

性別においては、男性（44.8%）、女性（35.6%）ともに「まれに起こる」と回答する割合が高い現状が示された。また、性差においてみると、その割合に顕著な差異が示されており、同様に「時々起こる」という回答に関しても、男性が 30.4%、女性が 34.6%と差異が示された（図 5）。

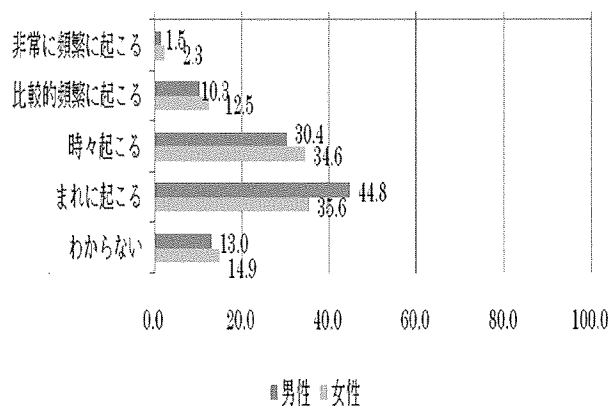


図 5 「医療ミス」の頻度に対する認識（性別）

年齢においては、20 歳未満で「非常に頻繁に起こる」と回答をした者の割合が、他の年齢層より高い（7.7%）状況が示された。なお 50 歳以上においてはその割合は非常に低い割合を示していた。また、「比較的頻繁に起こる」と回答した者の割合については、30-39 歳において最も高く（18.3%）、60-69 歳における 8.7%と比べると比較的顕著な差異が示されていた。「時々起こる」と回答した者の割合についても 30-39 歳において最も高く（42.4%）、80-89 歳における 17.8%とは著しい差異が示されていた（図 6）。

なお、90 歳代以上においては、「わからない」と回答しているものの割合が非常に高いことを考えると、より有用なデータを効率的に得るためにも高齢者に関しては設問文（ワーディング）、および回答の選択肢に関してはより理解が容易な形となるよう更なる検討が必要であることも考えられた。

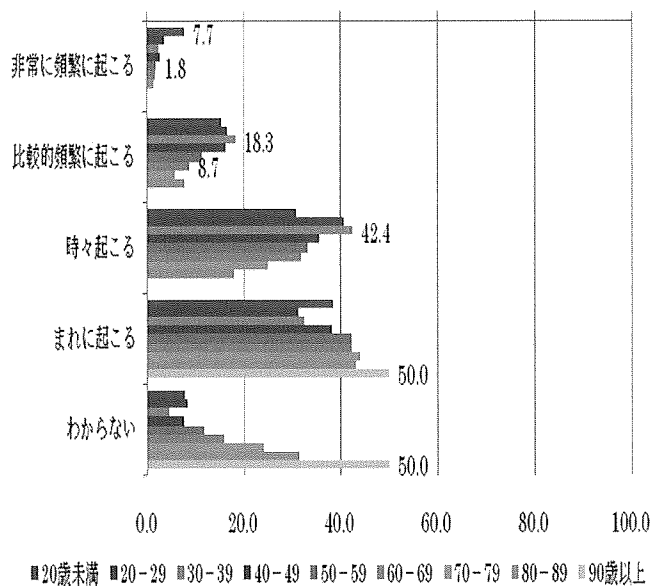


図 6 「医療ミス」の頻度に対する認識（年齢）

なお、「医療機関における“避けることができる”医療ミスによって、年間どのくらいの方が死亡しているとお考えですか」、という問いにおいては、「わからない」と回答したものが最も多かったが（42.2%）、具体的な認識としては、「100人（14.3%）」から、「50万人（0.8%）」まで、回答の割合のバラツキが非常に大きい現状が示された（図7）。

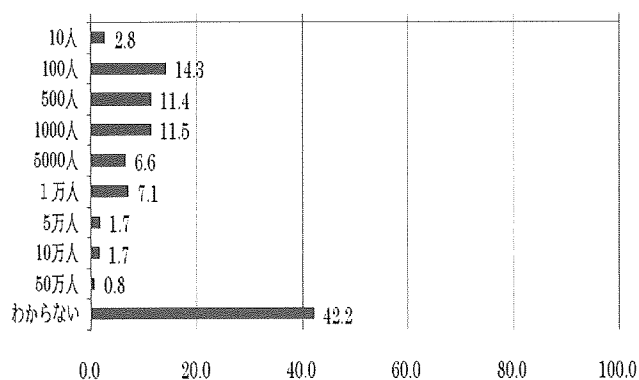


図 7 「医療ミス」での死亡

（４）「医療ミス」の原因について

深刻な被害を与える「避けることのできる」医療ミスの原因として以下の項目についてどの程度重要であるか、に関して回答を得たものである。

すなわち、「医療従事者が十分協力していなかった、もしくは、チームとしてコミュニケーションが不十分だった」については、「非常に重要」と回答したものが最も多く 60.2%であり、次いで「重要」と回答したものが 28.6%であった（図 8）。

