

参 考 資 料 集

- 「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性」(概要・本文)(平成 19 年 3 月 厚生労働省)----- p 1
- 「これまでの議論の整理」(平成 19 年 8 月) ----- p 8
- 「診療行為に関連した死亡の死因究明等の在り方に関する試案－第二次試案－」(イメージ図・本文)(平成 19 年 10 月 厚生労働省)-- p33

【医療紛争について】

- 1. 医事関係訴訟事件の件数及び平均審理期間 ----- p42
- 2. 民事訴訟の件数の推移 ----- p43
- 3. 医事関係訴訟事件の新受件数 ----- p44
- 4. 医療事故関係届出等の年別立件送致・送付数 ----- p45
- 5. 医事関係訴訟の年次推移(民事) ----- p46
- 6. 医療に関する安全についての不安の状況(平成 17 年受療行動調査より) ----- p47

【死因の調査について】

- 7. 医療事故被害者の願い ----- p49
- 8. 日本医学会加盟の主な 19 学会の共同声明(平成 16 年 9 月 30 日)----- p51
- 9. 日本学術会議の見解と提言(要旨)(平成 17 年 6 月 23 日)----- p53
- 10. 医療安全対策検討会議報告書(平成 17 年 6 月) ----- p56
- 11. 衆議院厚生労働委員会・参議院厚生労働委員会の決議 ----- p57
- 12. 医療以外の分野における原因究明等を行う仕組み(例) ----- p58
- 13. 航空・鉄道事故調査委員会の概要 ----- p60
- 14. 航空・鉄道事故調査における調査の流れ ----- p64
- 15. 航空・鉄道事故調査における調査の流れ(警察との関係)(例) ----- p65
- 16. 監察医制度の概要について ----- p66
- 17. 病理医数等について ----- p67
- 18. 法医解剖に関わる医師数等 ----- p68
- 19. 医療機関内における事故報告等について ----- p69
- 20. 医療事故調査において院外の専門家等が関わっている例について ---- p71

【届出について】

21. 医師法 21 条	p89
22. 異状死届出と検案・解剖等の関係について	p90
23. 医師法 21 条に関する各種声明等（抜粋）	p91
24. 医療事故情報等事業概要	p99
25. 医療事故情報収集等事業における報告を求める事例の範囲及びその具体例	p100
26. 医療事故報告の件数	p101

【モデル事業について】

27. 診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業（概要）	p102
28. 診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業の標準的な流れ（図・本文）	p103
29. モデル事業事例調査の流れ（図）	p110
30. 現在の受付事例数とその状況等	p111
31. 評価結果の概要（例）	p117
32. 受付から要した時間経過について	p122
33. 各地域の現状	p123
34. 関係学会から登録されている協力医の状況について	p124
35. 各学会からのモデル事業への参加状況	p125

【行政処分について】

36. 医療従事者の資質の向上（医師法等）	p126
37. 医療従事者の処分件数（医師、薬剤師、保健師・助産師・看護師）	p127

【民事紛争の解決等について】

38. 医療安全支援センターについて	p130
39. 裁判外紛争処理（ADR）について	p134
40. 我が国の ADR 機関の概要	p139
41. 裁判外紛争解決手続の利用の促進に関する法律（ADR 法）の概要	p152
42. 金融トラブル連絡調整協議会について	p154

「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する 課題と検討の方向性」の概要

平成19年3月
厚生労働省

1. 策定の背景

- ① 医療は安全・安心であることが期待される一方で、診療行為には一定の危険性が伴う。
- ② 医療事故が発生した際に、死因の調査や臨床経過の評価・分析、再発防止策の検討等を行う専門的な機関が存在せず、結果として民事手続きや刑事手続きに期待されるようになっているのが現状である。
- ③ 患者にとって安全・安心な医療の確保や不幸な事例の再発防止等に資するため、以下の通り提案する。

2. 診療関連死の死因究明を行う組織について

- ① 組織のあり方
調査組織には、中立性・公正性、専門性、調査権限、秘密の保持等が求められるため、行政機関又は行政機関の中に置かれる委員会を中心に検討する。
- ② 組織の設置単位
{ 全国単位・地方ブロック単位 / 都道府県単位 } が考えられる。
- ③ 調査組織の構成
解剖担当医、臨床医、法律家等の専門家より構成される調査・評価委員会及び事務局から構成されることが基本になると考えられる。

3. 診療関連死の届出制度のあり方について

- ① 届出先
{ 国又は都道府県 / 調査組織 } が考えられる。
- ② 届出対象
医療事故情報収集等事業の実績も踏まえて検討する。
- ③ 医師法21条による異状死の届出制度との関係
本制度による届出制度との関係を整理する必要がある。

4. 調査組織における調査のあり方について

- ① 調査の手順は、「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」の実績を踏まえ、検討する。
- ② 調査のあり方の具体化にあたっての論点
 - (1) 死亡に至らない事例を届出及び調査の対象とするか否か
 - (2) 遺族からの申出による調査開始の可否や遺族の範囲をどう考えるか
 - (3) 解剖の必要性の判断基準をどうするか 他

5. 再発防止のための更なる取組

調査報告書を踏まえた再発防止のための対応として、例えば以下のようなものが考えられる。

- (1) 再発防止策等の集積と還元
- (2) 当該医療機関における再発防止策等の実施について行政機関による指導等

6. 行政処分、民事紛争及び刑事手続きとの関係

また、併せて、以下の点についても検討していく。

- (1) 調査組織の調査結果報告書において、医療従事者の過失責任の可能性等が指摘されている場合の行政処分の判断
- (2) 民事紛争の解決の仕組み
- (3) 調査結果と刑事手続きとの関係

**診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する
課題と検討の方向性**

**平成 19 年 3 月
厚生労働省**

1 策定の背景

(1) 患者・家族にとって医療は安全・安心であることが期待されるため、医療従事者には、その期待に応えるよう、最大限の努力を講じることが求められる。一方で、診療行為には、一定の危険性が伴うものであり、場合によっては、死亡等の不幸な帰結につながる場合があり得る。

また、医療では、診療の内容に関わらず、患者と医療従事者との意思疎通が不十分であることや認識の違いによる不信感により、紛争が生じることもある。

(2) しかしながら、現在、診療行為に関連した死亡（以下「診療関連死」という。）等についての死因の調査や臨床経過の評価・分析等については、これまで、制度の構築等行政における対応が必ずしも十分ではなく、結果として民事手続や刑事手続に期待されるようになってきているのが現状である。また、このような状況に至った要因の一つとして、死因の調査や臨床経過の評価・分析、再発防止策の検討等を行う専門的な機関が設けられていないことが指摘されている。

(3) これを踏まえ、患者にとって納得のいく安全・安心な医療の確保や不幸な事例の発生予防・再発防止等に資する観点から、今般、診療関連死の死因究明の仕組みやその届出のあり方等について、以下の通り課題と検討の方向性を提示する。

今後、これをたたき台として、診療関連死の死因究明等のあり方について、広く国民的な議論をいただきたい。

2 診療関連死の死因究明を行う組織について

(1) 組織のあり方について

① 診療関連死の臨床経過や死因究明を担当する組織（以下「調査組織」という。）には、中立性・公正性や、臨床・解剖等に関する高度な専門性に加え、事故調査に関する調査権限、その際の秘密の保持等が求められる。こうした特性を考慮し、調査組織のあり方については、行政機関又は行政機関の中に置かれる委員会を中心に検討する。

② なお、監察医制度等の現行の死因究明のための機構や制度との関係を整理する必要がある。

(2) 組織の設置単位について

① 調査組織の設置単位としては、以下のものが考えられる。

ア 医療従事者に対する処分権限が国にあることに着目した全国単位又は
地方ブロック単位の組織

イ 医療機関に対する指導等を担当するのが都道府県であることや、診療関
連死の発生時の迅速な対応に着目した都道府県単位の組織

② なお、都道府県やブロック単位で調査組織を設ける場合、調査組織に対す
る支援や、調査結果の集積・還元等を行うための中央機関の設置も併せて検
討する必要がある。

(3) 調査組織の構成について

① 調査組織には、高度の専門性が求められる一方で、調査の実務も担当する
こととなると考えられる。このため、調査組織は、

ア 調査結果の評価を行う解剖担当医（例えば病理医や法医）や臨床医、法
律家等の専門家により構成される調査・評価委員会（仮称）

イ 委員会の指示の下で実務を担う事務局
から構成されることが基本になると考えられる。

② また、併せて、こうした実務を担うための人材育成のあり方についても検
討する必要がある。

3 診療関連死の届出制度のあり方について

(1) 現状では、医療法に基づく医療事故情報収集等事業以外には、診療関連死の
届出制度は設けられておらず、当事者以外の第三者が診療関連死の発生を把握
することは困難となっている。このため、診療関連死に関する死因究明の仕組
みを設けるためには、その届出の制度を併せて検討していく必要がある。今後、
届出先や、届出対象となる診療関連死の範囲、医師法第21条の異状死の届出
との関係等の具体化を図る必要がある。

(2) 届出先としては、例えば以下のようなものが考えられる。

ア 国又は都道府県が届出を受け付け、調査組織に調査をさせる仕組み

イ 調査組織が自ら届出を受け付け、調査を行う仕組み

(3) 届出対象となる診療関連死の範囲については、現在、医療事故情報収集等事業において、特定機能病院等に対して一定の範囲で医療事故等の発生の報告を求めているところであり、この実績も踏まえて検討する。

(4) 本制度による届出制度と医師法21条による異状死の届出制度との関係を整理する必要がある。

4 調査組織における調査のあり方について

(1) 調査組織における調査の手順としては、「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」の実績も踏まえ、例えば以下のものが考えられる。

- ① 死因調査のため、必要に応じ、解剖、CT等の画像検査、尿・血液検査等を実施
- ② 診療録の調査、関係者への聞き取り調査等を行い、臨床経過及び死因等を調査
- ③ 解剖報告書、臨床経過等の調査結果等を調査・評価委員会において評価・検討（評価等を行う項目としては、死因、死亡等に至る臨床経過、診療行為の内容や再発防止策等が考えられる）
- ④ 評価・検討結果を踏まえた調査報告書の作成
- ⑤ 調査報告書の当事者への交付及び個人情報等を削除した形での公表等

(2) なお、今後の調査のあり方の具体化に当たっては、例えば以下のような詳細な論点についても、検討していく必要がある。

- ① 死亡に至らない事例を届出及び調査の対象とするか否か
- ② 遺族等からの申出による調査開始の可否や遺族の範囲をどう考えるか
- ③ 解剖の必要性の判断基準、解剖の執刀医や解剖に立ち会う者の選定の条件、臨床経過を確認するため担当医の解剖への立会いの是非
- ④ 電話受付から、解剖実施の判断、解剖担当医の派遣調整等を迅速に行うための仕組み
- ⑤ 事故の可能性がないことが判明した場合などの調査の終了の基準
- ⑥ 院内の事故調査委員会等との関係と一定規模以上の病院等に対する院内事故調査委員会等の設置の義務付けの可否

⑦ 調査過程及び調査報告における遺族等に対する配慮

5 再発防止のための更なる取組

調査組織の目的は、診療関連死の死因究明や再発防止策の提言となるため、調査報告書の交付等の時点でその任務は完了するが、調査報告書を踏まえた再発防止のための対応として、例えば以下のものが考えられ、その具体化の為には更なる検討が必要である。

- ① 調査報告書を通じて得られた診療関連死に関する知見や再発防止策等の集積と還元
- ② 調査報告書に記載された再発防止策等の医療機関における実施について、行政機関等による指導等

6 行政処分、民事紛争及び刑事手続との関係

また、併せて、以下の点についても検討していく。

- ① 調査組織の調査報告書において医療従事者の過失責任の可能性等が指摘されている場合の国による迅速な行政処分との関係
- ② 調査報告書の活用や当事者間の対話の促進等による、当事者間や第三者を介した形での民事紛争（裁判を含む）の解決の仕組み
- ③ 刑事訴追の可能性がある場合における調査結果の取扱い等、刑事手続との関係（航空・鉄道事故調査委員会と捜査機関との関係も参考になる）

診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会

これまでの議論の整理

- 「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と方向性」に沿って—

平成19年8月

はじめに

診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方については、平成18年の医療制度改革に関する国会審議において、第三者による調査、紛争解決の仕組み等の検討が必要であるとの決議があった。これを受け厚生労働省では、法務省・警察庁とも協議の上、平成19年3月「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性」（以下「試案」という。）を公表した。

さらに、平成19年4月、厚生労働省に「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」（以下「検討会」という。）を設置し、試案をたたき台として、試案に対するパブリックコメントや検討会における有識者ヒアリングでの意見も参考にしつつ、これまで計7回にわたり議論を行ってきたところである。この度、これまでの主な議論の整理を試案の各論点に沿って行った。

なお、本整理は、これまでの検討会での議論において、どのような意見があったか、また現段階で意見の相違が見られた部分は何か等を示すために整理したものである。したがって、未だ結論に至っているものではなく、今後も更なる検討が必要である。（以下、囲み内に試案、その下に検討会での各委員の意見を記載している。）

1 策定の背景

(1) 患者・家族にとって医療は安全・安心であることが期待されるため、医療従事者には、その期待に応えるよう、最大限の努力を講じることが求められる。一方で、診療行為には、一定の危険性が伴うものであり、場合によっては、死亡等の不幸な帰結につながる場合があり得る。

また、医療では、診療の内容に関わらず、患者と医療従事者との意思疎通が不十分であることや認識の違いによる不信感により、紛争が生じることもある。

(2) しかしながら、現在、診療行為に関連した死亡（以下「診療関連死」という。）等についての死因の調査や臨床経過の評価・分析等については、これまで、制度の構築等行政における対応が必ずしも十分ではなく、結果として民事手続や刑事手続に期待されるようになってきているのが現状である。また、このような状況に至った要因の一つとして、死因の調査や臨床経過の評価・分析、再発防止策の検討等を行う専門的な機関が設けられていないことが指摘されている。

(3) これを踏まえ、患者にとって納得のいく安全・安心な医療の確保や不幸な事例の発生予防・再発防止等に資する観点から、今般、診療関連死の死因究明の仕組みやその届出のあり方等について、以下の通り課題と検討の方向性を提示する。

今後、これをたたき台として、診療関連死の死因究明等のあり方について、広く国民的な議論をいただきたい。

【共通の願いとしての医療安全】

- a) 医療とは、患者・家族と医療従事者が協力して共同で行う病との闘いである。したがって、医療が安全・安心で良質なものであるとともに納得のいくものであることは、医療に関わる全ての人の共通の願いである。特に患者の治癒力こそ、病との闘いの原動力であり、患者はそのことに自信と責任を持ち、医療に主体的に取り組まなければならない。また、医療従事者は患者が医療の主体であることを理解し、常に患者との信頼関係を維持しながら十分な説明を行い、患者のためのより良い医療を実践しなければならない。
- b) 患者は、医療が安全・安心であることに加えて、「納得」のいくものであることを望んでおり、そのためには、医療従事者は十分な説明を行う必要がある。

- c) 医療事故の被害者の願いである、反省・謝罪、責任の追及、被害者の救済、再発防止の全てのベースになるものが真相究明である。

【医療界の在り方】

- a) 我が国の医療は、上下の風通しが悪く、自由活発な議論ができない風潮があり、事故を隠蔽する、患者に説明しない、謝らないという傾向があった。国民の信頼を得られる調査組織を創設するためには、医療界は従来の傾向・風潮を認めた上で、それを打破していく必要がある。
- b) 良識ある医療従事者によって担われる自浄作用と、市民に開かれたプロフェッショナルリズムの形成に向けて、医療従事者の主体的な参加が必要である。

【国民と医療従事者の医療に対する認識の齟齬】

- a) 医学の進歩に伴い不確実性も大きくなる中で、国民は、最先端の水準の医療と確実かつ最善の結果を期待している。こうした国民の医療の現状に対する認識が、医療紛争の根底にはあるのではないか。患者が自分の受けた医療について最善の結果を求めることは当然であるが、現実との折り合いをどうつけていくかが問題である。
- b) 医療事故が発生した際に、医学的知識を持ち合わせていない遺族が、診療行為に対する疑問や不信感を持つのは当然だと理解することから始める必要がある。医療事故の後、遺族はすぐには最愛の家族の死を受け止めることができない。次に医療についての疑問や不信感が湧いてきて、真相を知りたいと思う。再発防止を願うのは時間が経ってからである。

【現行の司法制度の限界】

- a) 遺族が死因究明を望んでいても、司法解剖においては、遺族や医療機関側に鑑定結果をスムーズに開示できず、裁判となると時間もかかる。遺族にとってはそこが非常に納得のいかない部分である。
- b) 裁判所は当事者の責任の量を検討し、相当な刑罰を定めるために必要な限度においてのみ、その職務環境や上司の指導監督の適否等を判断すべきものであり、当事者の責任とは離れて、医療過誤を引き起こした実質的原因を解明することは、裁判所に与えられた権限を越えるものである、という主旨の判決（大阪高判平成16年7月7日）もあるように、刑事訴訟による真相究明は必ずしも再発防止につながるものではない。
- c) 民事訴訟についても、本来の目的は、当事者間の権利義務関係を法的な立場から確定することにある。それに付随して死因究明等がなされることはあるが、制度

の本来的な限界があり、被害者の望みや思いを訴訟の中でどれだけ拾うことができるかは疑問である。訴訟制度で遺族の望む死因究明や医療紛争等を解決することには限界がある。

- d) 裁判による医療紛争処理には多くの問題があり、患者側も医療側も納得をしていないという現状がある。双方の納得を得て、国民の社会制度への信頼を取り戻すことが、現在の医療崩壊を食い止めるのに何よりも重要ではないか。

2 診療関連死の死因究明を行う組織について

(1) 組織のあり方について

- ① 診療関連死の臨床経過や死因究明を担当する組織（以下「調査組織」という。）には、中立性・公正性や、臨床・解剖等に関する高度な専門性に加え、事故調査に関する調査権限、その際の秘密の保持等が求められる。こうした特性を考慮し、調査組織のあり方については、行政機関又は行政機関の中に置かれる委員会を中心に検討する。
- ② なお、監察医制度等の現行の死因究明のための機構や制度との関係を整理する必要がある。

【中立性・公平性等】

- a) 国民・遺族と医療従事者、更には司法・行政機関の立場から見て、中立性・公平性が明らかで、信頼のおける組織にしていくことが肝要である。
- b) 調査結果に対する信頼性の確保のためには、調査が中立的かつ厳正に行われることが必要不可欠であり、それを実現することができる体制が必要である。
- c) この点が確保されていなければ、遺族に不満が残り、結果として、従前どおり医療従事者の刑事処分が求められ、調査組織の機能が十分果たされないということになりかねない。
- d) どこまでの事実がどういう手続で誰が関与してその解明が進められるのかというプロセスの開示、更には情報提供の促進や専門家と国民、患者と医療従事者の対話の促進が図られるような調査組織であることが望ましい。

【調査組織の目的】

- a) 真相究明を目的とし、ひいてはそれが再発防止につながっていくという位置付けが必要である。
- b) 調査組織の目的は、真相究明をした上で同じ事故の再発防止を図ることにある。一つの重大な医療事故を他山の石として、再発防止のシステムを作り上げる必要がある。
- c) 調査組織を設置して、医療従事者が自らの手で医療事故の真相究明を行うということは、患者側の真相を知りたいという要求に応えるものであり、両者間の信頼回復にも有用である。
- d) 真相究明は極めて多義的なものであり、その言葉が意味するものとして、以下の3点が考えられる。

- ① 純粋に医学的な観点からの死因究明
 - ② 医療事故の発生に至った根本原因の分析（例えば、当該医療機関の人員配置等のシステム上の問題等）
 - ③ インフォームドコンセントをはじめとした患者・遺族と医療従事者とのコミュニケーション等についての評価
- e) また、真相究明の後には、その結果が、遺族への説明、再発防止、更には行政処分、刑事・民事手続等に活用されることが考えられ、その活用の仕方によっても真相究明の在り方は変わってくるのではないかと。
 - f) 医学的な事実関係を明らかにすることが肝要であり、まずは純粋に医学的な観点からの死因究明（上記d①）を行うことが重要である。
 - g) 純粋に医学的な観点からの死因究明（d①）のみを目的とするのではなく、再発防止を視野に入れ、要因分析をした上で、根本原因に遡った提言（d②）ができる組織とし、医療安全に大きな役割を果たすべきである。
 - h) 純粋に医学的な観点からの死因究明等（d①②）に加えて、インフォームドコンセントをはじめとした患者・遺族と医療従事者とのコミュニケーション等についての評価（d③）を行うことも考えられるが、モデル事業等でも十分な実績がなく、慎重に検討していくべきではないかと。
 - i) 調査組織において、行政処分や紛争解決等の一連のことを全て行うのはスペクトルが広すぎるのではないかと。
 - j) 調査が真相究明を目的とするものであったとしても、調査結果については、行政処分、民事・刑事訴訟に活用されることを否定すべきではない。

【調査組織の法的位置付け】

- a) ある程度強制力のある調査機能を有した組織とし、行政機関内に設置することが望ましい。
- b) 調査組織においては、人員及び予算の十分な確保を行うとともに、法的根拠に基づいて、専門的な調査を行うことのできる体制を確保する必要がある。
- c) 今回考えようとしている制度は、できるだけ柔軟に変更可能なものであることが望ましい。

【調査組織の創設に当たって】

- a) 航空・鉄道事故調査委員会や食品安全委員会等の例も参考にしながら、どのような組織をどこに創設し、その地方組織との関係をどうするか等について整理する必要があるのではないかと。

(2) 組織の設置単位について

- ① 調査組織の設置単位としては、以下のものが考えられる。
 - ア 医療従事者に対する処分権限が国にあることに着目した全国単位又は地方ブロック単位の組織
 - イ 医療機関に対する指導等を担当するのが都道府県であることや、診療関連死の発生時の迅速な対応に着目した都道府県単位の組織
- ② なお、都道府県やブロック単位で調査組織を設ける場合、調査組織に対する支援や、調査結果の集積・還元等を行うための中央機関の設置も併せて検討する必要がある。

- a) 全国的に統一した方針・方法の下に調査を行うべく、調査組織は全国単位としてはどうか。
- b) 調査に当たっては、迅速性・機動性を確保する必要があるが、各都道府県に支部を置くことは県単位の人口差が大きく非効率であるため、全国に八つの支部を置いてはどうか。
- c) 調査組織の中央組織として、事例収集・分析センターを設け、事例を類型化し、積極的な再発防止策を提言し、一般に公開する。
- d) さらに、医療従事者等を対象とした診療関連死の調査・評価に関する研修や教育プログラムを開発・提案する機能を持たせる必要がある。

(3) 調査組織の構成について

- ① 調査組織には、高度の専門性が求められる一方で、調査の実務も担当することとなると考えられる。このため、調査組織は、
 - ア 調査結果の評価を行う解剖担当医（例えば病理医や法医）や臨床医、法律家等の専門家により構成される調査・評価委員会（仮称）
 - イ 委員会の指示の下で実務を担う事務局から構成されることが基本になると考えられる。
- ② また、併せて、こうした実務を担うための人材育成のあり方についても検討する必要がある。

【調査組織を構成する人材】

- a) 医療従事者と遺族をつないでいくという面で、看護師が大きな役割を果たせるのではないかと。調査組織における看護師の役割を明確にしていく必要があるのでは

ないか。

- b) 医療従事者以外の者が調査・評価委員会に参加することは、専門的な話は分からなくとも、議論の監視役として必要である。また、専門用語について質問することで、遺族にとって分かりやすい報告書をまとめる上での役割を果たせるのではないか。
- c) 調査・評価委員会に、第三者として医療従事者以外の法律家等が加わることも必要であるが、まずは、医療従事者の世界において、互いに公正な調査・評価を行うという倫理規範が確立されることが重要である。それが実現されなければ、遺族の納得が得られないのではないか。
- d) 死因究明を行うには解剖だけではなく、関係者からの聞き取りやカルテの精査等が不可欠であり、十分なスタッフが必要である。

【遺族の参加】

- a) 遺族の参加については、以下の三つの場面が考えられる。
 - ① 調査・評価過程
 - ② 調査・評価委員会
 - ③ 調査組織の運営
- b) 調査・評価過程（上記 a ①）においては、聞き取り調査や質問等の形での参加を遺族に保障しておく必要がある。また、調査・評価の進捗状況等を遺族に伝えるとともに、遺族の思いを受け止め、調査組織と共有する役割を担う者が必要である。
- c) 調査・評価委員会（a ②）に遺族が参加することにより、十分な議論がしにくい状況が生まれることが考えられる。また、当事者が評価に加わることにより、その評価は、客観性・公正性を欠いたものとなりかねない。そのため、調査・評価委員会に当事者たる遺族が参加することは望ましくない。
- d) 当事者たる遺族が参加しなくとも、例えば、遺族が信頼のおける第三者や、遺族の気持ちを十分汲み取ることができる立場の者が、調査・評価委員会に参加することで、遺族の納得や理解が得られるのではないか。
- e) 遺族が調査・評価委員会に参加したいと望む背景には、「調査組織は果たして信頼できるものなのか」という疑念がある。中立性・公正性が確保された信頼できる調査組織であれば、遺族は自ら参加しなくてもよいと思えるのではないか。
- f) 遺族の立場を代弁する者等の調査組織の運営（a ③）への参加・関与の在り方も検討すべきではないか。

【人材確保】

- a) 人材の充足したモデル事業実施地域と同様の体制での実施が可能か否かについての検討が必要である。また、現行のモデル事業における評価委員会より人数を絞った評価体制についても検討していく必要があるのではないかと。
- b) 調査組織において、いつ発生するか分からない事例に常時対応し、調査・評価を行うためには、専任で業務を担当する医療従事者の確保が必要である。その確保に当たっては、現場の医療従事者が調査組織専任を何年か経験して、また医療機関へ戻るといったローテーションの仕組みも考えられる。
- c) 調査・評価委員会における評価の標準化を行うためには、核（調整役）となるような専任の医療従事者が必ず入ることが望ましいが、他のメンバーは現場の専門家を招聘するという形でもよいのではないかと。
- d) 専任及び各事例毎の評価を担当する医療従事者の確保に当たっては、関係学会・病院団体その他の職能団体等の幅広い協力が不可欠である。
- e) 調査に当たっては、人材や財政基盤が大事な要素であるが、これらは、調査件数の予測がどの程度になるかによって大きく左右される問題である。

【人材育成】

- a) 調査組織においては、解剖担当医である病理医・法医学関係者の協力は不可欠であり、その役割について、社会的に高い評価が与えられる必要があるのではないかと。
- b) 制度を維持するためには、人材育成が急務であり、そのための支援策が重要である。特に法医・病理医の数を増やすに当たっては、各学会の努力のみでは限界があり、へき地医師確保対策と同様の措置を執る等、政策的な誘導が必要なのではないかと。
- c) 評価を行う医療従事者の育成も重要である。
- d) 医療事故発生後、調査組織により科学的な調査が実施されていく一方で、遺族は、その結果を待ちながら多大な不安や不信感を抱いている。調査の進行状況等を遺族に伝えるとともに、遺族の感情を受け止め、それを調査組織や更には医療機関と共有していく役割を担う者が必要であり、その育成も重要である。

3 診療関連死の届出制度のあり方について

- (1) 現状では、医療法に基づく医療事故情報収集等事業以外には、診療関連死の届出制度は設けられておらず、当事者以外の第三者が診療関連死の発生を把握することは困難となっている。このため、診療関連死に関する死因究明の仕組みを設けるためには、その届出の制度を併せて検討していく必要がある。今後、届出先や、届出対象となる診療関連死の範囲、医師法第21条の異状死の届出との関係等の具体化を図る必要がある。
- (2) 届出先としては、例えば以下のようなものが考えられる。
- ア 国又は都道府県が届出を受け付け、調査組織に調査をさせる仕組み
 - イ 調査組織が自ら届出を受け付け、調査を行う仕組み
- (3) 届出対象となる診療関連死の範囲については、現在、医療事故情報収集等事業において、特定機能病院等に対して一定の範囲で医療事故等の発生の報告を求めているところであり、この実績も踏まえて検討する。
- (4) 本制度による届出制度と医師法21条による異状死の届出制度との関係を整理する必要がある。

【届出先】

- a) 届出先としては、警察ではなく、医療を担当している厚生労働関係のところが望ましい。
- b) 調査組織へ直接届け出ることが望ましい。
- c) 医療に関連する異状死の届出先としては、保健所が提案されている。

【届出の義務化】

- a) 正確な調査を行うためには、まず正確な届出が必要であり、届出を義務化することが必要なのではないか。
- b) 調査組織が国民に信頼される公平・公正なものであるためには、確実に届出がなされることを担保しておく必要がある。
- c) 必ずしも届出を義務付けるのではなく、原則届出が行われるようにしてはどうか。
- d) 現在の診療関連死に関する届出の状況を踏まえると、届出対象となる診療関連死の範囲を明確にしないまま義務化することには問題があるのではないか。
- e) 現在の医療事故情報収集等事業における医療事故等の報告範囲を踏まえて、届出対象となる診療関連死の範囲について検討してはどうか。
- f) 届出を怠った場合にはペナルティを科すべきではないか。

g) 刑罰に相当するようなペナルティを科すことは望ましくないのではないか。

【医師法21条】

- a) 医師法21条を改正し、診療関連死に限っては調査組織に届けることとしてはどうか。
- b) 医師法21条から診療関連死を除外すると、過去に刑事処分の対象となったような事例まで抜け落ちてしまい、適当ではない。医師法21条の改正が先行するということではないだろう。まず調査組織設立の前提として医療事故の届出制度を整備した上で、医師法21条をどうするかについて検討するのが妥当ではないか。届出制度がきちんと機能すれば、届出先が警察でなくてもよいのではないかということが、国民の中でも説得力を持って受け入れられる可能性がある。また、医師法21条を改正しなくとも、実際に活用される場面は少なくなると思われ、実質的には問題はなくなるのではないか。法律は、あらゆる社会事象を対象にしているがゆえに抽象的であるため、それを正しく運用する工夫が必要である。

【届出に係る警察との関係】

- a) 警察としては、調査組織を作ることに賛成である。医療事故にきちんと対応するためには、やはり専門知識が必要であり、警察官がその知識を持ち合わせているかというところではない。しかし、明らかに刑事事件としての追及が必要である事例については、調査組織経由ではなく、医師法21条に基づき警察へ届け出るとともに、警察における証拠保全、捜査が必要と考える。
- b) 「明らかな過失」が認められる事例が刑事司法の対象になっているという前提で考えれば、そういったものに関してまで、調査組織が解剖をし、死因調査まで全部終了しなければ警察が捜査できないとなると、遺族側から非常に大きな反発が出てくるのではないか。
- c) 全ての事例について調査組織を介すことについては議論が必要である。何が「明らかな過失」かというのは、判例を参考にすれば、運用は自ずと皆が納得いくものになるのではないか。
- d) 専門家による議論が必要な事例に関しては、調査組織に届け出て、そこで振り分けを行い、刑事事件としての追及が必要である事例については、調査組織から警察に届けてもらうという形がよいのではないか。
- e) 「明らかな過失」とはどのようなものかというガイドラインができれば、少なくとも調査組織を通して「明らかな過失」と認定されたものが警察に行く、という手順を運用としてある程度固めることができるのではないか。それを法文化する、

しないということよりも、基準ができて運用されることの方が重要ではないか。

- f) 診療関連死については、専門的な調査・評価を行う必要性が極めて高く、犯罪の取扱いを主たる業務とする警察・検察機関ではなく、調査組織において、まず届出を受け、調査が開始されることが望ましい。
- g) 誤投薬等のミスは、死亡との因果関係が必ずしも明らかではなく、「明らかな過失」とは何かについては、その例を挙げるのも容易ではない。
- h) 刑事事件になって、警察が捜査に入った場合、医療事故の原因を専門的に調査して真相を究明し、それを再発防止につなげるということは難しいのではないかと。再発防止を重視すると、調査組織が自ら調査をすることが望ましい。
- i) 例えば、誤って薬を投与した、患者を取り間違えた等、誰が考えても明らかな診療行為の問題があった場合でも、臨床的な行為の検討が重要であり、警察に届け出て司法解剖するというのは適切ではなく、調査組織による調査・評価が終了した後それを踏まえて警察に届ける方がよいのではないかと。

【証拠保全】

- a) 透明性の原点は適切な証拠保全が図られているということにある。
- b) 証拠保全が図られないまま、紛争が拡大した後に初めて刑事司法の場に原因究明が委ねられるというようなことになれば、証拠の散逸により原因究明が困難となる。このような問題が生じないようにするためには、医療事故が発生した直後の段階において、証拠保全が実現されるような仕組みにしなければならない。
- c) 診療関連死は、殺人等の犯罪と違い、現場や指紋というような証拠保全よりも、臨床的な評価の方が重要であり、警察が調査組織に求めているような犯人捜しという観点からの証拠保全は、医療事故の際の証拠保全とは異なる。医療事故の証拠保全は調査組織が行ってもよいのではないかと。
- d) 証拠保全の観点からは、事故発生から時間をおくのは望ましくない。調査組織が24時間365日対応できる体制にないなら、証拠保全が必要な事例については、早急に直接警察に届出を行うことが望ましい。

4 調査組織における調査のあり方について

(1) 調査組織における調査の手順としては、「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」の実績も踏まえ、例えば以下のものが考えられる。

- ① 死因調査のため、必要に応じ、解剖、CT等の画像検査、尿・血液検査等を実施
- ② 診療録の調査、関係者への聞き取り調査等を行い、臨床経過及び死因等を調査
- ③ 解剖報告書、臨床経過等の調査結果等を調査・評価委員会において評価・検討（評価等を行う項目としては、死因、死亡等に至る臨床経過、診療行為の内容や再発防止策等が考えられる）
- ④ 評価・検討結果を踏まえた調査報告書の作成
- ⑤ 調査報告書の当事者への交付及び個人情報等を削除した形での公表等

【解剖の重要性】

- a) 診療関連死問題の背景には、高度な医療が行われる時代に生まれた医療不信がある。これは同時に、病死における病理解剖の減少という形でも現れている。医療不信という氷山を溶かすには、診療関連死の問題に取り組むと同時に、病理解剖・CPC（Clinicopathological Conference）等を充実させることも重要であり、こうした点での政策的な誘導も必要であると考えられる。
- b) 診療関連死においては、解剖だけで死因が解明できるかという点、必ずしもそうではない。解剖所見を基盤にして標準的な基準に従って臨床評価をすることが重要である。
- c) より正確な調査・評価を確保するためには、原則として全事例について解剖を実施することが望ましい。しかし我が国の文化的背景を考慮すると、遺族の意思を尊重し、承諾を得て解剖を行うという、現在のモデル事業におけるスタイルが基本となるのではないかと考えられる。
- d) また、遺族の心情として解剖を受け入れ難い場合があることを十分に理解し、調査に当たっては、解剖の意義を十分に説明することが必要である。

【その他の検査等の必要性】

- a) 死因調査のためには、解剖やCT、尿・血液等の検査や検査室、あるいは薬毒物等の検出機器類が必須である。
- b) 患者同意の上で手術の過程をビデオで撮影し、それを調査組織で活用する仕組み

も考えられるが、具体的な方策については、慎重な検討が必要である。

【診療録の調査等】

- a) 調査組織は法律によって調査権を持ち、事故が起きた医療機関に出向く等、当該医療機関と一体となって事故の経過、原因分析等の調査をし、再発防止策を立てることが望ましい。
- b) 死因究明を行うには解剖だけではなく、関係者からの聞き取りやカルテの精査等が不可欠である。

