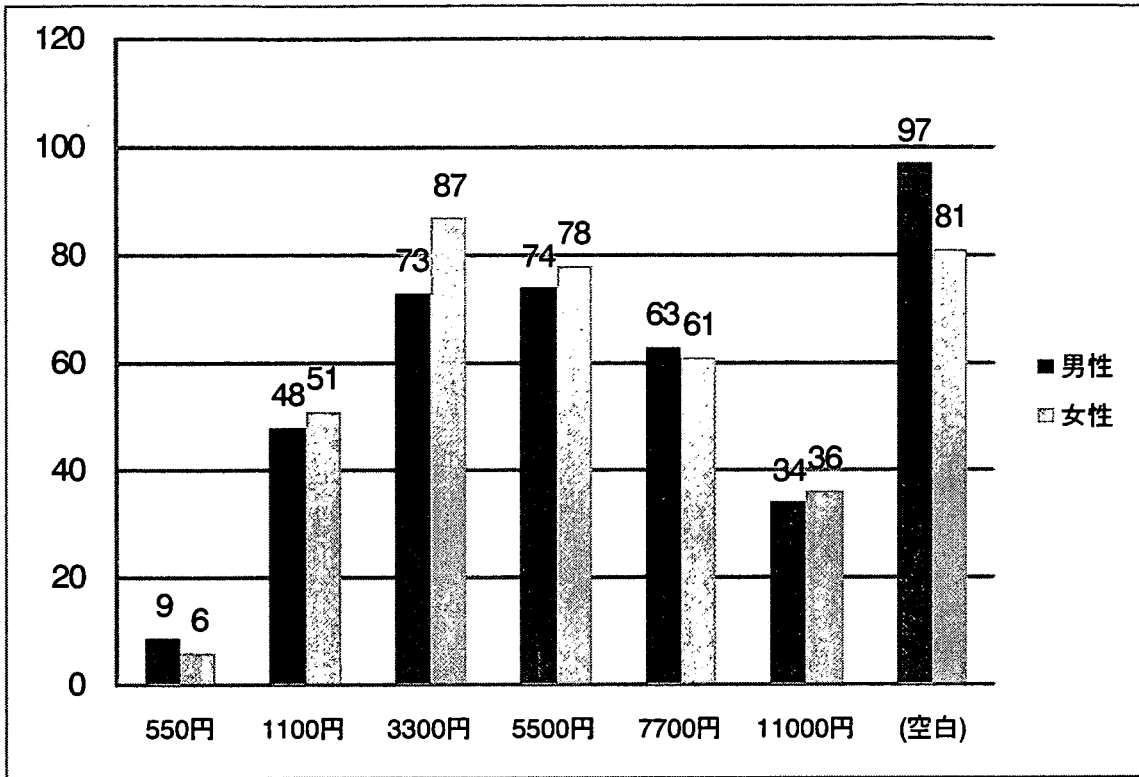
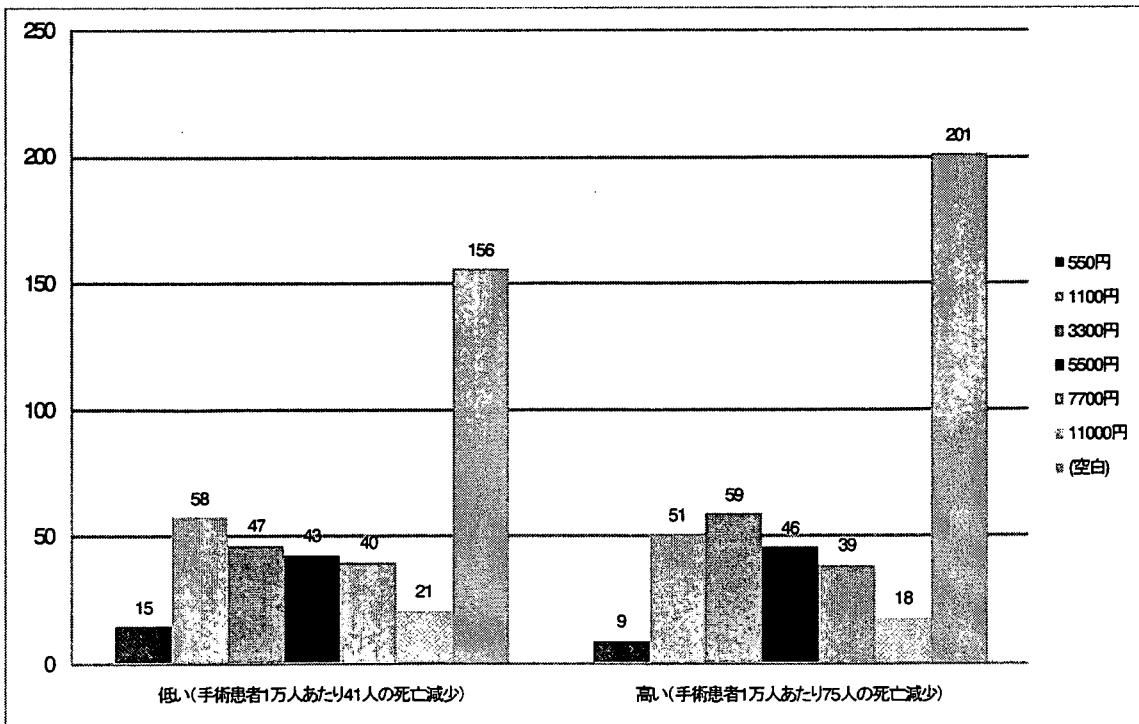


