

# 別表1 公表する医療上の事故等の範囲及び方法

死亡 ①	重篤・永続的 ①	非重篤・永続的 ③、重大な過失の場合は②	ヒヤリ・ハット ③
死 ③	重篤・永続的 ③ 重篤・濃厚な処置、治療後に回復 ②、重大な過失の場合は①	非重篤・永続的 ③ 非重篤・永続的 ③ 非重篤・永続的 ③ 非重篤・永続的 ③ 非重篤・永続的 ③	
死 ③	重篤・永続的 ③ 重篤・濃厚な処置、治療後に回復 ③	非重篤・永続的 ③ 非重篤・永続的 ③ 非重篤・永続的 ③ 非重篤・永続的 ③	

過失あり (医療過誤)

過失なし

予期しなかった  
予期したものを  
上回ったものを  
(合併症・副作用を含む)

予期していた

※ 公表の方法  
 ① 発生後可及的速やかな公表  
 ② 調査後 HP 等により公表  
 ③ 各大学附属病院で定めた基準により判断



医療事故調問題に関する提言(嘉山私案)

厚労省・自民党の医療事故調法案は、患者側・医療側双方の疑心暗鬼を掘り起こし、医療を崩壊させる。

主要な問題点は以下である。

- ・ ペナルティーを伴う医療事故調への届出義務化
- ・ 調査と行政処分・刑事処分が連動。コロナやメディカルイグザミナーを要する医療事故調査機関に法的判断を義務づけている国は、世界で例を見ない。
- ・ 調査委員会が単一の判断を示すことにより、多様な患者の選択、多様な専門家判断が阻害される。結果として厚労省による医療現場の統制となる。

我々は、1) 医療事故等への対策は、まず患者側・医療側の信頼関係を再構築することから始める必要があると考える。また、本来、医療事故等の対策を検討する前に、2) 安全に医療を提供できる体制を整えるべきである。厚労省は、自らの権限拡大と医療費削減を推進するのではなく、安全な医療提供体制の整備のために必要な財源確保の方策を示すべきである。

1) 医療事故等への対策(信頼関係の再構築)

患者側の知りたい事実と、医療者側の知りたい事実は異なる場合が多いため、まず前者への対応が必要となる。医学的・科学的に後者への対応を行うことによって、再発防止へつなげることができる。

1. 患者側と医療側の対話促進

- ・ メディエーションスキルを身につけた専任医療メディエーターが、対話を促進しつつ、患者側の知りたい事実を探りだし、その究明・説明を進める。患者側が医学的事実を知りたい場合は、後述の院内事故調査委員会の内容も活用する。
- ・ 現在、クレーム対応にあたっている看護師等の職員を、専任医療メディエーターとして、各病院に配置する。
- ・ 医療機関の全職員がメディエーションスキルを身につけることが望ましい。できる限り多くの職員のメディエーション研修への参加を促す。
- ・ 専任医療メディエーターの配置、全職員のメディエーション研修に対する財政措置が必要である。

注) メディエーションスキルは、一般的には第三者によるADR(後述)における技法だが、これを日常診療へ応用する。心理学・医学・法学等の知識に基づくトレーニング・プログラムを、早稲田大学法科大学院・和田仁孝教授が開発・実践