【評価・検討】

- a) 診療関連死については、個々の医療従事者の診療行為だけではなく、背景要因を含めた様々な視点からの評価をすることが重要である。
- b) 純粹に医学的な観点からの死因究明だけではなく、根本原因に遡った調査・評価が重要である。例えば、当該医療機関における人員配置等のシステム上の問題、更には制度上の問題等についての検討が必要な場合もある。
- c) 診療関連死においては、解剖だけで死因が解明できるかという点、必ずしもそうではない。解剖所見を基盤にして標準的な基準に従って臨床評価をすることが重要である。
- d) 現行のモデル事業では、事例ごとに様々な領域の専門家に評価を依頼しているため、評価経験のある者が継続して評価委員会に参加しているとは限らない。そのため、評価の基準が、きっちり定まるところまでには達していない。全国全ての地域において継続して適切な評価を行うためには、評価視点・判断基準についての指針を作成するとともに、評価に携わる者は研修等を受講することが必要なのではないか。

【調査報告書の作成】

- a) 専門家の作成した調査報告書は、医療の専門家ではない遺族には理解が困難であることも予想される。真相を知りたいという遺族の要望に応えるためには、調査報告書について十分理解してもらえるような何らかの工夫が必要なのではないか。
- b) 診療行為の評価を行う際には、事案発生時点において診療行為が適切であったか否かという評価と、再発防止に向けて臨床経過を振り返って全ての可能性を洗い出して評価する方法の2通りがある。後者は、当該医療機関のレベルで事案発生時点においてその診療行為が適切であったかという過失責任追及の視点による評価とは異なっていると考えられる。再発防止策の提言の中には、当該事案発生時の状況においては実施困難であったと思われる策も含まれるため、将来、調査報

告書が過失責任の追及に使用される可能性を考慮すると、両者を明確に区別する必要があるのではないか。

【調査報告書の交付・公表】

- a) 具体化した教訓を共有化するという点で、調査報告書はもちろんだが、医療情報等を公開して、これを活用していくことも必要なのではないか。当該医療機関以外の医療機関への情報伝達による医療安全の向上等に向けて、どのような経路で役立てるかについての検討が必要である。
- b) 調査結果については、遺族に調査組織からの十分な説明が行われることが必要である。それなくしては、不満を持った患者側が、かえって司法制度に訴える例を増加させることになりかねない。

(2) なお、今後の調査のあり方の具体化に当たっては、例えば以下のような詳細な論点についても、検討していく必要がある。

- ① 死亡に至らない事例を届出及び調査の対象とするか否か
- ② 遺族等からの申出による調査開始の可否や遺族の範囲をどう考えるか
- ③ 解剖の必要性の判断基準、解剖の執刀医や解剖に立ち会う者の選定の条件、臨床経過を確認するため担当医の解剖への立会いの是非
- ④ 電話受付から、解剖実施の判断、解剖担当医の派遣調整等を迅速に行うための仕組み
- ⑤ 事故の可能性がないことが判明した場合などの調査の終了の基準
- ⑥ 院内の事故調査委員会等との関係と一定規模以上の病院等に対する院内事故調査委員会等の設置の義務付けの可否
- ⑦ 調査過程及び調査報告における遺族等に対する配慮

【調査の対象事例】

- a) 調査対象は、死亡事例だけでなく、死亡には至らない事例も加えることが望ましいが、すぐに実現できる仕組みが作れるかという疑問がある。まずは、死亡事例の調査を確実に進めることが現実的ではないか。
- b) モデル事業においては、解剖をはじめとして十分な調査を行っているが、必ずしも正確に死因が究明できるわけではない。この経験を踏まえると、死亡に至らない事例においては、更に評価が困難であることが予想される。調査組織の立ち上げに当たっては、まず一定水準の調査・評価が全国で行えることを目指すべきであり、調査対象を死亡事例に限定することもやむを得ないのではないか。

【遺族からの申出】

- a) 遺族からの申出による調査開始を行うべきである。
- b) 遺族からの申出を受けるのであれば、調査受付窓口の相談機能を充実させることが重要である。

【解剖】

- a) 調査・評価を行う上で最も信頼のおけるデータは解剖なのかもしれない。コストや人的資源の目途も含めて、どの程度のものまで解剖しなければならないかという点は見極めておかなければならない。
- b) 診療関連死の解剖を的確に行うに当たって、解剖時における臨床医の存在は重要である。より効果的な解剖・調査のために必要な場合においては、遺族の心情や中立性・公平性に配慮しつつ、主治医の立会いを認めることもあり得るのではないかな。

【迅速に調査を開始するための仕組み】

- a) 電話受付から解剖実施の判断、解剖担当医の派遣調整等を迅速に行うためには、原則365日24時間体制を確保すべき。

【院内事故調査委員会】

- a) 調査組織において、迅速に適切な調査・評価を行うためには、院内事故調査委員会における調査・評価は、極めて重要になると考えられる。
- b) 調査組織に医療機関が調査を丸投げするようなことがあってはならない。まず向き合うべきは当事者たる医療従事者や医療機関と患者であり、当該医療機関で解決できることについては、そこで解決していく必要がある。院内事故調査委員会を通じて、各医療機関に医療安全に関するきちんとした実力がついていかない限り再発防止につながらないのではないかな。また、事故の当事者が誠意をもって、真相究明・再発防止のための議論に参加することが重要であり、このような営みを通して、遺族にも誠実さが伝わり、紛争化を防ぎ得るのではないかな。
- c) 医療機関が自ら内部調査を行い、原因を解明するという自浄作用が最も期待されているのではないかな。また、調査の一極集中を避けて分散化を図るためにも、医療機関に内部調査を義務付ける必要がある。医療機関側に事実関係の調査を相当程度させることによって、調査組織との連携の道が開けてくるのではないかな。
- d) 調査組織と院内事故調査委員会の目的は、異なるものとなるだろう。院内事故調査委員会では、真相究明・再発防止だけでなく、遺族への対応や救済、場合によっては当事者たる医療従事者に対する責任追及等、あらゆる議論がなされる場と

なるのではないか。

- e) 例えば、特定機能病院・国立病院・大学病院等の大規模な医療機関は、重大な医療事故が発生したときに、過半数の外部委員を加えた事故調査委員会を作ること
- を義務付けてはどうか。その他の医療機関については、調査組織が当該医療機関と一体となって調査をするのがよいのではないか。院内事故調査委員会における外部委員の存在は、公正さを確保する意味でも、議論を深めていく上でも重要であり、例えばシステムエラーの観点から調査を行う専門家や、患者側で医療過誤訴訟等の経験のある弁護士等が外部委員として加わることも検討してはどうか。
- f) 院内事故調査委員会に外部委員を加えることは重要であるが、過半数とすることを義務付ける必要はないのではないか。

【遺族にとって分かりやすい手続等】

- a) 遺族にとっては、司法解剖・行政解剖の違いは分かりにくい。また、これまでの司法解剖においては、その報告書等の遺族への開示が十分ではなく、行政解剖においては、情報開示の手続の方法が分かりにくい。そのため、真相を知りたいという遺族の希望に十分応えられていない。
- b) 調査組織においては、遺族や医療機関が調査組織にアプローチしやすいように、真相究明の内容・情報公開の手続等が全ての人に分かりやすいものであることが肝要である。

【調査過程における遺族への配慮】

- a) 迅速に評価結果を取りまとめるとともに、進捗状況を遺族、医療機関へ逐次報告することが重要なのではないか。
- b) 医療事故発生後、調査組織により科学的な調査が実施されていく一方で、遺族は、その結果を待ちながら多大な不安や不信感を抱いている。調査の進行状況等を遺族に伝えるとともに、遺族の感情を受け止め、それを調査組織や更には医療機関と共有していく役割を担う者が必要である。

【調査報告書の説明における遺族への配慮】

- a) 調査結果については、遺族に調査組織からの十分な説明が行われることが必要である。それなくしては、不満を持った患者側が、かえって司法制度に訴える例を増加させることになりかねない。
- b) 真相を知りたいという遺族の要望に応えるためには、調査報告書について十分理解してもらえるような何らかの工夫が必要なのではないか。
- c) 調査報告書を懇切に遺族に解説する医学アドバイザーを配置する。遺族が調査報

告書の内容を理解するに当たって、医学用語等が大きな障壁になることが予想される。この障壁を無くすことが遺族の理解のために必須であり、裁判外紛争解決が求められた場合にも有用であると考ええる。

- d) 純粹に医学的な観点からの死因究明のみで、医療不信という冰山を溶かすことには限界があるのではないか。中立性・公正性を確保した医学的な観点からの死因究明に加えて、遺族の問いに分かりやすく答えることも大切である。

5 再発防止のための更なる取組

調査組織の目的は、診療関連死の死因究明や再発防止策の提言となるため、調査報告書の交付等の時点でその任務は完了するが、調査報告書を踏まえた再発防止のための対応として、例えば以下のものが考えられ、その具体化の為に更なる検討が必要である。

- ① 調査報告書を通じて得られた診療関連死に関する知見や再発防止策等の集積と還元
- ② 調査報告書に記載された再発防止策等の医療機関における実施について、行政機関等による指導等

- a) 調査報告書は、医療従事者にとって、医療の質を向上させていくに当たっての貴重な資料となる可能性がある。また、診療中の予期せぬ事故により亡くなられた患者及びその遺族にとっても、同じ事態の再発防止は重要な願いの一つであるため、それを積極的に活用し、医療安全の向上に役立てていく必要がある。
- b) 調査組織の目的は、真相究明をした上で同じ事故の再発防止を図ることにある。一つの重大な医療事故を他山の石として、再発防止のシステムを作り上げる必要がある。
- c) 調査組織の中央組織として、事例収集・分析センターを設け、事例を類型化し、積極的な再発防止策を提言し、一般に公開するのがよいのではないか。
- d) 個別の事例の根本原因分析だけではなく、多数の事例の集積と、それを踏まえた根本原因分析を行うことが重要なのではないか。その上で、必要に応じて、行政に対する提言を行うことも検討すべきではないか。
- e) システムエラーについては、個人を処分すべきではなく、医療機関に対する指導改善処分が重要である。

6 行政処分、民事紛争及び刑事手続との関係

また、併せて、以下の点についても検討していく。

- ① 調査組織の調査報告書において医療従事者の過失責任の可能性等が指摘されている場合の国による迅速な行政処分との関係
- ② 調査報告書の活用や当事者間の対話の促進等による、当事者間や第三者を介した形での民事紛争（裁判を含む）の解決の仕組み
- ③ 刑事訴追の可能性がある場合における調査結果の取扱い等、刑事手続との関係（航空・鉄道事故調査委員会と捜査機関との関係も参考になる）

【行政処分と民事責任・刑事処分との関係】

- a) 行政処分・民事責任・刑事処分の対象となる事例について、そのバランスを見直す必要がある。
- b) 医療界には、自ら医療従事者の処分を行う仕組みが十分整備されていない。刑事処分の対象になっているような者をはじめとして、未熟な医療従事者を医療界（学会・職能団体）でどのように処分（専門医認定の一時停止等）や教育をしていくのか、その方策を考える必要がある。
- c) まずは、学会・職能団体における処分や行政処分が適切に行われる仕組みが整備されることが重要であり、これらが適切に機能すれば、それに加えて刑事処分まで必要となることは少なくなるだろう。
- d) 行政処分や損害賠償責任等を基本とし、より限定的に刑事処分が行われるという方向が望ましい。
- e) 医療事故が起きた際、医療従事者は遺族と向き合おうとしない傾向があった。このため、遺族としては仕方なく刑事司法に訴えてきた。医療従事者が遺族と向き合い、事実を認めた上で、行政処分や学会・職能団体における処分が適切に行われるならば、刑事処分が行われなくとも遺族は納得できるだろう。

【行政処分の在り方】

- a) 行政処分が刑事処分に連動しているという現在の在り方は非常に不自然であり、不起訴になると行政処分がなく、再教育を受ける機会もない。行政当局が自らの判断で行政処分を行うべきである。
- b) 調査報告書は、行政処分において活用することも可能とすべきである。
- c) 現在の行政処分は個人に対する処分のみであるため、例えば、医療機関に対する指導改善処分等、システムエラーに対応する行政処分の在り方を十分に検討する

必要がある。そのことにより、院内事故調査委員会等による真相究明が行いやすくなるのではないか。

【医道審議会との関係】

- a) 調査組織は行政処分を行うことを目的とした組織ではなく、その調査結果を活用して医道審議会等の別の専門機関で行政処分を行うことが考えられる。
- b) 行政処分を行うに当たっては、それを受ける医療従事者も納得できる形で専門家組織による審議が行われることも考えられる。

【民事訴訟における調査報告書の活用】

- a) 調査報告書は、民事訴訟で活用することも可能とすべきである。

【紛争解決における対話の必要性】

- a) 調査結果を踏まえて改めて遺族と医療従事者及び医療機関の話合いを持つことにより、当事者間の信頼関係の回復を図ることができるのではないか。
- b) 調査組織による死因究明が直ちに遺族と医療従事者及び医療機関の信頼関係の回復に結びつくわけではなく、診療期間中からの十分な対話等が必要なのではないか。
- c) 医療事故が起きた際には、事実をありのままに伝えることが重要である。また、過失がある場合や期待に添えなかったことを謝罪する場合には、真摯な態度が伝わらなければ謝罪したことにはならない。再発防止策を講じることを約束し、進捗状況を定期的に伝えることも必要なのではないか。
- d) 紛争の解決については、調査組織とは別のシステムを作り、両者が連携していくべき。そのシステムは、遺族側と医療従事者側の対話をケアしていくような形でなければ、当事者が正直な気持ちを話すことができないのではないか。遺族側が望むことは、当事者から本当のことを伝えてほしいということである。

【裁判外紛争処理の可能性】

- a) 医療事故の直後に調査組織が事実の解明に当たり、その結果が出ることは、仮に再発防止を目的とした制度であったとしても、民事訴訟の在り方を相当程度変えるものになるだろう。第三者的な原因究明機関があり、それに基づいて訴訟制度とは別の紛争解決の枠組みができていくことは、医療事故の紛争解決システムを考える上で望ましい。
- b) 調査組織において、死因究明に加えて、紛争解決等の一連のことを全て行うのはスペクトルが広すぎるのではないか。
- c) 紛争解決の観点からみると、恐らく裁判だけでは十分ではなく、話合いによる解

決が可能な事例においては、それを援助するような仕組みが必要である。既にいくつかの民間の機関が、医療事故における紛争解決を担おうと活動を開始しており、それらが機能するようになれば、例えば調査組織では純粋に医学的な真相究明を行い、それを基に民間の機関で話し合いを促進していく、といった役割分担も可能ではないか。しかし、それらの民間の機関が十分に機能するか分からない現段階においては、調査組織が話し合いによる解決を援助する機能を担う道を残しておく必要がある。

- d) また、こうした民間の機関の取組みを含む医療分野における裁判外紛争処理制度の在り方を具体化していくため、金融庁が金融分野での苦情・紛争処理の改善のために取り組んでいる「金融トラブル連絡調整協議会」を参考に、医療紛争解決の関係者間での情報・意見交換のため、厚生労働省、都道府県、医師会、病院団体、患者・遺族関係者、弁護士会等が参加して「医療紛争処理連絡調整協議会」（仮称）を設置することが考えられる。
- e) 再発防止と被害者救済という二つの問題に一体的に取り組まないことには、本質的な解決にならないのではないか。さらに、過失の有無に関わらず、重大な事故があった場合に被害者が補償されるという仕組みを検討すべき。

【刑事手続との関係】

- a) 調査報告書は、刑事訴訟で活用することも可能とすべきである。
- b) 調査報告書が刑事訴訟に一切使えないとなると、警察は独自に捜査を行わざるを得ない。調査組織において専門的な調査・評価を行い、その結果を踏まえて刑事手続が開始されることは、医療現場において警察による捜査が必要以上に行われる事態を回避することにつながるのではないか。また、現在の検察の業務上過失致死傷に対する判断の仕方は揺れ動いており、その振れ幅を狭くするためにも調査組織が必要なのではないか。
- c) 犯罪性の認定についても調査組織で行うべきではないか。その際、例えば何かルールを決めてもよいのではないか。調査により犯罪性が認められた場合には、調査組織から資料を添付して警察へ届けることにしてはどうか。
- d) 業務上過失致死傷は、医療をはじめとするあらゆる専門分野に適用すべきではないと考える。業務上過失致死傷を適用するならば、かなり明確な定義が必要であり、故意犯罪については、それが明確になった時点で、調査組織での調査を中止して捜査機関に引き継ぐことがよいのではないか。
- e) 故意と過失の境界には、明確に線が引けるような絶対的な差はない。
- f) 現在、検察においては医療過誤事件に対する訴追は謙抑的に行われている。

- g) 医療事故について、過失があってもその責任は問わないという考え方は、国民の理解が得られないだろう。刑事処分への方向性にはある程度歯止めをかけて、真剣に取り組んでいる医師が安心して診療ができる環境にすることが望ましいが、調査の結果、明らかな過失が認められる事例については刑事処分もやむを得ないのではないかと。
- h) 「起訴便宜主義」という刑事訴訟法の大原則があり、検察官が起訴するか否かを考える要素には、事故後の対応、反省・謝罪、示談成立の有無等様々なものがある。刑事処分に当たり、医療従事者側の「隠さない」「逃げない」「ごまかさない」という姿勢が評価されるのであれば、医療事故の真相究明に誠実に対応しようとする医療現場の意欲を向上させることにもつながるのではないかと。

【刑事捜査との関係】

- a) 医療事故調査は再発防止のためにも専門機関による調査が必要であるため、過失が明らかな場合であっても航空・鉄道事故調査委員会のように、刑事司法における捜査と調査組織による調査を同時並行で進めるとするのが現実的ではないかと。
- b) 警察の捜査は個人の責任を追及しがちであり、再発防止・医療安全の推進の観点から行う院内事故調査委員会の調査とは趣旨が異なるため、直ちに警察が捜査に入るとなると、この二つを同時並行で行うことは極めて困難なのではないかと。現在活発に行われている医療機関内での事故調査の取組等の医療安全を推進する活動を妨げるような方向に向かうのは望ましくない。
- c) 院内事故調査委員会の中立性・公平性の担保についての方策を考える必要があるが、院内事故調査委員会において調査が行われている間については、警察の捜査は謙抑的に行うこととしてはどうか。

診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会
委員名簿

鮎澤 純子	九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座准教授
加藤 良夫	南山大学大学院法務研究科教授 弁護士
木下 勝之	日本医師会常任理事
楠本 万里子	日本看護協会常任理事
児玉 安司	三宅坂綜合法律事務所弁護士
堺 秀人	神奈川県病院事業管理者・病院事業庁長
高本 眞一	東京大学医学部心臓外科教授
辻本 好子	NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
豊田 郁子	医療事故被害者・遺族 新葛飾病院 セーフティーマネージャー
樋口 範雄	東京大学大学院法学政治学研究科教授 (英米法)
○ 前田 雅英	首都大学東京法科大学院教授
南 砂	読売新聞東京本社編集委員
山口 徹	国家公務員共済組合連合会虎の門病院院長
山本 和彦	一橋大学大学院法学研究科教授

【オブザーバー】

太田 裕之	警察庁刑事局刑事企画課長
甲斐 行夫	法務省刑事局刑事課長

(○ 座長 五十音順)

**診療行為に関連した死亡の死因究明等の
在り方に関する試案
－第二次試案－
(イメージ図・本文)**

診療行為に関連した死亡の死因究明等の在り方のイメージ(案)

医療事故調査委員会(仮称)

- ※ 国(厚生労働省を想定)に設置
- ※ 個別の評価は、地方ブロック単位に設置する分科会が行う

医療機関からの届出
遺族からの調査依頼

- ※ 医療機関からの届出を制度化

遺体の解剖
カルテ等の調査

- ※ 必要に応じ、立入検査等を実施

専門家による死因及び
診療内容の評価

調査報告書の作成・公表

- ・ 事故の発生経過・原因
- ・ 再発防止策

調査報告書

(遺族との関係・民事手続)

- ・ 遺族への医療事故の真相の説明
- ・ 報告書で判明した事実に基づく当事者同士での和解・示談
- ・ 遺族の申立によるADR (裁判外紛争処理) 機関での民事紛争の解決
 - ADR機関の例：
 - 各地の弁護士会の紛争解決センター
 - (東京の3弁護士会の仲裁センター、愛知県弁護士会あっせん・仲裁センター等)
- ・ 民事訴訟での証拠として採用

(医療安全の取組)

- ・ 医療機関における医療安全の取組の改善
 - 事故の要因等の分析、事故を防ぐ仕組みの構築
 - 医療機関が自発的に取り組むケースや、厚生労働省又は都道府県による指導等により着手するケースがあり得る
- ・ 厚生労働省等における医療安全施策への反映

(行政処分)

- ・ 医道審議会における医師等に対する行政処分、医療機関に対する改善勧告等の要否の検討

(刑事手続)

- ・ 刑事手続で報告書が使用されることもあり得る

**診療行為に関連した死亡の死因究明等の在り方に
関する試案**

— 第二次試案 —

平成19年10月

厚生労働省

1 はじめに

- (1) 医療とは、患者・家族と医療従事者が協力して行う病との闘いである。したがって、医療が安全・安心で良質なものであるとともに納得のいくものであることは、医療に関わる全ての人の共通の願いである。
- (2) 医療従事者には、その願いに応えるよう、最大限の努力を講ずることが求められる。一方で、診療行為には、一定の危険性が伴うものであり、場合によっては、死亡等の不幸な帰結につながる場合があり得る。
- (3) 不幸にも診療行為に関連した予期しない死亡（以下「診療関連死」という。）が発生した場合に、遺族の願いは、反省・謝罪、責任の追及、再発防止であると言われる。これらの全ての基礎になるものが、原因究明であり、遺族にはまず真相を明らかにしてほしいとの願いがある。しかし、死因の調査や臨床経過の評価・分析等については、これまで行政における対応が必ずしも十分ではなく、結果として民事手続や刑事手続にその解決が期待されている現状にあり、死因の調査等について、これを専門的に行う機関を設け、分析・評価を行う体制を整える必要がある。
- (4) また、遺族にとって、同様の事態の再発防止は重要な願いの一つであり、再発防止を図り、我が国の医療全体の質・安全の向上につなげていく仕組みを構築していく必要がある。
- (5) さらに、このような新しい仕組みにより、医療の透明性を確保し、国民からの医療に対する信頼を取り戻すとともに、医療従事者が萎縮することなく医療を行える環境を整えていかなければならない。
- (6) これらを踏まえ、診療関連死の原因究明や不幸な事例の再発防止、ひいては我が国の医療の質・安全の向上に資する観点から、平成19年3月、厚生労働省では、「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性」を作成し、パブリックコメントを募集した。また、4月からは有識者による「診療行為に関連した死

亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」を開催し、8月まで様々な御議論・御指摘をいただいたところである。

- (7) 本試案は、これまでの様々な議論を踏まえ、診療関連死の死因究明を行う組織、診療関連死等の届出制度の在り方、調査の在り方等について、改めて現時点における厚生労働省としての考え方をとりまとめたものである。

2 診療関連死の死因究明を行う組織について

(1) 組織の在り方について

- ① 診療関連死の死因の調査や臨床経過の評価・分析を担当する組織として医療事故調査委員会（仮称）（以下「委員会」という。）を設置する。この組織には、中立性・公正性に加えて、事故調査に関する調査権限やその際の秘密の保持等が求められることを考慮し、組織の在り方については、行政機関（厚生労働省内を想定）に置かれる委員会を中心に検討する。また、委員会の設置単位については、日本全国における調査の体制を整える観点から、ブロック単位での分科会（以下「地方ブロック分科会」という。）の設置を中心に更に検討を進める（以下、便宜的に地方ブロック分科会を設置する場合を想定して整理している。）。
- ② 委員会は、原因究明・再発防止を目的とし、医学的な観点からの死因究明と医療事故の発生に至った原因分析を行う。なお、インフォームドコンセントをはじめとした患者・遺族と医療従事者とのコミュニケーション等の評価に関しては、その実施方法について更に検討する。
- ③ 医療事故の調査は、解剖に加えて臨床経過の評価が不可欠であることから、監察医制度とは別の制度として運用する必要があるが、監察医制度との十分な連携を図る。

(2) 委員会の構成について

- ① 委員会は、医療従事者（臨床医、病理医、法医等）、法律関係者、遺族の立場を代表する者等により構成する。
- ② 委員会の下に設置される地方ブロック分科会は、個別の事例の評価及び調査報告書の作成・決定を行う。
- ③ 個別の事例の評価及び調査報告書原案の作成は、分科会の下に置かれるチームが担当する（解剖担当医（病理医や法医）や臨床医、医師以外の医療従事者（例えば、薬剤師や看護師）、法律関係者、遺族の立場を代表する者等により構成される。）。
- ④ なお、委員会及び地方ブロック分科会の指示の下で庶務を担う事務局の設置についても併せて検討する。

(3) 遺族との調整を担う者や解剖担当医等をはじめとした調査の実務を担う人材の育成・確保を行っていく。

3 診療関連死の届出制度の在り方について

- (1) 同様の事例の再発防止、医療事故の発生動向の正確な把握、医療に係る透明性の向上等を図るため、医療機関からの診療関連死の届出を義務化する。なお、届出を怠った場合には何らかのペナルティを科すことができることとする。
- (2) 届出先は委員会を主管する大臣とし、当該大臣が委員会に調査を依頼することとする。
- (3) 届出対象となる診療関連死の範囲については、現在の医療事故情報収集等事業の「医療機関における事故等の範囲」を踏まえて定める。
- (4) 診療関連死については、全ての事例について委員会を主管する大臣がまず届出を受理し、必要な場合には警察に通報する（診療関連死の中にも刑事責任を追及すべき事例もあり得ることから、警察に対して

速やかに連絡される仕組みとする。) 。なお、本制度に基づく届出と医師法第 21 条に基づく届出については、本制度に基づく届出がなされた場合における医師法第 21 条に基づく届出の在り方について整理する。

4 委員会における調査の在り方について

(1) 調査の対象事例は、当面死亡事例のみとする。

(2) 遺族からの相談も受け付け、医療機関からの届出がなされていない事例であっても、診療関連死が発生したおそれが認められる場合は、調査を開始する。

(3) 委員会における調査の手順について

個別事例の評価は、地方ブロック分科会が行うこととし、原則として、遺族の同意を得て解剖が行える事例について、以下の手順で調査を行う。

- ① 解剖、診療録等の評価、遺族等への聞き取り調査等を行う。
- ② 解剖結果、臨床経過等の調査結果等に基づき、死因、死亡等に至る臨床経過、診療行為の内容や背景要因、再発防止策等についての評価・検討を行う。
- ③ 評価・検討結果を踏まえた調査報告書を作成する。なお、この際には、個人情報 は削除したものとする。
- ④ 調査報告書を遺族及び医療機関へ交付するとともに、公表を行う。
- ⑤ 調査報告書の作成・交付に当たっては、専門用語等について遺族に分かりやすい表現を用いるなど、遺族が理解しやすいよう十分配慮する。

5 院内事故調査委員会

院内事故調査委員会における調査・評価が極めて重要であり、外部委員を加える等により、その体制の充実を図る。

6 再発防止のための更なる取組

調査報告書を踏まえた再発防止のための対応として、

- (1) 委員会は、個別の事例の分析に加え、集積された事例の分析を行い、全国の医療機関に向けた再発防止策の提言を行う。
- (2) 委員会は、医療安全のために講ずべき施策について、必要に応じて行政庁に対する勧告・建議を行う。

7 行政処分、民事紛争及び刑事手続との関係

行政処分、民事紛争及び刑事手続における判断が適切に行われるよう、これらにおいて委員会の調査報告書を活用できることとする。また、以下の点についても、改革を進める。

(1) 行政処分の在り方について

- ① 行政処分は、委員会の調査報告書を活用し、医道審議会等の既存の仕組みに基づいて行う。
- ② 個人に対する処分のみではなく、医療機関への改善勧告等のシステムエラーに対応する仕組みを設ける。

(2) 裁判外紛争処理について

民事裁判における対応に加え、民事紛争における裁判外紛争処理（以下「ADR」という。）は、委員会とは別の民間のADR機関を活用することとし、こうした民間のADR機関相互の情報・意見交換等を促進していく場を設ける。

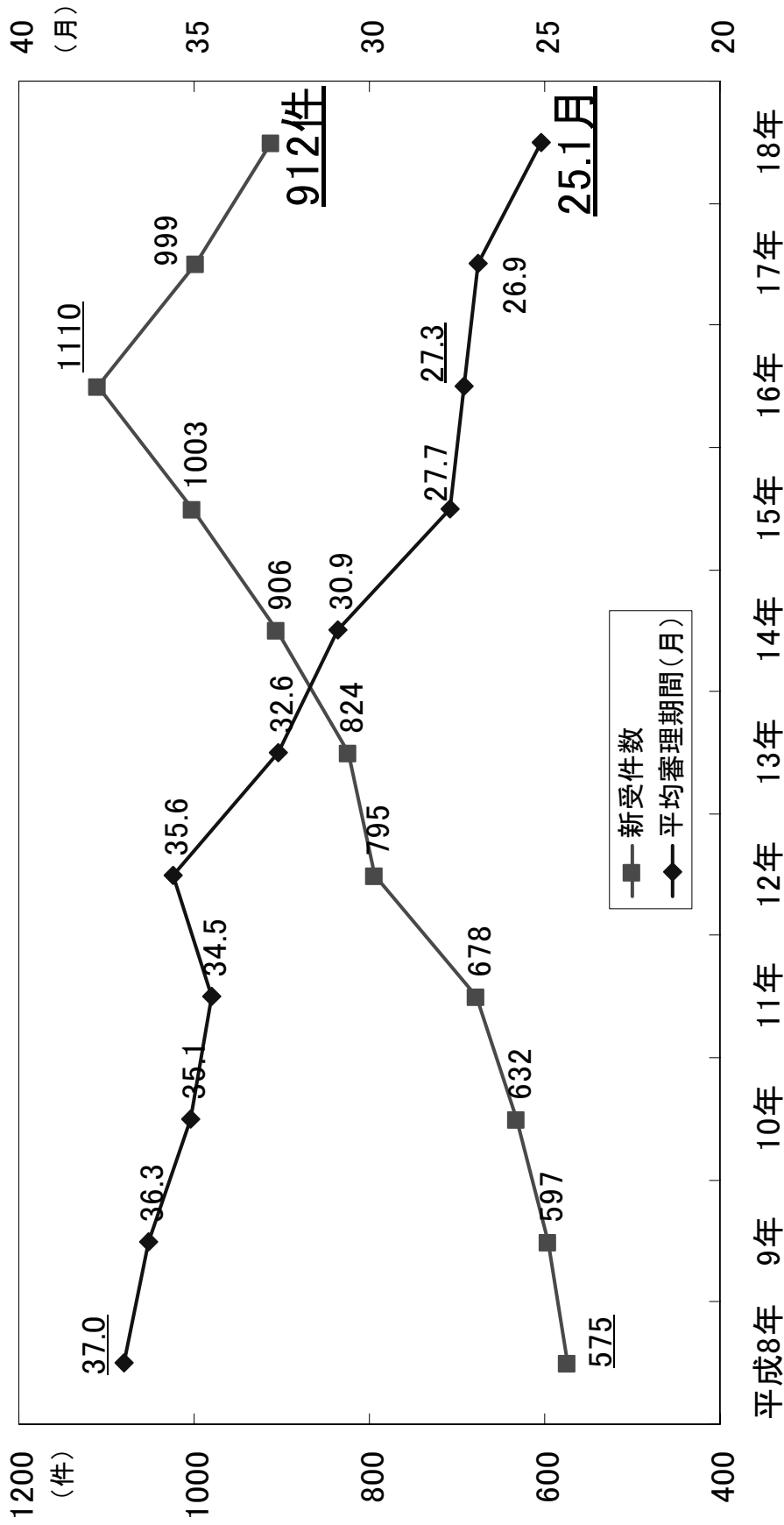
(3) 刑事手続について

- ① 警察に通報された事例や遺族等から警察に直接相談等があった場合における捜査と委員会の調査との調整を図るための仕組みを設ける。
- ② 事例によっては、委員会の調査報告書は、刑事手続で使用されることもあり得る。

8 本制度の開始時期

本制度の実施に当たっては、組織面・財政面の検討を加えた上で必要な法整備を行う必要があるが、更に施行に当たっては十分な準備期間をとるものとする。

医事関係訴訟事件の件数および平均審理期間



○ 平成16年までの数値は、各裁判所からの報告に基づくものであり、概数である。

○ 平成18年の数値は速報値である。

○ 平均審理期間は、各年度の既済事件のものである。

(注 数値は最高裁判所ウェブサイトより)

民事訴訟の件数の推移

	地裁民事・通常訴訟及び人事訴訟の合計（新受）	平成8年を1とした場合	医事関係訴訟（新受件数）	平成8年を1とした場合
平成8年	142,959	1.00	575	1.00
平成9年	146,588	1.03	597	1.04
平成10年	152,678	1.07	632	1.10
平成11年	150,952	1.06	678	1.18
平成12年	156,850	1.10	795	1.38
平成13年	155,541	1.09	824	1.43
平成14年	153,959	1.08	906	1.58
平成15年	157,833	1.10	1,003	1.74
平成16年	139,017	0.97	1,110	1.93
平成17年	132,727	0.93	999	1.74
平成18年	148,776	1.04	912	1.59

（事件数は最高裁判所調べより）

〔※1 平成16年4月から人事訴訟は家庭裁判所に移管されたため、それ以降家庭裁判所に申し立てられた事件数は含まれていない。
 ※2 平成18年については速報値である。〕

医事関係訴訟事件の新受件数（平成16年）

診療科目	内科	外科	整形・ 形成外科	産婦 人科	小児科	精神科 (神経科)	皮膚科	泌尿器 科	眼科	耳鼻咽 喉科	歯科	麻酔科
新受件数 (件)	280	253	152	151	30	43	20	28	30	26	85	16
医師数 (人)	73,670	23,240	20,536	12,156	14,677	12,601	7,780	6,032	12,452	9,076	92,696	6,397
医師1000人 当たりの 新受件数 (件)	3.8	10.9	7.4	12.4	2.0	3.4	2.6	4.6	2.4	2.9	0.9	2.5

