

②職種別年間賞与の1ヶ月あたりの支給額の算出(ステップ2)

- i) 平成18年度特別給(賞与)の年間支給月数:4.45ヶ月(実績ベース)
- ii) 職種別給与月額に上記の4.45ヶ月を乗じた後、当該金額を12ヶ月で除することによって、1ヶ月あたりの職種別賞与の支給額を算出する。(小数点以下、四捨五入)

③1時間あたりの職種別人件費単価の算出(ステップ3)

- i) ①の1ヶ月あたりの職種別平均給与等と、②の1ヶ月あたりの職種別年間賞与の支給額を合算する。
- ii) 上記の合計額を、1ヶ月あたりの勤務時間である190時間(通常勤務時間:160時間+超過勤務時間:30時間)で除することによって、1時間あたりの職種別人件費単価を算出する。

【職種別人件費単価の算定式】(単位:円)

$$\text{職種別人件費単価} = \{ (A \times 160 \text{ 時間}) + (B \times 30 \text{ 時間}) \} + (C \div 12 \text{ ヶ月}) \} \div 190 \text{ 時間}$$

A: 通常勤務のケースの職種別人件費単価

B: 超過勤務のケースの職種別人件費単価 (A×1.25)

C: 職種別年間賞与 (平均給与月額×年間支給月数)

… 平成18年度は、4.45ヶ月

■職種別人件費単価の算定

職種毎の平均俸給月額、平均給与月額を上記の算定式にあてはめて算出する。

(小数点以下、四捨五入)

○医師: 通常勤務時の平均単価 4,462円/時 … 医療職俸給表(一)より

超過勤務時の平均単価 5,578円/時

[平均給与月額+超過勤務手当…1ヶ月あたりの平均給与月額等]

$$713,939 \text{ 円} + (5,578 \text{ 円} \times 30 \text{ 時間}) = 881,279 \text{ 円}$$

[年間賞与の1ヶ月あたりの支給額]

$$(713,939 \text{ 円} \times 4.45 \text{ ヶ月}) \div 12 \text{ ヶ月} = 264,752 \text{ 円}$$

[1時間あたりの人件費単価]

$$(881,279 \text{ 円} + 264,752 \text{ 円}) \div 190 \text{ 時間} = 6,032 \text{ 円/時 (医師の人件費単価)}$$

○ 研修医：冒頭で述べたように、給与月額 300,000 円、年間賞与 4.45 ヶ月を想定

通常勤務時の平均単価 1,875 円/時

超過勤務時の平均単価 2,344 円/時

[平均給与月額+超過勤務手当…1 ヶ月あたりの平均給与月額等]

$300,000 \text{ 円} + (2,344 \text{ 円} \times 30 \text{ 時間}) = 370,320 \text{ 円}$

[年間賞与の 1 ヶ月あたりの支給額]

$(300,000 \text{ 円} \times 4.45 \text{ ヶ月}) \div 12 \text{ ヶ月} = 111,250 \text{ 円}$

[1 時間あたりの人件費単価]

$(370,320 \text{ 円} + 111,250 \text{ 円}) \div 190 \text{ 時間} = 2,535 \text{ 円/時}$  (研修医の人件費単価)

○ 歯科医師：医師と同じ 6,032 円/時

○ 薬剤師：通常勤務時の平均単価 2,318 円/時 … 医療職俸給表 (二) より

超過勤務時の平均単価 2,898 円/時

[平均給与月額+超過勤務手当…1 ヶ月あたりの平均給与月額等]

$370,906 \text{ 円} + (2,898 \text{ 円} \times 30 \text{ 時間}) = 457,846 \text{ 円}$

[年間賞与の 1 ヶ月あたりの支給額]

$(370,906 \text{ 円} \times 4.45 \text{ ヶ月}) \div 12 \text{ ヶ月} = 137,544 \text{ 円}$

[1 時間あたりの人件費単価]

$(457,846 \text{ 円} + 137,544 \text{ 円}) \div 190 \text{ 時間} = 3,134 \text{ 円/時}$  (薬剤師の人件費単価)