している。

## 2. 科学的真相究明と再発防止

- ・ 患者・医療者が真相究明を望む事例を対象とする（ペナルティーを伴う届け出の義務化は医療現場を疑心暗鬼にさせ、医療不信を増大する）。
- ・ 地域単位に相談窓口を設置し、内閣府など厚労省以外が管轄（処分権と調査権の分離）。
- ・ 真相の究明にあたっては、患者・医療者の意向を十分に忖度し、彼らの知りたい事項に重点をおいた調査を行う。調査の主体は、当該病院も含めた地域の専門家ネットワークである。調査のとりまとめは相談受付機関が行うため、厚労省原案のような巨大組織は不要である。
- ・ 医学的・科学的必要性に応じて第三者専門家の意見を求めたり、解剖を行うことが出来るように配慮する。また、患者・家族が納得するまで、専門家の意見を聞けるように配慮する。
- ・ 調査結果は、調査の依頼元である患者・医療者に報告する。患者・医療者が報告書を理解するためのサポートは相談窓口、あるいは相談窓口が仲介して行う。調査結果を受け取った家族が、民事訴訟・刑事告発・行政処分申請をすることを法的に規制することは、現在の我が国の体制下では困難である。
- ・ 調査機関には法的判断の義務は負わない。調査組織は公的機関であるため、構成員は告発義務を有する。構成員の判断で個別の事例を告発することは可能である。
- ・ 院内安全管理委員会（院内事故調とは独立の組織）と協議のうえ、実現可能なシステム変革による再発防止策を検討（再発防止策を実施するのは院内安全管理委員会）
- ・ 相談窓口・臨床医・法医・病理医のマンパワー確保のための財政措置が必要

上記の院内対応を行っても、信頼関係の再構築ができなかった場合に、第三者の介入が必要となる。

## 3. 医師法21条

医療関連死を具状死から除外する。警察への届け出は医師の死亡診断書がない（書けない）事例に限定する。

## 4. 裁判外紛争処理（ADR）（第三者による対話促進）

- ・ メディエーションスキルを身につけた ADR におけるメディエーターが、対話を促進しつつ、患者側の知りたい事実を探りだし、その究明・説明を進める（患者側が医学的事実を知りたい場合は、院内事故調査委員会の内容も活用）
- ・ 患者側のニーズに、第三者による事実の究明が含まれる場合は、院内事故調査委員会の内容を活用しつつ、多様な第三者の専門家の意見を聞くなどして対応する。（院内事故

調査委員会よりも第三者のほうが詳細な事実がわかることはないため、第三者調査機関の設立は必要ない)

- ・ 患者側のニーズに、損害賠償等も含まれる場合は、それにも対応する。
- ・ 法務大臣の認証<sup>1</sup>を受けた民間 ADR に対し、財政上及び税制上の支援が必要。対話によって自律的に解決する道をつくることは、患者の権利を守ることでもある。

## 2) 安全に医療を提供できる体制整備

病院における全職員数は、2003年時点で、英米独伊平均の438.8人に対して、日本は100.8人と、4.4倍の差があり、その格差は増大傾向にある。(OECD2007) このような人手不足の現状において、これ以上、法的規制により医療者の責務を増やしても、欧米並みの医療安全を提供することは不可能である。政府は早急にマンパワー増加のための財源確保の方策を示すべきである。

### 1. 病院職員の定員増（看護師、薬剤師、医療メディエーター、事務職員、看護補助者等）

現状の過酷な労働環境では、患者の安全性は担保されない。十分な睡眠時間を確保して業務に当たる環境整備のため、職員増員、交代勤務制が必要。

### 2. 投薬ダブルチェック体制の確立

医師の指示を、看護師・薬剤師のダブルチェックを経てから患者に投与する。

（例）抗癌剤大量投与による死亡は、医師が指示ミスしたとしても、薬剤部が抗癌剤を出さなければ防げる。

### 3. 医師の交代勤務制導入、労働基準法違反（週40時間労働）

自宅で睡眠中の医師を電話で起こして指示を受ける体制は、患者にとって危険である。夜間は当直医が対応する交代勤務制が必要。

### 4. 看護師教育の充実

看護師・保健師のダブルライセンスとなる4年生大学のカリキュラムの充実。

### 5. 専門業務への専任

患者の医療安全や、勉強した専門性を生かせるやりがい向上のため、認定看護師・専門看護師・医療メディエーター・リスクマネージャー等は、その専門業務に専任させる。

### 6. 准看護師養成廃止

現在の准看護師は10年以内に看護学校へ行き看護師資格を取得するか、看護補助者となる。

### 7. 集約化と患者のアクセス確保

医療機関の集約化によってマンパワーを集中しなければ安全な医療提供は不可能だが、同時に患者のアクセスを担保しなければならない。救急車、救急ヘリコプター増加。病院周辺の宿泊施設の確保・財政支援。