注) 1 新受件数については、最高裁判所ウェブサイトによる(概数)。複数科目に該当する場合は、それぞれに計上されている。

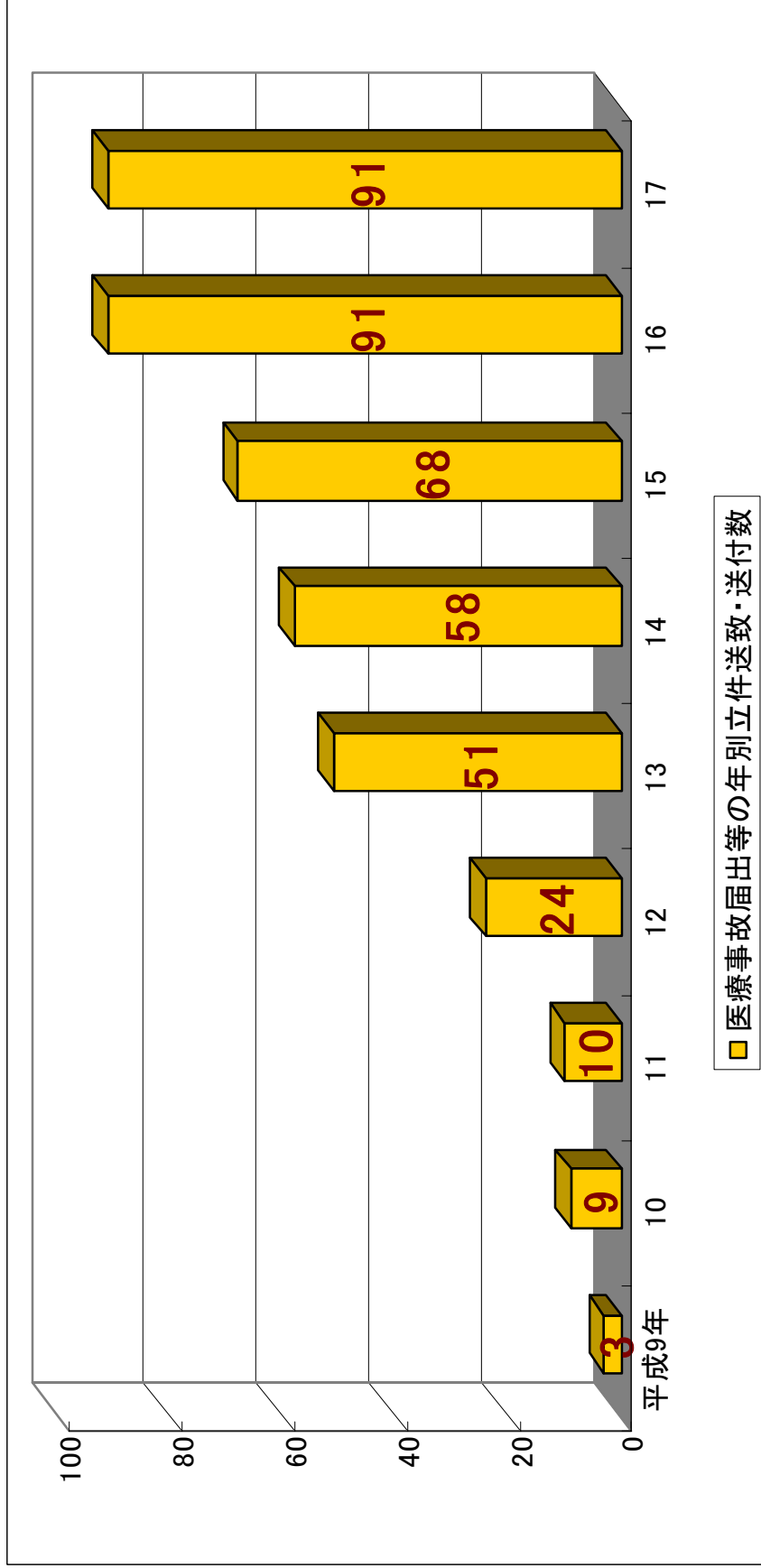
2 医師数は、平成16年医師・歯科医師・薬剤師調査による。

各科の医師数については、以下のように算出している。

- ・精神科(神経科)については、精神科、神経科の医師数を合計
- ・整形・形成外科については、整形外科、形成外科の医師数を合計
- ・産婦人科については、産婦人科、産科、婦人科の医師数を合計

3 医師1000人当たりの新受件数は、医師数に基づいて、厚生労働省において算出したもの

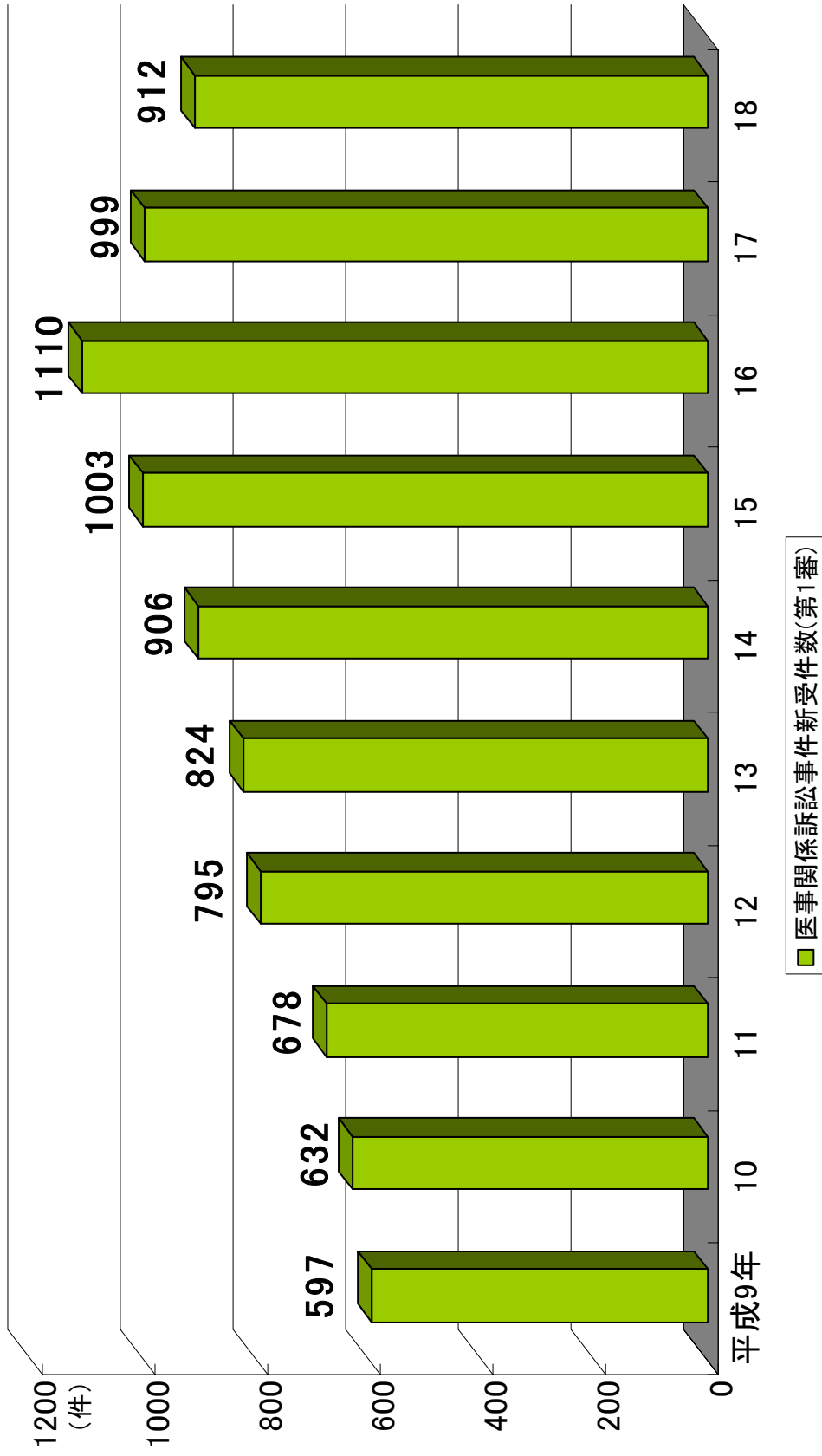
医療事故関係届出等^(※1)の 年別立件送致・送付数^(※2)



※1 「医療事故関係届出等」とは、警察において捜査を開始した件数を指す。
 ※2 「年別立件送致・送付数」とは、平成9年以降、届出等の年にかかわらず、その年に立件送致・送付した件数を示す。
 なお、この件数は、平成9年以降に把握したものに對する数を示しており、平成8年以前に把握したものに對する数は計上されていない。

～ 警察庁刑事局捜査第一課資料
 (平成18年12月31日現在)より～

医事関係訴訟の年次推移(民事)



〔○ 平成16年までの数値は、各裁判所からの報告に基づいたものであり、概数である。〕
〔○ 平成18年の数値は速報値である。〕

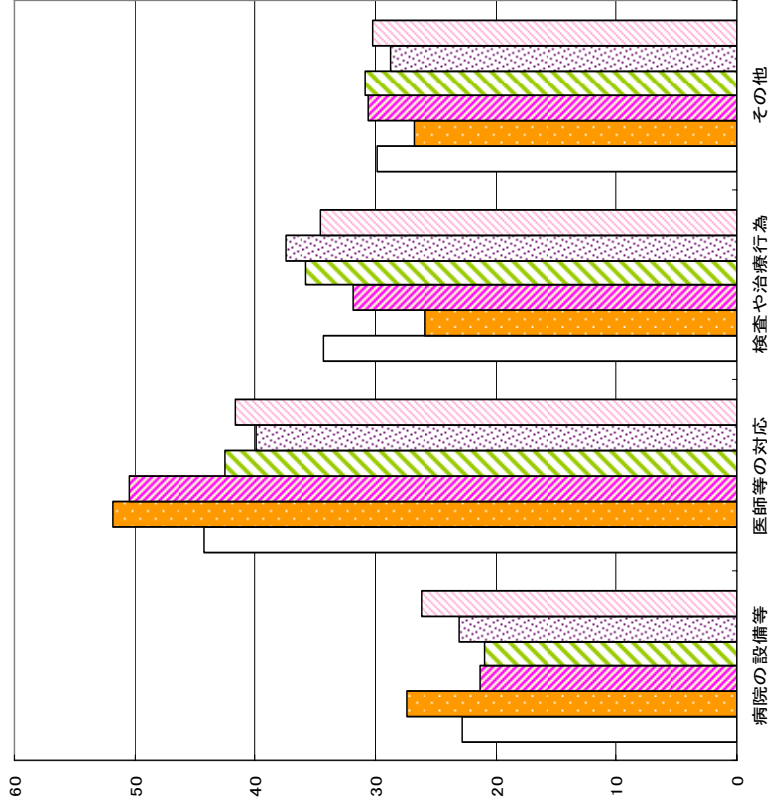
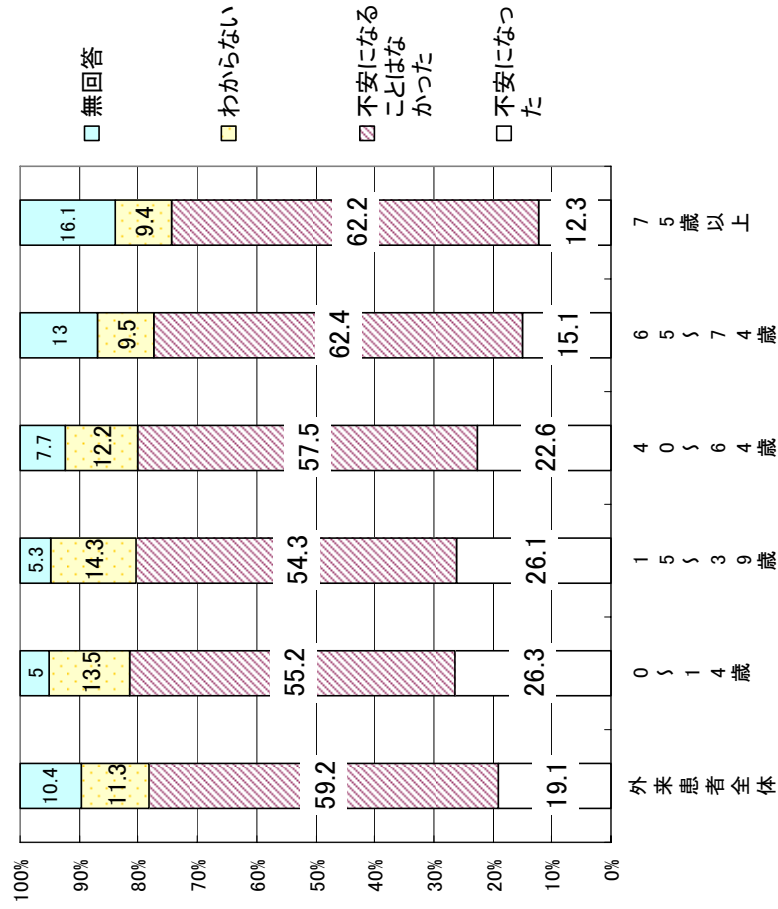
(注 数値は最高裁判所ウェブサイトより)

医療に関する安全についての不安の状況 (外来 年齢階級別)

平成17年 受療行動調査より

今日までに、この病院で、医療に関する安全について不安になったことがありますか。

(不安の内訳)
(※ 複数回答)



□ 外来患者全体 □ 0~14歳 □ 15~39歳 □ 40~64歳 □ 65~74歳 □ 75歳以上

医療事故被害者の願い

「医療被害防止・救済システムの実現をめざす会」（仮称）準備室ホームページより抜粋

医療事故に遭った人達の願いは次の五つです。

- ①原状回復 ②真相究明 ③反省謝罪 ④再発防止 ⑤損害賠償

第一に原状回復です。これは元の状態に戻してほしいということです。例えば子供を亡くしたら生き返らせて欲しいという思いがあるわけです。例えば自分の体に麻痺が起きた場合は元に戻して欲しいということです。

二番目は自分の受けた被害の真相を明らかにしてほしいということです。医療事故のケースというのは原状が回復できません。例えば失明したとか腕が麻痺したとかということになると、再手術等をして原状に戻す努力をするわけですが、元通りにはなりません。死んだ人は返りません。特に子供を亡くした時の悲しみは大きいものがあります。それにも拘らず真相が曖昧にされてしまう。場合によれば親の体質とか遺伝とかに問題があったのではないか、というようなことを言われて、お医者さんのミスがどこかへ消えてしまい、亡くなった人のせいに問題がすり替えられてしまい、尊い犠牲がそのまま評価されずにごまかされウヤムヤにされる。ウヤムヤにされるということが堪らなく被害者の気持ちを傷つけるのです。被害を受けたことに加えてウヤムヤにされるという二重の苦しみがあるということをまず理解してほしいと思います。

それから、お医者さん達は「ミスをしました。ごめんなさい」ということを進んでおっしゃるとい事が殆どありません。被害が起きた時「自分は悪くなかった」という弁解を真っ先に言う側面があります。心からの反省の言葉も謝罪の言葉もないということ、これも又患者さんを苦しめることになります。

再発防止については、想像して頂ければわかると思います。一番大切な人を失った時にお金が幾ら貰えるということは考えないですね。そう言う人に私はお会いしたことがない。やはり原状回復、それから真相究明、反省謝罪があつてしかるべきで、二度と同じことを繰り返してほしくないという気持ちが非常に強いわけです。自分の大切な人が亡くなったにも拘らず、何の反省もなく、教訓も生かされず、また同じことを繰り返して失敗しそうだとなると、自分の愛した人の死がいかにも軽んじられ意味のないものにされているような感じがします。ところが、「こういうふうには反省をし、二度とこういう事故は起こさないようにするから許して下さい」というようにおっしゃれば気持ちはまだ慰謝されるのです。

多くの薬害の人達が街でいろいろと活動されますけれども、そういう時に「ノー・モア・スモン」等とおっしゃって薬害を二度と繰り返してほしくないという気持ちを強く訴えられます。それは自分の受けた被害が社会化されて、社会の中で生かされ再発防止に何か役立つということが大事だと考えているからなのです。

五番目に損害賠償の問題ですが、医療過誤がありお医者さんのミスがあつて被害が発生したというような場合に、やはりご主人が亡くなったりして生活の面で困られることが多いわけです。働けなくなったりもします。そういう意味で賠償が必要になります。

日本医学会加盟の主な 19 学会の共同声明

(平成 16 年 9 月 30 日)

診療行為に関連した患者死亡の届出について ～中立的専門機関の創設に向けて～

医療事故が社会問題化する中、医療の安全と信頼の向上を図るための社会的システムの構築が、重要な課題として求められている。医療安全対策においては、医療の過程における予期しない患者死亡や、診療行為に関連した患者死亡の発生予防・再発防止が最大の目的であり、これらの事態の原因を分析するために、死亡原因を究明し、行われた診療行為を評価し、適切な対応方策を立て、それを幅広く全医療機関・医療従事者に周知徹底していくことが最も重要である。このためには、こうした事態に関する情報が医療機関等から幅広く提供されることが必要である。

また、医療の信頼性向上のためには、事態の発生に当たり、患者やその家族のみならず、社会に対しても十分な情報提供を図り、医療の透明性を高めることが重要である。そのためには、患者やその家族（遺族）が事実経過を検証し、公正な情報を得る手段が担保される情報開示が必要である。

このような観点から、医療の過程における予期しない患者死亡や、診療行為に関連した患者死亡に関して何らかの届出制度が必要であると考えられる。ただ、どのような事例を誰が、何時、何に基づいて、何処へ届ける制度が望ましいかなどについては多様な考え方があり得る。

また、このような場合、どのような事例を異状死として所轄警察署に届出なければならないかが重要な問題となっている。現在までに、少なくとも判断に医学的専門性をとくに必要としない明らかに誤った医療行為や、管理上の問題により患者が死亡したことが明らかであるもの、また強く疑われる事例、及び交通事故など外因が関係した事例は、警察署に届出るべきであるという点で、概ね一致した見解に至っている。しかし、明確な基準がなく、臨床現場には混乱が生じている。

医療の過程においては、予期しない患者死亡が発生し、死因が不明であるという場合が少なからず起こる。このような場合死体解剖が行なわれ、解剖所見が得られていることが求められ、事実経過や死因の科学的で公正な検証と分析に役立つと考えられる。また、診療行為に関連して患者死亡が発生した事例では、遺族が診断名や診療行為の適切性に疑念を抱く場合も考えられる。この際にも、死体解剖を含む医療評価が行われていることが、医療従事者と遺族が事実認識を共通にし、迅速かつ適切に対応していくために重要と考えられる。

したがって、医療の過程において予期しない患者死亡が発生した場合や、診療行為に関連して患者死亡が発生した場合に、異状死届出制度とは異なる何らかの届出が行われ、臨床専門医、病理医及び法医の連携の下に死体解剖が行われ、適切な医療評価が行われ

る制度があることが望ましいと考える。しかし、医療従事者の守秘義務、医療における過誤の判断の専門性、高度の信頼関係に基礎をおく医師患者関係の特質などを考慮すると、届出制度を統括するのは、犯罪の取扱いを主たる業務とする警察・検察機関ではなく、第三者から構成される中立的専門機関が相応しいと考えられる。このような機関は、死体解剖を含めた諸々の分析方法を駆使し、診療経過の全般にわたり検証する機能を備えた機関であることが必要である。また、制度の公共性と全国的運営を確保するために、中立的専門機関は法的にも裏付けられ、その必要な機能の一部には医療関連の行政機関の関与が望ましいと考えられる。

更に、届出事例に関する医療従事者の処分、義務的な届出を怠った場合の制裁のあり方、事故情報の公開のあり方などについても今後検討する必要がある。

以上により、医療の安全と信頼の向上のためには、予期しない患者死亡が発生した場合や、診療行為に関連して患者死亡が発生したすべての場合について、中立的専門機関に届出を行なう制度を可及的速やかに確立すべきである。われわれは、管轄省庁、地方自治体の担当部局、学術団体、他の医療関連団体などと連携し、在るべき「医療関連死」届出制度と中立的専門機関の創設を速やかに実現するため結集して努力する決意である。

平成 16 年 9 月 30 日

社団法人日本内科学会
社団法人日本外科学会
社団法人日本病理学会
日本法医学会

社団法人日本医学放射線学会
財団法人日本眼科学会
有限責任中間法人日本救急医学会
社団法人日本形成外科学会
社団法人日本産科婦人科学会

社団法人日本耳鼻咽喉科学会
社団法人日本小児科学会
社団法人日本整形外科学会
社団法人日本精神神経学会
社団法人脳神経外科学会
社団法人日本泌尿器科学会
社団法人日本皮膚科学会
社団法人日本麻酔科学会
社団法人日本リハビリテーション学会
日本臨床検査医学会

「異状死等について—日本学術会議の見解と提言—」 要旨

平成 17 年 6 月 23 日
日本学術会議第 2 部・第 7 部

報告書の名称

異状死等について 日本学術会議の見解と提言

報告書の内容

1 作成の背景

医師法(昭和 23 年制定)第 21 条は異状死体等の届出義務として「医師は、死体又は妊娠 4 月以上の死産児を検査して異状があると認めるときは、24 時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」と規定している。立法の趣旨は、司法警察上の便宜のため死体等に犯罪を疑うに足る異状を認めた医師にその届出義務を課したものであるが、学説は、従来その運用を抑制的に考えてきた。

平成 6 年、日本法医学会は社会生活の多様化・複雑化にともない異状死の解釈もかなり広義でなければならないという視点から、異状死ガイドラインを同学会誌に掲載した。

これに対し、平成 13 年日本外科学会をはじめとする外科系 13 学会、日本内科学会、全日本病院協会など、臨床系学協会から疑義や反論が出された。その主要な論点は、法医学会ガイドラインにおける異状死に関する基準、すなわち「基本的には、病気になり診療を受けつつ診断されている病気で死亡することがふつうの死であり、それ以外を異状死とする」こと、及び同ガイドライン[4]項にみられる「診療行為に関連した予期しない死亡およびその疑いがあるもの」に対する見解の相違である。

一方、この件に関心を有する弁護士及び弁護士団体並びに市民団体からは、医療過誤の隠ぺい防止や密室医療の透明化などに資するものとしてこのガイドラインを評価する意見も示された。

こうした背景にあって、日本学術会議は第 18 期(平成 13 年 7 月～平成 15 年 7 月)第 7 部(医・歯・薬学関連)において異状死に関する学術的見地からの提言を表明すべく委員会を設置し、その検討を開始した。検討の過程において、本課題は第 7 部のみの議論では不十分であり、広く第 2 部(法律学・政治学関連)を加えて見解をまとめるべきであるとの認識に到り、第 19 期(平成 15 年 7 月～)において第 2 部・第 7 部合同拡大役員会を発足させ継続して検討し、本報告書を提出するに到った。

2 報告書の目的

本報告書は、今日の医療をとりまく諸問題の中にあって、いわゆる異状死

の概念、警察署への届出義務の範囲、さらに医療事故再発防止と医療事故被害者救済に関して検討を行い、これらの問題に総合的に対処する必要のあることについて日本学術会議としての見解をまとめ、関係諸機関、諸団体に提言するものである。

3 提言の内容

1) 届け出るべき異状死体及び異状死

(1) 一般的にみた領域的基準

異状死体の届出が、犯罪捜査に端緒を与えるとする医師法第21条の立法の趣旨からすれば、公安、社会秩序の維持のためにも届出の範囲は領域的に広範であるべきである。すなわち、異状死体とは、

純然たる病死以外の状況が死体に認められた場合のほか、

まったく死因不詳の死体等、

不自然な状況・場所などで発見された死体及び人体の部分等もこれに加えるべきである。

(2) 医療関連死と階層的基準

いわゆる診療、服薬、注射、手術、看護及び検査などの途上あるいはこれらの直後における死亡をさすものであり、この場合、何をもって異状死体・異状死とするか、その階層的基準が示されなければならない。

医行為中あるいはその直後の死亡にあつては、まず明確な過誤・過失があつた場合あるいはその疑いがあつたときは、純然たる病死とはいえず、届出義務が課せられるべきである。これにより、医療者側に不利益を負う可能性があつたとしても、医療の独占性と公益性、さらに国民が望む医療の透明性などを勘案すれば届出義務は解除されるべきものではない。

広く人の病死を考慮した場合、高齢者や慢性疾患を負う、いわゆる医学的弱者が増加しつつある今日、疾患構造の複雑化などから必ずしも生前に診断を受けている病気・病態が死因になるとは限らず、それに続発する疾患や潜在する病態の顕性化などにより診断に到る間もなく急激に死に到ることなども少なくない。さらに、危険性のある外科的処置等によってのみ救命できることもしばしばみられているが、人命救助を目的としたこれら措置によつても、その危険性ゆえに死の転機をとる例もないことではない。このような場合、その死が担当医師にとって医学的に十分な合理性をもって経過の上で病死と説明できたとしても、自己の医療行

為に関わるこの合理性の判断を当該医師に委ねることは適切でない。ここにおいて第三者医師（あるいは医師団）の見解を求め、第三者医師、また遺族を含め関係者（医療チームの一員等）がその死因の説明の合理性に疑義を持つ場合には、異状死・異状死体とすることが妥当である。ここにおける第三者医師はその診療に直接関与しなかった医師（あるいは医師団）とし、その当該病院医師であれ、医師会員であれ、あるいは遺族の指定するセカンドオピニオン医師であれ差し支えはない。このようなシステムを各病院あるいは医療圏単位で構築することを提言する。

2) 医療事故再発防止と被害者救済

いわゆる突然死又は医療事故死、広く医療関連死の問題を総合的に解決するための第三者機関を設置し、医療関連死が発生した場合、その過誤・過失を問うことなく、この第三者機関に届け出ることとすべきである。この第三者機関は、単に異状死のみならず、医療行為に関連した重大な後遺症をも含めた広範な事例を収集するものとすべきであり、この上において医療事故の科学的分析と予防策樹立を図るものとする。このような構想は、すでに日本内科学会、日本外科学会、日本病理学会、日本医学学会の共同声明でも提唱されている。（資料6）

この第三者機関は、事例の集積と原因分析を通じ、医療事故の再発防止に資するとともに、医学的に公正な裁定を確保し、被害者側への有効で迅速な救済措置の実施のために裁判以外の紛争解決促進制度（ADR）の導入や労働者災害補償保険制度に類似した被害補償制度の構築などを図るべきものとする。このような機関の設立は、医療行政担当機関、法曹界、医療機関、被害者側及び損害保険機関等の協力によって進められることが望ましい。今日、国民の医療に関して、このような第三者機関が存在しないことは、わが国医療体制の脆弱性を表すものであり、日本学術会議は第三者機関のあるべき姿について、さらなる総合的検討をなすとともに、関係機関に対し、その実現のためのイニシアティブを強く期待し、ここに提言するものである。

今後の医療安全対策について（抜粋）

医療安全対策検討会議*報告書（平成17年6月）

2. 医療事故等事例の原因究明・分析に基づく再発防止対策の徹底

【当面取り組むべき課題】

(2) 医療関連死の届出制度・中立的専門機関における医療関連死の原因究明制度及び医療分野における裁判外紛争処理制度

事件事例等に基づく対策として、これまでヒヤリ・ハットや事故等の事例を匿名で収集することにより、発生予防・再発防止対策を講じてきたが、事故等について第三者が原因究明を行うこと等については、これまで具体的な検討が進んでこなかった。しかし、平成16年9月に日本医学会の基本領域19学会により、医療関連死の届出と行政機関の関与も含めた中立的専門機関における原因究明の制度の実現を求める共同声明が出されたことを受け、国が平成17年度から「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」を実施することとしたことに端を発し、こうした制度に関する検討が急速に進んできた。

医療事故の届出、原因分析、裁判外紛争処理制度及び患者に対する補償制度等については、一体として検討することが望ましいが、異状死の定義、中立性・公平性の確保方策、死亡以外の事例への対応の必要性等をはじめとして様々な課題の整理等が求められる上、人的や財政的な検討も必要となる。

このため、これらの検討に当たっては、まず、次の事項について着手する必要がある。

- ① 「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」を実施する中で課題の整理を行うとともに、事業実績等に基づき制度化等の具体的な議論の際に必要な基礎資料を得る。
- ② 医療機関、医療従事者や患者遺族等との調整、調停を担う人材の養成方法等について検討する。

（※ 医療安全対策検討会議：医政局長及び医薬食品局長の私的懇談会）

衆議院厚生労働委員会・参議院厚生労働委員会の決議

○ 参議院厚生労働委員会

健康保険法等の一部を改正する法律案及び良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議（抜粋）
(平成18年6月13日)

政府は、次の事項について、適切な措置を講ずるべきである。

- 19、医療事故対策については、事故の背景等について人員配置や組織・機構などの観点から調査分析を進めるとともに、医師法第21条に基づく届出制度の取扱いを含め、第三者機関による調査、紛争解決の仕組み等について必要な検討を行うこと。

○ 衆議院厚生労働委員会

「安全で質の高い医療の確保・充実に関する件」について決議（抜粋）
(平成18年6月16日)

特に、志の高い医療従事者が患者の生命を救い健康を守るために、自らの技量を十分に発揮し、安心して本来の医療業務に専念できるようにしていくことが重要である。こうした観点から、地域の実情に応じた医師確保対策を講じていくことなどにより、小児救急医療・周産期医療に係る勤務医、看護職員等の労働環境の向上や医療安全の推進を図っていくとともに、医療事故等の問題が生じた際に、医療行為について第三者的な立場による調査に基づく公正な判断と問題解決がいつでも得られるような仕組み等環境を整備する必要がある。

医療以外の分野における原因究明等を行う仕組み(例)

1 航空・鉄道事故調査委員会について

【航空・鉄道事故調査委員会設置法（昭和四十八年十月十二日法律第百十三号）】（抜粋）

第一条 この法律は、航空事故及び鉄道事故の原因並びにこれらの事故に伴い発生した被害の原因を究明するための調査を適確に行わせるとともに、これらの事故の兆候について必要な調査を行わせるため航空・鉄道事故調査委員会を設置し、もつて航空事故及び鉄道事故の防止並びにこれらの事故が発生した場合における被害の軽減に寄与することを目的とする。

第二条 国土交通省に、航空・鉄道事故調査委員会（以下「委員会」という。）を置く。

第五条 委員会は、委員長及び委員九人をもつて組織する。

第十四条 委員会の事務を処理させるため、委員会に事務局を置く。

【取扱い件数（平成17年）】

（航空・鉄道事故調査委員会ホームページ <http://araic.assistmicro.co.jp/>より）

- ・ 航空事故： 23件
- ・ 鉄道事故： 24件

2 海難審判庁について

【海難審判法（昭和二十二年十一月十九日法律第百三十五号）】（抜粋）

第一条 この法律は、海難審判庁の審判によつて海難の原因を明らかにし、以てその発生の防止に寄与することを目的とする。

第四条 海難審判庁は、海難の原因について取調を行い、裁決を以てその結論を明らかにしなければならない。

- 2 海難審判庁は、海難が海技士（船舶職員及び小型船舶操縦者法（昭和二十六年法律第百四十九号）第二十三条第一項 の承認を受けた

者を含む。以下同じ。)若しくは小型船舶操縦士又は水先人の職務上の故意又は過失によつて発生したものであるときは、裁決をもつてこれを懲戒しなければならない。

- 3 海難審判庁は、必要と認めるときは、前項の者以外の者で海難の原因に関係のあるものに対し勧告をする旨の裁決をすることができる。

第八条 国家行政組織法（昭和二十三年法律第二百十号）第三条第二項の規定に基づいて、国土交通大臣の所轄の下に、海難審判庁を置く。

第八条の二 海難審判庁は、海難の原因を明らかにし、もつてその発生の防止に寄与することを任務とする。

【組織】（海難審判庁ホームページ <http://www.mlit.go.jp/>より）

- ・ 地方海難審判庁は、函館、仙台、横浜、神戸、広島、門司、長崎に置かれ、那覇には門司の支部が設けられ、海難事件の第一審としての審判を行う。
- ・ 高等海難審判庁は、東京に置かれ、第一審の裁決に不服のある者の請求に基づき、第二審としての審判を行う。
- ・ 海難審判理事所は、理事官の行う事務（海難の調査、審判の請求と立会い、裁決の執行）を統轄するための機関で、東京に置かれている。
- ・ 地方海難審判理事所は、地方海難審判庁の所在地にそれぞれ置かれ、那覇には門司の支所が設けられている。

【取扱件数（平成17年）】（「海難レポート2006」より抜粋）

- ・ 地方海難審判庁(第一審)裁決件数：732件

航空・鉄道事故調査委員会の概要

平成19年10月26日

企画調整課

1. 組織と主な業務

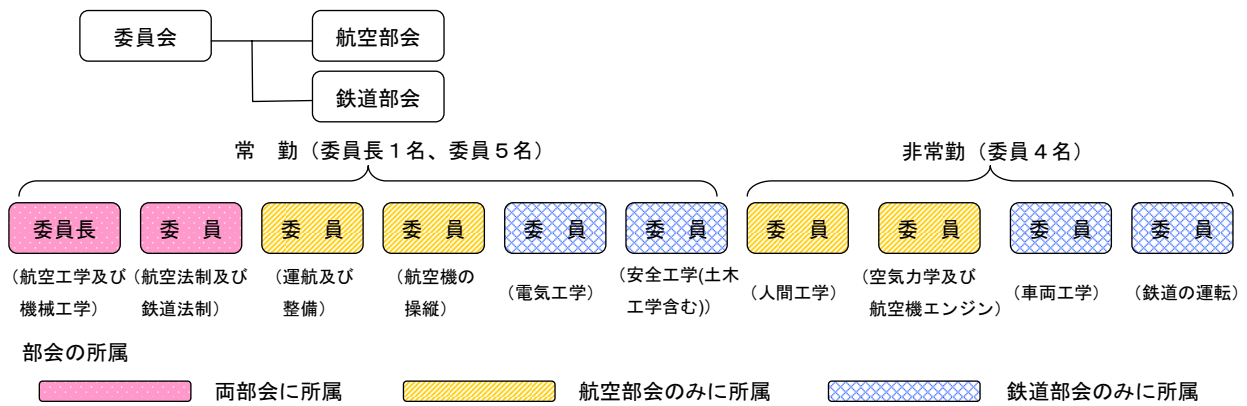
(1) 変遷

昭和48年10月12日	航空事故調査委員会設置法公布
昭和49年 1月11日	航空事故調査委員会発足 [委員長、委員 計5名、事務局長、首席航空事故調査官 他調査官計10名、総務課長他計7名]
平成13年10月 1日	航空・鉄道事故調査委員会に組織変更 [委員5名の増員、首席鉄道事故調査官 他鉄道事故調査官計6名新設]
平成18年 4月 1日	企画調整課の新設

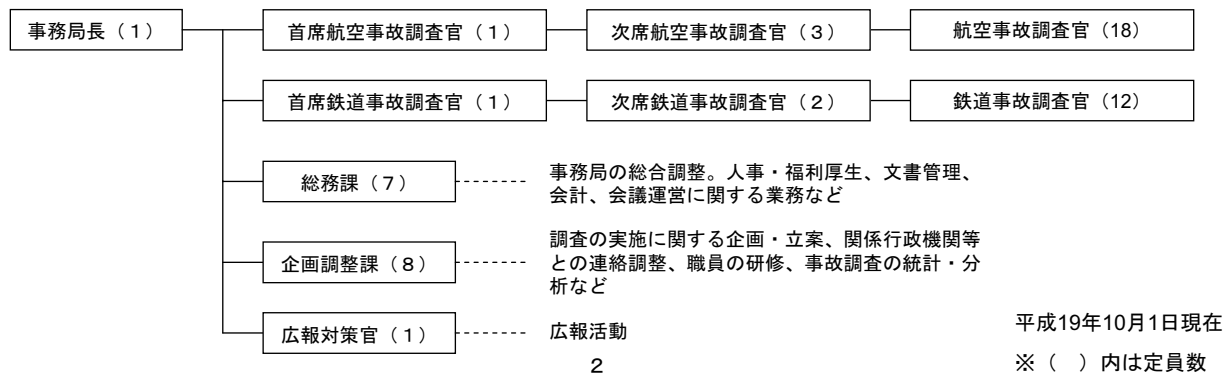
(2) 委員会の主な仕事

- ① 航空事故及び鉄道事故の原因を究明するための調査を行うこと。
- ② 航空事故及び鉄道事故に伴い発生した被害の原因を究明するための調査を行うこと。
- ③ 航空及び鉄道の重大インシデントについて、事故を防止する観点から必要な調査を行うこと。
- ④ 調査結果に基づき、航空事故及び鉄道事故の防止並びにこれらの事故が発生した場合における被害の軽減のために講ずべき施策について勧告あるいは建議をすること。
- ⑤ これらの事務を行うため、必要な調査と研究を行うこと。