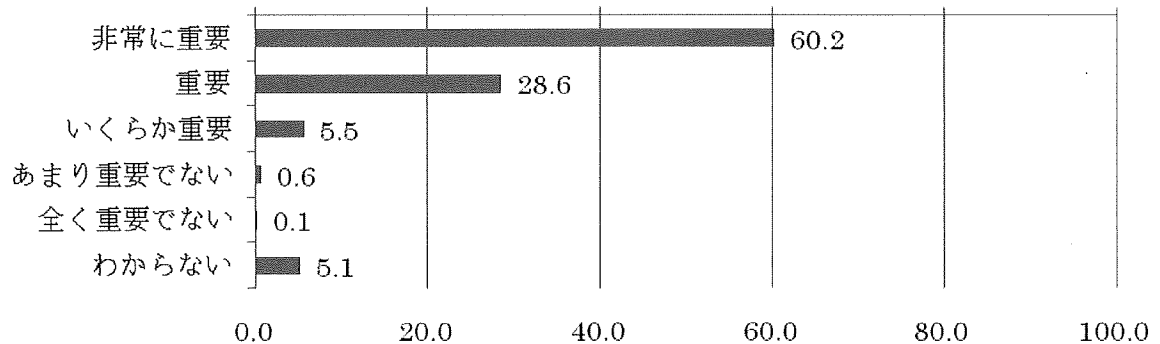


図 8 「医療ミス」の原因の認識

「医師が患者との時間を十分に確保しなかった」については、「重要」と回答したものが最も多く 41.8%であり、次いで「非常に重要」と回答したものが 34.6%であった（図 9）。

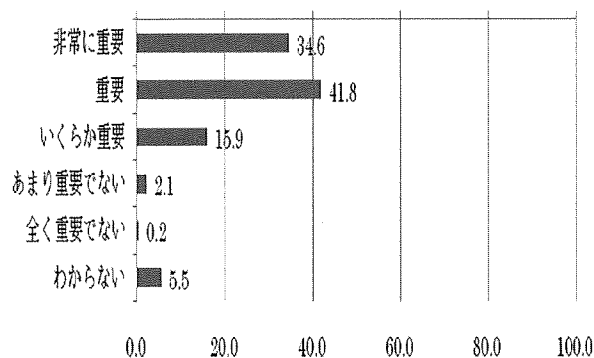


図 9 「医療ミス」の原因の認識

さらに、「医療従事者の働きすぎ、ストレス、疲労」については、「非常に重要」と回答したものが最も多く 50.3%であり、次いで「重要」と回答したものが 33.0%であった（図 10）。

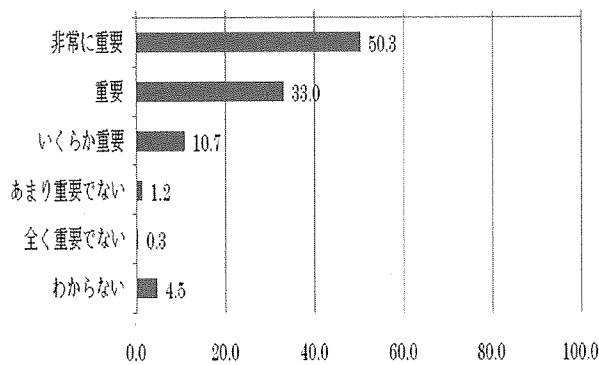


図 10 「医療ミス」の原因の認識

なお、「医療記録の電子化などコンピュータなどの技術導入の遅れ」については、「非常に重要」と回答したものは 11.6%にとどまっており、「重要」と回答したものと合わせても 38.2%であった（図 11）。

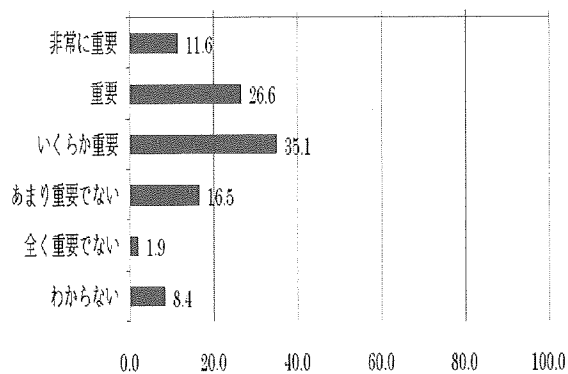


図 11 「医療ミス」の原因の認識

D. 考察

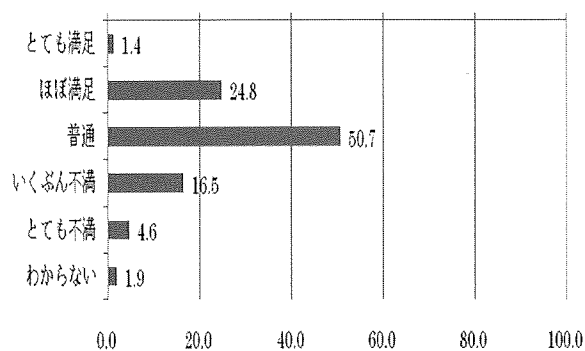
本調査においては、「医療ミス」という言葉を意味も含めて正確に知っているとは回答したものが約 8 割を占めていた点を考慮すると、医療に対して関心が高いものが回答をしている可能性は否めないものの、医療の質とその安全性に対する知見を具体的に示す上で貴重な基礎的資料になるものと考えられる。