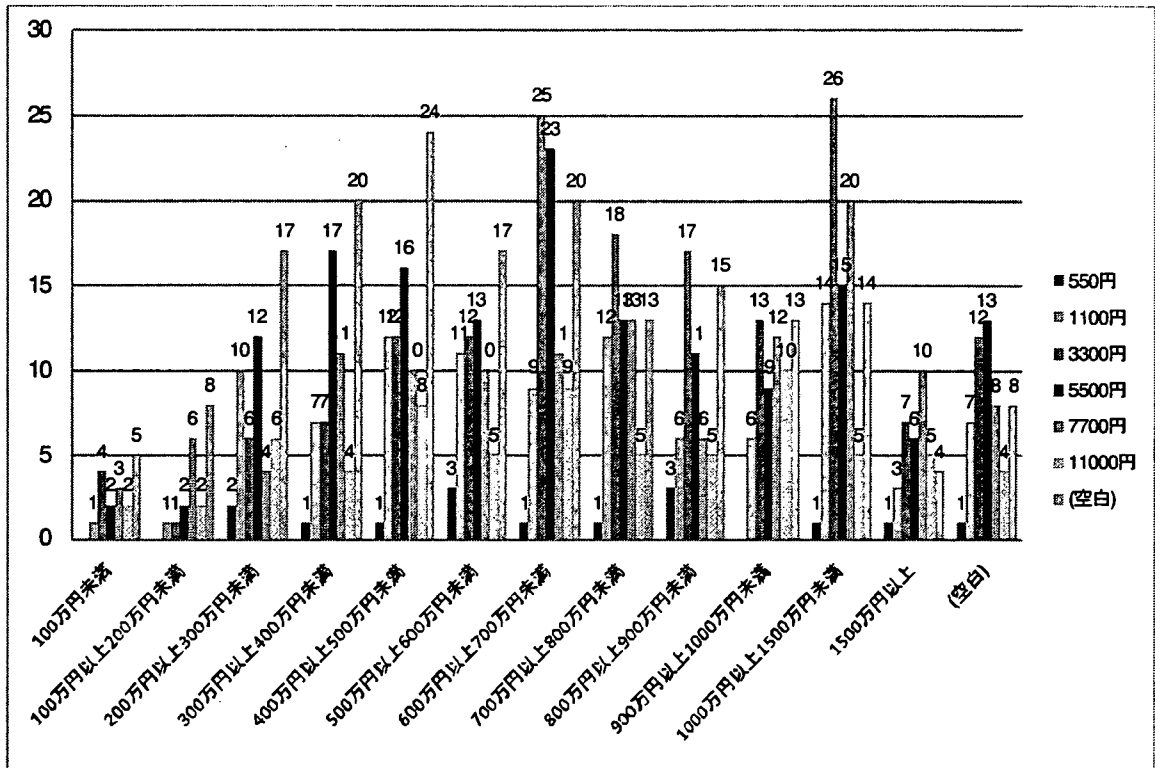
クロス集計グラフ



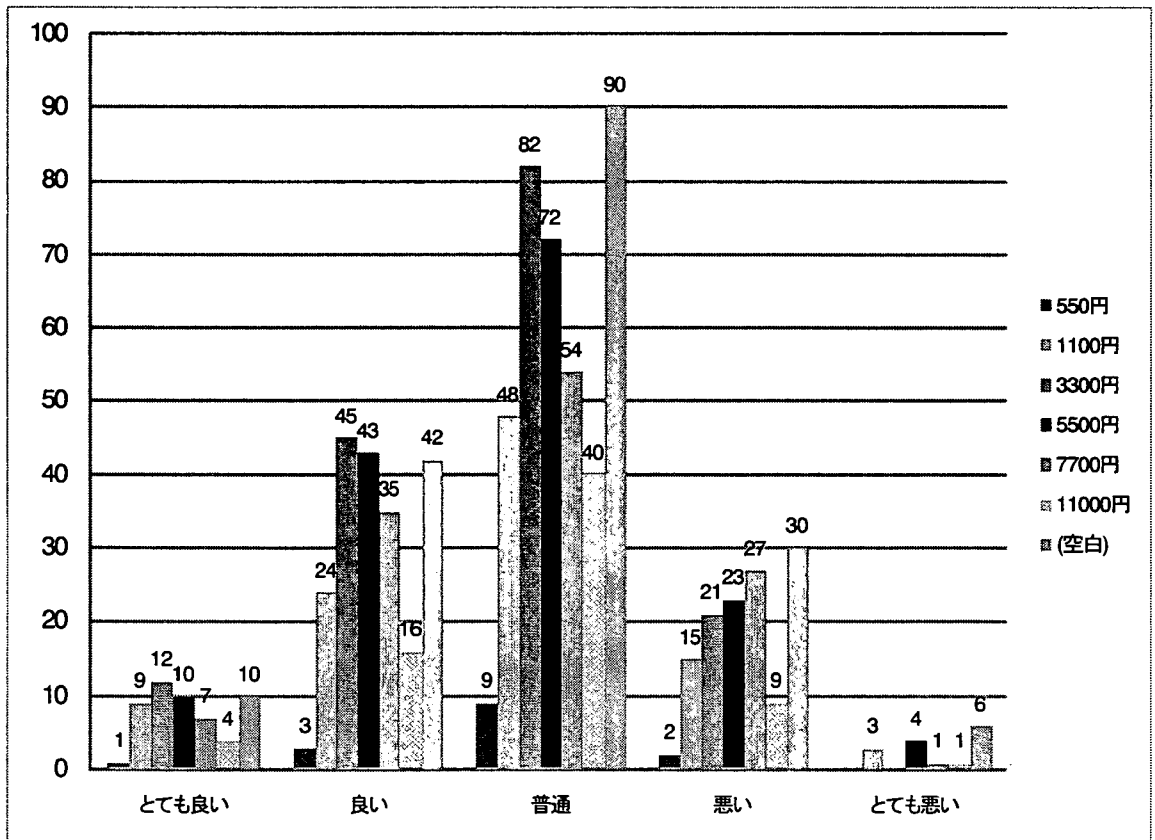
性別の受託金額



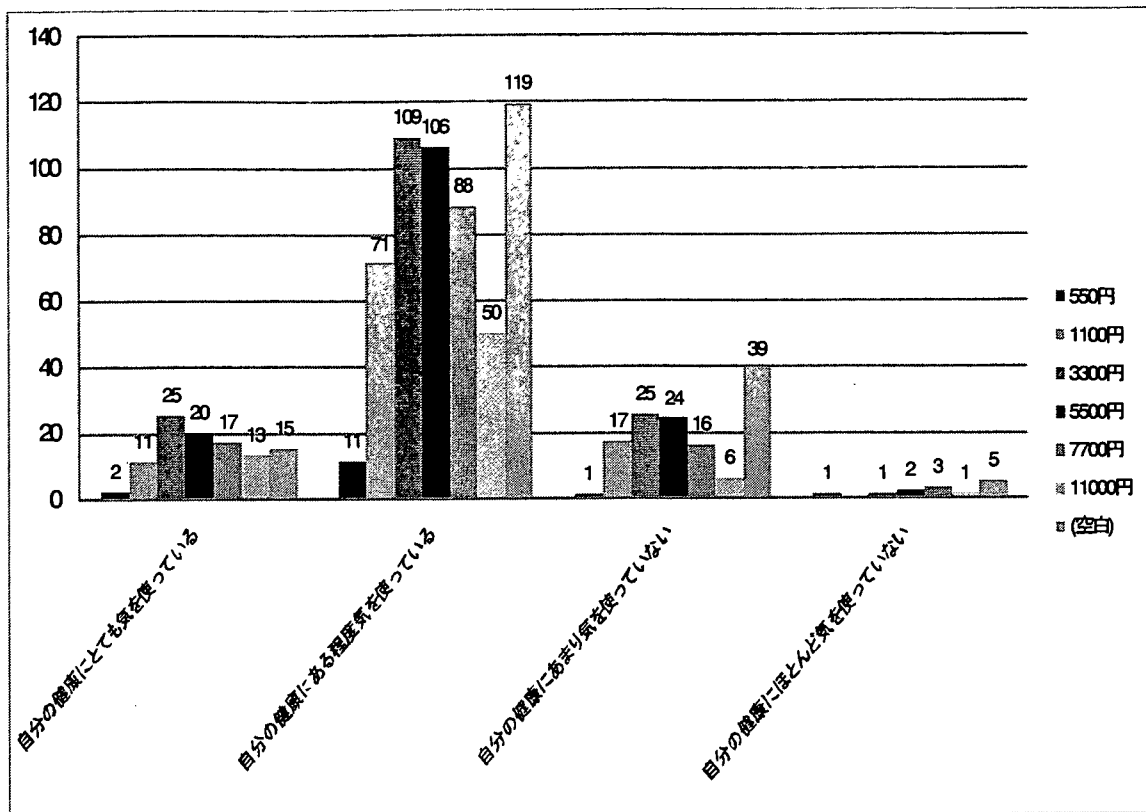
シナリオ別の受託金額



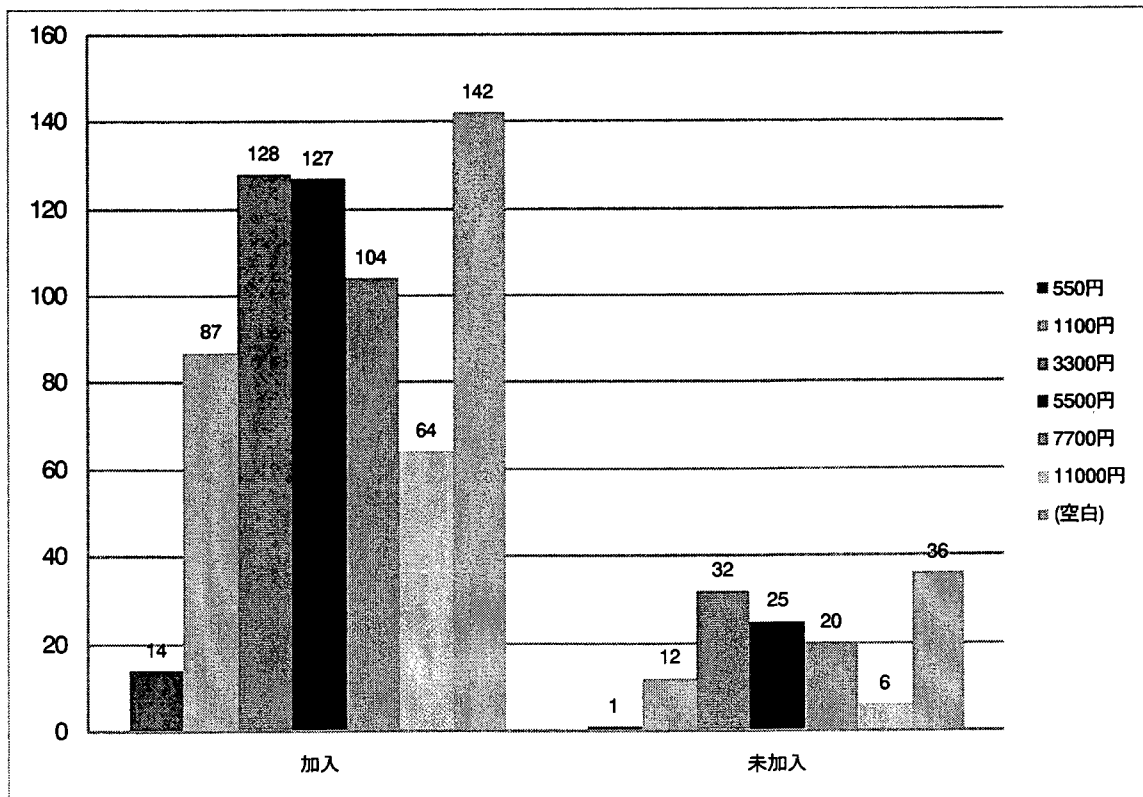
所得別の受託金額



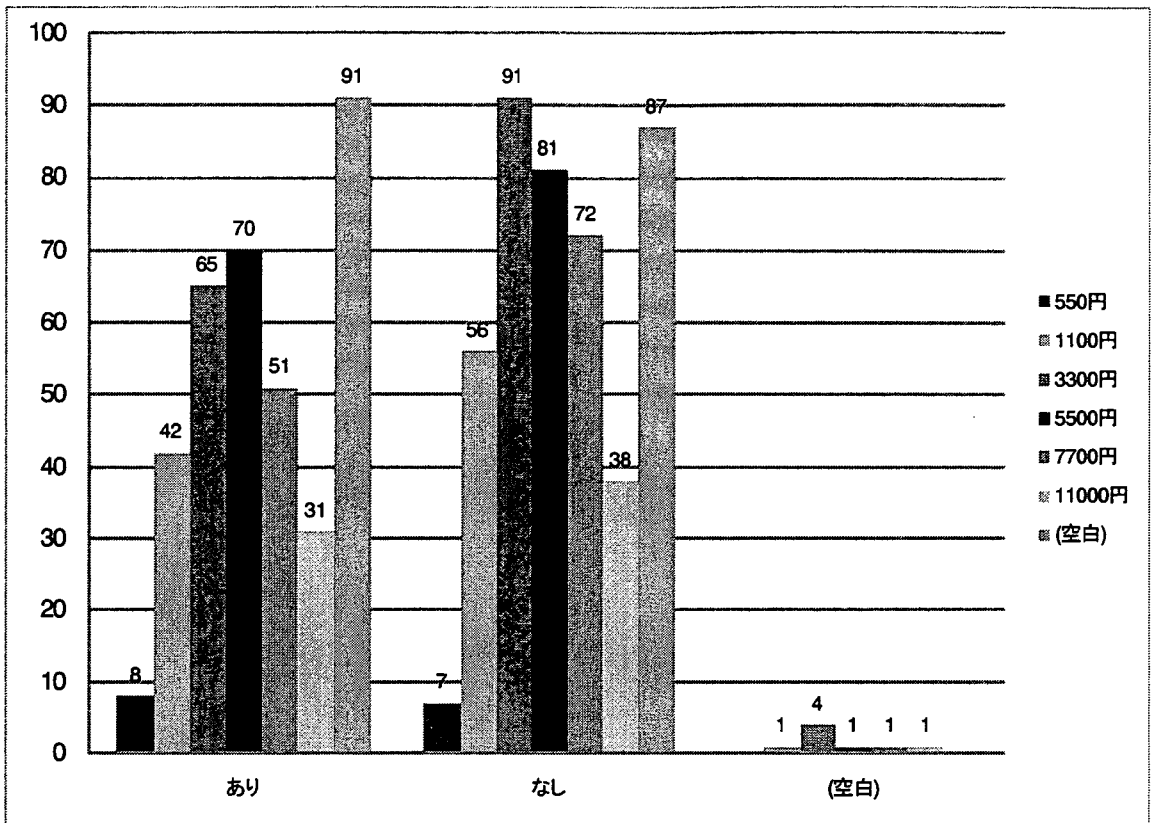
健康状態別の受託金額



健康管理意識別の受託金額



民間医療保険加入の有無別の受託金額



入院歴の有無別の受託金額

## II. 研究成果の刊行に関する一覧表

### 書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
今村 知明	医療安全と医療経営	医療経営学	医学書院	東京	2006年	259-279

### 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
今村 知明	医療経営からみた医療事故および必要となる費用に関する研究	厚生の指標	第52巻第5号	1-8	2005年

### Ⅲ. 研究成果の刊行物・別刷

添付資料参照

第Ⅲ部

医療安全と  
医療経営

---

---