(3) 現在の組織



- 委員会の委員長及び委員は、独立して職権を行う。
- 委員長及び委員は、両議院の同意を得て、国土交通大臣が任命する。任期は3年。



2. 調査の対象となる事故、重大インシデント

(1) 対象となる事故、重大インシデント

航空事故

- 航空機の墜落、衝突又は火災
- 航空機による人の死傷又は物件の損壊
- 航空機内にある者の死亡 (自然死、自己又は他人の加害行為に起因する死亡、航空機乗組員、客室乗務員又は旅客が通常立ち入らない区域に隠れていた者の死亡は除く。) 又は行方不明
- 他の航空機との接触
- 航行中の航空機が損傷 (発動機等の単独の損傷を除く) を受けた事態 (大修理を要するものに限る。)

鉄道事故

- 列車衝突事故
- 列車脱線事故
- 列車火災事故
- 踏切障害事故 (5人以上の死傷者を生じたもの又は乗客、乗務員等に死亡者を生じたもの、特に異例と認められるもの)
- 鉄道人身障害事故(同上)
- 軌道において、車両衝突事故、車両脱線事故、車両火災事故等で5人以上の死傷者を生じたもの又は乗客、乗務員等に死亡者を生じたもの等

航空重大インシデント

- 異常接近 (ニアミス)
- 閉鎖中又は他の航空機が使用中の滑走路への着陸又はその試み
- オーバーラン、アンダーシュート及び滑走路からの逸脱 (航空機が自ら地上走行できなくなった場合に限る。)
- 航空機内の気圧の異常な低下 等

鉄道重大インシデント

- 列車の運転を停止して行うべき工事又は保守の作業中に列車が当該作業をしている区間を走行した事態
- 列車又は車両が停車場間の本線を逸走した事態
- 列車の走行中に客室の乗降用扉が開いた事態 等

(2) 事故調取扱いの航空・鉄道の事故、重大インシデントの発生件数

年	航 空			鉄 道		
	航空事故	重大インシデント	計	鉄道事故	重大インシデント	計
平成14年	35件	5件	40件	20件	3件	23件
平成15年	18件	15件	33件	23件	1件	24件
平成16年	27件	14件	41件	20件	2件	22件
平成17年	23件	15件	38件	24件	3件	27件
平成18年	18件	4件	22件	16件	4件	20件

「重大事故」

〈定義〉

航空事故又は鉄道事故のうち、死亡者若しくは行方不明者が10人以上又は死亡者、行方不明者若しくは重傷者が20人以上のもの

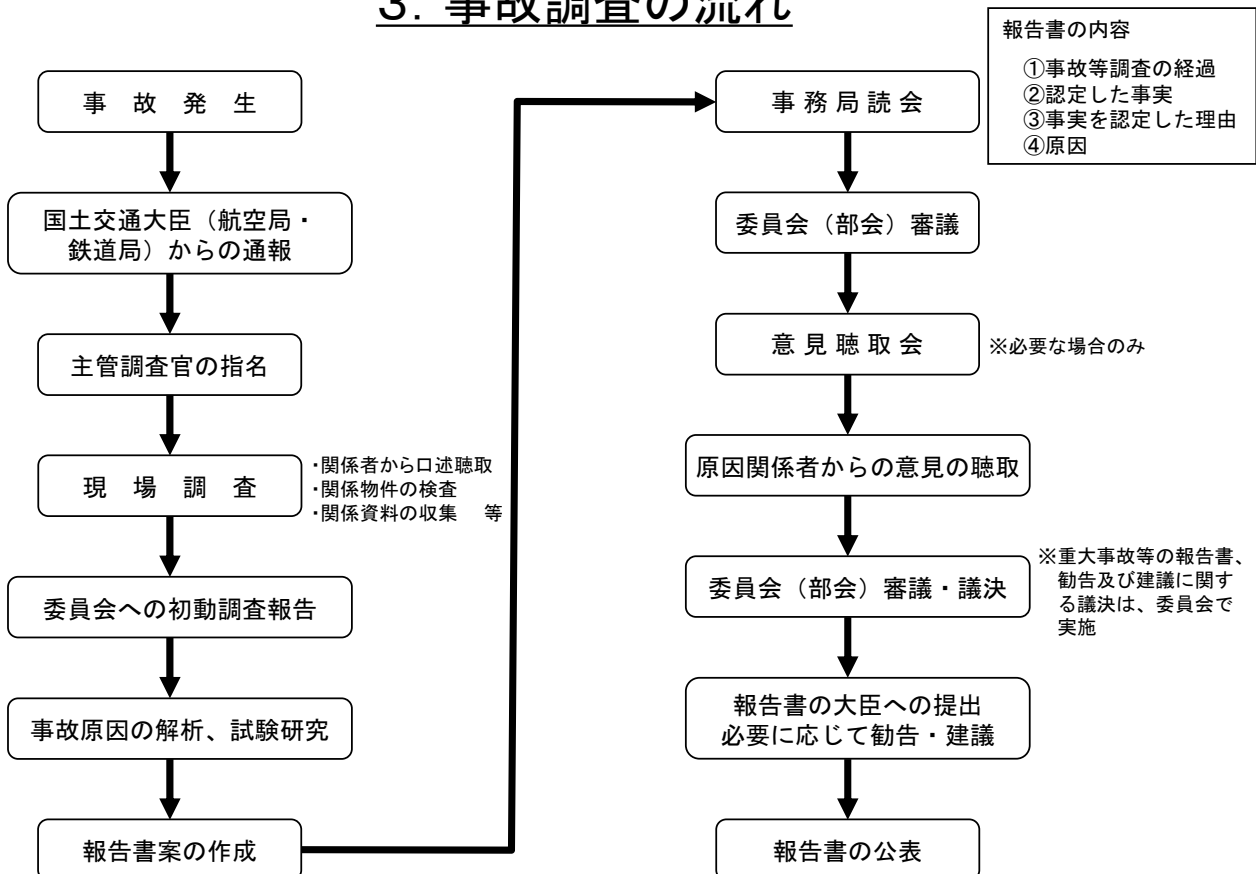
〈最近5年間に発生した重大事故〉

平成17年 4月25日 JR西日本 福知山線列車脱線事故

平成17年12月25日 JR東日本 羽越線列車脱線事故

4

3. 事故調査の流れ



5

4. 勧告・建議

委員会は、事故調査後に必要があると認められるときは、調査の結果に基づき、事故の防止又は被害の軽減のため講ずべき施策について国土交通大臣に勧告を行う。

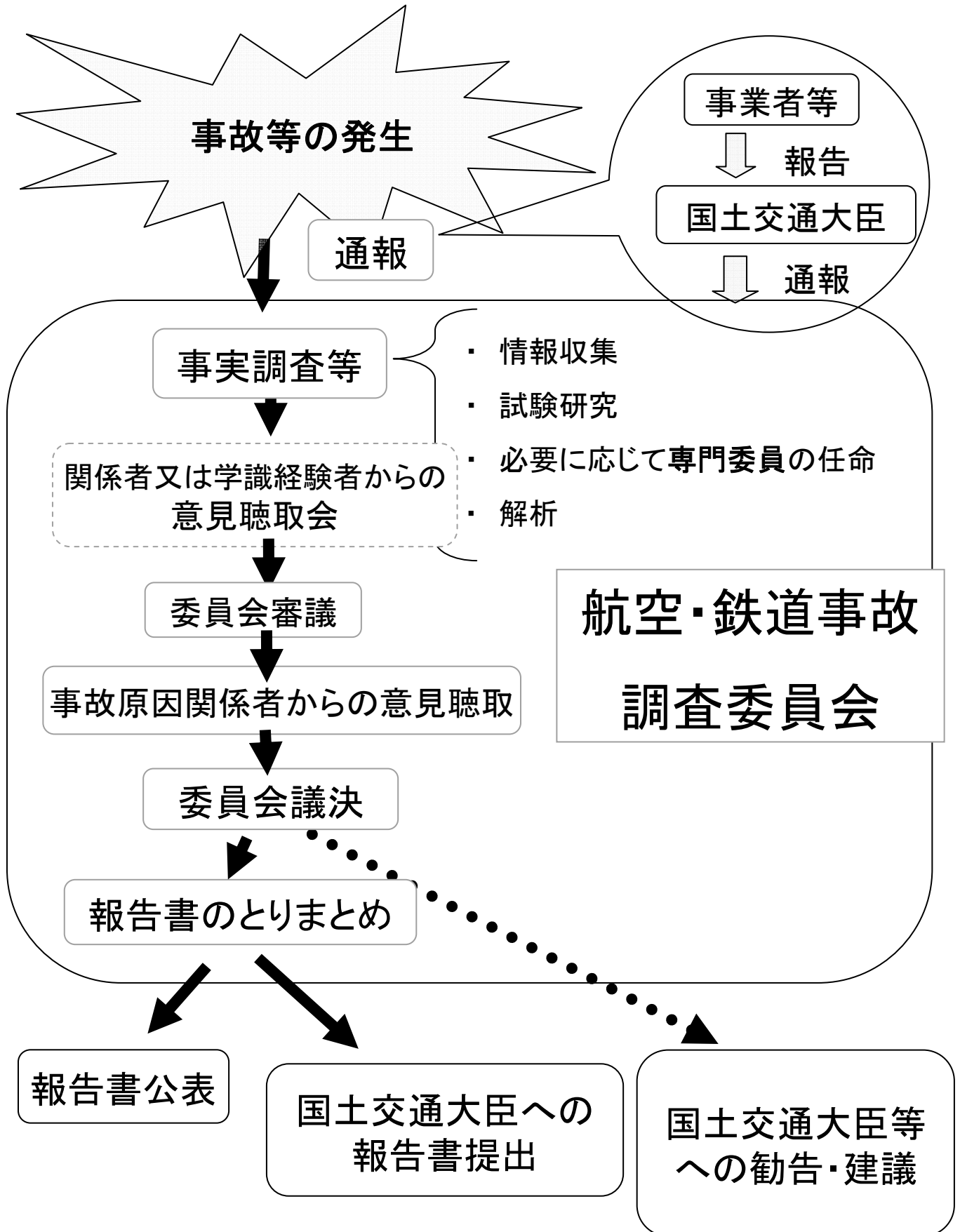
また、同様に、国土交通大臣又は関係行政機関の長に対して建議を行う。

勧告・建議の件数

	航 空	鉄 道
勧 告	3	—
安全勧告 [※]	9	—
建 議	17	4

※ 安全勧告 . . . 国際民間航空条約第13附属書に基づく。

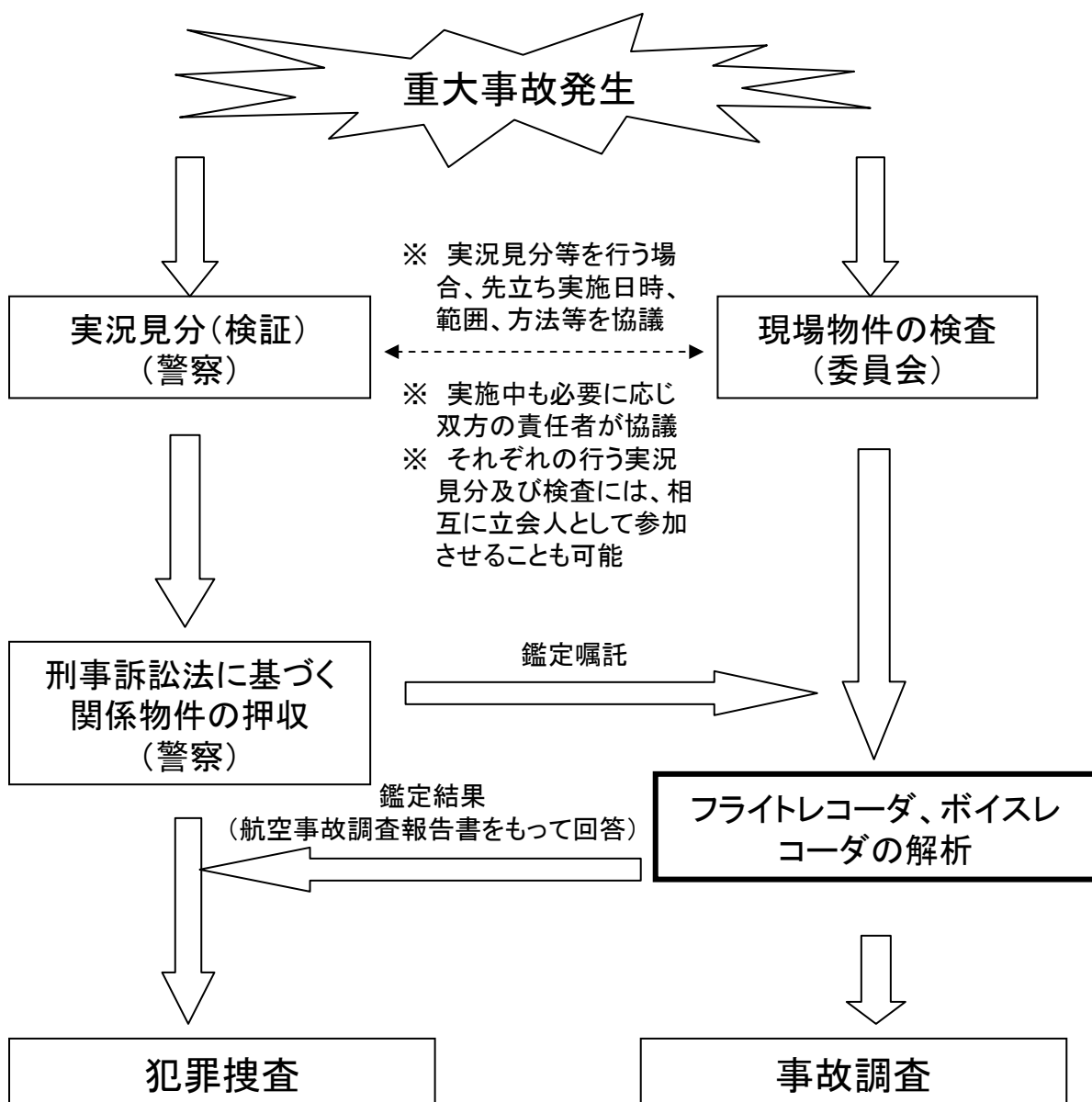
航空・鉄道事故等調査



航空・鉄道事故調査における調査の流れ(例)

航空・鉄道事故調査委員会の事故調査と都道府県警察が行う犯罪捜査が同時に行われる場合、下記に例示するような形で、相互に協力、調整して、調査等を進めている。

例：フライトレコーダ、ボイスレコーダの発見と解析



監察医制度の概要について

1 監察医制度の概要

① 監察医制度の目的

- 監察制度は、死因不明の死体を検案又は解剖して死因を明らかにすることにより、公衆衛生の向上等に資することを目的とする制度である。（犯罪捜査を目的とした制度ではない。）

② 監察医の業務内容

- 監察医は、死体解剖保存法に基づき、死因の明らかでない死体について、以下の業務を行う。
 - ア 死体の検案を行うこと
 - イ 検案によっても死因の判明しない場合に解剖を行うこと（遺族の同意は不要）

③ 監察医を置くべき地域

- 東京23区内、横浜市、名古屋市、大阪市及び神戸市（設置主体は都府県であり、自治事務）

④ 監察医による検案・解剖の対象

- 法律上、伝染病、中毒又は災害により死亡した疑いのある死体その他死因が明らかでない死体が検案・解剖の対象。

2 監察医制度創設の経緯

- 監察医制度は、飢餓、栄養失調、伝染病等により死亡が続出していた終戦直後において、これらの死因が適切に把握されず対策にも科学性が欠けてため、公衆衛生の向上を目的として、連合軍総司令部（GHQ）が、国内の主要都市に監察医を置くことを日本政府に命令したことにより、昭和22年に創設された。

注：制度発足当初は、福岡市及び京都市にも置かれていた。

病理医数等について

※ 日本病理学会調べ(平成19年5月1日現在)より

都道府県	専門医数	病理専門医 研修施設数
北海道	92	40
青森	17	6
岩手	21	6
宮城	32	12
秋田	20	8
山形	20	6
福島	26	10
茨城	24	11
栃木	24	8
群馬	31	10
埼玉	67	19
千葉	63	27
東京	350	83
神奈川	116	36
新潟	30	9
富山	24	10
石川	35	6
福井	7	4
山梨	12	3
長野	35	19
岐阜	23	12
静岡	39	22
愛知	103	39
三重	22	9

都道府県	専門医数	病理専門医 研修施設数
滋賀	16	10
京都	56	15
大阪	125	53
兵庫	68	36
奈良	23	4
和歌山	12	4
鳥取	12	5
島根	8	3
岡山	36	12
広島	30	16
山口	19	5
徳島	17	3
香川	20	10
愛媛	19	10
高知	14	5
福岡	89	31
佐賀	8	3
長崎	22	8
熊本	21	6
大分	16	3
宮崎	17	6
鹿児島	30	7
沖縄	17	8
全国	1928	678

法医解剖に関わる医師数等

日本法医学会調べ(平成19年4月26日現在)

都道府県	大学法医学教室に所属している医師数(※1)	法医認定医(※2)	死体検案認定医(※3)	都道府県	大学法医学教室に所属している医師数(※1)	法医認定医(※2)	死体検案認定医(※3)
北海道	11	5	0	滋賀	4	2	0
青森	2	3	1	京都	5	3	5
岩手	3	2	2	大阪	24	11	7
宮城	5	2	0	兵庫	15	7	6
秋田	3	3	2	奈良	2	1	0
山形	1	1	0	和歌山	2	2	0
福島	4	2	6	鳥取	1	1	0
茨城	1	1	3	島根	2	1	0
栃木	11	3	0	岡山	4	2	1
群馬	2	3	2	広島	1	2	2
埼玉	5	2	0	山口	1	1	0
千葉	4	5	0	徳島	4	1	1
東京	54	15	4	香川	6	1	1
神奈川	10	7	0	愛媛	3	0	2
新潟	4	1	0	高知	2	1	0
富山	4	2	0	福岡	10	3	1
石川	5	3	0	佐賀	2	1	0
福井	1	1	4	長崎	2	1	1
山梨	2	1	0	熊本	3	1	5
長野	3	2	6	大分	1	0	2
岐阜	3	1	6	宮崎	2	1	1
静岡	4	3	3	鹿児島	1	1	0
愛知	8	4	7	沖縄	2	1	0
三重	4	2	6				
				全国	253	119	87

※1 大学法医学教室に所属している医師数には、大学院生・研究生を含む。

※2 法医解剖および死体検案を中心とした包括的、全人的な法医学について、その知識、技能、態度の体得とその実践が、日本法医学会の目標とする資質に達していると学会が評価した者を、法医認定医として認定する。

※3 異状死の死体検案(以下死体検案という)に関する包括的、全人的な知識、技能、態度の体得とその実践が、日本法医学会の目標とする資質に達していると学会が評価した者を、死体検案認定医として認定する。

医療機関内における事故報告等について

医療法

(昭和二十三年七月三十日法律第二百五号)
最終改正:平成一八年一月二日法律第一〇六号

第三章 医療の安全の確保

第六条の十 病院、診療所又は助産所の管理者は、厚生労働省令で定めるところにより、医療の安全を確保するための指針の策定、従業者に対する研修の実施その他の当該病院、診療所又は助産所における医療の安全を確保するための措置を講じなければならない。

医療法施行規則

(昭和二十三年十一月五日厚生省令第五十号)
最終改正:平成一九年三月三〇日厚生労働省令第三九号

第一章の二 医療の安全の確保

第一条の十一 病院等の管理者は、法第六条の十の規定に基づき、次に掲げる安全管理のための体制を確保しなければならない(ただし、第二号については、病院、患者を入院させるための施設を有する診療所及び入所施設を有する助産所に限る。)

- 一 医療に係る安全管理のための指針を整備すること。
- 二 医療に係る安全管理のための委員会を開催すること。
- 三 医療に係る安全管理のための職員研修を実施すること。
- 四 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講ずること。

良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について

(医政発第0330010号 平成19年3月30日)

第2 医療の安全に関する事項

1 医療の安全を確保するための措置について

～略～

(1) 医療に係る安全管理のための指針

～略～

(2) 医療に係る安全管理のための委員会

新省令第1条の11第1項第2号に規定する医療に係る安全管理のための

委員会とは、当該病院等における安全管理の体制の確保及び推進のために設けるものであり、次に掲げる基準を満たす必要があること。

- ① 安全管理委員会の管理及び運営に関する規程が定められていること。
- ② 重要な検討内容について、患者への対応状況を含め管理者へ報告すること。
- ③ 重大な問題が発生した場合は、速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び実施並びに従業者への周知を図ること。
- ④ 安全管理委員会で立案された改善策の実施状況を必要に応じて調査し、見直しを行うこと。
- ⑤ 月1回程度開催するとともに、重大な問題が発生した場合は適宜開催すること。
- ⑥ 各部門の安全管理のための責任者等で構成されること。

(3) 医療に係る安全管理のための職員研修

～略～

(4) 当該病院等における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策

新省令第1条の11第1項第4号に規定する当該病院等における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に係る措置は、以下のようなものとする。

- ① 当該病院等において発生した事故の安全管理委員会への報告等を行うこと(患者を入所させるための施設を有しない診療所及び妊婦等を入所させるための施設を有さない助産所については、管理者へ報告することとする。)
- ② あらかじめ定められた手順、事故収集の範囲等に関する規定に従い事例を収集、分析すること。これにより当該病院等における問題点を把握して、当該病院等の組織としての改善策の企画立案及びその実施状況を評価し、当該病院等においてこれらの情報を共有すること。
- ③ 重大な事故の発生時には、速やかに管理者へ報告すること。また、改善策については、背景要因及び根本原因を分析し検討された効果的な再発防止策等を含むものであること。

なお、事故の報告は診療録、看護記録等に基づき作成すること。

また、例えば、助産所に、従業者が管理者1名しかいない場合などについては、安全管理委員会の開催、管理者への報告等については、実施しなくても差し支えないものであること。

医療事故調査において院外の専門家等が関わっている例について

1. 国立病院機構九州ブロック	
○別紙 1	1
2. 群馬県病院局	
○別紙 2	4
3. 石川県医師会	
○別紙 3	10
4. 名古屋大学医学部付属病院	
○別紙 4	14

1. 国立病院機構九州ブロックの取組の概要

○拡大医療安全管理委員会について

(1) 目的

- ・ 院外の専門家を加えて、第三者的立場から過失の有無を厳正に審議
- ・ 再発防止策の提言

(2) 位置づけ

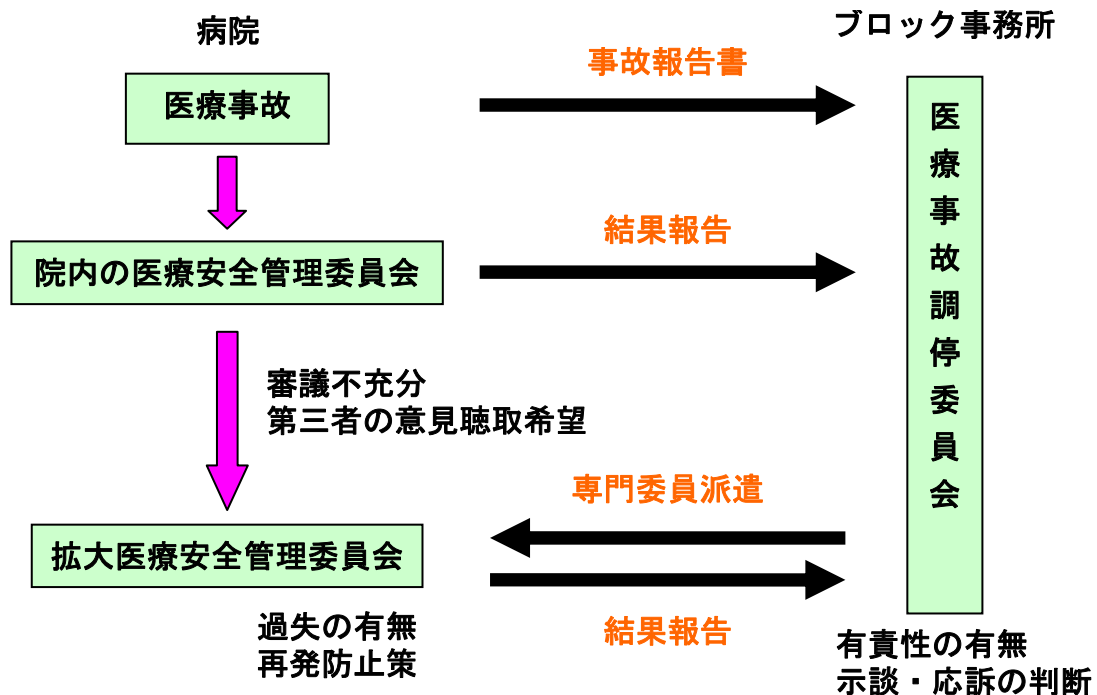
- ・ 事故の発生した病院から医療事故調停委員会への依頼に基づき、医療事故調停委員会の下部組織として、当該病院内に設置。

(3) 構成

- ・ 当該病院の委員（院長を含む）
- ・ 院外専門委員（機構内病院の出身大学が異なる医師、外部病院の医師、看護師、理学療法士、臨床工学技師等 ※事案によっては、機構外の専門委員も招聘している）
- ・ 九州ブロック事務所顧問弁護士
- ・ 当該病院担当の弁護士
- ・ 医療事故調停委員会の委員（九州ブロック所属の病院長、副院長、事務部長、看護部長等） 等

(4) 活動状況

- ・ 平成 16 年 4 月～平成 19 年 4 月の間に 32 回開催（32 事例）



独立行政法人国立病院機構九州ブロックの医療事故対応体制

国立病院機構本部九州ブロック事務所

1. 医療事故の定義

本稿で取り上げる医療事故は、患者の疾患そのものではなく、医療行為によって患者に一過性又は永続的な障害を引き起こされた事象と定義する。医療従事者の過失がないもの、過失が不明のもの、過失が明らかなものすべてを含む。

2. 医療事故発生直後の患者、家族への対応

- (1) 折衝窓口は院長（又は副院長）と当該診療科の責任医師（原則として医長）に事務職が加わり、必ず複数で当る。
- (2) 相手方に回答する際は、院内の医療安全管理委員会を開催し、その内容を十分吟味した上で回答する。
- (3) 相手方が病院の回答に納得しない場合は、院外の専門的な医師、看護師等を加えた委員会（拡大医療安全管理委員会）で再度審議することを誠意を込めて説明する。

3. 院内の医療安全管理委員会の開催

- (1) 医療事故発生後、可及的速やかに、院内で医療安全管理委員会を開催し、以下の①～⑥を審議する。
 - ① 医療事故の概略
 - ② 障害の程度、後遺症の有無と程度、予後
 - ③ 診療の妥当性、過誤の有無（因果関係、注意義務等）、問題点
 - ④ 患者の苦情内容
 - ⑤ 患者への回答内容
 - ⑥ 今後の予定
- (2) 院内の医療安全管理委員会において、上記の②、③、⑤の審議が不十分な際は、拡大医療安全管理委員会の開催を医療事故調停委員会に依頼する。その際は、以下の⑦、⑧の資料を作成し添付する。
 - ⑦ 院内医療安全管理委員会での疑問事項と審議依頼事項
 - ⑧ 必要とする専門領域の院外委員（以下、専門委員）

4. 拡大医療安全管理委員会

- (1) 当該病院の医療安全管理委員会で過失の有無を十分結論付けることができないとき、院外の専門家を加えて、第三者的立場から過失の有無を厳正に審議するために、当該病院に医療事故調停委員会の下部組織として拡大医療安全管理委員会を置く。
- (2) 拡大医療安全管理委員会は、当該病院の委員（院長を含む）に、専門委員、九州ブロック事務所顧問弁護士（以下、顧問弁護士）、病院担当の弁護士、医療事故調停委員会の委員等を加えた委員で構成し、当該病院または九州ブロック事務所において、当該病院の院長が開催す

る。

- (3) 拡大医療安全管理委員会の議事進行は、医療事故調停委員会の委員が行い、専門委員は、第三者的立場から医学的意見や助言を述べ、顧問弁護士、病院担当の弁護士は、法的な立場から医療過誤の有無について意見を述べる。

5. 医療事故調停委員会

- (1) 医療事故調停委員会は、九州ブロック所属の病院の医療事故について、医療安全管理委員会又は拡大医療安全管理委員会の報告に基づき、中立的な立場で、公正で厳格な審議を行い、その過失の有無と事後処理（示談、応訴等）について協議し、当該病院に助言を行う。
- (2) 医療事故調停委員会は、九州ブロック所属の病院長、副院長、事務部長、看護部長、顧問弁護士および九州ブロック事務所職員から構成される。
- (3) 医療事故処理における院内の医療安全管理委員会、拡大医療安全管理委員会、医療事故調停委員会の関係は図1に示す。

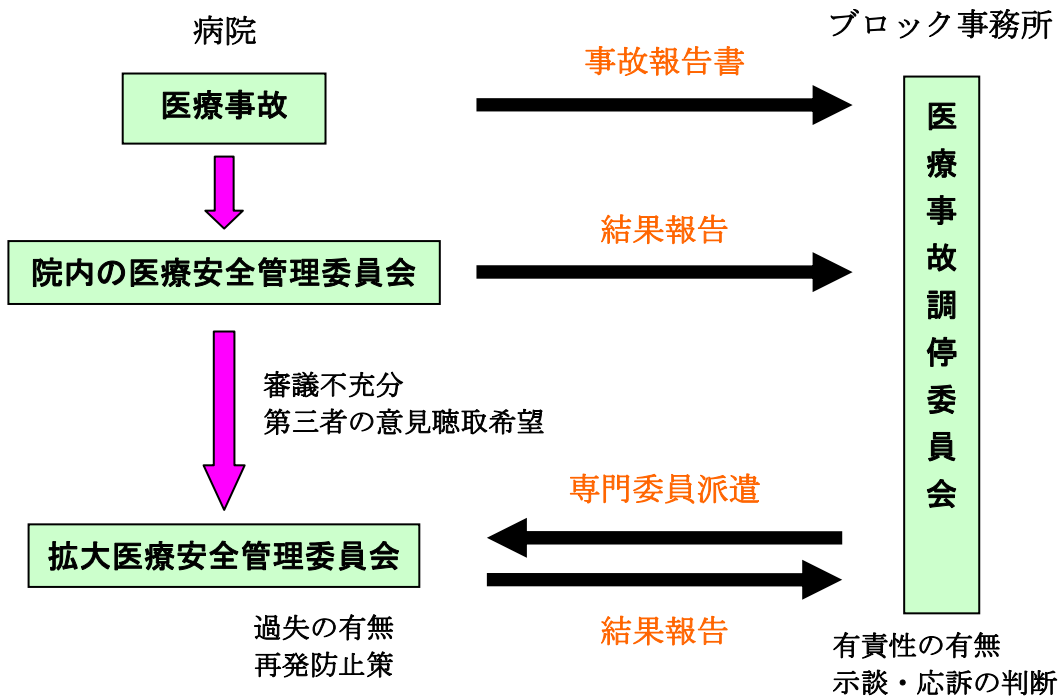


図1. 医療事故処理における各委員会の関係

* 拡大医療安全管理委員会は、平成16年4月から開始し、平成19年4月までに32回開催している（平成16年度9回、平成17年度11回、平成18年度10回、平成19年度4月2回）。

2. 群馬県病院局の取組の概要

○県立病院医療事故調査委員会について

(1) 目的

- ・ 医療の信頼性、透明性の確保
- ・ 客観性、信頼性の高い調査・分析を行う
- ・ 再発防止策の提言

(2) 位置づけ

- ・ 県立病院で発生した重大な医療事故等について、病院局医療安全管理委員会の依頼に基づき、県立病院外の有識者委員が事故等の原因の調査・分析等を行う第三者的機関として設置されている。

(3) 構成

- ・ 常設委員 5 名（医師 2 名、看護師 1 名、民間企業安全管理者 1 名、弁護士 1 名）
- ・ 専門委員 16 名（心疾患、がん疾患、精神疾患及び小児疾患分野から各 4 名）

※ 事故調査時は、常設委員 5 名＋事故等の内容に応じて選定された専門委員（なお、専門委員は案件に応じて別の適任者を推薦することもできる）で構成

※ 委員は県立病院外の病院等（県外所在の病院含む）から選定される

(4) 活動状況

- ・ 平成 17 年度～現在の間には 2 例

群馬県病院局（県立4病院）医療安全管理体制について

病院間の情報の共有化や連携を図ることにより、さらに医療の安全管理を推進するため、平成17年度より、病院局（県立4病院）全体で医療安全管理に取り組む体制を整備している。

組織体制としては、病院管理者をトップに、県立4病院の医療安全管理を統轄する「病院局医療安全管理委員会」や、安全管理を実践的に推進するための諸活動を行う4病院の「ゼネラルリスクマネージャー（GRM）会議」、各病院に設置した「院内医療安全管理委員会」とその下部組織（リスクマネジメント委員会等）などで構成。

また、各病院には、医療安全管理室を設置し、専任のGRM（原則として看護師）を1名配置するほか、患者相談窓口を設置している。

あわせて、医療の信頼性、透明性の確保を目的として、県立病院で発生した重大な医療事故等についての調査・分析を行う県立病院医療事故調査委員会を設置。調査の客観性を高めるため、委員は外部の有識者で構成し、第三者的機関と位置づけている。

（1）病院局医療安全管理委員会（以下「局委員会」という。）の概要

県立4病院全体の医療安全管理を統轄。

発生した事故等について、病院内における報告体制に加え、病院から局委員会への報告体制を整備。→ （2）参照

病院間の情報の共有化、連携の強化を図るとともに、当該病院での検討・判断だけでなく、複数の病院で構成する委員会での検討・協議を経ることにより、さらに客観的、妥当な判断を行うことを目指している。

※構成 委員長：病院管理者

委員：病院局長、各県立病院長、病院局総務課長、病院企画監等
（オブザーバー：各病院医療安全管理室長、GRM、事務局長等）

※開催 原則として、毎月1回開催。重大事故発生時等必要な場合は臨時に開催。

※主な所掌事項：

- ・ 県立病院全体に関わる安全管理対策の検討・推進に関すること
- ・ 重大な事故等について県立病院医療事故調査委員会へ事故等の原因の調査・分析の依頼を行うこと→ （3）参照
- ・ 県立病院事故調査委員会の調査結果を基にした再発防止策の検討並びに事故を発生させた県立病院への指導に関すること
- ・ 診療関連死の死亡原因の判定に関すること
- ・ 医療事故等の公表に関すること など

（2）各病院から局委員会への事故等の報告体制について

①発生の都度報告

- ・ 重大な事故等の発生→直ちに第一報の連絡及び速やかに文書による報告

②毎月の定期報告

- ・ 事故及びヒヤリ・ハット事例の報告（発生件数と各事例の概要）
- ・ 診療関連死原因検討報告*

*各病院に設置する委員会において、当該病院における全死亡事例につき、死亡原因、過失性の有無や合併症について検討している。最終判断は、局委員会において行う。

③患者家族との紛争事案等（随時報告）

(3) 県立病院医療事故調査委員会について

県立病院で発生した重大な事故等については、局委員会から、県立病院医療事故調査委員会(外部有識者で構成)に対し、事故等の原因の調査・分析を依頼している。

①調査・分析を依頼する事故等の範囲

上記(2)で報告を受けた事故等のうち、次に掲げる事故等に該当するもの

- イ 事故レベル4 b 以上で、過失のある医療事故又はその疑いのある医療事故
- ロ イに掲げる事故には該当しないが、事故又は事故の疑いのある事案が発生した場合であって、第三者の客観的な調査及び分析が必要と判断される場合