○ 看護職員 (看護師、保健師、助産師)

：通常勤務時の平均単価 2,033 円/時 … 医療職俸給表 (三) [看護師等]

超過勤務時の平均単価 2,541 円/時

[平均給与月額+超過勤務手当…1 ヶ月あたりの平均給与月額等]

$325,290 \text{ 円} + (2,541 \text{ 円} \times 30 \text{ 時間}) = 401,520 \text{ 円}$

[年間賞与の 1 ヶ月あたりの支給額]

$(325,290 \text{ 円} \times 4.45 \text{ ヶ月}) \div 12 \text{ ヶ月} = 120,628 \text{ 円}$

[1 時間あたりの人件費単価]

$(401,520 \text{ 円} + 120,628 \text{ 円}) \div 190 \text{ 時間} = 2,748 \text{ 円/時}$

(看護職員の人件費単価)

○看護補助職員（看護助手）

：通常勤務時の平均単価 1,965 円/時 … 行政職俸給表（二）より

超過勤務時の平均単価 2,456 円/時

[平均給与月額＋超過勤務手当…1ヶ月あたりの平均給与月額等]

$$314,410 \text{ 円} + (2,456 \text{ 円} \times 30 \text{ 時間}) = 388,090 \text{ 円}$$

[年間賞与の1ヶ月あたりの支給額]

$$(314,410 \text{ 円} \times 4.45 \text{ ヶ月}) \div 12 \text{ ヶ月} = 116,594 \text{ 円}$$

[1時間あたりの人件費単価]

$$(388,090 \text{ 円} + 116,594 \text{ 円}) \div 190 \text{ 時間} = 2,656 \text{ 円/時}$$

(看護補助職員の人件費単価)

○医療技術員（栄養士[管理栄養士]、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士）

：薬剤師と同じ 3,134 円/時

○事務職員：通常勤務時の平均単価 2,383 円/時 … 行政職俸給表（一）より

超過勤務時の平均単価 2,978 円/時

[平均給与月額＋超過勤務手当…1ヶ月あたりの平均給与月額等]

$$381,212 \text{ 円} + (2,978 \text{ 円} \times 30 \text{ 時間}) = 470,552 \text{ 円}$$

[年間賞与の1ヶ月あたりの支給額]

$$(381,212 \text{ 円} \times 4.45 \text{ ヶ月}) \div 12 \text{ ヶ月} = 141,366 \text{ 円}$$

[1時間あたりの人件費単価]

$$(470,552 \text{ 円} + 141,366 \text{ 円}) \div 190 \text{ 時間} = 3,221 \text{ 円/時}$$

(事務職員の人件費単価)

○技能労務員、労務員

：通常勤務時の平均単価 1,991 円/時 … 行政職俸給表（二）[技能・労務職員]  
(全職種)より

超過勤務時の平均単価 2,489 円/時

[平均給与月額＋超過勤務手当…1ヶ月あたりの平均給与月額等]

$$318,595 \text{ 円} + (2,489 \text{ 円} \times 30 \text{ 時間}) = 393,265 \text{ 円}$$

[年間賞与の1ヶ月あたりの支給額]

$$(318,595 \text{ 円} \times 4.45 \text{ ヶ月}) \div 12 \text{ ヶ月} = 118,146 \text{ 円}$$

[1時間あたりの人件費単価]

$$(393,265 \text{ 円} + 118,146 \text{ 円}) \div 190 \text{ 時間} = 2,692 \text{ 円/時}$$

(技能労務員等の人件費単価)

○福祉職員：通常勤務時の平均単価 2,363 円/時 … 福祉職俸給表より

超過勤務時の平均単価 2,953 円/時

【平均給与月額+超過勤務手当…1ヶ月あたりの平均給与月額等】

$$378,011 \text{ 円} + (2,953 \text{ 円} \times 30 \text{ 時間}) = 466,601 \text{ 円}$$