# 第 1 章

## 医療安全の確保と経営効率化

### A 総論

医療経営を述べるうえで避けて通ることのできない問題が医療安全である。現在、多くの医療機関で医療事故の発生が報告されており、マスコミなどでも毎日のように医療過誤や医療事故の報道がなされている。だが医療事故自体は従来から多発しており、それらが表面化しただけに過ぎない、とも考えられる。医療事故に対するとらえ方は、医療従事者が考えるレベルと一般の国民が考えるレベルでは、かなりの温度差がある。

例えば、鎖骨下静脈穿刺の際に誤って気胸を起こした場合、これを事故ととらえるか、過誤ととらえるか、あるいは起こりうる合併症なのかは、ケース・バイ・ケースである。直ちにX線撮影を実施して気胸を発見し、トロッカーを挿入するなどの適切な処置を行った場合はともかく、X線撮影も実施されないまま急変し死に至れば、医療過誤として取り扱われることになる。

現状では、事故・過誤・合併症といった用語が混同して使用されているケースが見受けられる。医療安全にかかわる用語として、大きく以下



の4つの概念がある。

- ① 医療事故 (medical accident)
- ② 医療過誤 (medical malpractice)
- ③ インシデント (medical incident)
- ④ 合併症 (complications)

医療事故とは、医療が行われる過程において発生した人身事故（障害）をすべて含む概念であり、被害者は患者だけではなく医療従事者の場合もありうる。

