

であり、これについて定期金賠償を求める場合には、各支分定期金が各履行期の到来ごとに発生する将来の請求権と解し得るのとは異なる。

- 4) 一時金賠償方式による死亡逸失利益の算定に際しては、死亡逸失利益が将来にわたって具体化する損害であると捉えているのではなく、死亡時に発生し確定したものととして請求されている死亡逸失利益を具体的事案において算定するに際しその算出方法としてあたかも将来具体化するかのように擬制しているにすぎない。
- 5) したがって、遺族の扶養利益の喪失を遺族固有の損害として請求する場合（いわゆる扶養構成による場合）であるなら格別、死亡逸失利益について相続構成をとりながら、これについて定期金による賠償を認めることは、理論的には容認しがたいと考えられる。
- 6) 死亡逸失利益について定期金賠償を求める場合は、請求者は賠償義務者（又は実質上の支払者である損害保険会社）の資力についての危険を負担することになるし（賠償義務者としても、保険契約上の利益を失う危険を負担することになる）、死亡逸失利益の場合には、後遺障害に伴う将来の介護費用、医療器具費等の場合と異なり、損害額の算定の基礎となった事情に将来変動が生じることは、極端なインフレ等の場合を除き、通常考えられないから、請求者及び賠償義務者双方にとって、定期金賠償に本来期待されている実益はないと考えられる。
- 7) 中間利息控除率が適正かどうかの問題は、本来、定期金賠償方式の採用によって解決すべき問題ではなく、また、後記のとおり、中間利息控除率を年5%とすることには合理性が認められるのであるから、これを根拠として、死亡逸失利益について定期金賠償を認めることは相当でない。
- 8) 不法行為に基づく損害賠償において、被害者が、損害賠償請求に加害者に対する懲罰の意味をこめることは否定しないまでも（もともと、本件のように加害者が任意保険に加入している場合は現実の支払は保険会社が行うことになり、制裁的機能がどれほどあるか疑問である）、それは事実上のものに止まるべきであり、前記のような理論的な問題を越えてまで保護すべき利益とはいえない。また、本件における原告らの定期金請求が権利の濫用とまでいえるかどうかはともかくとして、支払時期及び金額の設定の仕方如何によっては権利の濫用を招くおそれのあるものを、安易に認めることは相当でない。

【判例⑩の判旨（一部抜粋。下線は小佐井による）】

「原告らは、本件事故により死亡した一江（仮名：被害者本人—小佐井）の存在を忘れて欲しくないという素朴な感情から、定期金賠償を求めたと主張しており、原告花子（仮名：被害者母—小佐井）及び同太郎（仮名：被害者父—小佐井）は、その本人尋問で次のように述べている。すなわち、原告花子は、一江が得たであろう賃金が一時金で支払われることにより償いが終わるよりも、相当期間にわたって支払うのがいいと考えていること、そして、一江のことを感じない日は一日もなく、特に命日などの節目節目には思いが強くなるので、被告にも命日を忘れてほしくない、また、それが被告の義務ではないかと述べた。原告太郎も、一時金賠償であれば何もかも一江を否定してしまふことにならざるを得ないと思ふと思ふと述べた上、被告が一人の命を奪った責任は重く、懲役刑の執行により社会的には許されたとしても、遺族としては、命日だけでも被告に思つていてもらうのが願ひである旨述べた。

しかし、被告が一江の命日を忘れないでいることは、本来、法的な強制の及ぶところではないであろう。原告花子及び同太郎の言ひ分の本質は、将来にわたって、被告に一江を死なせた罪の重さと遺族の果てない苦しみを感じたいという被害感情であり、すなわち精神的苦痛の現れであるとしが考えられない。遺族が将来にわたり苦しむのに対し、加害者がどのように思っているのか、それを問い続けたい気持ちなどもともともであるが、そのような問題が損害賠償の支払方法如何で解決されるのか、なお疑問であるし、死亡逸失利益を定期金賠償とすることを一般に認める根拠とはなり得ないと考へる」