【年間賞与の1ヶ月あたりの支給額】

$$(378,011 \text{ 円} \times 4.45 \text{ ヶ月}) \div 12 \text{ ヶ月} = 140,179 \text{ 円}$$

【1時間あたりの人件費単価】

$$(466,601 \text{ 円} + 140,179 \text{ 円}) \div 190 \text{ 時間} = 3,194 \text{ 円/時}$$

(福祉職員の人件費単価)



## 有害事象に対する院内調査の方法と事故後の補償に関する研究

分担研究者 長谷川剛 自治医科大学附属病院医療安全対策部

医療に関連する有害事象発生後の院内調査の重要性と必要性が指摘されているが、具体的な調査方法については適切な指針が存在しない。本研究では院内調査の方法について専門家との検討を行い医療現場で実行可能な方法について検討した。また有害事象発生後の人身被害は医療安全のコストを考える上で重要かつ不可欠な問題である。人身被害に対する賠償や補償の問題について検討した。

### A. 研究目的

医療安全の確保は医療における最重要の課題とされている。医療安全推進に関連して、有害事象発生後の院内事故調査が重要でありその方法論の確立の要求が高まっている。しかし現時点で院内調査に関する定まった方法論の議論は十分にはなされていない。そこで医療機能評価機構患者安全推進協議会の構成員及び協議会外の調査の専門家に依頼し院内調査に関する方法論についての検討を行い指針の作成を目指した。本研究はその途中経過報告となっている。またいったん有害事象が発生した場合、その対応に関連して賠償・補償等の費用は、結果的に医療費及び医療安全推進のコストとして算出されるべき費用であり、今後医療関連の人身被害に対する制度設計は重要な問題である。そこで現在までの実践例を概観し今後の期待される補償制度の試案を提出することが本研究の目的である。

### B. 研究方法

(1) 有害事象発生後の院内調査に関しては、日本医療機能評価機構患者安全推進協議会院内調査モデル検討部会を立ち上げ、複数回の部会での検討及び、メーリングリストでの議論を行った。残念ながら年度末で部会での議論を完遂することが出来なかったが、部会代表者である本研究者が残余の部分で最近の知見を収集しつつ補完した。

(2) 有害事象発生後の賠償・補償については、複数の先行研究があるのでそれらを参照し概略の整理を行った。また海外の事例についても研究者が理事を務める医療メディエーション協会で早稲田大学法科大学院和田仁孝らの海外実践例の報告と発表及び議論、医療ADR連絡協議会での発表と議論など(\*)をもとに、

現状の問題点等を整理し、今後の補償制度についての試案を検討した。

(※)医療メディエーション協会研究会 平成20年9月27日、医療ADR連絡協議会 平成20年12月7日

### C. 研究結果

#### (1) 院内調査

##### I. 基本的な考え方

##### 1 安全推進の観点

失敗は最高の教師であり、質改善の基本は失敗に学ぶことである。インシデントレポート報告が日本全国の病院で推進され、無数の報告が恒常的になされるようになった。しかしその報告から事例要因分析を適切に行うことは容易なことではない。分析が「ミス探し」や「犯人探し」に終始し、再発防止に不可欠な情報である根本的な原因の解明が困難であることが少ないからである。「エラーは原因ではなく、結果である」という言葉で象徴されるように、なぜそのエラーが発生したかを明らかにすることが調査と分析の役割であることを再確認する必要がある。調査を円滑に進めるためには、また医療安全推進の観点からは、事実のみに注目し関わった人間の責任問題は一時的には排除する必要がある。

##### 2 組織対応の観点

安全推進や再発予防の観点からは、責任問題を極力排除して検討していくことが重要である。だが一方で社会の中で一定の機能を担っている組織としては発生した有害事象に対して適切な対応を行っていき責務を有する。具体的には、患者・家族への説明、対外的な報告、発生した被害に対する補償・賠償、発生した事例から得られる再発予防策や教訓の提示等である。また組織内での情報共有と当事者に対する懲戒を含めた