具体的には、ある医療行為による患者死亡や病状悪化などの身体的被害や精神的被害が生じた場合、ないし患者の転倒負傷など医療行為とは直接関係しない場合も含まれる。

医療過誤とは、医療の過程において医療従事者が当然払うべき業務上の注意義務を怠り、これによって患者に障害を及ぼした場合をいう。

インシデントとは、事故 (accident) と対比されている言葉であり、定義は確定したものはない。一般的には、患者に実際に被害が及ぶことがなかったが、臨床の現場でヒヤリとしたり、ハッとした事例を意味することが多い。

具体的には、①ある不適切な医療行為について、事前に誤りが訂正され患者に実施されなかったが、仮に実施されたとすれば何らかの被害が予測された場合、②ある不適切な医療行為が患者に実施されたが、結果的に患者に被害がなかった場合、などが想定される。

合併症は、医療行為の過程で想定されるバリエーションの1つとして分類できるが、医療行為が行われる前に、その発生の可能性についての十分な説明と同意がなされていなければ、医療過誤や医療事故として取り扱われるケースも出てくる。

さらに、患者あるいは家族に口頭および書面で説明を行い、承諾書もらった後に医療行為を実施しているケースでも、重大な合併症が起こった場合、患者あるいは家族との間で何らかのトラブルに発展する可能性もある。

病院によっては、合併症もアクシデントとして分類していることもあり、用語の使い方が明確に定まっているわけではない。しかしながら、用語の使い分けは極めて重要であり、各医療機関において関係者間で各用語の定義を確認しておく必要がある。