*ロについては、新たに追加したもの。例えば次のようなケースを想定。

例・事故とは判断していないが、患者家族側が納得していない事案であって、第三者的機関による調査分析の必要があると判断される場合

- ・レベル4 a 以下ではあるが、病院の安全管理上重大と考えられる事故であり、第三者的機関による調査分析の必要があると判断される場合 など

②県立病院医療事故調査委員会の構成と位置づけについて

調査の客観性、信頼性を高めるため、委員は外部の有識者で構成し、第三者的機関と位置づけている。

※構成 常設委員 5名(医師2名、看護師1名、民間企業安全管理者1名、弁護士1名)
専門委員 16名(心疾患、がん疾患、精神疾患及び小児疾患分野から各4名)

*事故等調査時の委員構成

常設委員5名+事故等の内容に応じて選定された専門委員で構成

※開催 重大な事故等の調査時に開催するほか、定例会を年2回開催

※主な業務

局委員会の依頼により、上記①に該当する事故等について、原因の調査・分析を行うほか、再発防止策の提言等も実施。

③調査の実施例

- ・当該病院から関係文書の提出
 - ・診療録、看護記録、検査データ等の記録類
 - ・その他関係資料
- ・現場等の確認
- ・病院から経過報告等を受け、質疑応答
- ・当事者、関係者から事実経過等についてヒアリング
- ・関係文献の収集

※当該病院においても、GRMが中心となり、院内医療安全管理委員会等において、原因究明等のための必要な取り組みを行う。

- ・現場等の保存
- ・正確な記録類の迅速な提出
- ・発生後早期に事実経過の確認・検証
- ・事故の分析等のための院内医療安全管理委員会の開催 など

→ (4) ②参照

◎これまでの調査実績

2例：うち、医療行為等に不適切な点があったと指摘されたもの 1例
不適切な点はなかつたものとされたもの 1例

(4) 各病院における安全管理体制について

①各病院の安全管理体制の概要

・院内医療安全管理委員会

院内の医療安全管理に関する方針等を実質的に決定。

※構成 委員長：副院長（＝医療安全管理室長） 副委員長：G R M

委員：医療局長、看護部長、事務局長ほか

※主な所掌事項

- ・事故の分析及び再発防止策の検討並びに実施状況の調査・見直しに関すること
- ・安全管理のための職員に対する指示に関すること
- ・院長等に対する提言に関すること
- ・医療安全管理の検討、研究に関すること など

・医療安全管理室

院内医療安全管理委員会の方針に基づいて、医療安全管理の具体的業務を実施。

・G R Mの配置

医療安全管理室に、専任で1名（看護師）配置。

室長（副院長・院内安全委員会委員長）の指示のもと、各部門のリスクマネージャーと連携しながら、安全管理業務を遂行。安全管理の中心的な役割を担う。

・患者相談窓口

患者・家族からの苦情・相談等に応じられる窓口を設置。責任者は、G R M

②医療事故発生時の各病院の対応について

・局委員会への報告 →上記（2）参照

重大な事故等の場合は、直ちに第一報の連絡及び速やかに文書による報告

その他の事故等は、定期報告

・原因分析等のための院内医療安全管理委員会の開催

（原則として、毎月1回開催。重大事故発生時等必要な場合は臨時に開催）

・事実経過の確認・検証と原因分析、再発防止策の検討

・再発防止策の実施と見直し ・職員への周知徹底

・患者家族等への対応 など

※事故発生時の医療安全管理室（室長・G R M）の役割

・医療事故の状況把握に努め、発生への報告又は連絡を受けること

・診療録や看護記録等の記載、医療事故報告書の作成等について職場責任者に対する必要な指示・指導

・患者家族への説明など事故発生時の対応についての確認と必要な指導

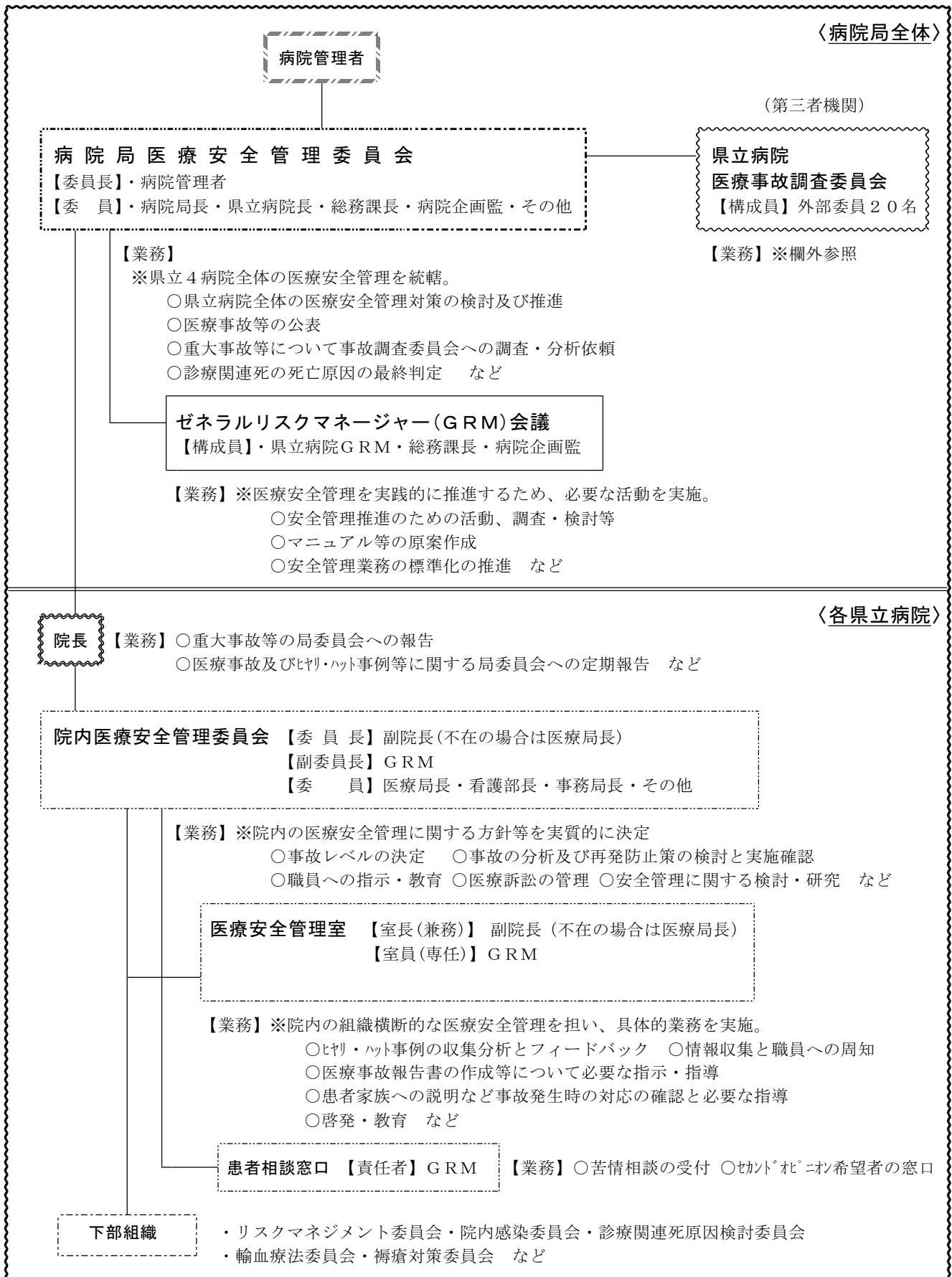
・原因究明が適切に実施されていることの確認と必要な指導

・病院としての報告書（院長→局委員会への報告書）の作成（作成責任者）

*患者家族への対応について

状況に応じて、患者家族への説明に同席したり、患者家族の立場に立って、病院側との仲介の役割を果たす。

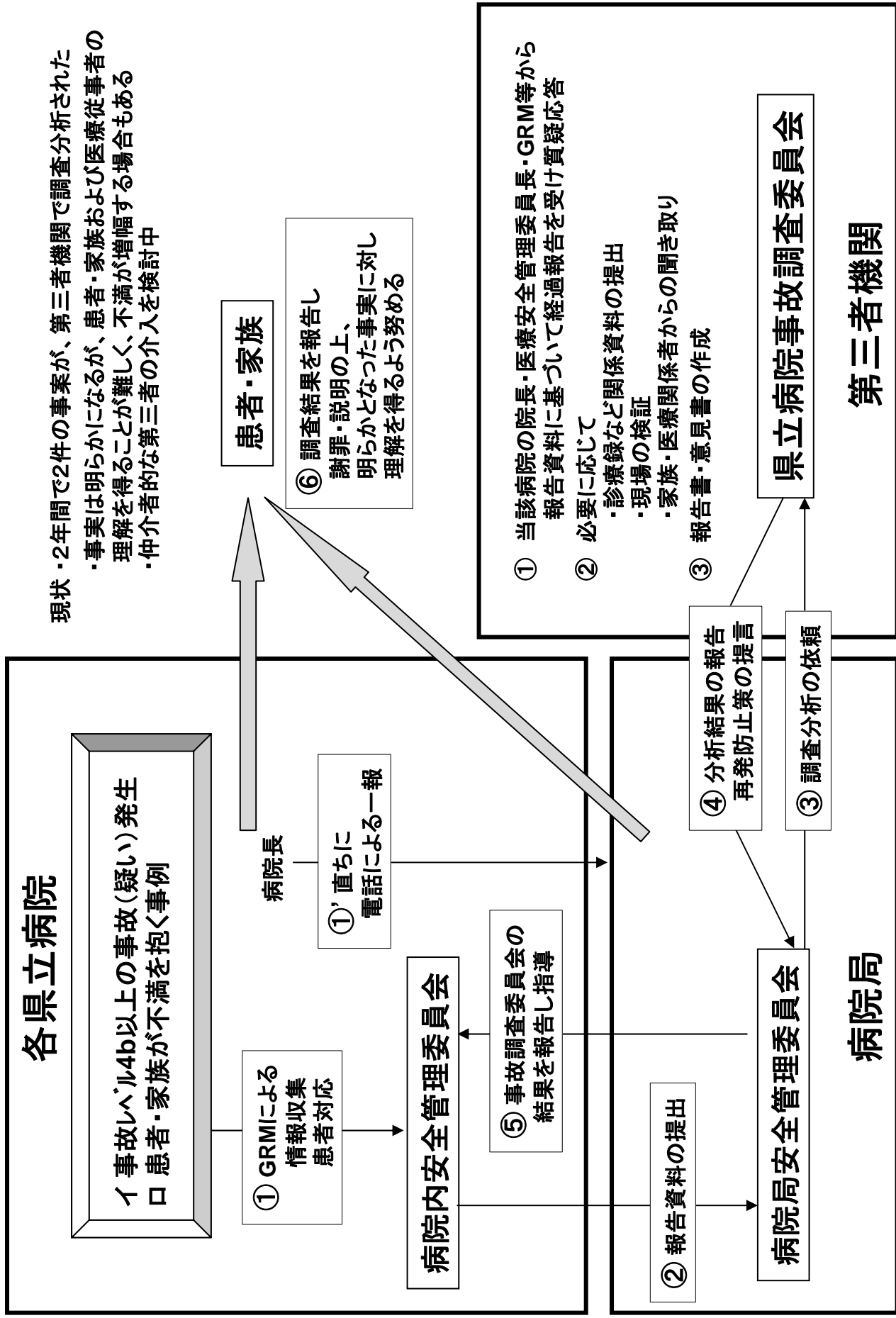
病院局（県立4病院）医療安全管理体制体系図



※「県立病院医療事故調査委員会」について

- ・重大事故等が発生した場合、病院局医療安全管理委員会の依頼により、事故等の原因の調査・分析を行う。
- ・調査の客観性を高めるため、委員は外部の有識者で構成し、第三者的機関と位置づける。
 *委員 20名 ・常設委員5名(専門委員と兼務1名)
 ・専門委員16名(心疾患、がん疾患、精神疾患及び小児疾患の分野各4名)

第三者機関による医療事故調査分析のフローチャート (群馬県病院局)



3. 石川県医師会の取組の概要

○臨床・病理検討会について

(1) 目的

- ・ 臨床面と病理面からの真相の究明
- ・ 医療の質の向上
- ・ 医師会会員、県民の福祉の向上
- ・ 将来、医療紛争発生時の資料

(2) 位置づけ

- ・ 石川県医師会剖検システムによる剖検後、石川県立中央病院にて開催される。(依頼病院/診療所の主治医は、臨床・病理検討会への出席が必須条件である)

(3) 構成

- ・ 依頼病院/診療所の主治医
- ・ 解剖担当病理医
- ・ 解剖担当医以外の病理医（金沢大学病理医）
- ・ 依頼病院・診療所主治医の専門科の医会よりの代表医
- ・ 医師会医療安全管理委員会メンバー 等

(4) 活動状況

- ・ 平成 18 年 12 月 21 日に剖検システムを立ち上げたところ。

石川県医師会剖検システム取扱要綱

(目的)

第1条 石川県医師会剖検システムは、石川県医師会会員（以下「会員」という）の医療機関において、患者の死亡原因の判断に苦慮するような例、あるいは患者の予期しない死亡例などが発生した際に、その真相を究明するとともに、その実態を明確にし、医療の向上並びに会員及び県民の福祉の向上に寄与することを目的とする。

(剖検の申し出)

第2条 会員は、患者の死因を究明するために剖検が必要と判断し、患者遺族の承諾を得られた場合は、石川県医師会剖検担当役員に剖検を電話により申し出る。

(剖検の必要性検討)

第3条 剖検の申し出を受けた剖検担当役員は、石川県医師会長と当該剖検の必要性について協議し、剖検すべき事例に該当するか否かについて判断する。

(剖検依頼)

第4条 前条により剖検の必要性を認めた場合は、剖検担当役員が石川県立中央病院の剖検担当病理医（以下「剖検担当病理医」という）に剖検を依頼し、剖検応諾の回答を得た後に当該会員に電話により連絡する。

2 剖検の必要性が認められないと判断した場合及び剖検担当病理医の応諾が得られなかった場合は、剖検担当役員が当該会員にその旨電話により連絡する。

(剖検の開始)

第5条 剖検応諾の連絡を受けた会員は、剖検担当病理医と協議し、遺体の搬入、剖検開始時間等の指示を受けるものとする。

2 会員は、遺体の搬入時に剖検承諾書、死亡診断書、病理解剖依頼書を提出するものとする。

3 会員は、自らも剖検に立会い、剖検の記録を行う。

4 会員は、剖検終了後、遺体を搬送する。

(臨床・病理検討会への出席)

第6条 会員は、剖検担当病理医から連絡があった場合は、必ず石川県立中央病院の臨床・病理検討会に出席しなければならない。

(剖検費用の納付)

第7条 会員は、石川県立中央病院が発行する納付書により、遅滞なく剖検費用を支払わなければならない。

(剖検結果の報告)

第8条 石川県立中央病院から剖検結果報告書の提出があった場合は、剖検担当役員は直ちに本文を当該会員に送付するとともに、その写しを保管するものとする。

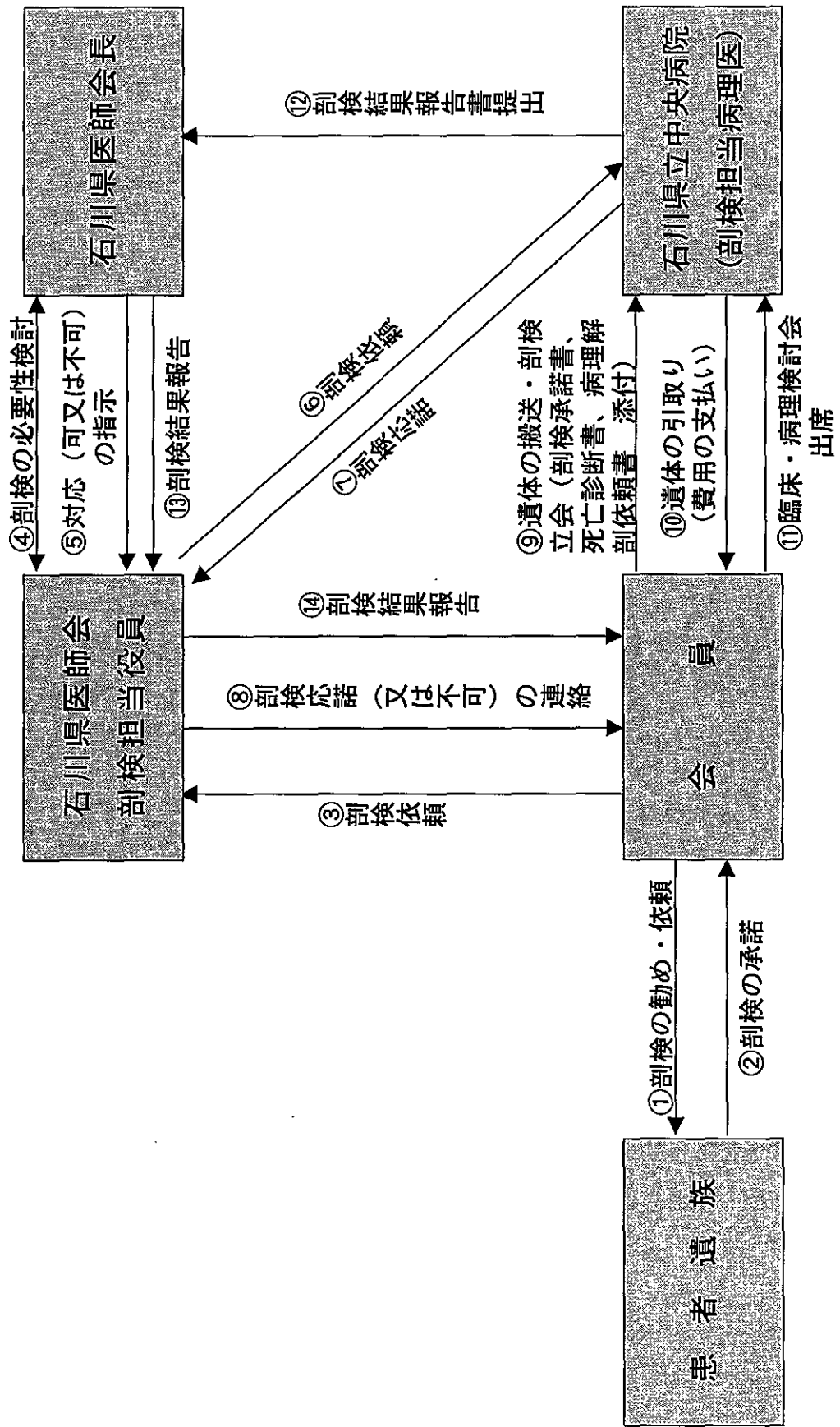
(剖検に関する協定書の遵守)

第9条 石川県医師会剖検システムの運用にあたっては、石川県立中央病院との協定の経緯を尊重し、協定書の内容を遵守するものとする。

附則

1 この要綱は、平成18年12月21日から施行する。

石川県医師会剖検システム：フロー図



4. 名古屋大学医学部附属病院の取組の概要

(1) 原則

望ましくない医療の結果（死亡とは限らない）について、医療者側に有責の可能性が高くなるほど、外部の視点を導入して、透明性と客観性を担保する。

(2) 調査の方法

患者有害事象の程度（影響度）・調査方法・公表方法の関係（別表）に基づき、質向上・安全推進委員会の答申をうけて、病院長が方針を最終決定する。原因調査の方法と、国立大学病院協議会の公表方針とを整合させている。

○ 外部有識者主導の調査委員会

死亡や重篤な障害を招いた重大過失があった事例に対して行い、医師／看護師／（ときに）他業種専門家を中心とし、法律専門家（患者側弁護士）は必ず招聘し、内部委員は外部委員の支援のために 1～2人加わるだけとする。病院の社会的責任を果たすべく、客観的評価を行って頂き、複数（5～6）回開催で3ヶ月以内を目処とする。

○（外部有識者を招聘した）拡大型M&M（病因死因）検討会

重大過失と判断されなかったり、議論の焦点が当該診療科にしかわからないような専門性の高いものである場合には、当該領域の専門家（医師とは限らない）を外部より招いて、下記のM&M検討会の参加者で行う。1回のみ開催で、3～4時間、年間の開催総数は数回。

<開催の1例>

胸部大動脈瘤手術時に全脳虚血が発症した事例：

【院内参加者】心臓外科・麻酔科・血管外科・脳神経外科・神経内科・救急部臨床工学部・看護部（手術部・集中治療部・病棟）

【外部招聘者】 国立大学心臓外科教授・私立大学心臓外科教授・私立大学麻酔科集中治療部助教授・国立大学医療安全管理室助手、

計 29 名

○（通常の院内）M&M検討会

当該診療にかかわる複数の診療科とすべての職種が参加し、自由な発言を促す。1回のみ開催で、概ね 2～2.5時間程度、1～2ヶ月に1回程度の開催頻度。

○ 診療科または病棟内検討会

必要に応じ、ゼネラルリスクマネージャが介入し、その記録を医療の質・安全管理部に保存する。年間の開催総数は数回。

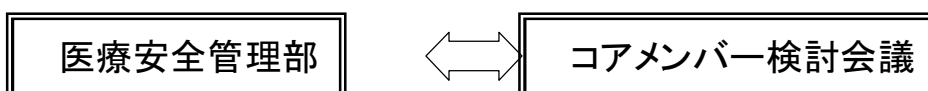
(3) 公表ほか

医療の質・安全管理部から上記調査結果について、患者／家族への説明を（必要に応じて）行い、特に死亡や重篤障害で重大過失があった場合には、関係諸機関へ経過と結果について報告し、国立大学病院協議会基準に合わせ公表する。

**患者有害事象
発生！**

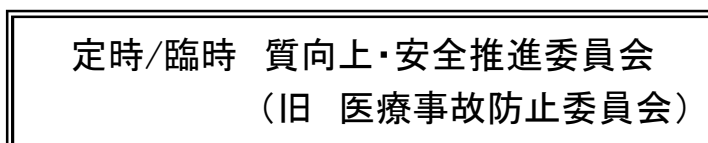
本来の医療経過から逸脱して、望ましくない結果をきたし、
かつ「濃厚な治療・処置を要した」以上の事例

↓ すみやかに報告



直ちにスクリーニング・対応の原案作成

↓ 報告



有責の可能性の有無の検討

→ 調査法・公開/報告の方針を審議

※ 診療に従事する各委員の意見を議事録に残す

↓ その場で病院長に答申

【病院長決定】

1. 外部有識者を委員長とし、法曹関係者も加えた「事故調査委員会」
→ すみやか公表
2. 外部有識者を招聘した「拡大型M&M検討会」
→ 国立大学病院とりまとめ報告
3. 通常の「院内M&M検討会」
→ 国立大学病院とりまとめ報告
4. 診療科内検討会(議事録を安全管理部に提出)
→ 国立大学病院定期報告

患者有害事象の程度(影響度)・調査方法・公表方法の関係

名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部 作成

国立大学病院医療安全管理協議会の「影響度分類」・「公表範囲と方法」と、医療機能評価機構の報告範囲の考え方を元に改変した。原則的に、斜線部分が(法律専門家も入る)外部調査委員会、点線部分がM&M(病因死因検討会)など院内調査委員会の開催対象の候補である。運用にあたっては、「影響度レベル、有責の可能性、委員会開催の必要性」について、事例ごとに検討し、審議内容を必ず議事録に残す。

レベル	障害の継続性	障害の程度	障害*の内容 *本来の医療経過から逸脱した望ましくない結果	医療機能評価機構分類	有責の可能性あり	有責の可能性少ない/なし	
						予期しなかった、予期したものを上回った	予期していた
レベル 5	死亡		死亡(原疾患の自然経過によるものを除く)	A. 死亡(恒久)	①	④、及び公表が再発防止に繋がる場合は③	(-)、公表が再発防止に繋がる場合は③
レベル 4b	永続的	中等度～高度	永続的な障害や後遺症が残り、有意な障害や美容上の問題を伴う	B. 障害残存(恒久)	①	④、及び公表が再発防止に繋がる場合は③	(-)、公表が再発防止に繋がる場合は③
レベル 4a	永続的	軽度～中等度	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない		②、必要があれば①	④、及び公表が再発防止に繋がる場合は③	(-)、公表が再発防止に繋がる場合は③
レベル 3b	一過性	高度	濃厚な処置や治療を要した(バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など)	C. 濃厚処置・治療	③、必要があれば②	④、及び公表が再発防止に繋がる場合は③	(-)、公表が再発防止に繋がる場合は③
レベル 3a	一過性	中等度	簡単な処置や治療を要した(消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など)		③	④、及び公表が再発防止に繋がる場合は③	(-)、公表が再発防止に繋がる場合は③
レベル 2	一過性	軽度	処置や治療は行わなかった(患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた)	軽微な処置・治療または影響なし			
レベル 1	なし		患者への実害はなかった(何らかの影響を与えた可能性は否定できない)				
レベル 0	—		エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった				公表が再発防止に繋がる場合 ③

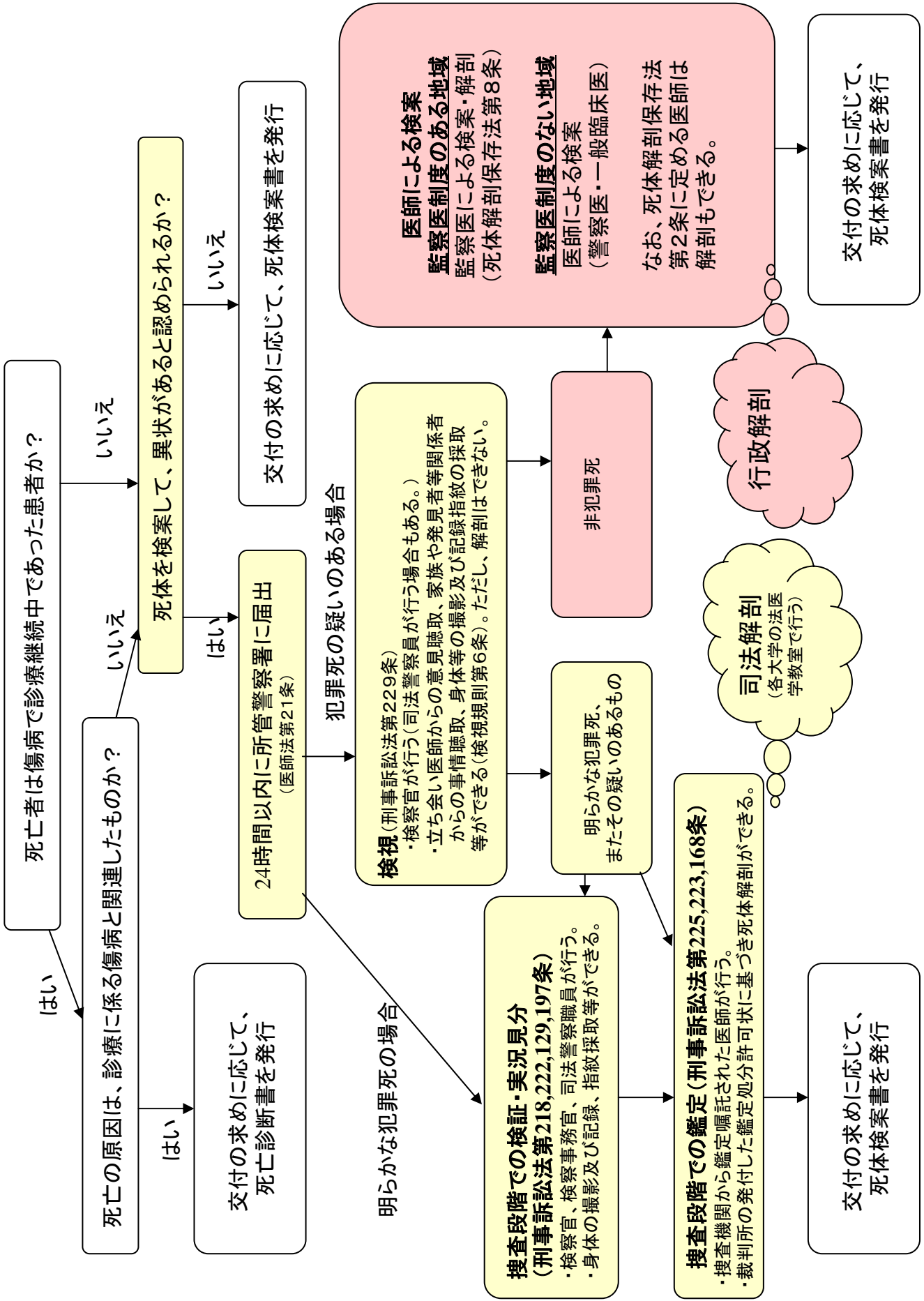
公表方法: ①発生後、速やかな公表 ②調査後、ホームページ等により公表 ③国立大学附属病院全体として一定期間とりまとめて報告
④国立大学附属病院全体としての年度報告 (-) 公表・報告対象としない

病院65: 476-479, 2006

医師法第二十一条

医師は、死体又は妊娠4月以上の死産児を
検案して異状があると認めたときは、
24時間以内に所轄警察署に届け出なければ
ならない。

異状死の届出と検案・解剖等との関係について



医師法第21条に関する各種声明等（抜粋）

① 医療法・医師法解（第16版：平成6年）（健康政策局総務課編）

死体又は死産児には、時とすると殺人、傷害致死、死体損壊、堕胎の犯罪の痕跡をとどめている場合があるので、司法警察上の便宜のためにそれらの異状を発見した場合の届出義務を規定したものである。したがって「異状」とは病理学的の異状ではなくて法医学的のそれを意味するものと解される。

② 日本法医学会「異状死ガイドライン」（平成6年5月）

・・・わが国の現状を踏まえ、届け出るべき「異状死」とは何か、具体的ガイドラインとして提示する。条文からは、生前に診療中であれば該当しないように読み取ることもできるし、その他、解釈上の問題があると思われるが、前記趣旨にかんがみ実務的側面を重視して作成したものである。・・・

【4】診療行為に関連した予期しない死亡、及びその疑いがあるもの

注射・麻酔・手術・検査・分娩などあらゆる診療行為中、または診療行為の比較的直後における予期しない死亡。

診療行為自体が関与している可能性のある死亡。

診療行為中または比較的直後の急死で、死因が不明の場合。

診療行為の過誤や過失の有無を問わない。

③ 国立大学医学部附属病院長会議常置委員会「医療事故防止のための安全管理体制の確立について－「医療事故防止方策の策定に関する作業部会」中間報告－」（平成12年5月）

（2）警察署への届出

医師法により、異状死体については、24時間以内に所轄警察署に届け出ることが義務付けられている。医療事故が原因で患者が死亡した可能性がある場合に、医師法の規定に従い届出を行わなければならないか否かについて、本作業部会が明確な解釈を提示することはできないが、同法の規定は、司法警察上の便宜を図ることを目的としたものであるとも言われることから、医療行為について刑事責任を問われる可能性があるような場合は、速やかに届け出ることが望ましいと考える。

④ 厚生省保健医療局国立病院部リスクマネジメントスタンダードマニュアル作成委員会「リスクマネジメントマニュアル作成指針」（平成 12 年 8 月）

5. 警察への届出

- (1) 医療過誤によって死亡又は障害が発生した場合又はその疑いがある場合には、施設長は、速やかに所轄警察署に届出を行う。
- (2) 警察署への届出を行うに当たっては、原則として、事前に患者、家族に説明を行う。
- (3) 施設長は、届出の具体的内容を地方医務（支）局を經由して速やかに本省へ報告する。
- (4) 施設長は、警察への届出の判断が困難な場合には、地方医務（支）局を經由して本省の指示を受ける。

⑤ 四病院団体協議会「医療安全対策委員会中間報告」（平成 13 年 3 月）

・・・医師法 21 条に関して、趣旨は遵守すべきではあるが、医療事故・異状死への対応は別な視点で規定すべきである。・・・

・・・医師法 21 条のような罰則規定のある条項の「異状死」を拡大解釈して、「ふつうの死」以外全てに適用することは、臨床的に適さないと考える。今後、日本外科学会、日本内科学会、日本病理学会等の最終的な見解を踏まえ、日本法医学会にこの 4 項目について再考をうながし、現状にそぐわない点を反論しておくべきであり、臨床医の立場でのガイドラインが必要である。・・・

⑥ 国立大学医学部附属病院長会議常置委員会・医療事故防止方策の策定に関する作業部会「医療事故防止のための安全管理体制の確立について(提言)」（平成 13 年 4 月）

(7) 警察署への報告

① なぜ警察署に報告するのか

医師法においては、「異状死体」について 24 時間以内に所轄警察署に届け出ることが義務付けられているが、医療事故によって患者が死亡したと思われるような事態が発生した場合に同法の適用を受けるのか、未だ法的な解釈は確定していない。

一方で、医師法の届出義務とは別に、医療事故は刑事事件として業務上過失致死傷罪の対象となる可能性を有していることから、このことについて、どのように対応するかという問題がある。法的な解釈論は別として、倫理的な観点に照ら

して考えれば、刑事罰を科されるべき重大な事故を引き起こしてしまったような場合には、自主的かつ速やかに警察署に報告するということが正しい途ではないだろうか。本作業部会としては、そのような対応を、公的な医療機関である国立大学病院にふさわしい倫理的な行動準則として掲げることを提案したい。

② 具体的にどのような事例を報告すべきか

- ・・・一応の判断の目安として以下を提案したい。
- ・ 以下の a かつ b の場合は警察署へ報告するものとする。ただし、a と b との間に明らかに因果関係がないと考えられる場合はこの限りではない。

a 過誤の存在が明白な場合

b 結果が重大な場合

- ・ 患者が死亡した場合
- ・ 患者に重大な障害を与えた場合

⑦ 日本外科学会等 13 学会声明「診療に関連した『異状死』について」（平成 13 年 4 月）

・・・医師法第 21 条は、医師が異状死体を検案した場合に 24 時間以内に所轄警察署へ届け出るべき義務を規定しているが、その趣旨は、犯罪捜査への協力にあり、これらの医療過誤事件についても、医師には届出義務があると考えられる。・・・

・・・われわれは、現実には医療現場で患者に接して診療する臨床医の立場から、診療行為に関連した「異状死」とは、あくまでも診療行為の合併症としては合理的な説明ができない「予期しない死亡、およびその疑いがあるもの」をいうのであり、診療行為の合併症として予期される死亡は「異状死」には含まれないことを、ここに確認する。特に、外科手術において予期される合併症に伴う患者死亡は、不可避の危険性について患者の同意を得て、患者の救命・治療のために手術を行う外科医本来の正当な業務の結果として生じるものであり、このような患者死亡が「異状死」に該当しないことは明らかである。われわれは、このことを強く主張するとともに、国民の理解を望むものである。・・・

⑧ 日本外科学会等 10 学会「診療行為に関連した患者の死亡・障害の報告について」（平成 14 年 7 月）

・・・医師法 21 条は、「医師は死体又は妊娠 4 月異状の死産児を検案して異状があると認めるときは、24 時間以内に所轄警察署に届けなければならない。」と規定している。しかし、診療行為に関連して患者が死亡したと思われるような事態