対応を要する場合もある。

### 3 説明の観点

本来医療は患者と医療提供者との私的な関係で遂行されるものである。患者からの信託によって遂行される行為であるが、医療という特殊専門的な知識と技術を適応するものであるから、局面ごとに医療を受ける立場を十分に配慮した説明が必須である。有害事象発生後も同様であり、そこでは有害事象発生前とは異なるレベルでのコミュニケーションが要求されていることに着目する必要がある。

有害事象発生後の調査は、説明に際して必要な事実を提供する貴重な情報源である。継続的なコミュニケーションを図っていくためにも、事実関係の迅速な調査は重要である。

### II 調査対象

以下の3項目が調査対象と考えられた。

(1) 院内の安全管理上重要な問題を孕んでいると判断され、その対応・対策が医療安全推進に寄与すると考えられるもの

(2) 重篤な結果を招き、病院としてその責任範囲を明確にしなくてはならないもの

(3) 患者や家族から要請があり、説明責任を果たす上で必須だと考えられるもの

### III 体制整備

病院組織として有害事象に対して適切に対応するためには、平素から体制整備を進めておく必要がある。われわれが推奨する体制整備としては、以下のような6つの事項が挙げられる。

#### 1. 連絡体制：緊急時の連絡体制

院内で緊急事態発生時の連絡体制を整備することで、病院管理上重要なことは、緊急事態の意味するところは個人によって「違う」ことである。緊急事態の範疇を明確にし、それぞれの連絡先を明確にすることが有用である。具体的には、予想外の心肺停止、院内暴力脅迫行為、大量出血時、といったいくつかの状況を呈示し、その際の連絡先や対応の原則を明示していくような活動が推奨される。

#### 2. 治療体制：統合的な治療チームの編成

病院として最善の治療が提供できる体制を迅速に編成することである。単独施設では当然利用できる医療資源に限界がある。治療内容によっては、病院外資源も積極的に利用する。つまり最善の治療のための遅滞なく転送・転院も考慮することが重要である。迅速に周辺医療機関での治療可能性も検討し転院の判断を行う必要がある。その際も継続的に情報提供と診療経過の把握、連絡の継続などに努めるべきである。

#### 3. 意思決定体制：緊急時初動の意思決定体制

病院組織として意思決定体制について、平素から確認・徹底する。その際医療安全管理者はこの意思決定体制を支援する役割を担う。具体的には情報提供や関係者の調整活動となる。院長が意思決定を担う場合、院長のもとに随時最新情報が提供されなくてはならない。同様に意思決定が合議でなされる場合、会議の場に最新情報が提供される必要がある。

#### 4. 患者・患者家族への対応体制：説明や精神的サポートを行う体制

有害事象発生時の説明や精神的支援の対応を準備しておくことが望ましい。当該診療科が発生した状況の説明にあたることが多いが、予想外の急激な状態変化に際しては患者や患者家族が感情的に受容不可能であることも多い。院内の第三者的な立場の者が説明の場に立ち会い、双方の精神的支援を図ることにより説明の過程が円滑に進められる可能性がある。この種の試みは形態により院内メディエーションやインフォーマルスモールミーティング (Informal small meeting; ISM) などと呼ばれる。準備としてはコンフリクトマネジメント (紛争対応) に関する教育を事前に行っておくことや、専門のスタッフを雇用することなどが挙げられる。一方で医療従事者自身がこういった説明の場に臨むための教育を受けていることも重要である。初期から患者や家族に十分に対応することは、悲嘆体験からの回復に有効であり外傷後ストレス障害 (PTSD) への移行を抑制できる可能性がある。

#### 5. 当事者へのケアを行う体制：当事者を保護し精神的にサポートする体制

有害事象発生に直接関わった当事者 (医療関係者) を保護し支援する。その際、保護と休養の必要性を十分に認識する。有害事象に関わったことにより当事者が精神的に強い障害を受けた場合、再体験、回避・麻痺、過剰覚醒などの症状が現れることがある。これらに加えて自分自身から心理的に距離をおくような反応 (これを解離と呼ぶ) が現れた場合は急性ストレス障害 (ASD) と診断される状態である。適切な休養と観察の目的行き届く保護が必要である。初期に適切な対応をとらない場合、最悪のケースでは自殺といった事例もある。また PTSDなどで職場復帰がままならない事例も散見されている。