4つの概念のうち、病院経営に最も影響を与えるのは、①医療事故および②医療過誤であり、これらを予防するためには、③インシデントと④合併症の管理が重要となることはいうまでもない。

患者の権利意識が向上し、医療事故報道が過熱する中で、医療事故・過誤の扱いも従来とは変容しつつある。

これまでは単なる合併症と扱われてきたものについても、病院側の過失を問われる時代になってきた。これが極端に高じれば、末梢点滴がうまく入らないで刺し直しをした場合までも、医療過誤として扱われるかもしれない。

もちろん事故や事件の防止のために、病院は最大限の努力を払う必要がある。では、この最大限の努力の内容を検討したとき、それは、人、施設、物品に集約できる。

人については、安全確認の徹底、医療従事者個人の資質向上、ジェネラルリスクマネージャーの配置、等があげられる。

施設については、病院設計の際に、職員および患者導線など安全に関する事項を十分配慮する、処方オーダー等の際に、起こりうる危険に対するシステム上の警告を出す、医療機能評価機構等の外部機関による評価を受ける、等があげられる。

物品については、事故予防や安全性を配慮した機器を用いる、起こりうる合併症に対して、それを未然に防止できる機器を選択する、患者モニタリングの徹底、等があげられる。ただし、医療安全に厳密を期せば期すほど、コスト負担は大きくなり、病院経営に影響する。上記の例を経営面から詳細に検討すると以下ようになる。