医療ミスの原因として指摘されていた項目としては、医療従事者の連携の欠如や患者との接し方という、いわゆるハード面ではない、人的側面においてその問題点が指摘されていたことは大変興味深い。この理由は、本研究より明らかにすることはできないが、高度な医療機器や医療技術というよりはむしろ、国民（患者）にお

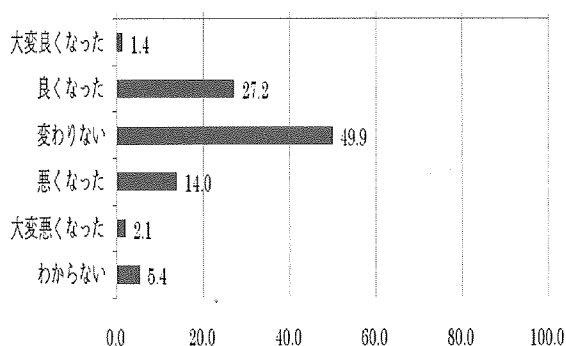
ける「医療の質」というキーワードは、より身近である人的な諸要因によって左右される傾向にあることが考えられた。さらには、医療従事者の業務の多忙さに関してもある程度の認識を示していることを鑑みると、国民（患者）の視点に基づく「医療の質」へのアプローチにおいては、人的側面、環境的側面をも加味した包括的なスキームに基づく展開と、その評価が求められることが定量的に示されたものと考えられよう。

E. 結論

近年、医療制度を取り巻く環境は急速な変化に直面していることは言うまでもない。そうしたなかで、「現在、通常受けている医療サービス（=医療従事者や医療施設、保健活動等も含めた医療全体のサービス）の質について、どのようにお考えですが」という問いに対してある一定の満足が示されてはいる一方で、約 20% については何らかの不満を持っていることが示された（下記の図を参照）。



さらに、「自分たちが通常受けている医療サービス（=医療従事者や医療施設、保健活動等も含めた医療全体のサービス）の質は、過去 5 年間でどのように変化したとお考えですが」という問いに対しても、ある一定程度の評価は示されている一方で、約 15% については悪くなっていると実感している現状が示された（下記の図を参照）。



また、上述のとおり、医療の安全性に関して、食品などと同様に、比較的高い不安（「非常に心配」、「いくぶん心配」と回答した者の割合が 77.9%）が示されていることを鑑みると、今後、その政策的な取り組みの優先順位は非常に高いものと考えられよう。

こうした国民の医療に対する知見は、従来の医療安全に関わる政策、及び施策のある種のアウトカムとなりうるものであり、今後の医療安全対策の基礎的資料として位置づけられると考えられる。そのためにも、今後は同様のデータに関して継続的にモニタリングを実施していくことによって、より具体的な課題が明確になるものと考えられた。

したがって、本研究により得られた知見は、利用の安全性にかかわる諸側面を国民一般に広く問うことを通して、わが国における医療の安全性への認識の内的構造とその程度が明らかになるという点において非常に意義があるものと考えられる。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

現時点においては、第 46 回日本医療・病院管理学会学術総会において、発表を予定しているものである。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

国内外における医療事故紛争処理に関する法制的研究

—医療専門職における業務・業績のアウトカム評価—

[研究協力者] 濱野 強 新潟医療福祉大学 社会福祉学部 講師
[主任研究者] 藤澤 由和 静岡県立大学 経営情報学部 准教授

■研究要旨

近年、国民の医療の質の向上に関して、その関心の高まりにより様々な政策的な取り組みが展開されている現状にある。そうしたなかで、近年、医療従事者の免許・懲戒・専門医制度などに関する近年の欧米諸国における潮流としては、たんにその手続き上の厳密化のみならず、個々の医療専門職の業務・業績上の具体的な医療サービス提供に着目する方向性が示されている現状にある。こうした諸外国における動向をふまえると、わが国においも、医療従事者の免許・懲戒・専門医制度という課題を議論する場合においては、たんに医師の資格要件を議論するのではなく、より包括的な視座に基づき検討することにより、効率的、効果的な展開が可能になることが考えられ、その一助として本稿において論じた評価を活用する可能性が考えられたものである。

A. 研究目的

近年、国民の医療の質の向上に関して、その関心の高まりにより様々な政策的な取り組みが展開されている現状にあることは言うまでもない。そのような背景の中で、諸外国においては、医療従事者の免許・懲戒・専門医制度に関して、たんに手続き上の厳密化のみならず、各医療専門職らの業務・業績上における、具体的な医療サービス提供に着目する取り組みがなされつつあると考えられる。