が発生した場合に、同条の適用を受けるのか、未だ明確になっていない。本来、同条の趣旨は、犯罪捜査への協力にあり、死体又は死産児に異状が認められる場合には、犯罪の痕跡を止めている場合があるので、司法警察上の便宜のためにそれらの異状を発見した場合の届出義務を規定したものである。したがって、診療行為に関連して患者死亡が生じた場合の届出の問題を、同条の規定をもって解決しようとすることには本質的な無理があると思われる。・・・

・・・医療における安全対策に関する諸問題は、診療行為に関連した患者の死亡・傷害について、広く医療機関や関係者からの報告を受け、必要な措置を勧告し、さらに、医療の質と安全性の問題を調査し、国民一般に対し、必要な情報を公開していく新たな専門的機関と制度を創設することによって、一元的・総合的に解決を図るべきである。・・・

・・・ただし、新しい機関と制度の創設には、未だ期間を要すると考えられるため、この間の臨床現場の混乱を避ける目的で、今回臨床系諸学会が協力して、診療行為に関連した患者の死亡・傷害の所轄警察署への報告について具体的な指針をまとめた。・・・

・・・以下に該当する患者の死亡または重大な傷害が発生したと判断した場合には、診療に従事した医師は、速やかに所轄警察署への報告を行うことが望ましい。

1. 患者の死亡の場合

1. 何らかの重大な医療過誤の存在が強く疑われ、または何らかの医療過誤の存在が明らかであり、それが患者の死亡の原因となったと考えられる場合。

⑨ 日本内科学会会告「診療行為に関連した患者死亡の所轄警察署への届出について」（平成14年7月）

・・・「異状死」の範囲を拡大解釈することは、医療現場にとってマイナス面が大きいだけでなく、医師が死亡率の高い合併症や急変が予測される疾患を有する患者の診療に消極的となり、長期的な視野に立つと、わが国の健全な医学・医療の実践と発展、さらには国民福祉をも損なう恐れすら感じられる。・・・

・・・日本内科学会としては、積極的な病理解剖の実施と他施設でもこれが実施できる体制の確立、および上記第三者機関の速やかな設立に向けて、各界との協力関係を推進するとともに、医師法第21条に基づいて「異状死」としての医師の届出義務とする診療行為に関連した患者死亡事例は下記の要件を満たすものとすることが適切であると考える。

「何らかの医療過誤の存在が強く疑われ、または医療過誤の存在が明らかであり、それらが患者の死亡の原因となったと考えられる場合」に該当する事例。

⑩ 最高裁判決(広尾病院事件) (平成 16 年 4 月 13 日)

死体を検案して異状を認めた医師は、自己がその死因等につき診療行為における業務上過失致死等の罪責を問われるおそれがある場合にも、本件届出義務を負うとすることは、憲法 38 条 1 項に違反するものではないと解するのが相当である。

⑪ 日本医学会加盟の主な 19 学会の共同声明「診療行為に関連した患者死亡の届出について～中立的専門機関の創設に向けて～」(平成 16 年 9 月)

・・・医療の過程において予期しない患者死亡が発生した場合や、診療行為に関連して患者死亡が発生した場合に、異状死届出制度とは異なる何らかの届出が行われ、臨床専門医、病理医及び法医の連携の下に死体解剖が行われ、適切な医療評価が行われる制度があることが望ましいと考える。しかし、医療従事者の守秘義務、医療における過誤の判断の専門性、高度の信頼関係に基礎をおく医師患者関係の特質などを考慮すると、届出制度を統括するのは、犯罪の取扱いを主たる業務とする警察・検察機関ではなく、第三者から構成される中立的専門機関が相応しいと考えられる。このような機関は、死体解剖を含めた諸々の分析方法を駆使し、診療経過の全般にわたり検証する機能を備えた機関であることが必要である。また、制度の公共性と全国的運営を確保するために、中立的専門機関は法的にも裏付けられ、その必要な機能の一部には医療関連の行政機関の関与が望ましいと考えられる。・・・

⑫ 日本学術会議第二部(法律学・政治学関連)・第七部(医・歯・薬学関連) 報告「異状死等について－日本学術会議の見解と提言－」(平成 17 年 6 月)

要旨

II 報告書の内容

3 提言の内容

1) 届け出るべき異状死体及び異状死

(1) 一般的にみた領域的基準

異状死体の届出が、犯罪捜査に端緒を与えるとする医師法第 21 条の立法の趣旨からすれば、公安、社会秩序の維持のためにも届出の範囲は領域的に広範であるべきである。すなわち、異状死体とは、

① 純然たる病死以外の状況が死体に認められた場合のほか、

② まったく死因不詳の死体等、

③ 不自然な状況・場所などで発見された死体及び人体の部分等もこれに加えるべきである。

(2) 医療関連死と階層的基準

いわゆる診療、服薬、注射、手術、看護及び検査などの途上あるいはこれらの直後における死亡をさすものであり、この場合、何をもって異状死体・異状死とするか、その階層的基準が示されなければならない。

① 医行為中あるいはその直後の死亡にあっては、まず明確な過誤・過失があった場合あるいはその疑いがあったときは、純然たる病死とはいえず、届出義務が課せられるべきである。これにより、医療者側に不利益を負う可能性があったとしても、医療の独占性と公益性、さらに国民が望む医療の透明性などを勘案すれば届出義務は解除されるべきものではない。

② 広く人の病死を考慮した場合、高齢者や慢性疾患を負う、いわゆる医学的弱者が増加しつつある今日、疾患構造の複雑化などから必ずしも生前に診断を受けている病気・病態が死因になるとは限らず、それに続発する疾患や潜在する病態の顕性化などにより診断に到る間もなく急激に死に到ることなども少なくない。さらに、危険性のある外科的処置等によってのみ救命できることもしばしばみられているが、人命救助を目的としたこれら措置によっても、その危険性ゆえに死の転機をとる例もないことではない。このような場合、その死が担当医師にとって医学的に十分な合理性をもって経過の上で病死と説明できたとしても、自己の医療行為に関わるこの合理性の判断を当該医師に委ねることは適切でない。ここにおいて第三者医師（あるいは医師団）の見解を求め、第三者医師、また遺族を含め関係者（医療チームの一員等）がその死因の説明の合理性に疑義を持つ場合には、異状死・異状死体とすることが妥当である。ここにおける第三者医師はその診療に直接関与しなかった医師（あるいは医師団）とし、その当該病院医師であれ、医師会員であれ、あるいは遺族の指定するセカンドオピニオン医師であれ差し支えはない。このようなシステムを各病院あるいは医療圏単位で構築することを提言する。・・・

⑬ 参議院厚生労働委員会 健康保険法等の一部を改正する法律案及び良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議(抜粋) (平成 18 年 6 月 13 日)

医療事故対策については、事故の背景等について人員配置や組織・機構などの観点から調査分析を進めるとともに、医師法第 21 条に基づく届出制度の取扱いを含

め、第三者機関による調査、紛争解決の仕組み等について必要な検討を行うこと。

⑭ 日本医学会「日本医学会長声明文」(平成 18 年 12 月)

・・・この第 21 条は明治時代の医師法をほぼそのまま踏襲しており、犯罪の発見と公安の維持が目的であったといわれています。異状死の定義については平成 6 年の日本法医学会の異状死ガイドライン発表以来数多くの学会で論争が続いている問題であります。日本法医学会の「過失の有無に係わらず異状死として警察に届け出る」については、昨年 9 月にスタートした厚生労働省の医師法第 21 条の改正も視野に入れた「医療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」を含め、本件逮捕以降、政府・厚生労働省・日本医師会・各学会等関連団体で検討に入ったばかりであり、異状死の定義も定かではなくコンセンサスの得られていない医師法第 21 条を根拠に逮捕することは、その妥当性に問題があるといわざるを得ません。過失の有無にかかわらず届け出なければ届出義務違反で逮捕される。届け出たら重大な医療過誤が疑われ、業務上過失致死罪に問われる。医師は八方塞がりであります。純然たる過失のない不可抗力であっても、たまたま重篤な合併症や死亡事例に遭遇したことで逮捕されるようでは必要な医療を提供できず、大きな国家的・国民的喪失となります。消極的・防御的医療にならざるを得ず、このような逮捕は萎縮医療を促進させ、医療の平等性・公平性のみならず医療・医学の発展そのものを阻害します。若い医師は事故の多い診療科の医師になることを敬遠しており、ますます医師は偏在することになります。・・・

⑮ 日本医師会 医療事故責任問題検討委員会「医療事故に対する刑事責任のあり方について」(平成 19 年 5 月)

・・・警察へ積極的に届け出ること、決して医療不信を払拭することにはならない。むしろ、医療に関連する異状死が生じた場合、先ず第一に患者・家族にそれを説明したうえで、医療の監督責任官庁たる厚生労働省またはその関連機関へ報告し、透明性が確保された中で専門官庁が事実関係、事故原因を究明することが重要である。その結果、当該病院と、さらに同様の状況にある可能性を有する医療施設における再発防止策を工夫することが可能となり、失われた信頼を回復することができる。

また、犯罪として扱うべき事例については、患者・家族から警察への告発ができること、医療機関における内部告発も行われることなど、警察へつなぐべき道が法律上も確保されていることも指摘する必要がある。さらに、後述する中立的第三者機関から必要に応じて警察に通報する道を設けておくことも、医療者側が

事故を隠ぺいしているとの批判を回避する重要な要素となろう。

次に、現在の医療界に著しい混乱と不安をもたらした運用実態にかんがみると医師法 21 条をどのように改善すべきかが喫緊の課題である。何もしないままです 10 年前の運用に戻すのは難しい。したがって、当委員会は、医師法 21 条の改正を提言する。医師法 21 条は、自然死以外の死亡について、死亡確認した医師の警察への届出を定めた規定であり、そのことの履行が担保できれば十分である。この点については、自然死以外の死亡であることを確認しながら、自然死であることを内容とする死亡診断書を作成・発行すれば、虚偽診断書等作成罪にあたり、3 年以下の禁錮まで含めた厳しい刑罰が用意されている。したがって、この点を医師に周知徹底することが先決である。そのうえで、医療関連死の場合には、まず原因究明および医療安全のための再発防止を図ることを主要な課題として、所轄警察署ではなく、医療安全を管轄する厚生労働省主管の保健所に届け出ることができるようにする。保健所が登場することは重要な意味をもつ。本来、医療行政の機関として保健所は重要な役割を担っており地域に根ざしたものでもあるからである。・・・

●提言 I 医師法 21 条の改正

医師法 21 条「医師は、死体又は妊娠四月以上の死産児を検査して異状があると認めるときは、二十四時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。」の本文に、次の但し書きをつける。

「ただし、医療に関連する死亡の場合には、保健所への届出をもってこれに代えることができる。」

医療事故情報収集等事業 概要

1. 目的

報告義務対象医療機関並びに参加登録申請医療機関から報告された医療事故情報等を、収集、分析し提供することにより、広く医療機関が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を提供することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的とする。

2. 実施機関

(財) 日本医療機能評価機構 医療事故防止センター

3. 対象医療機関

対象医療機関は、次に掲げる報告義務対象医療機関と参加登録申請医療機関である。

1) 報告義務医療機関 273機関 (平成18年12月31日現在)

- ① 国立高度専門医療センター及び国立ハンセン病療養所
- ② 独立行政法人国立病院機構の開設する病院
- ③ 学校教育法に基づく大学の附属施設である病院 (病院分院を除く)
- ④ 特定機能病院

2) 参加登録申請医療機関 300機関 (平成18年12月31日現在)

報告義務対象医療機関以外で参加を希望する医療機関は、必要事項の登録を経て参加することができる。

4. 報告方法及び報告期日

事故事例報告の範囲は別紙の通りである。

インターネット回線 (SSL 暗号化通信方式) を通じ、Web 上の専用報告画面を用いて報告を行う。報告義務対象医療機関並びに参加登録申請医療機関において報告の範囲に該当する医療事故が発生した場合には、当該事故が発生した日もしくは事故の発生を認識した日から原則として二週間以内に、報告を行う。

5. 収集・分析結果の公表

収集した情報は医療事故防止センターにおいて専門家が分析を行い、報告書として取りまとめて医療機関、国民、行政に対して広く公表をする。

また、報告書を踏まえ必要に応じて、行政、関係団体、個別企業に対して医療安全に資すると考えられる提言・要請をおこなう。

6. その他

参加登録医療機関 (平成18年12月31日現在 1, 276機関) から報告されたヒヤリ・ハット情報を収集、分析し、提供している。

医療事故情報収集等事業における報告を求める事例の範囲及びその具体例

「医療法施行規則の一部を改正する省令の一部の施行について（医政発第 0921001 号 平成 16 年 9 月 21 日）」より抜粋

事故報告範囲	具体例
<p>1. 明らかに誤った医療行為又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に障害が残った事例又は濃厚な処置若しくは治療を要した事例。</p>	<p>【医療行為にかかる事例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 異物の体内遺残 ・ 手術・検査・処置・リハビリ・麻酔等における、患者や部位の取り違い ・ 明らかに誤った手順での手術・検査・処置・リハビリ・麻酔等 ・ 重要な徴候、症状や検査結果の見落とし又は誤認による誤診 <p>【医薬品・医療用具の取り扱いにかかる事例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 投薬にかかる事故（異型輸血、誤薬、過剰投与、調剤ミス等） ・ 機器の間違い又は誤用による事故 <p>【管理上の問題にかかる事例、その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 明らかな管理不備による入院中の転倒・転落、感電等 ・ 入院中に発生した重要な（筋膜（Ⅲ度）・筋層（Ⅳ度）に届く）褥瘡
<p>2. 明らかに誤った医療行為又は管理は認められないが、医療行為又は管理上の問題（注）に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に障害が残った事例又は濃厚な処置若しくは治療を要した事例。（医療行為又は管理上の問題に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかったものに限る。）</p>	<p>【医療行為にかかる事例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 手術・検査・処置・リハビリ・麻酔等にとまなう予期されていなかった合併症 ・ リスクの低い妊産婦の死亡 <p>【医薬品・医療用具の取り扱いにかかる事例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機器等の取り扱い等による重大な事故（人工呼吸器等） ・ チューブ・カテーテル等の取り扱いによる重大な事故 <p>【管理上の問題にかかる事例、その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 熟練度の低い者が適切な指導なく行った医療行為による事故 ・ 入院中の転倒・転落、感電、熱傷 ・ 入院中の身体抑制にとまなう事故 ・ その他、原因不明で重篤な結果が生じた事例

○この表は、それぞれのカテゴリーにおけるいくつかの例を示したものである。

○（注）ここにいう「管理（管理上の問題）」では、療養環境の問題の他に医療行為を行わなかったことに起因するもの等も含まれる。

なお、医療事故情報収集等事業で報告される事例は、死亡以外の事例も含まれている。

医療事故報告の件数

I. 医療事故収集等事業 報告書

～財団法人日本医療機能評価機構～

・平成 18 年 報告件数(報告義務対象医療機関報告数) 1, 296件

事故の程度の内訳	平成 18 年 1 月～12 月	
	件数	%
死亡	152	11.7
障害残存の可能性が高い	201	15.5
障害残存の可能性が低い	731	56.4
不明・コード未選択	212	16.3

・報告義務対象医療機関(特定機能病院等) 273病院

・平成 18 年 12 月 31 日現在の報告義務対象医療機関の病床数合計は 147,836 床

II. 厚生労働科学研究 医療事故の全国的発生頻度に関する研究報告書

～平成 17 年度 総括研究報告書(H18 年 3 月) 主任研究者 堺 秀人～

・調査

期間 : 平成 15 年～平成 17 年

対象 : 特定機能病院を含む 18 病院

方法 : 各病院において、平成 14 年度の退院患者の診療録各 250 冊を無作為に抽出し、基準に基づき、レビューを実施

・結果

調査を実施した診療録 : 4, 389冊

死亡が早まり、なおかつ予防可能性が高い事象 : 7件 (0.16%)

有害事象の発生の比率 : 297件 (6.8%)

・有害事象の定義

(1) 患者への意図せぬ傷害(injury)や合併症(complication)で、

(2) 一時的または恒久的な障害(disability)を生じ、

(3) 疾病の経過でなく、医療との因果関係(causation)が認められるもの。

診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業

18' 予算額 19' 予算額
120百万円 → 127百万円

【事業の目的】

- 医療の質と安全・安心を高めていくためには、診療行為に関連した死亡について正確な死因の調査分析を行い、同様の事例の再発を防止するための方策が、専門的、学際的に検討され、広く改善が図られることが必要。

【事業の概要】

- 本事業は、関係学会の協力を得て、モデル地域において、医療機関から診療行為に関連した死亡について、臨床医、法医学者及び病理学者による解剖を実施し、さらに専門医による事案調査を実施し、診療行為との因果関係の有無及び再発防止策を総合的に検討するもの。

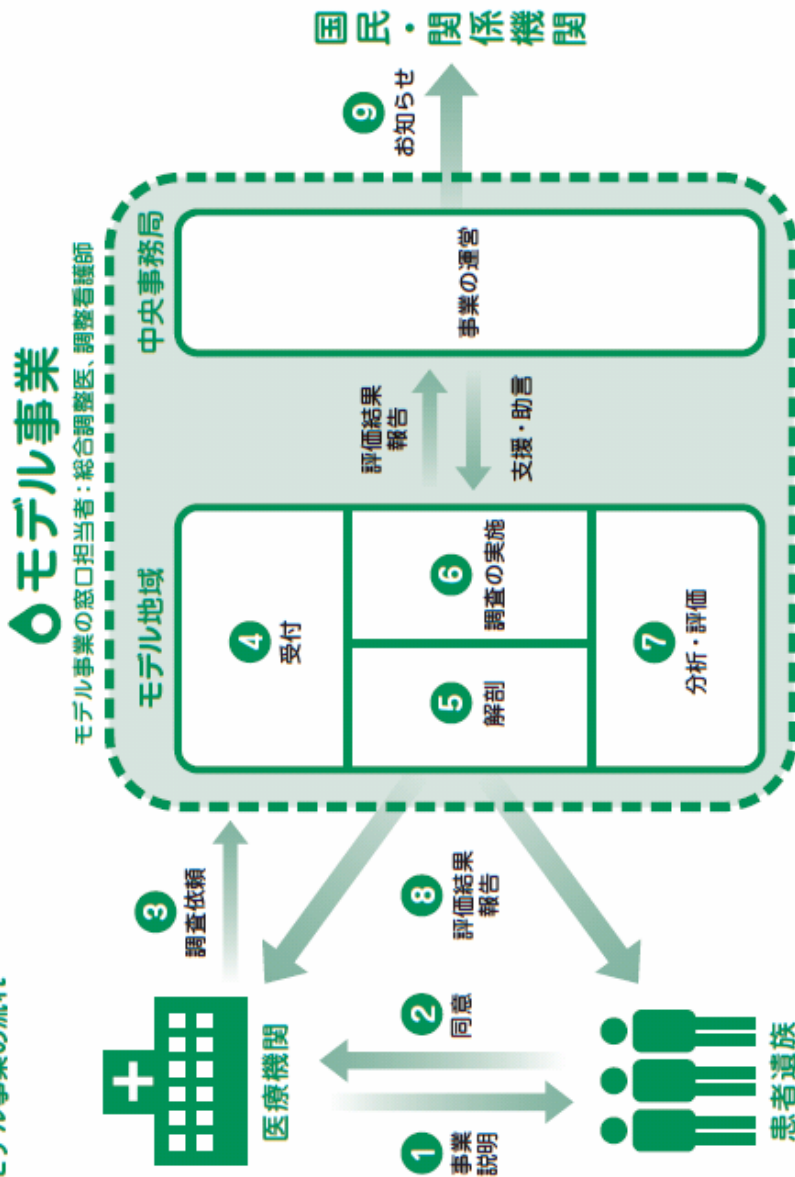
実施主体 (社)日本内科学会

モデル地域 8か所

〔 札幌、茨城、東京、新潟
愛知、大阪、兵庫、福岡 〕

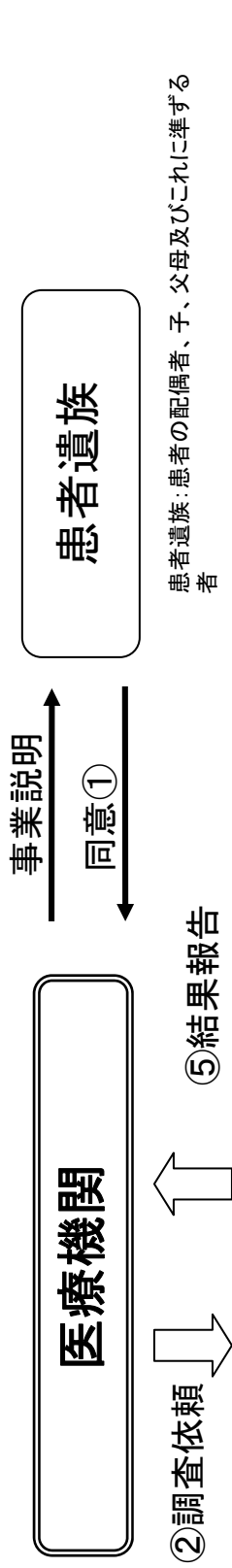
受付事例数 60例 (H19.12.3現在)

モデル事業の流れ



- ① 医療機関からモデル事業の説明を行います。
 - ② 患者様ご遺族から同意をいただきます。
 - ③ 医療機関からモデル事業に調査を依頼します。
 - ④ モデル地域の窓口で受け付けます。
 - ⑤ 解剖担当医(法医・病理)、臨床専門医の立ち会いの下、解剖を行います。
 - ⑥ 臨床専門医による調査や聞き取りを行います。
 - ⑦ 解剖結果・調査結果を踏まえ、分析・評価を行います。
 - ⑧ 評価結果について、ご遺族、医療機関にご説明いたします。
 - ⑨ 個人や医療機関のプライバシーに十分配慮した上で、必要な情報を国民・関係機関にお知らせします。
- ※地域毎の手続きの詳細については、それぞれのモデル地域事務局にご確認ください。

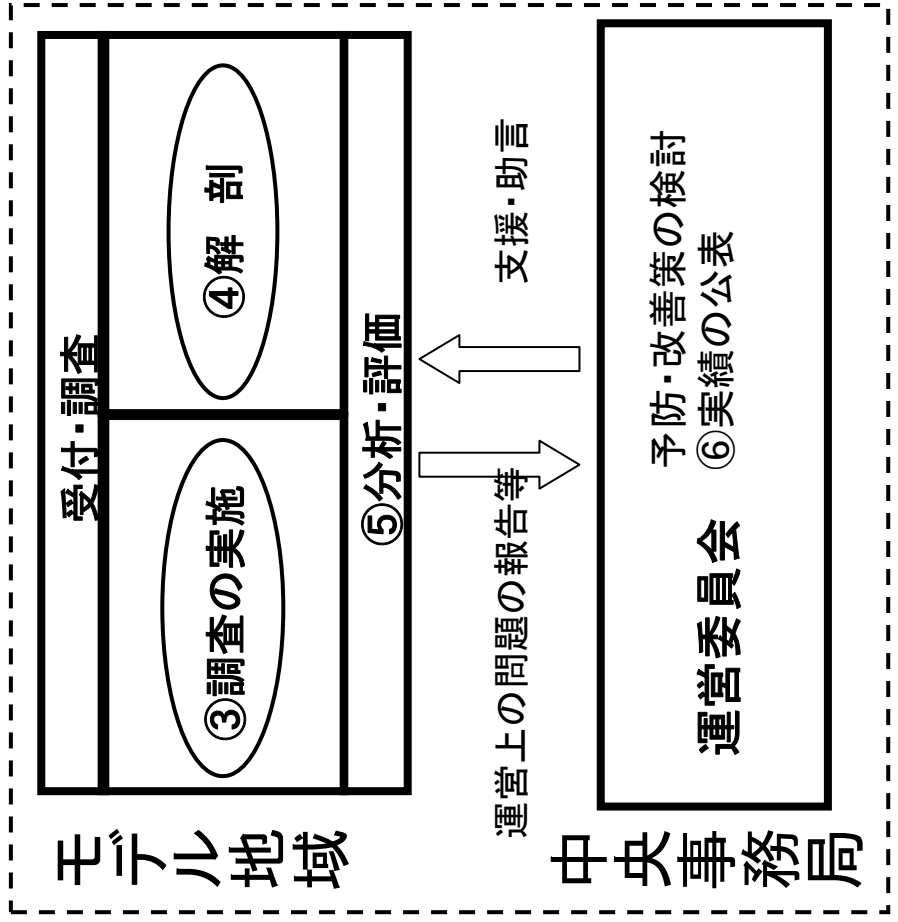
診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業(標準)



患者遺族：患者の配偶者、子、父母及びこれに準ずる者

【事業の流れ】

- ①医療機関からモデル事業の説明を行い患者の遺族から同意書をいただきます
- ②医療機関からモデル事業に調査分析を依頼します
- ③医療機関に対する聞き取り調査や診療録の調査等が行われます
- ④解剖が行われ、死亡検案書が患者遺族と医療機関に渡され、暫定的な結果について説明されます
- ⑤調査結果と解剖結果等をもとに地域評価委員会が評価が行われ、作成された評価結果報告書の内容について医療機関及び患者遺族に説明されます
- ⑥評価結果報告書をもとに、今後の予防策、再発防止策等について検討され実績が公表されます



診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業の標準的な流れ

平成 17 年 8 月 30 日
平成 19 年 3 月 31 日 改正

I 事業の趣旨、目的

医療の質と安全性を高めていくためには、診療行為に関連した死亡について、臨床面及び法医学・病理学の両面からの解剖所見に基づいた正確な死因の究明と、診療内容に関する専門的な調査分析とに基づき、診療上の問題点と死亡との因果関係とともに、同様の事例の再発を防止するための方策が専門的・学際的に検討され、広く改善が図られていくことが肝要である。

そこで、医療機関から診療行為に関連した死亡について調査依頼を受け付け、臨床医、法医及び病理医を動員した解剖を実施し、更に専門医による事案調査も実施し、専門的、学際的なメンバーで死因究明及び再発防止策を総合的に検討するモデル事業を行うものである。

現代の医療は多くの医療者が関与するシステムとして運用されていること、そして、個々の医療者は人間でありミスはあり得ることから、個々の事故事例等をもとに強靱なシステムを構築していくことが医療にとって最重要課題であることは、先進国の一致した考えである。

先に述べたとおり、当該モデル事業は、患者遺族及び依頼医療機関に適正な死因究明及び医療の評価結果を提供することによって医療の透明性の確保を図るとともに、医療安全の向上の一助となることを趣旨目的とするものであって、関係者の法的責任の追及を目的とするものではないことに十分留意すべきである。

なお、本記載は、各モデル地域において、その実情に応じて細部について適宜変更することは差し支えない。ただし、当該モデル事業が成功するためには、患者遺族及び依頼医療機関への適切な情報提供をはじめ、当該モデル事業の意義について広く国民の理解を得る必要があることから、公平性・透明性にはことさらに配慮が求められることは言うまでもない。

II 現行の法律、制度との関係

当該モデル事業は、死因が一義的に明らかでない死亡や診療行為の当否が問題となる死亡を対象とすることになるが、もとより当該モデル事業は、医師法 21 条等の異状死届出制度について何ら変更を加えるものではない。すなわち、死体を検案した医師において異状死であると認めた場合には、直ちに所轄警察署に届け出る義務があり、これは診療を受けている間の死亡についても何ら例外ではない（最高裁平成 16 年 4 月 13 日判決）。

ただし、適正な死因究明及び医療の評価を行い、それを遺族及び依頼医療機関に供することによって、医療の透明性の確保と医療安全の向上の一助となるという当該モデル事業の趣旨目的にかんがみ、警察に届け出られた事案についても、司法解剖とならなかった場合で、当該取扱規定に合致するものは、当該モデル事業の対象とすることができることと

する。

Ⅲ 事業の体制組織

本事業の組織体制は、中央事務局とモデル地域のそれぞれについて、次のとおりとする。

1. 中央事務局

社団法人日本内科学会に中央事務局を設置する。

中央事務局には、運営委員会を設置する。各委員会の委員は別に定める。

中央事務局長が当該モデル事業の管理、運営に当たる。

2. モデル地域

中央事務局がモデル地域を指定し、モデル地域と調整の上、必要な経費の支払い等を行う。

モデル地域においては、関係学会、大学、都道府県医師会、都道府県等の協力を得て、受付・調査、解剖、評価を担当する部署又は担当者を定め、中央事務局に登録する。

Ⅳ 事業の内容と手順

1. 事業内容

(1) 事業内容

全国数カ所のモデル地域において、診療行為に関連した死亡の調査依頼を受け付け、死因を究明し診療行為との関連性を評価し、地域評価委員会が評価結果報告書を作成し、依頼医療機関と患者遺族に報告する。また、中央に運営委員会を設置し、モデル事業実施上の課題等を踏まえて、運営方法等を検討する。

(2) 対象事例数

年間約80例を想定。モデル地域は適宜実施状況を中央事務局に報告し、予定数を終了した場合は、当該年度における事例の受諾を終了する。

(3) モデル地域

平成19年3月現在、札幌市、茨城県、東京都、新潟県、愛知県、大阪府、兵庫県にて実施。今後神奈川県、福岡県を予定。

2. 事業にかかる業務と手順

(1) モデル地域

1) 受付・調査

i) 業務体制

① 総合調整医

総合調整医は、必要に応じて調整看護師に指示を与え、当該モデル事業の中心的役割を果たす。

② 調整看護師

調整看護師は総合調整医との連携を図り、当該モデル事業の中心的な役割を果たす。

調整看護師は時間給のアルバイトで雇うか、非常勤で中期的に雇用するか、医療機関のリスクマネージャー等を活用するか等は、地域の実情に即した方法で行う。

なお、調整看護師は当該モデル事業において重要な役割を担うこととなるため、十分な研修等が必要である。

③ 臨床評価医（臨床立会医の兼任も可）。

臨床評価医は、関係診療科を専門とする医師とし、調整看護師との連携を図り、臨床面での調査に当たる。

ii) 業務手順

- ① 調査受付窓口にて、医療機関からの依頼電話を受け付ける。受付時間は、各モデル地域においてあらかじめ決め、周知した時間内とする。
- ② 当該モデル事業の対象とする事案については、取扱規定の内容についての同意を踏まえた依頼書、患者遺族の同意書、事案報告書、調査分析に必要な資料等の速やかな提出を求める。複数の医療機関にわたって医療行為が行われており、それぞれ調査が必要な場合は、主たる依頼医療機関から関係する他の医療機関の依頼を得る。
- ③ 当該モデル事業の対象とならない事案については、その旨を依頼医療機関に文書にて連絡する。
- ④ 臨床評価医、調整看護師が医療機関において診療録、画像などの確保と調査や聞き取り等、原因究明及び診療行為との関連の評価等に必要な事項について、臨床面からの調査を行う。
- ⑤ なお、警察との連携を図るため、総合調整医と警察との間で、あらかじめ、相互の連絡先、異状死の届出先など、当該モデル事業を開始するために必要な事項について協議するとともに、平素から緊密な連絡体制を確立しておくことが重要である。

iii) 業務内容

① 総合調整医

- ・ 調査分析依頼に関し、依頼医療機関からの情報等に基づき、あらかじめ取りまとめた「取扱規定」等を踏まえて、受諾の可否について判断を行う。
- ・ 患者遺族及び依頼医療機関との連絡調整、相談を行う。
- ・ 関係診療科臨床評価医との連絡調整を行う。
- ・ 異状死の届出対象となる事案については、直ちに警察に届け出るよう医療機関へ助言する。

② 調整看護師

- ・ 窓口業務を行う（医療機関からの依頼電話の受付、モデル事業申請書の受付、取扱規定の内容について医療機関の同意を得る）。
- ・ 必要に応じ、患者遺族、依頼医療機関に対し当該モデル事業について説明を行い、問い合わせに対応する。
- ・ 患者遺族及び依頼医療機関との連絡調整、相談を行う。
- ・ 総合調整医（ないし法医又は病理医）へ連絡し、受諾の可否について判断を仰ぐ。
- ・ 受諾可否について依頼医療機関に連絡し、医療機関依頼書、患者遺族同意書、事案報告書、調査分析に必要な書類等の提出を求める。
- ・ 臨床評価医との連絡調整を行う。

- ・ 患者遺族に対し事情聴取を行う。
- ・ 臨床評価医を支援し、医療機関における診療記録等の確保、聞き取り調査を行う。
- ・ 資料の整理を行う。

③ 臨床評価医

- ・ 患者遺族に対し事情聴取を行う。
- ・ 医療機関から提出された診療記録等の調査、聞き取り調査を行う。

2) 解剖

i) 業務体制

解剖は、解剖担当医（法医、病理医）及び、関係診療科の臨床立会医（臨床評価医の兼任も可）並びに、調整看護師の立ち会いの下で行うこととし、原則として当該事案が発生した医療機関以外の医療機関に所属する者とする。原則として患者遺族（又はその代理人を含む）、依頼医療機関からの解剖立会は認めない。

ii) 業務手順

- ① 受付時間、当番等については地域ごとにルール化し、あらかじめ周知しておく。
- ② 解剖を行うにあたり、解剖に必要な事項について医療機関から提出された診療記録等の調査や聞き取りを行う。
- ③ 解剖を行う。薬物検査が必要な場合には、検査を行うか、検査可能な機関に依頼する。
- ④ 死体検案書、解剖結果報告書を作成する。
- ⑤ なお、解剖した結果、死体について犯罪と関係のある異状があると認めたときは患者遺族、依頼医療機関に対し速やかにその旨を伝えた上、死体解剖保存法第 11 条に基づき警察に届ける。

iii) 業務内容

① 総合調整医

- ・ 解剖担当医、関係診療科臨床立会医との連絡調整を行う。

② 調整看護師

- ・ 解剖担当医、臨床立会医との連絡調整を行う。
- ・ 解剖と患者遺族に対する解剖結果の説明に立ち会う。
- ・ 検体の送付を行う。
- ・ 資料の整理を行う。

③ 解剖担当医（法医、病理）

- ・ 依頼医療機関と協議の上、解剖実施の段取り（現地解剖、遺体搬送等）について連絡調整を行う。
- ・ 解剖に必要な事項について医療機関から提出された診療記録等の調査や聞き取りを行う。
- ・ 解剖について患者遺族に説明を行う。その際、解剖を実施した施設における臓器、検体の保存方法等についても説明する。
- ・ 解剖を行う。
- ・ （執刀医）解剖当日に死体検案書（埋葬許可証に添付するもの、暫定診断や死因不詳も可）を作成する。死体検案書は患者遺族、依頼医療機関に渡し、結果を伝える。

- ・ 死体検案書の修正が必要な場合には、後日、役所、役場に差し替える。患者遺族が修正された死体検案書を希望した場合には、後日、渡す。
- ・ 解剖所見を整理、検討し、医療行為との関連性等を含む解剖結果報告書を作成し、関係診療科の臨床立会医等、病理医、法医の三者が署名した上で評価委員会に提出する。

④ 臨床立会医（関係診療科）

- ・ 解剖に必要な事項について医療機関から提出された診療記録等の調査や聞き取りを行う。
- ・ 解剖に立ち会う。患者遺族に対する解剖結果の説明にも立ち会うことが望ましい。
- ・ 解剖所見を整理、検討し、医療行為との関連性等を含む解剖結果報告書を作成し、関係診療科の臨床立会医等、病理医、法医の三者が署名した上で評価委員会に提出する。