(1)安全確認の徹底は大幅な人件費増につながる。

仮に100秒かかる医療行為に対して10秒の確認時間をとった場合、

単純に一割の労働時間増となる。ここでは、すべての看護師が看護記録の充実を図り、記録に要する時間を患者1人当たり10分延長したと仮定する。500床の一般的な病院では、それによってどれぐらいの人件費増となるか。

$$\begin{aligned} & 500 \text{ 人} \times 10 \text{ 分} \times 3 \text{ 交代} \times 365 \text{ 日} \\ & = 5,475,000 \text{ 人} \cdot \text{分} \\ & = 11,406 \text{ 人} \cdot \text{日} \text{ (1日8時間労働として)} \\ & = 51.847 \text{ 人} \cdot \text{年} \text{ (年220日勤務として)} \end{aligned}$$

すなわち常勤看護師約52人分の人件費増となる。

仮に、1人単価を諸費用込みで500万円とすると、合計約2億6,000万円の人件費増となる。人員増でなく残業手当でまかかったとすると、残業単価が1,800円程度の場合、人件費増は2億円程度となる。これをすべて業務の効率化で対応する場合、看護スタッフはさらに多忙となり、事故発生の危険性が高まる。上記はおおまかな概算に過ぎないが、経営者は常にコストを念頭に置く必要がある。

(2) 医療従事者個人の資質向上のためには研修費用が必要になるし、研修中の代替要員も必要になる。何よりも経験を積んだスタッフの確保が重要になるので、結果的にスタッフの平均年齢を引き上げることになり、そのために人件費の支出増が必要になる。

(3) ジェネラルリスクマネージャーの配置は1人で十分なので、500万~1,000万円程度の人件費増でおさまる。

(4) 施設の安全に配慮するほど建築単価は高くなる。病院の建築単価は平米当たり30万~35万円が一般的である。1~2割程度単価が上がるだけで、例えば、3万平米の病院を建築するために必要な費用は、9億~36億円程度増加する。

(5) オーダリングシステムは、新たに導入する場合、500床の病院ならば約2億円程度、システム改造でも通常2,000万円以上は必要と考えられる。

(6) 安全対策仕様の機器は、既存品より通常2割程度高くなる。

(7)内視鏡手術におけるディスポーザブル製品は、1回の使用においてのみ、その安全性が保証される。器具の破損やそれによる合併症の発生を考慮すれば、ディスポーザブル製品の再滅菌・再利用などは論外である。

(8)すべての患者にモニタリングを実施すれば安全面の向上は望めるが、大量のモニター機器が必要となる。診療報酬点数にも上限があり、減価償却すら困難である。

総体的に、医療安全にはコストがかかる。また、医療事故が起これば、経済的にも莫大な損失を負うことも確かである。しかしながら、上記のように安全の確保に上限はなく、費用をかければかけるほど安全対策を充実できるという状況である。基本的に、安全には最大限の努力を払うべきであるが、現行の診療報酬体系による保険収入ですべての安全にかかる費用をまかなうことは困難である。

安全対策に道義的上限はない。人の命や障害を換金して考えることに社会的抵抗もある。しかし、病院経営の視点からすれば、最終的に安全に上限をかけられるのは、経済的か否かの判断である。

以下の各論では、医療事故にはどれほどの経費がかかるのか、医療裁判の概要とともに論述する。

## **B** 各論

### 1. 裁判についての基礎知識と医療裁判の概要

#### 1) 民事訴訟とは何か

例えば、契約上のトラブルなど、日常において起こる法律上の争いを、裁判所の判断により解決するのが民事訴訟である。民事訴訟は訴えの提起により開始され、裁判官は双方の言い分を確かめ、証拠を調べたうえで法律に照らして判決を下す。当事者がお互いに譲り合って、話し合い

で紛争を解決する和解によって民事訴訟が終了する場合もある。

## 2) 医療訴訟とは何か

例えば、患者の死亡について、医師の誤診が原因であったなどと遺族が主張し、民事訴訟に発展する場合がある。こうした裁判では、医師の診断や手術等が適切に行われたかどうかを判断するうえで医学上の知識が必要となることが多く、一般に医療訴訟などとよばれている。

## 3) 民事事件と刑事事件

刑事事件と民事事件はまったく違うものである。その違いを端的に言えば、国家が犯罪を犯した者に罪を問う場合が刑事事件、人と人との争うのが民事事件ということになる。刑事事件は犯罪を取り締まるものであり、警察・検察が介入する。しかし、民事事件には警察・検察は介入しない。

例えば、金銭の貸借のケースにおいては、特定の人が他の人に金銭の返還を要求するものであり、民事事件に相当する。お金を返さないことは民法上は違法とされるわけであるが、それがただちに刑法犯罪となるものではない。こうしたケースでは、警察は介入することができない(警察の民事不介入)。

警察が介入する刑事事件とは、警察などの捜査官が犯罪行為にあたりと判断した場合のみを指す。

## 4) 法的責任と手続きの3つの類型

### (1) 民事責任と民事手続き

民事責任とは、私人と私人との利害が相反したときに生じる責任であり、医療訴訟の場合の最も端的な例として、患者ないしその家族からの損害賠償請求(民法415条・709条・715条・719条)に基づく賠償責任がそれにあたる。その手続きは民事訴訟や調停などによって行われ、判決などが確定すると強制執行(差押え・競売等)などが行われること