そこで、本研究においてはアメリカにおいて展開されている患者の視点に基づく医療サービス提供に着目した医療専門職種らの業務・業績に関する新たな評価手法に関して検討を行うことを目的とした。

B. 研究方法

本研究においては既存の公開データを用いて、アメリカにおいて展開されている患者の視点に基づく医療サービス提供に着目した医療専門職種らの業務・業績評価に関して検討を行ったものである。具体的には、主としてウェブ上において公開されているホームページなどを参照し、そこから得られた情報に基づき各種の現状把握を行ったものである。

（倫理面への配慮）

本研究において用いる情報に関しては、それにより特定の個人が把握されることは一切ない。また、得られた情報により特定の個人、さらには医療機関などが特定されることもないことから、特段、倫理面への配慮は生じないものと考えられた。

C. 研究結果

（1）利用者情報に基づく仕組みの展開について

現在、アメリカにおいては、医師の資格更新における情報として、「利用者から得られた医療サービスに関する評価」、に基づく仕組みを展開している現状をみることができる。そうしたなかで、具体的な評価情報の柱としては、“Getting Appointments and Health Care When Needed”、“How Well Doctors Communicate”、“Courteous and Helpful Office Staff” というコア項目が掲げられており、その現状に関して把握がなされている。具体的には、“Getting Appointments and Health Care When Needed” は 5 つの質問から構成されており、その例として、「In the last 12 months, when you phoned this doctor’s office to get an appointment for care you/[your child] needed right away, how often did you get an appointment as soon as you thought you/[your child] needed it?」、 「In the last 12 months, when you made an appointment for a check-up or routine care [for your child] with this doctor, how often did you get an appointment as soon as you/[your child] thought you needed it?」などが示されている（Never、Almost Never、Sometimes、Usually、Almost Always、Always の選択肢を用いて回答を行う）。また、“How Well Doctors Communicate” は 6 つの質問から構成されており、その例として、「In the last 12 months, how often did this doctor give you easy to understand instructions about taking care of these health problems or concerns?」、 「In the last 12 months, how often did this doctor explain things

[about your child' s health] in a way that was easy to understand?」などが示されている（Never、Almost Never、Sometimes、Usually、 Almost Always、 Always の選択肢を用いて回答を行う）。さらに、“Courteous and Helpful Office Staff” は 2 つの質問から構成されており、その例として、「In the last 12 months, how often did clerks and receptionists at this doctor' s office treat you with courtesy and respect?」、「In the last 12 months, how often were clerks and receptionists at this doctor' s office as helpful as you thought they should be?」が示されている（Never、Almost Never、Sometimes、Usually、 Almost Always、 Always の選択肢を用いて回答を行う）。

現在、データに関しては、「成人を対象とした一般的なケア」、「成人を対象とした専門的ケア」、「子どもを対象とした一般的なケア」、という様々な状況に対応することが可能となるような調査ツールが既に構築されている。なお、こうした調査ツールに関しては、医師の資格更新に関する情報収集を目的として構築されたのではなく、あくまでも医療の質の向上という目標を達成するためのツールとして構築されたものであり、それらが現状においては、連鎖的に各検討課題のためのツールとして活用されている現状にあるものである。

（２）利用者の視点に基づく評価の歴史的経緯と現状

米国においては、1995 年ごろをはじめとして、サービス利用者主体（視点）に基づく医療の質に関する情報の収集・報告が可能となる、標準化された質問票とレポートフォーマットが統合された情報システムの構築に関する取り組みを開始している。その前段階として、1994 年には Consumer health care survey に関する詳細なレビューが実施されており、その結果、従来においても医療の質に関しては多種多様な研究が展開されてきており、また各々は非常に優れた研究デザインによる調査であるものの、一般化（アメリカ全土を対象とした現実的な展開）が可能となる患者主体（消費者主体）の質問票は存在しなかったと結論付けている（地理的問題、保険による差異の問題なども含む）。また、主にこうした取り組みについては、保険会社や保険購入者のニーズに応じた調査であり、患者主体（消費者主体）の調査は非常に限られているのが現状であるといえる。さらには、一連の調査より保険会社や保険購入者が求めている情報と、患者（消費者主体）が求めている情報は異なる

っていることが示されており、こうした問題点を鑑みてプロジェクトが始動したものとみることができる。

したがって、アメリカにおいて展開がなされている本プロジェクトの主たる特徴としては、以下の 4 点を指摘することができると考えられる。

- ① 多様な保険（Medicare, Medicaid, commercial Insurance など）や調査対象に適応可能な調査票、調査プロトコル、分析手法、レポート手法の開発が検討されている。
- ② サンプリング、調査過程、データ収集及びデータクリーニングに関するプロトコルが詳細に検討されている。
- ③ データ間における統一的な比較検証が可能となるように、データ分析プログラムの検討されている。
- ④ 情報報告のためのガイドライン、及びそのための具体的なフォーマットが検討されている。