「また、本件においては定期金賠償を採用するのは相当ではない。すなわち、被告は、当初からその責任を争わず、支払能力の関係上、損害賠償は任意保険から支払う方針であるから、その支払いは保険会社が行うのであって、支払をすることと被告が一江の命日を想起することとは関連しない。また、原告らの求める定期金賠償の期間（平成二四年から同三八年）は、被告の年齢からすると七五歳から八九歳に對応し、その間、被告がどのような状態となるか予測できない」

大変革した医療事故に対する取り組み

—大学病院の自浄作用の試み

Revolution of medical risk management in university and medical college hospitals

嘉山孝正 Takamasa KAYAMA

山形大学医学部長、同脳神経外科

全国医学部長病院長会議「専門委員会委員長会」委員長、同「大学病院の医療事故対策に関する委員会」委員長



◎日本の医療は低医療費で、世界でもっとも手間のかかる医療を行ってきた。しかし、この事実はこれまで社会に認知されずにきた。近年、国民の医療への要求の度合いが急速に高くなり、大学病院の医療事故への取り組みが社会から厳しい批判に会い、いやがうえにも大きく変革がなされた。本稿では国立大学附属病院を中心に、ここ数年で取り組んできた事物；沿革と現況、問題点、将来、合わせて私学と公立大学附属病院の取り組みを記す。

Keywords 医療事故、自浄作用、情報開示、大学病院

日本の医療費は OECD 諸国のなかで、GDP 比で 23 位と最低に近い。一方、WHO が世界各国の医療水準を評価したが、日本は世界一位にランクされている。したがって、日本の医療は低医療費で、世界でもっとも手間のかかる医療を行ってきた。この事実は社会に認知されずにきた。しかし近年、国民の医療への要求の度合いが急速に高くなり、大学病院の医療事故への取り組みが社会から厳しい批判に会い、いやがうえにも大きく変革がなされた。厚生労働省が指示を出したというより大学附属病院の自浄作用として医療安全に取り組むシステムを創設し、その組織、運営方法の開拓がなされてきた。自浄作用としての大きなコンセプトは、情報開示に基づく原因究明と再発予防である。

本稿では国立大学附属病院を中心に、ここ数年で取り組んできた事物；沿革と現況、問題点、将来を、合わせて私学と公立大学附属病院の取り組みを記す。

沿革

大学病院が医療事故対策に本格的に取り組むよ

うになったのは、某市立大学附属病院での手術患者取り違え事故に端を発している。これ以後、国立大学では 1999 年(平成 11 年)、全国国立大学病院長会議において“医療事故防止方策の策定にかかわる作業部会”が設置され、さらに 2002 年(平成 14 年)には病院間の連携協力をはかるための全国組織である“国立大学病院医療安全管理協議会”が設立された。その結果、全国の国立大学附属病院に医療安全室をもうけることになった。私立大学附属病院もほぼ同時期より対策がすすめられ、現在は“(社)日本私立医科大学協会 医療安全対策委員会”が、公立大学附属病院は各施設の医療安全管理委員会が中心となり医療事故対策を推進している。同時に、全国医学部長病院長会議では“大学病院の医療事故対策に関する委員会”で種々の問題点を取り上げ、その議論の結果を提言として公表し、また、国立、市立、公立を網羅したシステムも構築している。