3) 評価

i) 業務体制

総合調整医、調整看護師、法律関係者をコアメンバーとし、解剖担当医及び複数の関係診療科の臨床評価医等を加えた必要人数で構成された地域評価委員会を設置する。

ii) 業務手順

- ① 地域評価委員会を開催し、評価結果報告書を原則として6ヶ月以内に作成する。その際、調査、解剖結果報告書を踏まえ、当該事例に関する問題点を抽出し、可能な範囲で対応策を提言する。評価結果報告書案は臨床評価医が作成する。また、当該事例等にシステム上の問題がある場合には、その旨を明記する。
- ② 地域評価委員会において、特別な事情がある等により評価が困難な事案等については、中央事務局に支援を求めることができる。
- ③ 医療機関及び患者遺族に評価結果報告書を渡し、患者遺族、医療機関への説明は地域評価委員会委員長の同席の下で臨床評価医が行う。また、調整看護師が同席することが望ましい。原則として同一機会に説明を行う。

iii) 業務内容

評価結果報告書を原則として6ヶ月以内に作成する。

(2) 中央事務局

1) 事務局窓口

i) 業務体制

あらかじめ、決められた時間内で1～2名配置する。

ii) 業務内容

- ・ モデル地域からの評価結果報告書及び関係資料等の受理、集計結果や実績等の還元等、モデル地域との連絡調整を行う。
- ・ 運営委員会・評価委員会等の開催の事務手続を行う。
- ・ 当該モデル事業の会計処理を行う。
- ・ 文書、資料等の保管管理を行う。

- ・ その他。

2) 運営委員会

i) 業務体制

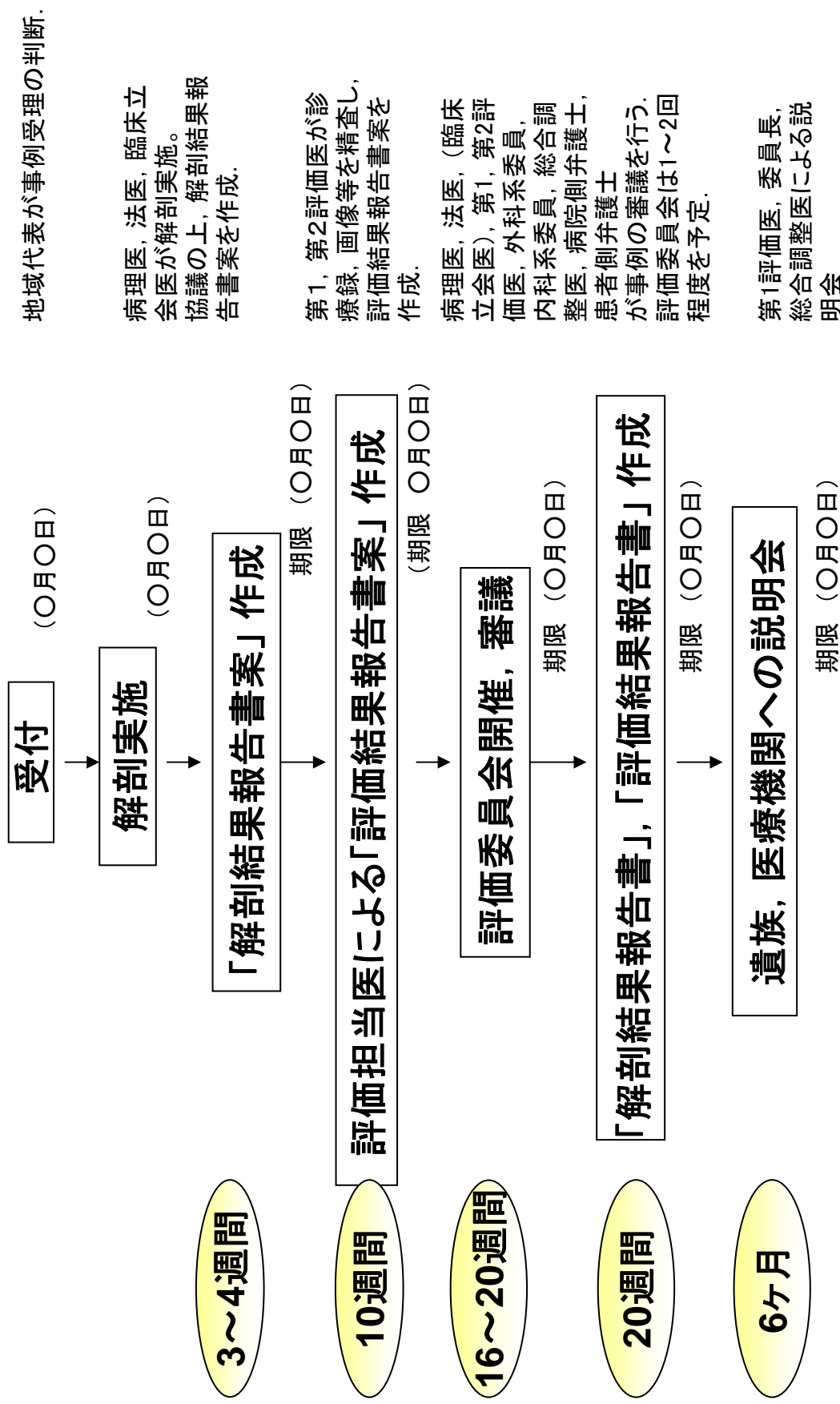
関連学会、医師会、法律関係者、その他で構成される。関係省庁はオブザーバーとして出席する。

ii) 業務

- ① 当該モデル事業実施中に生じた諸課題（異状死の取り扱い、公表方法等）を整理し、当該モデル事業の運営方法等について検討し、逐次、事業の見直しを行う。
- ② 当該モデル事業の実績を事業実績報告書に取りまとめ、国への報告と一般への公表を行う。
- ③ その他、当該事業に関する対外的な対応策を検討する。

モデル事業事例調査の流れ

(東京地域事務局のものを参考に)



参考: 東京地域「病理・法医連絡会」資料

現在の受付等事例数について(累計)

平成19年12月3日現在	札幌	茨城	東京	新潟	愛知	大阪	兵庫	福岡	計
	2	3	33	3	3	14	2	0	60
評価結果報告書を交付した事例	35								
	35								

(参考)平成19年9月30日現在

	8	14	38	4	1	23	10	1	99
遺族の同意が得られなかった	4	1	12	0	0	7	2	1	27
解剖の体制が取れなかった	1	1	3	2	1	2	0	0	10
医療機関からの依頼がなかった	1	3	1	1	0	9	5	0	20
司法解剖または行政解剖となった	0	2	9	0	0	2	2	0	15
その他	2	5	5	1	0	3	1	0	17
不詳	0	2	8	0	0	0	0	0	10

受付に至らなかった理由

※相談事例は月次毎の集計となっております。

受付事例の状況等（平成19年10月4日現在）

（57事例のうち、公表についてご遺族、依頼医療機関の同意を得た51事例の状況）

- (1) 受付地域： 東京
申請受付日：平成17年10月
年齢：60歳代 性別：男性
診療の状況：総胆管結石の診断にて内視鏡下手術を施行するが、腹膜炎及び多臓器不全を併発し、2ヶ月の加療の後に死亡。
- (2) 受付地域： 東京
申請受付日：平成17年12月
年齢：20歳代 性別：女性
診療の状況：不眠・不穏・幻覚・幻聴の症状に対して、抗精神病薬等で入院加療中、心肺停止となり死亡。
- (3) 受付地域： 東京
申請受付日：平成17年12月
年齢：60歳代 性別：女性
診療の状況：脳動脈瘤にて血管内カテーテル検査を施行中、状態が急変し、数時間後に死亡。
- (4) 受付地域： 東京
申請受付日：平成18年1月
年齢：60歳代 性別：男性
診療の状況：僧帽弁閉鎖不全にて手術施行。術後数日目に急変し、数週間の加療の後に死亡。
- (5) 受付地域： 東京
申請受付日：平成18年1月
年齢：60歳代 性別：女性
診療の状況：閉塞性動脈硬化症のバイパスグラフトの閉塞に対して血管内カテーテル治療を施行。術後、後腹膜出血を認め、緊急手術を施行するが、2週間後に死亡。
- (6) 受付地域： 茨城
申請受付日：平成18年2月
年齢：70歳代 性別：女性
診療の状況：徐脈性失神発作に対し、体内式永久ペースメーカー埋込術施行。術後状態が急変し、数時間後に死亡。
- (7) 受付地域： 東京
申請受付日：平成18年2月
年齢：40歳代 性別：女性
診療の状況：発熱・筋肉痛を認めたため、インフルエンザと診断し、薬剤投与。その後、意識混濁及び痙攣が出現。症状悪化し死亡。
- (8) 受付地域： 大阪
申請受付日：平成18年4月
年齢：60歳代 性別：男性
診療の状況：臀部および大腿部のガス壊疽に対し、広範な感染部位の切除術及び植皮術を施行するために、全身麻酔導入。導入後、腹臥位に体位変換したところ、まもなく血圧低下を認め、死亡。
- (9) 受付地域： 大阪
申請受付日：平成18年4月
年齢：10歳代 性別：女性
診療の状況：若年性リウマチ・血管炎などで加療中、下痢・腹痛のため入院。汎発性腹膜炎にて緊急手術を施行したが、翌日死亡。
- (10) 受付地域： 東京
申請受付日：平成18年5月
年齢：30歳代 性別：男性
診療の状況：舌癌に対する手術施行後、呼吸苦の訴えあり。その後意識レベルの低下を認め、治療を行うが約6週間後に死亡。
- (11) 受付地域： 東京
申請受付日：平成18年5月
年齢：60歳代 性別：男性
診療の状況：直腸癌に対する手術施行後、発熱及び下血を認め、数日後、死亡。
- (12) 受付地域： 茨城
申請受付日：平成18年5月
年齢：70歳代 性別：女性
診療の状況：後頭部痛に対して神経ブロックを施行したところ心肺停止し、約3週後に死亡。

- (13) 受付地域： 大阪
申請受付日：平成 18 年 5 月
年齢：70 歳代 性別：女性
診療の状況：腹痛・嘔吐に対して入院加療中に転院し、転院後 2 日目に死亡。
- (14) 受付地域： 兵庫
申請受付日：平成 18 年 5 月
年齢：80 歳代 性別：男性
診療の状況：経皮経管的動脈形成術を施行後、呼吸停止となり死亡。
- (15) 受付地域： 東京
申請受付日：平成 18 年 5 月
年齢：70 歳代 性別：女性
診療の状況：心臓弁置換の手術目的で入院。弁置換術前に行ったステント留置術の際にショック状態となり死亡。
- (16) 受付地域： 東京
申請受付日：平成 18 年 5 月
年齢：60 歳代 性別：男性
診療の状況：両上肢の疼痛に内服薬により加療。口腔内のびらんを発端に、全身の紅斑・発赤・腫脹を生じ、薬剤投与を行うも死亡。
- (17) 受付地域： 新潟
申請受付日：平成 18 年 7 月
年齢：40 歳代 性別：女性
診療の状況：大腿部の肉腫に対する手術後、外来にて経過観察中。救急外来を受診した際、意識消失あり、転院加療するが死亡。
- (18) 受付地域： 愛知
申請受付日：平成 18 年 7 月
年齢：10 歳未満 性別：女性
診療の状況：頭蓋形成術、口蓋裂形成術等施行。術後、状態が悪化し、約 3 週間後に多臓器不全にて死亡。
- (19) 受付地域： 大阪
申請受付日：平成 18 年 7 月
年齢：30 歳代 性別：男性
診療の状況：嘔気・気分不良・腹痛にて入院。入院後、内視鏡的逆行性胆道膵管造影（ERCP）施行するが、その後膵炎を発症し死亡。
- (20) 受付地域： 新潟
申請受付日：平成 18 年 8 月
年齢：20 歳代 性別：男性
診療の状況：脳幹部腫瘍に対し、硫酸アトロピンを投与後、容態が悪化。救急搬送し加療するが脳死状態となり死亡。
- (21) 受付地域： 東京
申請受付日：平成 18 年 8 月
年齢：10 歳未満 性別：女性
診療の状況：鉗子分娩にて出生。出生後、NICUにて加療するが、死亡。
- (22) 受付地域： 東京
申請受付日：平成 18 年 8 月
年齢：50 歳代 性別：男性
診療の状況：後腹膜腫瘍に対し手術施行。低酸素血症・血圧低下・心室頻拍にて心停止し、蘇生術施行するが死亡。
- (23) 受付地域： 東京
申請受付日：平成 18 年 9 月
年齢：10 歳未満 性別：男性
診療の状況：大動脈弁狭窄症に対し、血管内カテーテル治療を施行。翌日の安静解除後、意識消失・心肺停止となり、蘇生術を施行するが死亡。
- (24) 受付地域： 東京
申請受付日：平成 18 年 9 月
年齢：60 歳代 性別：女性
診療の状況：多発性筋炎、気管支喘息を基礎疾患としており、肺炎のため入院。一度軽快するが肺炎が再発し、気管切開術施行。術後より皮下気腫が出現し、その後心肺停止となり、蘇生術を施行するが死亡。
- (25) 受付地域： 新潟
申請受付日：平成 18 年 9 月
年齢：70 歳代 性別：女性
診療の状況：敗血症等により緊急入院。治療により改善傾向にあったが、筋力低下・呼吸状態悪化を認める。右気管支に経鼻胃管が挿入されていた。直ちに治療を開始するが 1 週間後に死亡。

- (26) 受付地域： 大阪
申請受付日：平成 18 年 10 月
年齢：60 歳代 性別：男性
診療の状況：平成 18 年 10 月、転移性肝癌に対して肝右葉切除術を施行。出血多量により出血性ショックとなり、ICUにて加療するが、循環不全・呼吸不全により、2 日後に死亡。
- (27) 受付地域： 大阪
申請受付日：平成 18 年 10 月
年齢：60 歳代 性別：女性
診療の状況：頸椎性脊髄症・頸椎後弯症に対し、頸椎椎弓形成術及び頸椎後方固定術を施行。術後麻酔から覚醒せず、CT 検査にて、左大脳半球の広範な脳梗塞と診断された。脳浮腫が進行したため外減圧術を施行するが死亡。
- (28) 受付地域： 東京
申請受付日：平成 18 年 11 月
年齢：70 歳代 性別：男性
診療状況：胃癌の診断にて入院。幽門側胃切除術施行。術後 2 日目に発熱・下痢を認める。3 日目、CT 撮影後ベッドに横になる際、呼吸停止・ショック状態となった。治療開始するが改善を認めないため、転院し、加療するが、術後 5 日目に死亡。
- (29) 受付地域： 東京
申請受付日：平成 18 年 11 月
年齢：20 歳代 性別：女性
診療の状況：全前置胎盤・癒着胎盤にて入院加療中、破水 (33 週 4 日) したため緊急帝王切開術施行。児娩出し、子宮を摘出した後、心室細動・出血を認め、心停止。蘇生術を行うが死亡。
- (30) 受付地域： 東京
申請受付日：平成 18 年 11 月
年齢：10 歳未満 性別：女性
診療の状況：三心房心(肺高血圧あり)の手術前評価のため全身麻酔下にて心臓カテーテル検査を施行。検査終了後、麻酔覚醒を促している最中に心肺停止。蘇生処置を行うが死亡。
- (31) 受付地域： 東京
申請受付日：平成 18 年 12 月
年齢：70 歳代 性別：女性
診療の状況：平成 18 年 10 月食道 I 亜全摘術施行。同日胸腔内出血あり、再開胸止血術施行。術後、ICUにて加療中、術後 7 日目に急性心筋梗塞 (AMI) 発症。約 1 ヶ月後、2 回目の AMI 発作を認め、その翌日に死亡。
- (32) 受付地域： 兵庫
申請受付日：平成 18 年 12 月
年齢：40 歳代 性別：女性
診療状況：僧帽弁閉鎖不全に対し、平成 18 年 6 月、僧帽弁形成術を施行。術中、人工心肺導入前に食道エコープローブによる食道穿孔が起こり手術中止となる。食道穿孔部は修復されたが、全身状態不良となり、集中治療を継続するが状態悪化し、12 月に死亡。
- (33) 受付地域： 東京
申請受付日：平成 18 年 12 月
解剖実施日：平成 18 年 12 月
年齢：40 歳代 性別：男性
診療状況：脳動静脈奇形と脳底動脈瘤 (約 5mm 及び 1.5mm) を合併しており、平成 18 年 10 月、カテーテル検査施行。その翌日、5mm の脳底動脈瘤及び脳動静脈奇形の一部に対して塞栓術を施行した。11 月に 2 回目の塞栓術を施行中、1.5mm の脳動脈瘤内に穿孔をきたし、クモ膜下出血を発症した。直ちに止血、脳室ドレナージ及び開頭減圧術を施行したが、約 1 ヶ月後に死亡。
- (34) 受付地域： 東京
申請受付日：平成 19 年 1 月
解剖実施日：平成 19 年 1 月
年齢：60 歳代 性別：女性
診療状況：平成 18 年 12 月、左上葉肺癌に対する手術を施行し、術後経過は良好であったが、術後 2 日目に脳梗塞を発症し、血栓溶解術及び開頭減圧術を行うも、加療の 3 日後及び 5 日後に再度脳梗塞を発症した。脳死状態と判定され、術前の本人の希望により積極的延命処置は行わず、脳死判定の 1 週間後に死亡。

- (35) 受付地域： 東京
申請受付日：平成 19 年 1 月
解剖実施日：平成 19 年 1 月
年齢：60 歳代 性別：男性
診療状況：脊髄小脳変性症にて平成 15 年に気管切開術・胃瘻造設術を施行。その後、在宅療養していたところ、低血糖症状・食物逆流を認めたため、平成 18 年 8 月に入院。約 1 ヶ月後に発熱を認め、発熱の 4 日後に呼吸停止状態で発見され、その後加療を行うが、翌平成 19 年 1 月死亡。
- (36) 受付地域： 東京
申請受付日：平成 19 年 1 月
解剖実施日：平成 19 年 1 月
年齢：60 歳代 性別：男性
診療状況：平成 18 年 12 月、直腸癌に対する手術を施行。術後、骨盤内膿瘍の形成、腹腔との交通を認める右大腿筋膜炎も併発した。腹腔内ドレナージ・右大腿切開ドレナージなどを行い、全身状態は改善傾向であったが、平成 19 年 1 月末に突然の大量出血にて死亡。
- (37) 受付地域： 大阪
申請受付日：平成 19 年 2 月
年齢：60 歳代 性別：男性
診療状況：入院 2～3 週間前より感冒症状が出現し、咽頭痛・口腔内痛・全身倦怠感等が著明となったため、近医を受診。点滴等の治療を受けるが改善がみられないため、2 日後に転院。転院翌日午前 7 時頃、呼吸困難にて、酸素吸入を開始。その同日午前 8 時 30 分に看護師が訪室した際には著変は認めなかったが、同日午前 11 時 10 分に看護師が訪室したところ、意識消失・呼吸停止状態であったため、蘇生術を行うが同日死亡。
- (38) 受付地域： 東京
申請受付日：平成 19 年 2 月
年齢：70 歳代 性別：女性
診療状況：平成 16 年 2 月、右大腿骨頸部骨折に対し、他院にて人工骨頭置換術施行。その後、人工骨頭のゆるみが生じ、平成 19 年 2 月、当該病院にて全身麻酔下に再置換術施行。術中、閉創開始時より血圧低下を認める。閉創中さらに血圧が低下し、心停止。蘇生術を行うが 5 時間後に死亡。
- (39) 受付地域： 大阪
申請受付日：平成 19 年 2 月
年齢：40 歳代 性別：男性
診療状況：就寝して約 1 時間半後に腹痛で叫び声をあげ、その約 30 分後に腰痛及び右側腹部痛にて午前 1 時頃近医を受診。右季肋部圧痛、叩打痛、尿潜血などを認め、尿管結石疑いで鎮痛剤を投与を数回行い、午前 4 時に、症状の改善を認めた。同日午前 7 時頃、専門医に転院するための紹介状を作成中に心肺停止となり、蘇生術を行うが同日午前中に死亡。
- (40) 受付地域： 東京
申請年月日：平成 19 年 3 月
年齢：30 歳代 性別：女性
診療状況：平成 19 年 3 月に正常分娩にて 3735 g の男児を出産（妊娠 41 週）。産後出血多量のため、子宮頸管の裂傷を縫合したが、子宮内膜からの出血が多く（この時点で出血量 2470 g）、止血中に心停止があり、心臓マッサージにより回復した。弛緩出血と診断され、多量の輸血製剤を投与しながら、腹式子宮全摘術施行（出血量 1960 g）。術中再度心停止があり、除細動により回復。術後 ICU にて加療するが同日夕刻に死亡。
- (41) 地域事務局： 大阪
申請年月日：平成 19 年 3 月
年齢：60 歳代 性別：男性
診療状況：脳内出血を発症後、外科的処置により意識状態・全身状態の改善を認めていたが、脳内出血発症後約 50 日後、呼吸状態の悪化とともに、心停止となった。蘇生術を行うが回復せず、死亡。
- (42) 受付地域： 愛知
申請受付日：平成 19 年 3 月
年齢：60 歳代 性別：男性
診療状況：平成 19 年 1 月、肺癌に対し右肺上葉切除術及びリンパ節郭清術施行。術中、肺尖部の癒着剥離中に大量出血を認めた。止血後、心停止をきたしたが、心拍再開後は血圧 60 台を維持。術後 ICU にて加療するが、肺機能が回復せず、約 2 ヶ月後に死亡。

- (43) 受付地域： 東京
申請受付日：平成 19 年 3 月
年齢：50 歳代 性別：男性
診療状況：平成 19 年 3 月、下行結腸癌が原因と考えられる腸閉塞のため、横行結腸双口式人工肛門創設術を施行。手術後帰室するも循環動態不安定であり、術後 6 時間で血圧 70 台まで低下。輸血等の加療を行うが血圧安定せず。白血球数の低下を認めたため、敗血症を疑われ血液製剤投与等の治療を行うが改善認めず。術後約 9 時間で心停止。蘇生術行うが翌日死亡。
- (44) 受付地域： 東京
申請年月日：平成 19 年 4 月
年齢：60 歳代 性別：男性
診療状況：仙骨癌転移による麻痺発症の為、平成 19 年 4 月に手術を行った。手術時大量出血があり、止血し閉創。術後 1 日目に下肢循環障害が発生し、クラッシュ症候となり、大腿動脈バイパス術及び透析を施行するが、改善せず、高カリウム血症となり、心停止。術後 2 日目に死亡した。
- (45) 受付地域： 札幌
申請年月日：平成 19 年 4 月
年齢：60 歳代 性別：男性
診療状況：C 型慢性肝炎で経過観察中、原発性肝癌を指摘された。平成 19 年 4 月に肝右葉切除術施行。術中に下大静脈より出血。止血困難で血圧低下、心停止し、同日死亡。
- (46) 受付地域： 茨城
申請年月日：平成 19 年 4 月
年齢：60 歳代 性別：男性
診療状況：発熱にて病院を受診した。投薬にて入所している授産施設に帰った。昼食を通常量採取し、自室に戻ったことを職員が確認した。約 40 分後心肺停止状態で発見された。
- (47) 受付地域： 札幌
申請年月日：平成 19 年 4 月
年齢：60 歳代 性別：女性
診療状況：平成 19 年 3 月頭痛出現。翌日も頭痛が持続していた。4 月に自宅で倒れ救急車にて病院に搬送されるが心肺停止。心拍は再開したが、深昏睡状態。CT でクモ膜下出血を認めた。同月に死亡。
- (48) 受付地域： 大阪
申請年月日：平成 19 年 5 月
年齢：40 歳代 性別：女性
診療状況：右頬粘膜癌（初診平成 18 年 9 月）で同年 11 月に手術施行（p T 2 N 2 b stage IVA）。r N 2 C に対し手術施行（平成 19 年 4 月）以後順調に回復。平成 19 年 5 月カニューレ抜去、同日帰室、午後心肺停止を発見。人工呼吸、心臓マッサージを施すも死亡。
- (49) 受付地域： 東京
申請年月日：平成 19 年 6 月
年齢：10 歳代 性別：男性
診療状況：松果体部細胞腫に対して平成 19 年 1 月に開頭腫瘍摘出施行。その後、化学療法、放射線照射を行った。腫瘍は著明に縮小しており、近く退院の予定であった。6 月頭痛、嘔気を訴えていた。安静臥床を指示し、改善されたが、自室トイレ（個室）で心肺停止状態で発見され、救急措置を行ったが効果なく死亡。
- (50) 受付地域： 東京
申請年月日：19 年 7 月
年齢：60 歳代 性別：女性
診療状況：早期胃がんの診断で腹腔鏡補助下手術にて胃切除を行った、予定術式ではリンパ節郭清が不十分との判断で開腹に切り替え手術を行った。術後 3 日目から状態悪化し、術後 5 日目に敗血症の全身状態の改善が出来ず、死亡した。
- (51) 受付地域： 東京
申請年月日：19 年 7 月
年齢：60 歳代 性別：男性
診療状況：進行性早期胃がんと診断され胃切除施行。手術後イレウスを併発するが回復。その後出血、腸管穿孔あり、コイルにて止血施行するも肝動脈閉塞にて肝壊死および腹膜炎をおこし、死亡した。

診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業 評価結果の概要

本概要は、関係者への説明に用いるため、申請医療機関及び患者遺族に対して報告された「評価結果報告書」をもとに、その概要をまとめたもの。

1 対象者について

- 年齢:40歳代
- 性別:女性
- 診療の状況

右大腿部の滑膜肉腫に対して広範切除術及び血管再建術が行われた約9ヵ月後に、下大静脈内に再発増殖した腫瘍の離断遊離組織から致命的肺動脈幹塞栓症をきたして死亡した。

2 解剖結果の概要と死因

2-1 死因

本例の死因は、肺動脈幹塞栓症である。

血管吻合部から血管内に再発した滑膜肉腫は、腫瘍組織と血栓が下大静脈内を満たし、その先端部が破断して肺動脈幹に塞栓したものである。

2-2 腫瘍等の所見

- 1) 右大腿部の滑膜肉腫切除部付近では、肉眼的に明らかな腫瘍の再発を窺わせる所見はなかった。
- 2) 移植した血管吻合部から右大腿静脈、下大静脈にわたって、血管内腔に滑膜肉腫と血栓が充満していた。
- 3) D病院で手術により摘出された栓子は、肉眼的には血栓の所見であったが、顕微鏡的には血栓内に腫瘍組織を認めた。
- 4) 右肺下葉に3×3×4mm大の転移性腫瘍を1個認めた。

3 臨床経過と医学的評価

3-1 臨床診断・治療に関する医学的評価

本例は、腫瘍の大きさ10×9cm、右大腿動静脈を巻き込む巨大な滑膜肉腫であった。画像診断上転移がなく、日本臨床腫瘍研究グループ(JCOG)の臨床試験適格例と判断、患者の任意の同意で本臨床試験が実施された。術前化学療法でMRI上は腫瘍の縮小を認め、術後化学療法もプロトコルどおり実施された。手術方法としては、血管移植を併用した患肢温存手術が選択されたが、現在の標準的な治療法と考えられる。本例では手術標本の病理診断で断端部に腫瘍なしと報告され、JCOGのプロトコルに従い放射線治療は施行されなかった。

C病院病理部で再検討した結果、大腿静脈内膜組織中の腫瘍は切除断端から2.9cm 離れており、十分な切除縁のある広範切除術であったと判断され、放射線治療を行わなかったのは妥当であったと考えられる。

本例は臨床的には術前化学療法により腫瘍縮小効果が見られたが、切除標本における壊死率が50%以下であり有効とは判断されなかった。しかし、化学療法が著効しなくとも生命予後を改善させるとする報告があり、本例に術後化学療法が行われたことは妥当であったと判断される。

3-2 手術標本の病理診断に関する医学的評価

C病院における断端検索で、断端に腫瘍浸潤なしと診断されたが、大腿静脈の内膜組織中の腫瘍は、当初認識されていなかった。再検討の結果、「大腿静脈内膜組織中の腫瘍は切除標本の近位断端から標本上の計測で2.9cmの部分に存在しており、血管断端を含め切断端には腫瘍は認められない。」と報告された。

本例の腫瘍の血管内増殖様式は極めて特異であり、病理組織標本で大腿静脈内膜組織中に腫瘍が確認されたとしても、血管内での腫瘍増殖を予測することは困難であったといえる。しかし本例の貴重な経験から今後は、静脈壁中に腫瘍が存在することの予後への影響、腫瘍の広がりをも十分に検討する必要がある。

3-3 術後経過観察と画像診断に関する医学的評価

骨軟部腫瘍の術後再発・転移様式としては一般的に局所再発あるいは肺転移が多く、C病院で行われた局所MRIと胸部CT撮影による経過観察は標準的なものであった。本例のように明らかな肺転移巣や局所再発がない症例に血管内にほぼ限局した腫瘍の再発が生じることはきわめてまれである。

術後の局所再発の検索範囲は、術前の腫瘍の画像診断上の位置から決定されるのが一般的であり、この点でC病院による術後MRIの撮影範囲は妥当なものといえる。全身の画像を経過観察として広範囲に撮れば、まれな腫瘍再発なども検出可能であるが、CTでは被曝の問題があり、MRIでは検査の煩雑さのために一般には行われていない。

3-4 血管内腫瘍再発の生前診断及び治療の可能性についての医学的評価

本例は退院後3ヵ月毎の外来診察をうけ、経過中に、右下肢の浮腫がみられていたが、本例のように血管再建術を含む大きな組織切除をうけた患者では、しばしば認められる症状であり、本例でも通常見られる範囲内であったと報告されている。

6月下旬、C病院外来受診時「右足のむくみがひどくなった」「右大腿上部から鼠径部に血管が浮き上がってきた」と医師に不安を訴えているが、医師は特別強く訴えられたとの認識はなかった。時間的制約の大きい外来診療で、個々の患者の訴えに真摯に耳を傾け、丁寧に診察することは容易ではないが、これまでと異なる症状や患者の訴えに異常の徴候をとらえ、患者の要望・不安に配慮した詳細な診察と必要な場合は標準以上の検査も行うことが、専門医に求め

られる診療態度であり診療能力であると考えられる。

仮に、この時点で造影 CT 撮影を行っていたら、肺塞栓症による突然死を避けられた可能性はあるが、本例のような特異な再発をきたした腫瘍の根治的治療は不可能であり、死亡を避けられた可能性はきわめて低い。

病状急変後の、A、D病院の救命治療については適切に行われていたと判断される。

4 結論

4-1 経過

本例は、右大腿部の滑膜肉腫に対して、術前術後の化学療法と広範切除術並びに大腿動静脈再建術を行ったが、血管吻合部から下大静脈内に腫瘍の再発増殖による腫瘍塊を形成し、手術の約 9 ヶ月後に腫瘍の離断遊離組織による致死の肺動脈幹塞栓症をきたした事例である。

4-2 調査及び評価の結果

(1) 臨床診断・治療について

滑膜肉腫の原発巣に対する術前術後の化学療法および広範切除術はがん治療として高度の医療水準を満たす適正なものであった。

広範切除術は、肉眼的に十分な切除縁が得られ、病理診断で断端に腫瘍浸潤なしと診断されたことから、治癒手術と判定され、放射線治療の追加は不要であると判断されたのは妥当であった。

(2) 病理診断と再発予見性について

大腿静脈の内膜組織中の腫瘍は、C病院では当初認識されていなかったが、この病変は切除断端から最も近い部位で 2.9cm 離れていたと報告されている。結果的には、大腿静脈の内膜組織中に残存した腫瘍が、下大静脈内腔で再発増殖したと推定されたが、本例の血管内における腫瘍の増殖様式は、極めて特異であり、手術検体で大腿静脈の内膜組織中に腫瘍が存在することが確認されたとしても、本例に認められた血管内再発を予見することは困難であったと考えられる。

(3) 術後経過観察と生前診断の可能性について

骨軟部腫瘍の術後再発・転移としては一般的に局所再発あるいは肺転移が多く、胸部 CT と局所 MRI 撮影による経過観察が標準的である。本例の MRI 撮影範囲は通常局所再発の検索範囲としては妥当であったが、再発腫瘍は MRI の冠状断で最も腹側のスライスよりもわずかに腹側に存在していた。また、本例で認められた右下肢の浮腫は、臨床的に、下肢の広範切除後に通常認められる範囲内と判断された。ただし、6 月下旬の外来診療時に患者が訴えた「鼠径部の血管の浮き上がり」について、医師が異常な所見であると判断し、腹部・骨盤部の造影 CT 撮影を行っていたら、下大静脈内の異常を発見できた可能性はあ

る。

しかしながら、標準的な画像診断による経過観察と臨床症状からは、極めて特異な血管内腫瘍再発を生前に診断することは困難であったと考えられる。

(4) 生前診断による死亡回避性

仮に腫瘍の血管内増殖に早期に気づいていれば肺動脈幹塞栓症による突然死を回避できた可能性はある。しかし術前術後の化学療法を行った広範切除術後に下大静脈内に腫瘍再発をきたした本事例の根治的治療は不可能であり、死亡を避けられた可能性はきわめて低いと判断される。

5 再発防止策の提言

5-1 手術標本の病理診断について

整形外科領域の骨・軟部腫瘍においては、断端の軟部組織に腫瘍が存在するか否かに加え、脈管に腫瘍が進展していないかを判定する必要がある。

本例は、静脈の内膜組織内に腫瘍浸潤を認めた場合には、切断端陰性と判断されても血管内で腫瘍再発をおこす危険があることを示した貴重な症例である。切断端、あるいは断端近傍の血管壁内に腫瘍の存在が確認された場合には、追加切除や局所への放射線治療の追加、あるいは術後経過観察方法を考慮する必要がある。切断端および断端近傍の血管壁内に腫瘍が存在するか否かの検討は極めて重要であり、今後、考慮しておくべき点である。

5-2 術後経過観察と画像診断について

C病院は、骨軟部腫瘍の治癒切除例では3ヵ月毎の外來経過観察を標準としている。しかし術後1年以内は、術後合併症や病状の変化にすみやかに対応するために、今後は、1~2ヵ月毎の経過観察が望ましい。

悪性度の高い骨軟部腫瘍における再発・転移様式は一般的に肺の転移または局所再発が多く、胸部CTや局所MRIによる経過観察が標準的である。まれな再発・転移の症例の経験から、骨軟部腫瘍症例に生殖器の被曝問題を抱える腹部・骨盤部CT検査をルーチンに行うべきか否かは今後議論が必要である。しかし本例のような再発様式をとる症例もあることを教訓とし、患者の訴え、臨床症状に細心の注意を払い、必要に応じて検査の追加を行うことも求められる。最近ではCT撮影装置の進歩により短時間で広範囲の撮影が可能な機種が普及しつつあり、CT検査による経過観察の考え方にも変化がおりつつある。

(参 考)

○ 地域評価委員会委員（14名）

評価委員長	日本血液学会
臨床評価医	日本整形外科学会
臨床評価医	日本整形外科学会
臨床評価医	日本心臓血管外科学会
臨床評価医	日本医学放射線学会
総合調整医	日本法医学会
総合調整医	日本病理学会
解剖執刀医	日本病理学会
解剖担当医	日本法医学会
解剖担当医	日本神経病理学会
臨床立会医	日本整形外科学会
法律家	弁護士
法律家	大学院実務法学科
調整看護師	

○ 評価の経緯

地域評価委員会を3回開催し、その他適宜意見交換を行った。

受付から要した時間経過について

(平成19年 3月31日現在)