すなわち、データの収集、分析、公表までが一貫した流れで展開されている点が特徴であるといえよう。

なお、上記の調査は患者の満足度調査と類似しているようにとらえられることがある。しかしながら、医療サービスの受療者（patients, consumers）が実際に受けた具体的なサービス内容について報告する点において、これまでの調査と大きく異なるといえよう。つまり、受療者が自身の経験に基づき受けた医療サービスの判断（評価）を行なうものである（下記の図 1 参照）。

	利用者満足	利用者経験
特徴	主観的事実	客観的事実
長所	容易に利用	モニタリング・ベンチマークが可能
短所	個人属性に左右	一定の質問数が必要

図 1 調査内容の特徴

D. 考察

本研究より米国においては既に利用者のアウトカム評価を用いて、医療の質の向上に関する取り組みがなされている現状が具体的に明らかとなった。具体的には、それらの情報が医師の資格更新に関しても基礎的な情報の一つとして活用がなされるための基盤が構築されているものである。

従来、利用者評価に関しては、利用者に一定の負担がかかることから、それらが敬遠されることも少なくないが、本事例のようにこうした情報が具体的に活用される体制を明示化すること、さらにはいかに患者に対してメリットを及ぼすのかについて明確にするより、上記の現状は解決できるものと考えられた。また、単なる調査票の開発にとどまらず、それを活用しうる具体的な調査ツールの開発を同時に展開していることは、今後のわが国における政策的取り組みを検討しうる上で大いに参考になるものと考えられる。すなわち、研究成果が契機となり、具体的な普及、さらには発展というスキームに基づく研究活動が今後の医療政策において大いに求められるものとする。そのためにも、今後、このような取り組みを具体的に展開しているアメリカの現状をさらに詳細に検討を進めることは政策的かつ学術的に非常に意義のあるものであると考えられた。

さらには、「医療の質の向上」という大目標に対して、各種のツールが構築されている米国のシステムは、大いに参考になりうるものと考えられた。すなわち、医療政策の展開においては、概して各課題に関して縦断的（縦割り）な取り組みがなされる現状にあるが、本利用者評価のツールのように各課題に横断的に対応することが可能となる仕組みは非常に意義のあるものであることが考えられた。

E. 結論

現在、わが国では、医療分野において多種多様なデータが収集・蓄積されているが、これらの情報が医療の質の改善において有効活用されるとは言い難い。その背景のひとつとして、用いられている言語やツールの標準化が十分になされていない現状があげられる。各調査は、各々、独自の手法を構築している場合があり、データを集約した場合に一貫性が得られない状況が生じているのである。このような状況は、医療の質の改善において大きな支障となっている。そのような状況下において、いかに情報を標準化し、さらに重要な点はその情報を関係者が共有し、医療サ

ービスの効率化、さらには医療の改善に具体的に資する仕組みづくりが求められているといえよう。

また、医療に関する情報を収集したとしても、医療サービスの受け手である国民の関心が低ければ、質の改善に対する十分な推進力とはならない。ことは言うまでもない。つまり、これらの情報に関する双方向（医療従事者・関係者と国民（患者））のコミュニケーションが確立されている必要がある。こうした、医療に関する患者の意識の向上は、上述した調査ツールの開発とともに、医療の質の向上において、不可欠であるといえよう。

そうした背景をふまえたなかで、米国においては患者の医療サービス評価の情報に基づき、医師の資格更新の検討がなされている現状が明らかとなった。その背景には、医療の質の向上を目的とした利用者評価に関する情報収集のツールが存在しており、こうしたツールは単に資格要件のために構築され、そしてそれらが存在しているのではなく、医療の質の向上に資する各課題を遂行するために横断的にそれらの情報が活用されている現状も明らかとなったものである。

こうした点を考慮すると、わが国においも、たんに医師の資格要件のみを議論するのではなく、より包括的な視座に基づき検討することでより効率的、効果的な展開が可能になることが考えられ、その一助として上記の評価を活用することが考えられた。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

国内外における医療事故紛争処理に関する法制的研究

—保険学の観点からの検証—

[研究協力者]

上野 雄史 静岡県立大学 助教

■研究要旨

医療崩壊と呼ばれるわが国の医療環境の悪化を改善するため、2008 年度には産科医療に対する無過失補償制度が導入されることが決まっている。同制度は、過失、無過失に関わらず、医療事故の被害者に補償金を給付する制度であり、補償範囲を当面は産科の脳性まひに限り、補償金を 2-3 千万円の範囲で設定することが検討されている。同制度はリスク回避的な医師に対し、リスクを伴う仕事に従事するインセンティブを与え、産科医師減少に歯止めを掛ける事を期待されている。

身体損害により失われたサービスの価値や医療費、逸失賃金などに対する補償は、他の補償とは異なり、金銭的な見積りは複雑、かつ多額になる。さらに、さらに無過失補償では、被害者の過失責任の立証が必要ない。過失の立証が問われないことは保険者である医師と、被保険者である患者にはコスト削減を意味し、保険を引き受ける第 3 者にはコスト増を意味する。そのため無過失補償制度では、保険引受者に極めて高いリスクの引き受けを要求し、多額の損失が発生する可能性を含んでいる。