医療安全対策の実際

大学病院で行われている医療事故対策は、つぎの 3 つに集約される。

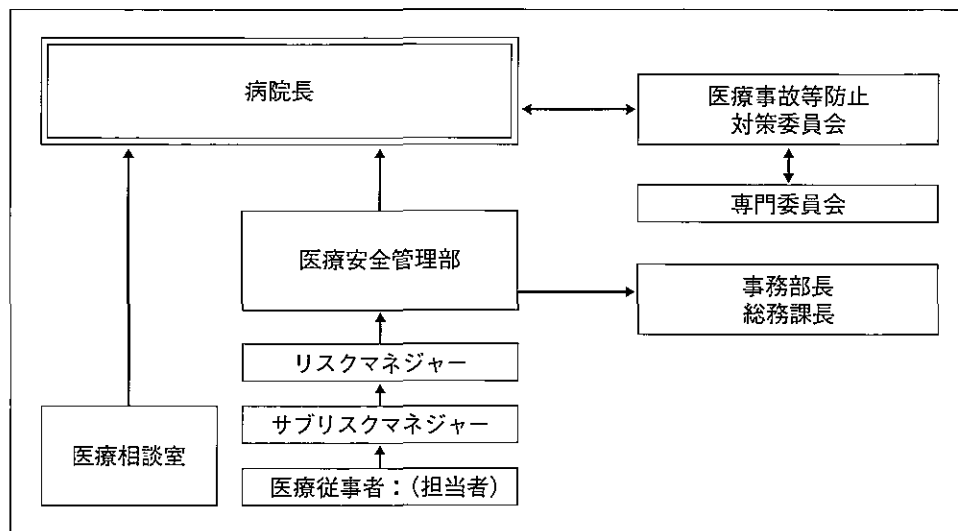


図 1 院内報告体制

1. ヒューマンエラーを前提とした安全管理のためのシステム構築

医療事故等防止安全管理規定の整備，病院長を中心とした事故防止対策委員会や専任のリスクマネジャーを配した医療安全管理部の設置，各診療科・診療部門へのリスクマネジャーおよびサブリスクマネジャー配置と医療事故防止対策の周知徹底を目的とした定例会議の開催，インシデントレポート報告・検証システムの導入。

2. 医療の質的向上

若手医師(研修医など)への指導體制の充実，医療従事者の負担軽減のための診療体制の見直し，診療録の記載方法，記載内容，診療録管理体制の検討。

3. 医療事故発生時の対応

事故処理に際しての患者・家族への説明，情報と診療録の開示，事故が発生した場合の医療事故調査委員会の設置，公表基準の策定などが検討・実施されている。

山形大学医学部附属病院の医療安全確保制度

具体例として山形大学医学部附属病院の医療安全確保制度(図 1, 2)を提示する。

1. 啓蒙活動：教育，研修体制

医療事故は労働災害と同じと考え，すなわちハイインリッヒの法則に則り 1 例の事故死の背景に 30 例の軽症例があり，さらにその後に 300 の業務改善に相当するヒヤリ・ハット事例(インシデント)があるので，日々の教育や研修はもっとも大切な制度である。

- ① 年 2 回以上の全員対象の講演会開催
- ② 弁護士による法律セミナー
- ③ 新規採用者，新医局員へのオリエンテーション，安全教育
- ④ 各部門において専門知識とその安全教育を進める

2. インシデントが起こった場合の対応制度

インシデント報告は毎月開催される医療安全管理部会議にて，改善策を含めた審議結果を医療事故等防止対策委員会に報告する。医療事故防止等対策委員会では報告結果を審議し，再発防止策を策定し病院運営委員会(診療科長会議)に報告後，全診療科のリスクマネジャー，サブリスクマネジャーを通じて各部署に伝達実行させる。

3. 医療事故が起こった場合の対応制度

医療事故あるいは医療事故と疑われる事例はサブリスクマネジャーからリスクマネジャー，さらにジェネラルマネジャーから 24 時間以内に病院長に報告しなければならない。病院長は報告内容