#### 6. 調査体制：人材及び器材の事前準備

調査人員としては、事例にもよるが最低4~6名の人員を確保する必要がある。また記録用のデジタルカメラ、録音機などの機器が流用でき、かつ議事録作成・文献検索等の便宜をはかるための最低限のIT環境が



必要であろう。

事故調査委員会で病院内の準備調整経験を有する者からの調査では、人員不足と器材不足の指摘がなされた。連絡や議事録作成に当たる事務職と現場の記録や内容把握のために看護師や医師などの医療関係者、さらに内容に応じて臨床工学技士や薬剤師などが関わるべきである。現在の医療現場では医療機器に種々の記録が残されている可能性も高く、また医療機器関連の有害事象の頻度も高いため、臨床工学技士が参加することの重要性を指摘しておく。

#### IV 作業内容

具体的な作業内容の概略を紹介する。有害事象の内容によって調査の範囲や程度も変化する。個別の事例に応じて柔軟に方針を立てるべきである。しかしながら調査に際して最も重要なことは、問題の同定と情報収集の方法である。

通常有害事象発生時には、設定された連絡体制を用いて報告が行われる。その現実的な流れを考慮し調査は次のような過程を経て進められることが望ましい。

- 1) 初期情報収集：出来るだけ早く  
事例内容の把握、現場同定  
関係者一覧の作成開始  
関係機器、物品確保のための注意喚起
- 2) 現場の同定・確保、関係機器・物品の同定・確保、検体保存
- 3) 機器からの情報抽出
- 4) 幹部の意思決定のための調整支援
- 5) 関係職員の情報収集：資格、経験年数、その他
- 6) 第一次インタビュー
- 7) リストアップされた職員からの情報収集
- 8) 情報の統合作業
- 9) 検討会：この段階で調査の足りない部分を同定する

- 10) 第二次インタビュー：追加情報収集
- 11) 再現検証：機器に関わる事例では必須
- 12) 多職種による検討会
- 13) 調査報告を踏まえた幹部の意思決定会議等の調整と支援

このような過程を経て、最終的には報告書を作成することになる。報告書は目的毎に作成して活用すべきであると考えている。調査の目的のひとつが患者や家族に対する説明であれば、当然報告書はわかりやすい形で記載され用語の解説なども付し、さらに担当者からの説明の場を設けて患者や家族に渡すべきである。

一方、内部の改善活動等に利用する場合、それに即した表現や表記となる。不幸にして発生した事例から

の教訓を最大限に活かすためには対象となる職種へ向けた表記を行うべきだと筆者は考えている。

なお、本稿では外部委員の是非については触れなかった。事例の内容に応じて、病院の事故調査経験の有無やスタッフの資質・経験などに応じて判断すべきであるが、経験を有している施設が一定のアドバイスをを行う必要があるだろう。

#### (2) 有害事象後の対応：無過失補償制度の展望

##### I. 被害に対応すること

医療における有害事象に対して、被害に対応することの重要性が指摘されている<sup>(1)</sup>。従来民事訴訟等で賠償という形の被害への対応が行われてきたが、こういった訴訟による解決方法のデメリットが明らかになっている。

日本医師会も昭和47年に「医療事故の法的処理とその基礎理論」<sup>(2)</sup>において、明らかな過失・過誤が認められる事案は医師賠償責任保険制度を設立し対応し、一方医師に過失の無い傷害に対しては、国家的規模での損失補償制度を設立し裁判外紛争処理を目指すべきだとしている。その翌年より医師賠償責任保険はスタートし、多くの経験を蓄積しながら機能してきたと評価されている。しかし無過失補償制度については、ニュージーランド、スウェーデンにおいて1970年代より先行的に施行され、イギリスにおいても最近国家主導での試みが開始されている。自由主義的な色彩の強い米国でもコロラド州でCOPICという保険会社が運営され、無過失補償の実践がなされている<sup>(3)</sup>。本邦では最近産科無過失補償制度がスタートしたばかりである。また治療における有害事象の補償体制や薬剤副作用の救済制度も無過失補償制度の一環と捉えることができる。