そのため現在検討されている無過失補償制度では、株式会社である民間損害保険会社に受け入れ可能なものとするため、補償額、補償範囲を限定している。こうした配慮は、制度を持続可能なものにするためには 1 つの有効な手法といえるかもしれない。しかし、民間損害保険会社では、請け負える補償範囲と金額に限界があり、同制度の拡張性は小さい。将来、当制度を拡大したいのであれば、国による引き受けを含めて検討する必要がある。

1. はじめに

医療過誤訴訟の増加による医療リスクの増大は、医師によるリスク回避行動を招き、大・中規模病院における医師不足を深刻化させ、「医療崩壊」と呼ばれる現象が起きている。

医療訴訟の増加は医療リスクを増大させている根源である。今日、「医療行為は、医師・患者間の医療契約に基づくものである。」という認識が一般に広がり、患者が期待に反した診療結果に対して、過失無過失を問わず医師に対し損害賠償を求める傾向が強まっている。

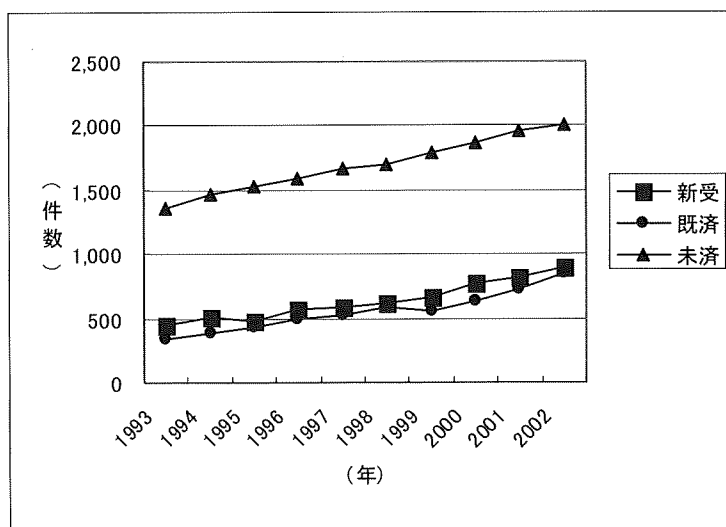
医療事故障害者の救済と、医師と患者の信頼関係に基づく医療環境を再構築する事を期待して、政府は医師の過失を立証できなくとも患者に金銭補償する無過失補償制度を、2008 年度に開始する方針を固めている。無過失保障の保険料負担は医師に求めるが、負担増対策として現在 35 万円の出産育児一時金を 2-3 万円増額する方向で検討されている。無過失補償制度では、医師らの過失の有無にかかわらず、医療事故の被害者に対する補償金を給付される。補償対象となるのは、産科医療のみで、かつ脳性まひと診断された生下時体重 2,200kg 以下または在胎週数 34 週以上で出産した児である。先天性異常の場合は、補償対象としない。新生児 1 人につき総額 2000 万-3000 万円の一時金、分割金を補償する方向で調整されている。

同制度では、財団法人「日本医療機能評価機構」に、厚労省や日医、損害保険会社などが加わる「運営組織」を新設し、損保会社は専用の保険商品を設け、病院や助産所が保険料を支払う形が考えられている。また紛争の防止・早期解決のために、運営組織が委嘱した産科医が医学的な観点から事例の分析を行い、その結果を産科医・助産師および学識経験者等で構成される「原因分析委員会」において最終確認のうえ、分娩機関と児・家族にフィードバックする。当制度では、民間損害保険会社が同制度に対応した「無過失補償」の商品を企画して、産科医が任意加入する形をとっており、半ば公的な役割を民間損害保険会社が担う形になっている。本研究では、当制度が果たす役割とその限界について言及し、将来発生する問題点を明らかにした。

2. 無過失補償制度導入の背景

わが国では最近、多くの医療過誤事件が報道され、大きく取り上げられるようになった。それと同時に医療過誤事件が訴訟にまで及ぶケースは増加し、2002 年には地裁における未決済件数は 2,010 件を超えた（図 1 参照）。こうした医事紛争の多発化は、一過性のものとは考えにくい。なぜならば、近年、医療を取り巻く環境が劇的に変化し始め、それが医事紛争を生じさせていると考えられるからである。

図 1 地方裁判所における医療訴訟（民事）の件数



（出所）

医事関係訴訟事件及び地裁民事第一審通常訴訟事件の処理状況（最高裁判所 web ページより入手

http://www.courts.go.jp/saikosai_old0711/about/iinkai/izikankei/yousi_010_sub01_01.html)