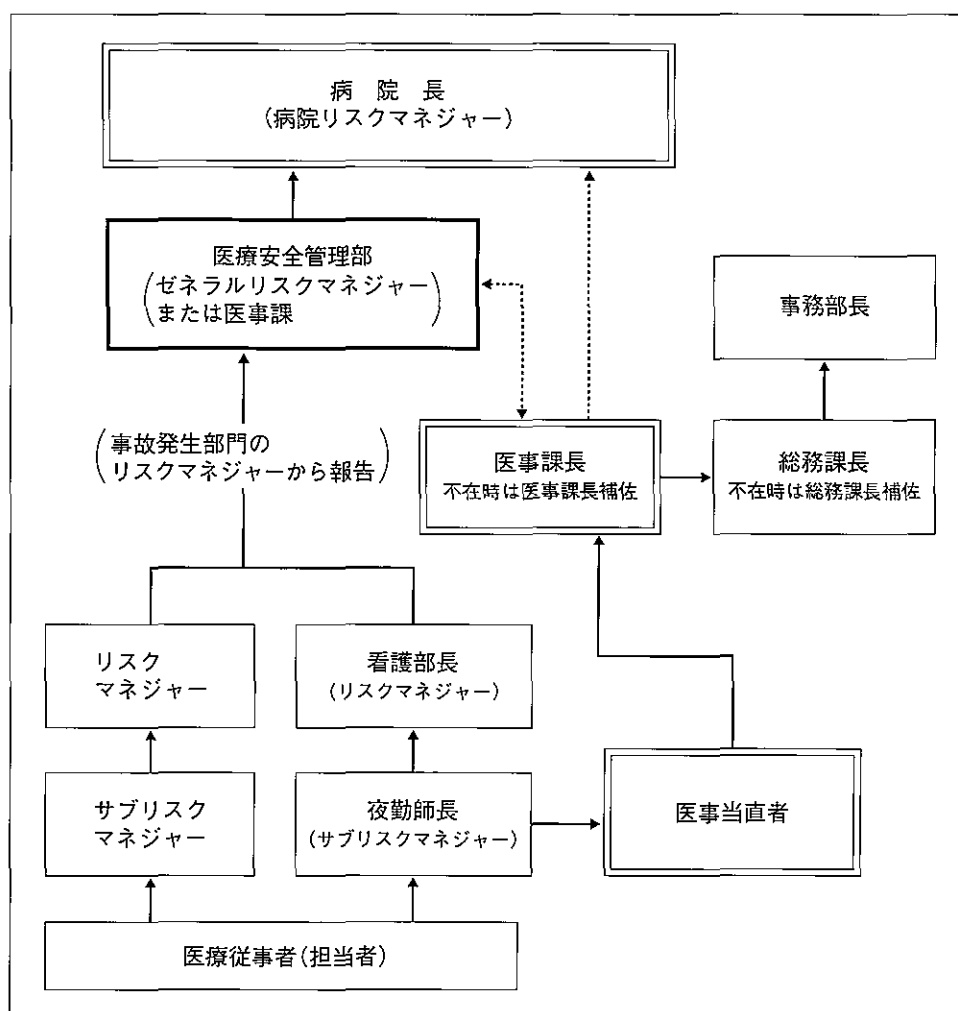


図 2 医療事故にかかる夜間・休日緊急報告体制

※夜間・休日に死亡事故またはこれに準じる重大な事故が発生し 24 時間以内に報告書を提出できない場合は、上記により口頭でただちに報告し、後刻所定の報告書を提出するものとする。

※上記報告体制はあくまで医療行為に起因する事故のケースを想定しているが、それ以外の場合(職員の転落、転倒、自殺など)については、医事当直者へ直接報告するものとする。

を確認し、医療事故等対策委員会で原因調査、事故の判定(影響度レベルおよび過失の有無)ならびに対応策を審議決定する。なお、事実調査などが必要な場合には専門委員会を設置する。

付：手術場でのインシデント、医療事故などの報告は、看護部、担当診療科、麻酔科の三者から別個に報告する制度にしている(オカレンス制度)。

4. インシデント、医療事故の公表基準

インシデント事例は病院評価機構に定期的に報告している。

医療事故の公表基準は、2007 年(平成 19 年)9 月 1 日から全国 80 医科大学、すなわち国立、私立、公立のすべての大学病院が統一された基準で記者会見、ホームページあるいは UMIN などに公表することになった。

公表基準は(図 3)のとおりである。すなわち、医療事故で後遺症が残るレベルと判定された事例はすべて公表することになった。