もある。

## (2) 刑事責任と刑事手続き

刑事責任とは、犯した刑法犯罪に対する責任ということであり、医療訴訟の場合の最も一般的な例として、業務上過失致死罪（5年以下の懲役もしくは禁固または50万円以下の罰金）（刑法211条）がそれにあたるとする。その手続きは、患者などの告訴や第三者の告発から始まり、警察や検察の捜査を経て、検察官による起訴、刑事訴訟として裁判所での審理を経て、判決が下される。有罪判決が確定した場合、執行猶予などの場合を除き、最終的に刑の執行となる。

## (3) 行政処分と行政手続き

行政処分とは民事責任や刑事責任とは異なり、ある私人や企業などの法人が行政法に反したとき、再発の防止や処分の一環として、法律により認められている権利などを停止するなどの手続きを行うことをいう。

最も端的な例として、医師免許取消し・医業停止（医師法7条・4条）などがある。この手続きは、(i)厚生労働大臣による医道審議会からの意見聴取、(ii)厚生労働大臣による聴聞または知事による意見聴取、(iii)行政処分、と進む。

## 5) 民事訴訟と刑事訴訟の違い

民事訴訟では、私人（原告）対私人（被告）が私権の有無を確定するために処分権主義・弁論主義に基づき審理が行われる。当事者に証拠収集について強制力がないことが特徴である。実際には証拠保全の手続きに基づいて証拠収集が図られているが、刑事事件のような強制力はない。

刑事訴訟では、国家対私人（被告人）が刑罰権の有無を確定するために、無罪推定に基づき審理が行われる。この際に捜査側に証拠収集について捜索や差押え、逮捕などといった強制力がある。

## 6) 処分権主義と弁論主義

処分権主義とは、裁判所が判断する範囲について、当事者の訴えた請求の範囲でしか判断できないことをいう。裁判所からみて明らかに一方に非があるとわかっていても、それが当事者の訴えた請求の範囲でなければ判断できない。

弁論主義とは、裁判所の判断資料について、

- 当事者の主張にない事実は認定できない、
- 当事者が争わない事実はあるものと扱わなければならない、
- 裁判所は、当事者の出した証拠によって判断し、当事者の要求なしに自ら証拠収集できない、

ことをいう。裁判所がいかに真実を語る資料を有していても、それが裁判の場に提出されなければ、裁判所の判断に加味することはできない。

## 7) 主張責任と立証責任

主張責任とは、裁判所は当事者の主張がない事実を認定できないので、自己に有利な事実について各当事者が主張する責任を負うということであり、それをしないと不利益を被る。

立証責任とは、裁判所がある事実についてどうしても心証がとれない場合（「真偽不明」という）に、どちらか一方の当事者がその事実について立証する責任を負うということである。

立証責任を負う当事者は、原則としてその事実を立証しなければ訴訟に勝てない。

## 8) 民事訴訟の流れ

- ① 訴え提起
- ② 争点整理
- ③ 証拠調べ（証人尋問・本人尋問）
- ④ 鑑定
- ⑤ 判決

- ⑥ 控訴審・上告審へ
- ⑦ 確定
- ⑧ (認容判決の場合) 強制執行手続きへ

## 9) 民事医療過誤判決数の年次推移

最高裁判所の調べによると、医療関係の訴訟件数は1994年には506件であったのが、2003年には987件となっており、約10年間で倍増している。

また、平均審議期間は1994年には41.4月であったのが、2003年には27.7月となっており、約10年間で3割以上短縮している(表Ⅲ-1)。

## 10) 原告勝訴率

医療関係訴訟では、35～45%程度が判決に至る。逆に、45～50%が和解による訴訟の終結をみている(表Ⅲ-2)。

判決に至ったものの内訳をみると、通常の裁判であれば認容率が85%程度であることに対して、医療関係訴訟では40%前後とその約半分にとどまっている(表Ⅲ-3)。

表Ⅲ-1 医事関係訴訟事件の処理状況および平均審理期間

年度	新受	既済	未済	平均審理期間(月)
1994	506	392	1,466	41.4
1996	575	500	1,602	37.0
1998	630	582	1,718	35.1
2000	791	691	1,926	35.6
2002	906	869	2,063	30.8
2003	987	1,035	2,015	27.7

(注) 1 本表の数値は、各庁からの報告に基づくものであり、既数である。

2 平均審理期間は、各年度の既済事件のものである。

(最高裁判所発表資料、2005による)



表Ⅲ-2 医事関係訴訟事件の終局区分別既済件数およびその割合 (1994～2003年)

年	区分	判決	和解	取り下げ	その他	計
1994	件数	178	174	21	19	392
	比率	45.4	44.4	5.4	4.8	100.0
1996	件数	177	259	28	36	500
	比率	35.4	51.8	5.6	7.2	100.0
1998	件数	232	285	29	36	582
	比率	39.9	49.0	5.0	6.2	100.0
2000	件数	305	317	38	29	689
	比率	44.3	46.0	5.5	4.2	100.0
2002	件数	386	379	64	40	869
	比率	44.4	43.6	7.4	4.6	100.0
2003	件数	406	508	46	73	1,035
	比率	39.2	49.1	4.4	7.3	100.0