現在では、医療行為に関する記事が取り上げられ、雑誌、図書やインターネット上のホームページを通じて医師や医療機関による情報提供が行われるのが一般的になっている。国民皆保険制度以来、供給者側（医療機関・医師）から一方的に与えられてきた医療に対し、需要者が得た情報をもとに主体的に関わりを持ち始めている。こうした変化は結果として、患者側に対する医療に対する権利意識を高めている¹。その一方で、勤務医の労働は過酷になっている。社団法人日本病院会の調査によると全国で働く勤務医の 7 割以上が、夜勤当直を除く一週間の勤務時間が、48 時間以上を越え、法定の 40 時間を大幅に上回っており、また医療過誤の原因として、過労と答えた医師が 7 割に上っているという²。患者からの要求に対して、過酷な状況で働いている医師が十分に応じるのは困難であろう。

¹齋藤（2001、3 頁）。

²毎日新聞 2007 年 4 月 1 日付けの朝刊に記載されていた社団法人日本病院会の調査結果を参照した

医療行為は患者と医師の信頼関係の構築なしには成り立たない。しかし、患者側の要求と医師側の現状とのギャップは結果として、相互の不信を生み、医療紛争を生む温床となっている。医療事故が民事、もしくは刑事裁判にまで発展した場合、勝訴、敗訴に係わらず医師側、患者側の双方の受ける経済的損失、かつ精神的苦痛は計り知れない。患者側が敗訴すれば、医療事故により受けた損害を自己で補填しなければならず、多額の支出をしなければならない。当該患者の医療従事者に対する不信感は、一層強まるであろう。一方、医療従事者側が敗訴した場合には、社会的信用の失墜、高額な賠償金の支払いによる経営面への打撃など深刻な被害を受ける可能性がある。また民事であれ、刑事であれ、日本の裁判期間は長期に及ぶ場合が多く、長期化すればするほど双方の損失は拡大する。

さらに医師不足が生じれば、残った勤務医は長時間勤務を強いられるため、結果として新たな医療過誤を誘発し、医事紛争が増加する可能性が高い。こうした負のスパイラルというべき状態は深刻化し、「医療崩壊」と呼ばれる現象が起きていると推察される。

こうした現状を打破する事を期待されている仕組みが、裁判外紛争制度（Alternative Dispute Resolution: ADR）であり、無過失補償制度である。本報告では、このうち現在、検討されている産科医療に対する無過失補償制度を中心に検討を行う。

3. 過失責任主義に基づく補償の限界

他人にけがをさせ、あるいは他人のものを壊した場合、その人は被害者に対して損害賠償をしなければならない³。しかし、被害者が加害者に対し賠償請求を行ったとしても、加害者が受けた損害を補償する財力を有していないときは、被害者が満足のいく賠償額を受け取るのは困難である。賠償責任保険制度は元来、加害者のために発達した制度であり、同時に被害者に対し賠償額を支払う事を通じて被害者を救済する意味合いも有している。

事故を起こした加害者が被害者に対して負う法律上の責任は、行政上の責任、刑事上の責任、民事上の責任の3つがある。このうち賠償責任保険は民事上の責任を負う事で被る損害を対象としている。

³三井住友海上火災保険株式会社編（2007、1頁）。

わが国における医療事故の救済については、医師賠償責任保険があり、日本医師会が統括している日本医師会医師賠償責任保険と一般の医師賠償責任保険がある。こうした医師賠償責任保険では、審査を通じて、医師側の過失と判断されれば、賠償金が患者側に支払われる。逆にいえば、医師側に過失が無ければ、医療事故が発生しても賠償金は支払われない。

医師賠償責任保険はこうした過失責任主義に基づいている。「過失」とは、「不注意によって自己の行為の結果が他人の権利や法益の侵害となる事を認識しない心理状態」であり、自己の行為によってある結果が生ずるであろう事を当然知っていなければならないにもかかわらず、不注意によって、それを知らずに行動してしまった事である⁴。

表 1 鑑定 733 件の過誤・非過誤の割合

	過誤	非過誤	不明	総計
死亡	335 (45.7%)	67 (9.2%)	47 (6.4%)	449 (61.3%)
障害	207 (28.2%)	42 (5.7%)	35 (4.8%)	284 (38.7%)
総計	542 (73.9%)	109 (14.9%)	82 (11.2%)	733 (100%)

(出所) 医療事故調査委員会 10周年記念シンポジウム・医療事故調査会報告 資料集 資料14 「鑑定終了733件の追跡調査結果」より

医師賠償責任保険による補償金を得るためには、過失の認定が不可欠である。しかし、医療事故の中には、過誤か非過誤かはっきりしないものが数多く存在する。これは医療の不確実性が起因している。医療では、同条件の患者に同一の医療を行っても結果は同じ結果が得られない事がしばしば起こりうる。これは、生命の有限性、そして各個人の多様性などに起因するものである。医師が治療による結果を100%予測するのは不可能であり、医療行為により、期待された結果が得られない事がしばしば起こりうる。

表1は全国の医療過誤訴訟の約一割の鑑定を請け負っている医療事故調査委員会が調査した過誤、非過誤の割合である。鑑定した733件のうち、不明が10%以上に占めている。医療事故の中には、過失の有無が不明のものが数多く存在する。医師賠償責任保険では、過失の認定が必要であり、医療事故のうち過失、非過失のど

