を掛金として機構に支払います。日本の年間出生数は約100万件ですから、総額約300億円になります。このお金の元をたどると、私たちの保険料や税金です。

機構は集めた保険料から約11億円を事務経費として取って、妊産婦登録やコールセンター運営、人件費やシステム開発費などに充て、その残りを保険会社に預けます。保険会社は、そこから約34億円を取って、システム構築費や人件費などに使います。つまり補償金に充てるためにプールされるお金は最初から85%程度に目減りしています。100万分娩のうち850人に補償できる金額ということになります。制度開始から1年余りで補償対象となったのは34件でした。生まれてすぐに脳性麻痺

お金の流れ



という診断のつかないケースもあるため、出生後5年間は補償の申し立てができるようになっていきます。5年経っても、補償の総額がプールした金額に満たなかった場合、余ったお金は保険会社のものになります。ただし、年間の補償対象が800件に満たない場合は、実際に補償した分と

800件の差額分が機構の取り分になります。最高で150億円になります。制度は昨年始まったばかりですから、今後どれほどのケースが補償対象になるかは分かりません。しかし、制度本来の目的とかけ離れたお金の流れ方になっていないか、注視していく必要があります。

家族・子供への補償金
総額3000万円

家族・子供への補償金
総額3000万円