(注) 本表の数値は、各庁からの報告に基づくものであり、概数である。

(最高裁判所発表資料、2005による)

表Ⅲ-3 地裁民事第一審通常訴訟事件・医事関係訴訟事件の認容率

年	通常	医事関係
1994	86.6	39.9
1996	86.0	40.7
1998	86.6	43.5
2000	85.2	46.9
2002	84.9	38.6
2003	85.2	44.1

- (注) 1. 認容率とは、判決総数に対して認容件数の占める割合である。  
 2. 認容には一部認容を含む。  
 3. 通常訴訟には医事関係訴訟事件を含む。  
 4. 医事関係訴訟の事件数は、各庁からの報に基づくもので、概数である。  
 5. 地裁民事第一審通常訴訟事件については、1997年までは再審事件を含み1998年以降は再審事件を含まない。  
 6. 2003年の通常訴訟の数値は、速報値である。

(最高裁判所発表資料、2005による)

	新受件数	既済件数	年末の未済
2001年4～12月	126	22	162
2002年4～12月	192	98	256
2003年4～12月	180	164	262

東京地裁医療集中部 2003年既済事件	判決	認容（一部認容）	18.3%
		棄却	17.6%
	和解		64.0%
	その他		0.1%

（東京弁護士会：医療訴訟の現状，LIBRA 4(3)，2004による）

図Ⅲ-1 東京地裁医療集中部発足後の推移

民事医療過誤訴訟事件における原告の勝訴率は、他の民事裁判と比較して低い。一般的に民事事件における原告勝訴率が85%程度（欠席判決を含まず対席判決だけの場合は75%程度）であるのに対し、1990年以前の民事医療過誤訴訟事件における原告勝訴率は35%程度であるが、近年は原告勝訴率は約50%程度まで上昇してきていると考えられている。

東京地裁医療集中部発足後の推移（図Ⅲ-1）によると、和解が64%程度、認容が18%程度になっており、病院からすると何らかの賠償金を支払ったとみられるケースは全体の82%に達すると考えられる。

## 11) 訴訟となった診療科

訴訟となった診療科で最も多いのは内科である。各分野の医師数には多寡があるので、その点を勘案すると産婦人科と整形外科が訴訟リスクの高い診療科であることがわかる（表Ⅲ-4）。

表Ⅲ-4 医事関係訴訟事件の診療科目別新受件数 (2001～2003年)

診療科目	2001年	2002年	2003年
内科	218	241	258
小児科	19	26	21
精神科 (神経科)	29	27	42
皮膚科	9	19	20
外科	166	214	214
整形・形成外科	136	142	129
泌尿器科	17	18	20
産婦人科	108	113	137
眼科	29	15	27
耳鼻咽喉科	23	12	25
歯科	49	60	70
麻酔科	12	6	9
その他	56	37	47
合計	871	930	1,019

(注) 1. 本表の数値は、各庁から診療科の項目について報告のあったものを集計したものであり、概数である。

2. 複数該当する場合には、それぞれに計上した。

(最高裁判所発表資料、2005による)

## 2. 医療事故にかかる経費

医療事故にかかる民事裁判に関する経費としては大きく分けて3つある。

- ① 裁判費用
- ② 弁護士費用
- ③ 損害賠償請求される費用

である。

### 1) 裁判費用

民事裁判を提起するためには、経費が必要になる。通常、原告（民事裁判を提起する側）が訴額に応じた所定の申し立て手数料を支払う。こ

の段階で被告側が支払う経費はない。最終的に裁判で判決が確定するか、和解に至った際には、裁判費用をどちらが何割程度負担するかなども提示されることが多く、その基準に従って原告・被告がそれぞれ負担することになる。

しかしながら、控訴や上告がなされた場合には、控訴・上告の訴えを提起した側が裁判費用を当初支払う必要がある。

訴額と裁判申し立て手数料の関係を表Ⅲ-5に示す。

#### 〈控訴と上告の違い〉

控訴と上告の違いを以下に示す。

- 簡易裁判所 民事裁判  
簡裁事件→控訴（地方裁判所）→上告（高等裁判所）
- 地方裁判所 民事裁判  
地裁事件→控訴（高等裁判所）→上告（最高裁判所）

表Ⅲ-5 裁判費用

訴額(円)	調停(円)	地裁への訴え (円)	控訴(円)	上告(円)
10万	500	1,000	1,500	2,000
50万	2,500	5,000	7,500	10,000
100万	5,000	10,000	15,000	20,000
300万	10,000	20,000	30,000	40,000
500万	15,000	30,000	45,000	60,000
700万	19,000	38,000	57,000	76,000
900万	23,000	46,000	69,000	92,000
1千万	25,000	50,000	75,000	100,000
3千万	49,000	110,000	165,000	220,000
5千万	73,000	170,000	255,000	340,000
7千万	97,000	230,000	345,000	460,000
9千万	121,000	290,000	435,000	580,000
1億	133,000	320,000	480,000	640,000
2億	253,000	620,000	930,000	1,240,000
3億	373,000	920,000	1,380,000	1,840,000
4億	493,000	1,220,000	1,830,000	2,440,000
5億	613,000	1,520,000	2,280,000	3,040,000