⁴三井住友海上火災保険株式会社編（2007、10頁）

ちらとも判別がつかない場合、補償金を受け取る事は出来ない⁵。過失責任主義に基づく患者の補償には、こうした限界が存在する。

4. 無過失補償制度が医療リスク・マネジメントに果たす役割

無過失補償制度は、過失の認定を待たずに受け取る事ができる。過失があった場合、2重給付を防止するため受け取る給付額は調整されるため、実質的には過失と認定できなかつた医療事故について支払われる事になる。そのため厳密に言えば、補償制度であり、過失を前提とした損害賠償ではない。しかし、ここでは一般の保険制度の損害賠償制度の理論を援用する形で、当制度が、医療のリスク・マネジメントの観点からどういった役割を果たしうるのかを検討していく。

(1) リスクとリスク・マネジメント

「リスク」とは日常生活でよく用いる言葉であり、使う場面によって様々な意味を持つ⁶。その定義は様々であるが、一般的には、将来被る可能性のある損失や危険を表す際に用いられる事が多い。経済学上でのリスクに基づき考えると二つに分類できる。一つは、変動性である。物事を行う場合の変動性が大変高い場合、例えば、昨年は運用収益7%であったが、今年は損失が7%であった場合、運用状況の不確実性が高いといえる。結果の変動性が高く、不確実性が存在する場合にリスクという用語を用いる。

もう一つは、損失の期待値がより大きい場合である。ここでいう期待はいわゆる expected であって hope ではない。いわゆる予測とも訳される言葉である。例えば、同じ地震による損失でも、人口の多い東京で起こる場合と、少ない鳥取で起こる場合、期待される損失の大きさが異なる。この場合、東京の方が地震発生により被ると考えられるリスクが、鳥取よりも高いといえる。こうした期待損失の大きさの事を表す上でリスクと言う用語が使われる。

「不確実性が高い」または「損失の期待値が大きい」という、どちらかの要件が満たされれば、その事象はリスクが存在すると言える。医療に関するリスクという視点から考えれば、医療には数字で表せない不確実性があり、治療行為には医療従

⁵ ただし、尾崎（2006、83頁）によると、厳密には過失とは言い難い事例であっても、司法部門において無理に過失認定し、不可避に発生した事故まで医師の責任とされる事例が散見されるという。

⁶ 本報告におけるリスクおよびリスク・マネジメントの定義については Harrington and Niehaus(2004)を参照した。

事者のヒューマンエラー、もしくは患者自身から発生した原因により、予想された治療結果が得られない事が起こりえる。さらにそのヒューマンエラーが発生した場合に、患者が被る損失は時に大きなものになる可能性がある。リスク・マネジメントという観点から見れば、医療行為自体が不確実性の大きい、期待損失の高い、非常にリスクの高いものである。

こうした医療リスクを完全に無くす事は不可能であるが、リスクを最小限にするのは可能である。リスクを最小化するための一連の取り組みをリスク・マネジメントと呼ぶ。リスク・マネジメントには、損失額をコントロールする、「ロス・コントロール」と、何らかの形で損失額を移転し、備える「ロス・ファイナンス」と、リスク軽減のための情報への投資、リスク活動の分散化による「内部リスクの軽減」がある。リスク・マネジメントを行う際には、これらの手法を組み合わせられて実施される。ここでは医療リスク・マネジメントにおける「ロス・コントロール」「ロス・ファイナンス」について述べる。

（２）ロス・コントロールと医療リスク・マネジメント

ロス・コントロールとは、発生する損失の頻度および損失の規模の両方またはいずれかを軽減し、損失の期待値を減少させる行動である。損失の頻度として主として影響する活動を損失予防手法といい、発生する損失の強度に主として影響する活動を損失軽減手法という。人為的なミス未然に防ぐために、医療行為を行う際のシステム作りを行ったり、患者に対するインフォームドコンセントを徹底したり、古い機械から新しい機械に買い換える、もしくは定期的に機器の点検を行う事などが、損失予防手法にあたる。よく言われる医療リスク・マネジメントは主にこの事を指している場合が多い。

しかし、医療リスクが一定の許容度を超え、通常ロス・コントロールにより軽減出来ないほど大きければ、当事者はそのリスクそのものから回避的になり、リスク活動の水準を下げるため、リスクの高い医療行為を極力避けるという傾向に陥る⁷。診療科の中でも不確実性が高く、期待損失が大きいと考えられる産科、心臓外

⁷ この他のリスク回避のケースとしては救急搬送の例が挙げられる。総務省消防庁が2008年3月11日に発表した「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果について」で実施した全国の救急搬送の受け入れ実態調査によると、医療機関から3回以上受け入れを拒否されたケースは、昨年一年間に2万4089件に上ったという。救急患者の受け入れ拒否は患者の生命に係わる重大な問題である。急患（急病の患者）の受け入れ拒否は、患者の命にかかわる深刻な問題である。こうした医療施設側の行動には倫理的には問題があるとしても、医療事故につながりそうな急患を引き受けることで、生じる可能性のある損失を防ぐ一種のロス・コントロールとの見方もできよう。