##### II. 現時点での救済の欠落領域

明らかな過誤のある事案は医療側の姿勢が転換され、かつ保険料の補填ができれば、十分に救済できる。一方、過誤がはっきりしない事案、不可避な事案、因果関係がはっきりわからない事案などでは、救済の可能性は低い。こういった事案について領域を明確化し適宜制度的な補填を考えていく必要がある。

##### III. 新しい保険制度

周術期肺塞栓、内視鏡による肺炎や穿孔など、一定の確率で発生し、しかも回避が困難な事例については、対象限定型の保険商品の開発できる可能性がある。要件として、(1)情報開示、(2)誠実な患者への対応、(3)報告、(4)質改善へのインセンティブとしての保険料の設定、などを考慮できる。



## D. 考察

### (1) 院内調査

院内調査にあたって、その目的について多くの議論がなされている。考察にあたって参考になることは、一方で純粋な原因究明・再発予防という観点と、被害に対する救済や責任追及という観点が存在することだ。原因究明・再発予防という観点では、医療における有害事象は単一の原因で発生するのではなく、多くの背景要因が重なって発生する。背景要因の洗い出しについては、懲罰や責任追及を前提にすると作業が困難になる。そういう意味では、免責を前提にした調査が重要となる。

一方で発生した被害に対して対外的には病院組織がどのように責任を考えるかという観点も重要である。無過失保障制度が確立されていない以上、発生した被害に対して病院がどう向き合うかという姿勢を決めるためには事実の把握が必須だからだ。

被害者側からすれば、原因がどうであれ救済と謝罪を求める気持ちが発生することは当然である。また傷つけた当事者に対して懲罰を求める感情が発生することも自然である。一方被害者と病院が良好な関係を維持して説明を尽くしていく中でこの懲罰感情が解消され、むしろ「今後のためにこの教訓を活かして頑張してほしい」と述べる家族が存在する。こういったケースの場合、悲嘆体験を昇華し乗り越えていると考えられるが、その過程に病院が前向きに関わっていくことが重要である。

組織として考えた場合、有害事象発生時にある一定の懲罰的な規定を有していることは必要であるが、その内容が過重であると著しく職員の労働意欲をそぐことになることが予想される。一方、人間の怠惰な側面を考慮すると、組織管理上の規律という意味で適切な規定を有する必要があるだろう。

調査については、医療現場の特性を考えた場合どうしても当事者へのインタビューが中心となる。犯罪調査に関する証言の信ぴょう性についての心理学的研究の文献から、インタビュー自体の確実性はそれほど高くないことが指摘されている。また状況がそろえば集団レベルでの誤った証言も発生する。また調査による当事者の精神的負担も考慮する必要がある。

最近の医療現場では多くの電子化された医療機器が使用されており、その中に情報が残されていることが多い。またデジタルカメラなどが普及し画像の記録を残すことも容易になった。調査に際しては、初期に関係機器など物的な確保と現場の写真撮影などが重要である。医療従事者はこの調査に関する基本的な教育がないので、改めて注意喚起を行う必要がある。

調査の対象について、今回の指針案では(1)院内

の安全管理上重要な問題を孕んでいると判断され、その対応・対策が医療安全推進に寄与すると考えられるもの、(2)重篤な結果を招き、病院としてその責任範囲を明確にしなくてはならないもの、(3)患者や家族から要請があり、説明責任を果たす上で必須だと考えられるもの、とした。医療紛争の主體的かつ自律的な解決を図ることに資するという点も考慮した。

検討中の問題点として、(i)機器のトラブルについて、医療界では業者任せの調査が当然とされているがこれは明らかに問題である、(ii)調査に関しては専門的な知識と方法があるのでそれについてのさらなる研究と方法論の確立が必要である、(iii)当事者のケアについて積極的な取り組みが必要である、(iv)臨床工学技士の積極的な関与が今後ますます重要になる、といった点が指摘された。

あらかじめ調査についての人員及び予算確保と物品の整備が必須であるということも指摘された。

### (2) 事故後の対応：無過失保障制度の整備

不法行為法による賠償責任追及とそれによる被害者救済には、大きな限界があることは法社会学者からも指摘されている。棚瀬らは「不法行為責任の道徳的基礎」において、現代型の大量に発生する定型的な事故被害の救済制度としては、非効率的なものであると述べている<sup>(4)</sup>。不法行為制度自体が、被害者に生じた損害を補てんする制度としては、あきらかにコストがその得られる利益を上回るとしている。シュガーマンは、これまでそうした金のかかるシステムを正当化してきた三つの機能、違法行為の抑止、被害の救済、そして当事者間の正義の確保のいずれも現在の不法行為システムによっては満たされないとしたうえで、「不法行為なしですます」システム作りの提言を行っている。

棚瀬は、(1)個人的正義、(2)全体的正義、(3)共同体的正義、という3つの類型を提案し、正義の確保あるいは道徳的基礎付けを議論している。一方、和田らはこれを受けて(1)個人的正義、(2)全体的正義、(3)関係的正義、という修正した類型を提案し、それぞれ1.加害者による賠償、2.社会全体での補償、3.関係修復のための働きかけ、具体的にはメディエーションなどによる修復的対応、を提案している。

今後の議論は、(1)社会としての救済、(2)再発予防の仕掛け、(3)応報感情に対する対応、をいかに整理して考えていくかということに帰着していく。

一部の法学者からはニュージーランド等の試みを基礎に医療のみならず交通事故など他領域の事故を含めた統合的社会保障制度の提案も見られる。しかしながらここでは必ず個別のニーズと補償金額あるいは財源の



問題が発生する。

#### E. 結論

医療における有害事象が一定の確率で発生するという医療における不確実性を是認するならば、(1)少しでも発生確率を下げる努力、(2)発生した傷害を救済する努力、の双方が必要である。

発生確率を下げるためには、従来から研究されているように、ニアミスや発生した有害事象事例の発生した構造を解明し対策を検討していくことが重要である。調査の重要性は当然のことであるが、現実の調査は病院組織の複雑性、現場の特殊要因等を鑑みたとき、院内主導の調査が重要でありかつ必須である。事実把握を中心に院内調査の方法について簡略なモデルを提示した。今後発生事例のカテゴリーに応じて、方法をさらに精緻化していくことが必要である。

発生した事例に対していかに対応していくかは、安全推進にとってもう一つの重要な柱である。不法行為法による損害賠償責任の方法論は、現代の種々の被害救済については不十分である。医療における無過失保障制度については、今後社会全体を視野に据えた制度構築を検討していく必要がある。

#### F. 健康危険情報

特になし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文・総説など

長谷川剛「Aiと医療紛争」大友邦監修、塩谷清司、山本正二編集『オートプシー・イメージング読影ガイド』文光堂(東京)2009

##### 2. 学会発表など

「有害事象発生時の院内調査指針」長谷川剛 医療の質・安全学会第3回学術集会 2008年11月22日

##### 3. 講演・シンポジウムなど

「有害事象発生時の院内調査指針」長谷川剛 日本医療機能評価機構 認定病院患者安全推進協議会 平成20年度患者安全推進全体フォーラム 2009年2月21日

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

#### J. 文献

(1) Vincent C The aftermath: caring for patients harmed by treatment. in Patient Safety. Elsevier Churchill Livingstone (Edinburgh). 2006

(2) 日本医師会法制研究会. 医療事故の法的処理とその基礎理論に関する報告書. 日本医師会雑誌 68 巻 2 号. 183-203. 1972

(3) Quinn RE, Eichler MC. The 3R's Program: The Colorado Experience. Clinical obstetrics and Gynecology:51:709-718, 2008.

(4) 棚瀬孝雄編『現代の不法行為法』有斐閣(東京)、1994