整理番号	第1回目評価委員会までに要した時間(月)	現在までの時間(月)	遺族への説明までに要した時間(月)
1	未	0.2	未
2	未	0.4	未
3	未	0.9	未
4	未	0.8	未
5	未	1.0	未
6	未	1.3	未
7	未	2.0	未
8	未	2.1	未
9	未	2.0	未
10	未	2.7	未
11	未	3.2	未
12	未	3.4	未
13	未	3.9	未
14	未	4.0	未
15	未	4.1	未
16	未	4.2	未
17	未	5.2	未
18	未	5.6	未
19	未	11.5	未
20	中止	中止	中止
21	0.6	終了	4.8
22	1.8	10.7	未
23	2.1	終了	3.1
24	2.2	終了	5.7
25	2.3	終了	10.9
26	2.5	終了	5.6
27	2.7	7.7	未
28	2.8	終了	6.8
29	3.0	終了	9.9
30	3.0	6.3	未
31	3.6	終了	7.4
32	3.6	終了	未
33	4.4	終了	8.3
34	4.7	7.9	未
35	5.0	終了	9.7
36	5.1	終了	9.6
37	5.5	6.9	未
38	5.9	終了	8.2
39	6.0	終了	7.4
40	6.2	終了	9.9
41	6.3	8.3	未
42	6.4	終了	8.5
43	6.6	終了	11.6
44	7.0	7.8	未
45	7.0	終了	11.3
46	7.6	終了	14.3
47	7.9	10.4	未
48	9.8	10.7	未
49	11.2	11.9	未
平均	4.8	3.1 (※ 評価委員会が開催されていないものに限る)	8.4

(※ 受付から第1回の評価委員会開催までに要した時間順に並べてある。)

各地域の現状

○実施主体(社)日本内科学会

平成19年10月15日現在

	東京	愛知	大阪	兵庫	新潟	茨城	札幌	福岡
窓口・事務局	モデル事業 東京地域事務局	愛知県医師会	大阪大学医学部 法医学教室	神戸大学医学部 法医学教室	新潟大学医学部 法医学教室	筑波大学付属病院 病理部	NPO法人札幌診断病 理学センター	福岡県医師会
受付時間	月～金 9:00-17:00	月～木 9:00-17:00 金, 祝日の前日 9:00-12:00	月～金 9:00-17:00	月～金 9:00-16:00	月～金 9:00-17:00	月～金 9:00-17:00	月～金 9:00-17:00	月～金 9:00-17:00
解剖土日対応	場合による	無し	無し	有り	無し	無し	無し	無し
対象医療機関	東京都内の医療機関	愛知県内の医療機 関	大阪府内の医療機 関	神戸市内の医療機 関 (西区と北区を除く)	新潟県内の医療機関	茨城県内の医療機関	札幌市内の医療機関 及び10月1日より小樽 市・石狩市・江別市・ 岩見沢市・北広島市・ 恵庭市・千歳市を地域 対象拡大	福岡県内の医療機関
総合調整医	吉田(法)・福永(監)・ 矢作(救急)・深山(病) 山口(内)・高本(外)	池田(病)・妹尾(法)	的場(法)・荒川(内)	長崎(監)・上野(法)	山内(法)・内藤(病)・ 江村(病)・出羽(法)・ 関谷(病)	野口(病)・本間(内)	松本(法)・今村(病)・ 島本(内)・加藤(外)	堤(県医)・高須(県 医)・大木(県医)・居 石(病)・池田(法)・飯 田(内)・斉藤(内)・相 沢(内)・尾辻(内)・田 中(外)・白(外)・白 水(外)・蜂須賀(外)
調整看護師	3名常勤、1名非常勤 (3.5名体制)	1人常勤	5人非常勤	2人非常勤	1人常勤(10月中旬予 定)	1人常勤	1人常勤	1名常勤
解剖協力施設	東京大学 帝京大学 東京慈恵会医科大学 昭和大学 日本大学 順天堂大学 東京女子医科大学 東京都監察医務院 国家公務員共済組合 連合会虎の門病院 日本医科大学	藤田保健衛生大学 名古屋大学 名古屋市立大学 愛知医科大学	大阪府監察医事務 所	兵庫県監察医務室	新潟大学 長岡赤十字病院 新潟県立中央病院	筑波大学 筑波メディカルセン ター	札幌医科大学 北海道大学	九州大学 福岡大学 久留米大学 産業医科大学

関係学会から登録されている協力医の状況について

(臨床立会医及び臨床評価医の登録状況)

平成19年7月26日現在

学会名	札幌	茨城	東京	新潟	愛知	大阪	兵庫	※神奈川	福岡	合計
日本外科学会	7	2	25	3	11	17	7	10	8	90
日本医学放射線学会	9	1	13	1	6	1	1	0	0	32
日本眼科学会	10	10	10	10	10	10	10	10	10	90
日本救急医学会	5	5	7	5	5	5	5	5	5	47
日本形成外科学会	10	6	10	8	7	6	6	10	10	73
日本産科婦人科学会	10	10	10	10	10	10	10	10	10	90
日本耳鼻咽喉科学会	10	8	10	7	12	10	9	11	10	87
日本小児科学会	10	10	18	10	10	10	10	10	10	98
日本整形外科学会	10	10	13	10	10	10	10	10	10	93
日本精神神経学会	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
日本脳神経外科学会	6	0	6	6	6	6	6	0	0	36
日本泌尿器科学会	11	10	11	9	11	11	10	11	6	90
日本皮膚科学会	8	10	10	11	9	10	11	8	10	87
日本麻酔科学会	10	10	9	8	8	10	10	10	0	75
日本リハビリテーション医学会	3	10	10	10	8	10	10	2	1	64
日本臨床検査医学会	7	0	9	6	8	10	6	7	0	53
日本歯科医学会	9	7	20	9	10	9	7	0	12	83
日本消化器病学会	10	2	3	7	2	4	2	2	0	32
日本肝臓学会	10	10	10	10	10	11	10	10	12	93
日本循環器学会	9	10	12	10	12	0	12	0	10	75
日本内分泌学会	5	0	6	0	6	10	10	0	3	40
日本糖尿病学会	8	6	10	6	9	10	8	9	10	76
日本腎臓学会	8	5	10	8	8	6	9	7	9	70
日本呼吸器学会	7	9	10	10	10	10	10	10	10	86
日本血液学会	7	7	6	8	9	7	6	3	11	64
日本神経学会	10	10	10	10	10	1	0	9	10	70
日本感染症学会	3	0	4	4	3	3	3	5	3	28
日本老年医学会	9	8	11	2	9	9	9	9	5	71
日本アレルギー学会	11	0	10	11	11	11	11	11	11	87
日本リウマチ学会	9	8	8	7	6	10	8	10	11	77
日本呼吸器外科学会	6	1	11	7	9	11	9	10	1	65
日本消化器外科学会	10	0	7	9	8	10	10	10	0	64
日本小児外科学会	6	10	11	3	7	10	4	10	0	61
日本心臓血管外科学会 日本胸部外科学会	9	0	11	8	11	10	10	10	0	69
内分泌外科	6	0	6	6	5	5	3	8	0	39
計	278	195	348	249	286	283	262	247	208	2356

注1: 上記35学会以外に、日本法医学会、日本病理学会からは解剖担当医師が別途登録されている。

注2: 神奈川はモデル実施予定の地域である。

各学会からのモデル事業への参加状況

平成19年5月7日現在

単位:人

学会名等	札幌	新潟	茨城	神奈川	東京	愛知	大阪	兵庫	福岡	合計
日本内科学会	1		2		34		7			44
日本外科学会	3				22	1	7			33
日本病理学会	3	12	4		31	3	4	2		59
日本法医学会	3	6	1		31	3	10	4		58
日本医学放射線学会		1			1					2
日本眼科学会										
日本救急医学会			2		2	1				5
日本形成外科学会						1				1
日本産婦人科学会					5					5
日本耳鼻咽喉科学会					1					1
日本小児科学会					6					6
日本整形外科学会		3	1		3					7
日本精神神経学会					3					3
日本脳神経外科学会	2	2			1					5
日本泌尿器科学会					1					
日本皮膚科学会					1					1
日本麻酔科学会			2		2	1		1		6
日本リハビリテーション学会										
日本臨床検査医学会										
日本歯科医学会					1					1
日本消化器病学会										
日本肝臓学会										
日本循環器学会			1		6			1		8
日本内分泌学会					3					3
日本糖尿病学会							1			1
日本腎臓学会					1					1
日本呼吸器学会							2	1		3
日本血液学会		1								1
日本神経学会		4	1		4			1		10
日本感染症学会					1			1		2
日本老年学会										
日本アレルギー学会										
日本リウマチ学会										
日本胸部外科学会										
日本呼吸器外科学会					3					3
日本消化器外科学会		1			7	2	1			11
日本小児外科学会										
日本心臓血管外科学会		1			9		1	5		16
計	12	31	14		179	12	33	16		297

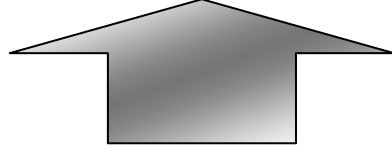
注 現在53事例受付、その内委嘱状を発行している協力医の数を示す。

医療従事者の資質の向上（医師法等）

安心、安全な医療を提供し、国民の医療に対する信頼を確保するため、行政処分を受けた医師等への再教育制度の創設等、医療従事者の資質の向上に向けた取組みを推進する。

【これまでの制度の課題】

- ◆ 業務停止を受けた医師、歯科医師、薬剤師、看護職員は、医業停止期間を過ぎれば、特段の条件なく医業（歯科医業）等に復帰でき、業務停止という行政処分だけでは、十分な反省や適正な医業等の実施が期待できない。
- ◆ 長期にわたる業務停止については、停止前の医療技術を保つことが困難であり、また、停止期間中の医療技術の進歩も十分に習得できていないという懸念がある。
- ◆ 安全、安心な医療を確保する観点から、看護職員に関する制度見直しの検討が必要である。



【改正のポイント】

- ☆ 行政処分を受けた医師等に対する再教育制度を創設する。
- ☆ 「戒告」等業務停止を伴わない新たな行政処分の類型を設置する。また、長期間の業務停止処分について見直しを行う。
- ☆ 個人情報保護に配慮しつつ医師等の氏名等の情報提供をする。
- ☆ 看護師、助産師等について、現行の業務独占規定に加え、名称独占規定を設ける等必要な措置を講じる。
- ☆ 外国人看護師、救急救命士等についても、医師、歯科医師と同様に、臨床修練制度の対象とする。
等

医師の処分件数(年度別)

(平成14年度～平成19年2月)

区分	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	合計
医師法違反	2	3		1	2	8
その他身分法違反		6		4	1	11
薬事法違反						
麻薬取締法違反	2	1		1	1	5
覚せい剤取締法違反	1	(1) 3		1	3	(1) 8
大麻取締法違反			1		1	2
殺人及び傷害			2	2	(1) 3	(1) 7
業務上過失致死傷(車両)	1	3	2	5	4	15
業務上過失致死傷(医療)	8	7	6	17	19	57
猥せつ	(3) 12	(1) 4	(1) 5	(3) 9	(3) 10	(11) 40
贈収賄	1	6		1	3	13
詐欺・窃盗	(1) 4	4	2	6	1	(1) 17
文書偽造		1		2	3	6
所得税法等違反	1	3	1	1	4	10
診療報酬の不正請求	7	6	5	7	8	33
その他の	(2) 5	(2) 7	(2) 9	4	6	(4) 31
合計	(6) 44	(2) 54	(3) 35	(3) 61	(4) 69	(18) 263

(注)上段()は、免許取消の件数であり、内数である。

薬剤師の処分件数(年度別)

(平成14年度～平成18年度)

区分	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	合計
薬剤師法違反						
その他身分法違反						
薬事法違反			1			1
麻薬取締法違反			(1) 2		3	(1) 5
覚せい剤取締法違反						
大麻取締法違反						
殺人及び傷害					(1) 1	(1) 1
業務上過失致死傷(車両)				(1) 1		(1) 1
業務上過失致死傷(医療)						
猥せつ				(1) 1	(1) 1	(2) 2
贈収賄					1	1
詐欺・窃盗	1			1	1	3
文書偽造						
所得税法等違反						
調剤報酬の不正請求	4		1			5
その他			1			1
合計	5	0	(1) 5	(2) 3	(2) 7	(5) 20

(注)上段()は、免許取消の件数であり、内数である。

保健師・助産師・看護師の区分・年度別処分件数

(平成14年度～平成18年度)

区 分	平成14年度			平成15年度			平成16年度			平成17年度			平成18年度			計																						
	取り 保	消し 助	業務 看	取り 保	消し 助	業務 看	取り 保	消し 助	業務 看	取り 保	消し 助	業務 看	取り 保	消し 助	業務 看	取り 保	消し 助	業務 看																				
	件	件	件	件	件	件	件	件	件	件	件	件	件	件	件	件	件	件																				
保健師助産師看護師法違反																			1																			
その他の身分法違反																				3																		
麻薬取締法違反						1														5																		
覚せい剤取締法違反																				1																		
大麻取締法違反																																						
殺人及び傷害																																						
業務上過失致死(傷害)等/車両																																						
業務上過失致死(傷害)/医療																																						
わいせつ			1																																			
詐欺・窃盗																																						
その他の																																						
計	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	28	0	0	4	1	0	20	1	0	8	0	1	25	0	0	1	1	0	15	1	0	16	2	2	94

医療安全支援センターの制度化（医療法）

都道府県等が設置する医療安全支援センターについて医療法に位置づける。
（都道府県、保健所を設置する市又は特別区）

医療安全支援センターとは

- H15 年度より都道府県等及び二次医療圏において、医療に関する患者・家族等の苦情・心配や相談への迅速な対応や医療機関への情報提供を行うため設置

基本方針

- 中立的な立場で、他の相談窓口と連携しながら、患者・家族等と医療関係者・医療機関の信頼関係の構築を支援。

業務

- 苦情・相談への対応、関係者の連絡調整
- 求めに応じて、医師等の専門家を派遣
- 医療安全施策の普及・啓発（医療機関に関する情報提供や指導・助言を含む）
等

従来は、法律上の位置づけがなく、機能が明確でない。

- その機能が取組が各都道府県で異なっている。
- 国民にとってその機能がわかりにくい。

医療法に位置付け

●「都道府県等は、医療安全支援センターを設置するよう努める」

機能

- 苦情・相談への対応（必要に応じて、医療機関の管理者及び患者等に助言）
- 医療安全の確保に関する必要な情報の提供
- 医療機関の管理者、従業者に対する医療安全に関する研修の実施
等

公示の義務付け

- 都道府県等はその名称及び所在地を公示しなければならない。

- 国は、都道府県等に、情報提供、助言等の援助を行う。

医療安全支援センター体制図



機能

- 苦情・相談への対応（必要に応じて、医療機関の管理者及び患者等に助言）

- 医療安全の確保に関する必要な情報提供

- 医療機関の管理者、従業員に対する医療安全に関する研修の実施

体制

情報提供、連絡調整、助言

医療安全支援センター

- ・ 都道府県保健所設置市区
- ・ 二次医療圏

活動方針等の検討・連絡調整
医療従事者、弁護士、住民等で構成

医療安全推進協議会

医療内容等に関する苦情や、相談に対応
職員の配置
医療安全に関するアドバイス

相談窓口

国

情報提供助言

相談

医療機関
相談窓口



相談

患者・家族
国民

相談

地域
医師会等
相談窓口



総合支援事業

東京大学大学院
医療安全学講座

- ・ 相談職員研修の実施
- ・ 代表者情報交換会の実施
- ・ 相談困難事例の収集・分析・提供等

情報提供、連絡調整

情報提供

情報提供・連絡調整

医療安全支援センター設置状況(平成18年10月1日現在)

1. 都道府県

都道府県名	都道府県センター設置済	二次医療圏センター設置済
1 北海道	○	○
2 青森県	○	
3 岩手県	○	○
4 宮城県	○	○
5 秋田県	○	○
6 山形県	○	
7 福島県	○	○
8 茨城県	○	
9 栃木県	○	○
10 群馬県	○	
11 埼玉県	○	○
12 千葉県	○	○
13 東京都	○	○
14 神奈川県	○	
15 新潟県	○	○
16 富山県	○	○
17 石川県	○	○
18 福井県	○	平成19年4月予定
19 山梨県	○	
20 長野県	○	
21 岐阜県	○	○
22 静岡県	○	○
23 愛知県	○	
24 三重県	○	
25 滋賀県	○	
26 京都府	○	平成19年4月予定
27 大阪府	○	○
28 兵庫県	○	
29 奈良県	○	○
30 和歌山県	○	○
31 鳥取県	○	○
32 島根県	○	○
33 岡山県	○	○
34 広島県	○	
35 山口県	○	○
36 徳島県	○	○
37 香川県	○	○
38 愛媛県	○	○
39 高知県	○	
40 福岡県	○	○
41 佐賀県	○	○
42 長崎県	○	○
43 熊本県	○	
44 大分県	○	
45 宮崎県	○	○
46 鹿児島県	○	○
47 沖縄県	○	
都道府県計	47	-
二次医療圏計	-	29

2. 保健所設置市区

(1) 指定都市

指定都市名	設置済	未設置	設置予定時期
1 札幌	○		
2 仙台	○		
3 さいたま	○		
4 千葉	○		
5 横浜	○		
6 川崎	○		
7 静岡	○		
8 名古屋	○		
9 京都	○		
10 大阪	○		
11 堺	○		
12 神戸	○		
13 広島	○		
14 福岡	○		
15 北九州	○		
計	15	0	-

(2) 中核市

中核市名	設置済	未設置	設置予定時期
1 函館		●	未定
2 旭川	○		
3 青森		●	未定
4 秋田		●	平成20年度以降予定
5 郡山	○		
6 いわき	○		
7 宇都宮	○		
8 川越	○		
9 船橋	○		
10 横須賀	○		
11 相模原	○		
12 新潟	○		
13 富山	○		
14 金沢	○		
15 長野		●	平成19年4月予定
16 岐阜	○		
17 浜松	○		
18 豊橋		●	未定
19 豊田		●	未定
20 岡崎		●	未定
21 高槻	○		
22 東大阪	○		
23 姫路	○		
24 奈良	○		
25 和歌山		●	平成19年以降予定
26 岡山	○		
27 倉敷	○		
28 福山	○		
29 下関	○		
30 高松	○		
31 松山	○		
32 高知		●	未定
33 長崎	○		
34 熊本	○		
35 大分		●	未定
36 宮崎	○		
37 鹿児島		●	未定
計	26	11	-

(3) 政令市

政令市名	設置済	未設置	設置予定時期
1 小樽		●	未定
2 藤沢		●	未定
3 尼崎	○		
4 西宮	○		
5 呉	○		
6 大牟田		●	未定
7 佐世保	○		
計	4	3	-

(4) 特別区

特別区名	設置済	未設置	設置予定時期
1 江東区	○		
2 杉並区		●	平成19年4月予定
3 他21区		●	未定
計	1	22	-

(財)日本医療機能評価機構調べ

平成17年度 都道府県医療安全支援センター 相談受付件数内訳

	平成17年度 4月～3月 合計	相 談 件 数 合 計 〔 (1) 〕 + 〔 (2) 〕	(1)苦情 (提言を含む) 〔 ① + ② + ③ + ④ + ⑤ + ⑥ + ⑦ 〕	内訳							(2)相談 (問合せを含む) 〔 ① + ② + ③ + ④ 〕	内訳			
				① 医療行為、 医療内容	② 医療機関 従事者の 接遇	③ 医療機関の 施設	④ カルテ開示	⑤ 医療費（診療報酬等）	⑥ セカンドオピニオン	⑦ その他		① 健康や病気に 関すること	② 医療機関の 紹介、案内	③ 薬（品）に 関すること	④ その他
1	北海道	308	275	153	31	6	16	20	2	47	33	4	17	5	7
2	青森県	183	145	48	24		19	22	3	29	38	16	10		12
3	岩手県	424	226	109	40	13	6	33	3	22	198	39	33	7	119
4	宮城県	500	297	89	115	5	3	53	3	29	203	33	77	16	77
5	秋田県	425	160	32	91		1	13		23	265	126	27	29	83
6	山形県	260	193	97	45	9	2	18	1	21	67	28	10	4	25
7	福島県	497	330	146	85	3	2	21	3	70	167	65	26	13	63
8	茨城県	1,042	635	343	118	10	20	112	2	30	407	179	116	20	92
9	栃木県	1,018	457	252	79	3	10	66	3	44	561	344	90	39	88
10	群馬県	996	480	246	71	8	9	78	7	61	516	361	94	24	37
11	埼玉県	3,227	1,808	994	356	16	52	198	11	181	1,419	543	419	80	377
12	千葉県	3,027	1,764	773	214	88	26	427	10	226	1,263	573	206	93	391
13	東京都	11,047	4,877	1,645	973	66	239	703	63	1,188	6,170	2,239	508	172	3,251
14	神奈川県	2,024	1,213	568	259	45	24	156	3	158	811	144	99	41	527
15	新潟県	1,072	840	499	157	22	22	86	4	50	232	112	21	43	56
16	富山県	398	289	158	54	8	3	47	4	15	109	31	7	11	60
17	石川県	137	120	51	26	2	1	14	2	24	17	2	4	1	10
18	福井県	226	193	74	50	2	4	24	2	37	33	12	17	4	
19	山梨県	312	239	111	51	1	13	35	3	25	73	17	23	6	27
20	長野県	330	253	126	46	9	9	25	7	31	77	8	30	6	33
21	岐阜県	342	253	83	50	8	3	29	3	77	89	29	32	7	21
22	静岡県	817	560	314	91		11	106	10	28	257	47	102	17	91
23	愛知県	1,507	1,122	574	261	6	25	167	19	70	385	31	112	41	201
24	三重県	470	369	201	42	6	10	33	11	66	101	49	21	4	27
25	滋賀県	447	312	139	48	1	11	42	5	66	135	2	6	19	108
26	京都府	791	597	304	115	2	7	71	6	92	194	25	48	6	115
27	大阪府	4,074	2,372	719	571	661	38	239	29	115	1,702	782	321	108	491
28	兵庫県	1,443	1,040	305	501	8	22	105	4	95	403	126	128	26	123
29	奈良県	1,005	587	141	120		18	139	8	161	418	94	77	48	199
30	和歌山県	593	330	122	84		12	59	8	45	263	51	71	10	131
31	鳥取県	132	93	39	25			7		22	39	16	2	3	18
32	島根県	132	103	48	18	1	2	13		21	29	9	5	1	14
33	岡山県	205	195	62	47	1	4	8		73	10		10		
34	広島県	553	390	179	79	7	17	50	7	51	163	54	21	6	82
35	山口県	541	463	161	67		13	44	6	172	78	19	3	5	51
36	徳島県	113	86	40	19	1	1	8	1	16	27		12	3	12
37	香川県	380	268	128	62	4	2	46	2	24	112	26	51		35
38	愛媛県	207	154	58	42	2	10	9	3	30	53	14	7	9	23
39	高知県	786	409	237	39	6	2	45	6	74	377	107	90	14	166
40	福岡県	745	403	247	31	2	6	77	6	34	342	202	49	14	77
41	佐賀県	188	148	67	51		2	9		19	40	3	11	6	20
42	長崎県	118	111	23	41	1	5	10	5	26	7	1	5		1
43	熊本県	418	285	105	84	1	4	30		61	133	78	46	9	
44	大分県	447	317	164	77	8	1	54		13	130	48	14	14	54
45	宮崎県	164	140	34	25		3	3		75	24	2	10	1	11
46	鹿児島県	345	345	120	57	2	9	28	11	118					
47	沖縄県	432	327	195	37	6	7	41	3	38	105	9	30	4	62
	合計	44,848	26,573	11,323	5,569	1,050	726	3,623	289	3,993	18,275	6,700	3,118	989	7,468

裁判外紛争処理(ADR)について

(国民生活センターホームページ <http://www.kokusen.go.jp/>より)

ADR(裁判外紛争解決)情報コーナー



ADR (裁判外紛争解決)

ADRは、Alternative Dispute Resolutionの略称で、「裁判外紛争解決」などと呼ばれています。

身の回りで起こるさまざまな紛争について、裁判を起こすのではなく、当事者(消費者と事業者)以外の第三者に関わってもらいながら解決を図るのが、ADRです。

このコーナーでは、ADRによる紛争解決のための活動を行っている機関を「ADR機関」と呼んでいます。

「裁判だとお金も時間もかかりすぎるが泣き寝入りはしたくない」「相手と直接交渉しては解決しそうにない」「中立的な専門家にきちんと話を聞いてもらって解決したい」「信頼できる人を選んで解決をお願いしたい」というようなケースは決して少なくありません。そんなときは、ADRでの解決を考えてみるのもよいでしょう。

なぜADRが注目されているのですか？

たとえば、「資格を取ればその資格を使う仕事を紹介すると言われて教材を購入したが、資格を取っても仕事が紹介されないの、払ったお金を返してほしい」「家電製品が壊れて火事になったが、事業者が誠実に対応してくれない」という場合、どうしたらよいでしょう。

消費者が事業者と直接交渉しても納得のいく解決が得られないようなときには、事業者に対して、消費者がこうむった損害の賠償を請求する裁判を起こして解決をはかることが考えられます。

しかし、現在の裁判は

- ・解決までに時間がかかる
- ・費用が高い
- ・手続の進め方が難しい
- ・経過や結果が公開されてしまう

などの問題があるといわれており、なかなか気軽には利用されにくいのが現状です。

そこで、もっと利用しやすく柔軟に解決をはかることができる制度として、ADRの機能が注目されています。

ADRには、裁判の欠点を補うことができるようなメリットがあります。

また、ADRにはさまざまな種類があり、運営主体や手続方法も多種多様です。

解決したい問題に適した解決方法を、当事者自身が選択することができます

ADR を利用するメリットは？

■ 簡単な申立て手続

ADR機関によって申立ての手続は異なりますが、簡単な申立て書に記入したり、電話などで受け付ける機関もあります。

■ 柔軟性

ADRでは、手続などについて当事者の意向に応じて柔軟に進めることができます。時間なども当事者が合意すれば自由に決めることができ、当事者の意向に応じた柔軟な解決を求めることができます。

■ 迅速性

ADRは、当事者の合意に従って柔軟かつスピーディーに行うことができます。その分、紛争解決に要する期間が短く、費用も低廉に抑えることができます。

■ 専門性

ADRでは、紛争について専門的な知識を持った第三者に関わってもらいながら解決を求めることができます。

■ 非公開性

紛争においては、関係者以外には知られたくない情報が扱われることがあります。ADRでは、解決までの過程は非公開で行われ、結論も原則として公開されません。

ADR による解決方法にはどんなものがあるのですか？

ADR機関によってさまざまな解決方法を用意しています。

■ 助言

当事者間の自主的解決をはかるために、第三者（相談員）が適切なアドバイスを行います。ふつう、相談員は当事者の間に入ることはなく、当事者の一方である相談者に対して助言します。

※一般的には「あっせん」「調停」「仲裁」による解決をADRと呼んでいますが、ここでは広くとらえて、「助言」もADRの一つとして含めています。

■ あっせん

第三者（あっせん人）が当事者の間に入り、考え方を整理するなどして双方の話し合いが円滑に進むよう努めます。あっせん人が解決案（あっせん案）を示すこともあります。あくまで当事者同士の交渉によって紛争の解決を図ります。

■ 調停

第三者(調停人)の仲介によって解決案(調停案)が作成・提示され、これに当事者が同意すれば解決となります。

もし調停案が気に入らなければ、これを拒否することもできます。

「助言」「あっせん」と「調停」は、当事者の合意による自発的解決を補助するための手続です。有効なあっせん・調停が行われた場合には、みずから解決法を選択できるため、当事者が納得しやすい紛争解決が可能です。ただし、合意した解決案を相手に強制することはできません。

「あっせん」と「調停」は、手続に関与する第三者が積極的に解決案を提示するかどうかで一般的には区別されます。機関によっては「あっせん」においても解決案を提示するところもあります。

区別の仕方は各機関によって異なりますので、ご利用の際は各機関がどのような活動を行っているかを事前によく確認することが重要です。

■ 仲裁

当事者間の合意(これを「仲裁合意」といいます)に従って、第三者(仲裁人)が紛争について判断(仲裁)を行い、当事者がその仲裁判断に従うことで紛争を解決します。仲裁判断は、裁判の判決と同じように、強制力が認められています。

「仲裁」のメリットは、簡易・迅速性、柔軟性といった他の手続と同様のメリット以外に、仲裁人の提示した解決案を相手に強制することができる、ということがあげられます。ただし、仲裁合意を行うと、その紛争については裁判を受けられなくなってしまうという効果が発生してしまいます。また、仲裁には上訴に相当する制度がなく、仲裁判断に不服を申し立てることはできません。

ADRにはどんなタイプのものがあるのですか？

さまざまなADRがありますが、大きく分類すると次のようなタイプにわけることができます。

手続の種類による分類

■ 助言型

当事者間の自主的な解決を促すために第三者が助言を行うもの

例: 相談

※一般的には「あっせん」「調停」「仲裁」による解決をADRと呼んでいますが、ここでは広くとらえて、「助言」もADRの一つとして含めています。

■ 調整型

当事者間の合意により紛争の解決を図ろうとするもの

例: 調停、あっせん

■ 裁断型

あらかじめ第三者の審理・判断に従うという一般的な合意の下に手続を開始するもの

例: 仲裁

提供主体による分類

■ 司法型

裁判所内で行われるもの

例: 民事調停、家事調停

■ 行政型

独立の行政委員会や行政機関などが行うもの

例: 全国の消費生活センターや国民生活センターの相談、あっせん

→ [全国の消費生活センターや国民生活センターではどんなことをしているのですか？](#)

公害等調整委員会、建設工事紛争審査会

■ 民間型

弁護士会、消費者団体、業界団体などが運営するもの

例: 弁護士会仲裁センター、各種PLセンター

民間の事業者が行うADRについては、

[裁判外紛争解決手続の利用の促進に関する法律」\(ADR法\)](#) (←条文) という法律が定められています。

裁判と ADR の違いは？

裁判とADRには、多くの点で違いがあります。

裁判を起こすのに相手の同意は必要ありませんが、あっせん・調停・仲裁手続では相手の同意がなければ手続を始められません。

裁判は、原則的に公開で行われますが、ADRは非公開で行われます。

裁判では、第三者である裁判官が解決案となる判決を下します。

判決には強制力があり、当事者がこれを拒否することはできませんが、控訴・上告することができます。

ADRのうち、調停・仲裁手続では解決案が提示されますが、調停手続で提示された解決案には強制力がありません。

仲裁手続で提示された解決案には強制力があり、これを拒否したり、不服を申し立てることはできません。

※一般的には「あっせん」「調停」「仲裁」による解決をADRと呼んでいますが、ここでは広くとらえて、「助言」もADRの一つとして含めています

手続を利用するのに相手の同意が必要か				
ADR				裁判
助言	あっせん	調停	仲裁	
不必要	必要	必要	必要 (仲裁合意)	不要
第三者が解決案を提示するか				
ADR				裁判
助言	あっせん	調停	仲裁	
しない (*1)	しない (*2)	する (調停案)	する (仲裁判断)	する (判決)

*1 必要な対応を助言

*2 機関によっては提示

提示された解決案を拒否できるか				
ADR				裁判
助言	あっせん	調停	仲裁	
—	— (*3)	できる	できない (訴訟の提起不可)	できない

*3 提示された場合には拒否できる

解決案を相手に強制できるか				
ADR				裁判
助言	あっせん	調停	仲裁	
—	— (*4)	できない	できる	できる

*4 提示された場合でも強制できない

手続・解決案は公開されるか				
ADR				裁判
助言	あっせん	調停	仲裁	
されない	されない	されない	されない	される

第2回配布資料一覧

〔司法制度改革推進本部
ADR検討会(第2回)配付資料より〕

我が国のADR機関の概要(※1)

[未定稿]
平成14年3月現在

	区分	担当官庁等	設立	対象事案	紛争処理方法	手続主宰者	受理件数(※2)	平均審理期間	情報提供	財政基盤	手数料
民事調停	司法型(民事調停法)	裁判所	昭和26年(民事調停法制定、施行)	民事に関する紛争(民事一般、商事、宅地建物、交通、公害、農事、鉱害、特定)	調停(なお、地代等の増減請求に関する事件は調停前置)	調停委員会(裁判官と2名以上の調停委員。事案に応じて専門家調停委員を指定)	317,986件(うち簡裁315,577件)	2.4ヶ月(約8割が3ヶ月以内に終了)	事件数等を年報で公表	政府予算、手数料収入	有料(価額に応じた申立手数料)
家事調停	司法型(家事審判法)	裁判所	昭和23年(家事審判法施行)	家事に関する紛争(夫婦や親族間の紛争)	調停(家事調停事項については、調停前置)	調停委員会(裁判官と2名以上の調停委員。事案に応じて専門家調停委員を指定)	114,822件	4.7ヶ月	事件数等を年報で公表	政府予算、手数料収入	有料(900円)
国民生活センター・相談部	行政型	内閣府	昭和45年	一般消費者からの消費生活に関わる苦情、問合せ、要望等	斡旋、自主交渉の助言、情報提供等	消費生活専門相談員の資格を持つ非常勤職員、職員	相談:8,137件(うち苦情:5,279件)	斡旋:約2ヶ月 斡旋以外:1日	HP、月刊誌に典型事例を公表	政府予算(国民生活センターの運営予算に含まれる)	無料
国民生活センター・消費者苦情処理専門委員会	行政型	内閣府	平成7年	国民生活センターに寄せられた一般消費者からの	会長に対する助言及びそれに附帯する業務	委員(15名以内)、委員長、委員長代理の他、事案	なし(難解な事例当について年間10数件助言を	N. A.	公表が原則	政府予算(国民生活センターの運営予算に含まれ	無料

我が国のADR機関の概要(※1)

2/26 ページ

				消費者問題に関する苦情のうち、国民生活センター会長より諮問があった事案		ごとに委員長が指名する3名以内の委員からなる小委員会を置き、委員会にかわって事案に対する助言及びそれに附帯する業務を行う。	得ている)				る)
消費生活センター(都道府県・政令指定都市・市区町村(地方公共団体により名称異なることあり))	行政型	内閣府	昭和40年以降	一般消費者からの消費生活に関わる苦情、問合せ等	斡旋、自主交渉の助言、情報提供等	地方公共団体職員、消費生活専門相談員の資格を持つ者等	534,769件(全消費生活センター合計)	N. A.	地方公共団体の広報誌等	地方公共団体予算	無料
苦情処理委員会(都道府県・政令指定都市・市区町村(地方公共団体により名称異なることあり))	行政型	内閣府	昭和40年以降	消費者から消費生活上の被害を受けた旨の申出のうち、消費生活に著しく影響を及ぼし、また及ぼす恐れがある紛争	斡旋、調停	知事等の付属機関で、学識経験者、事業者代表、消費者代表からなる合議体	N. A.	N. A.	地方公共団体の広報誌等	地方公共団体予算	無料
交通事故相談所(都道府県・政令指定都市・市区町村(157か所))	行政型	内閣府	昭和42年以降	交通事故に関する相談	相談	相談員	133,725件(都道府県・政令指定都市)市町村については統計なし	N. A.	地方公共団体ごとに異なる(未把握)	地方公共団体予算	無料

(財)交通事故紛争処理センター	民間団体型(公益法人)	内閣府	昭和53年	交通事故に関する紛争	相談、斡旋、審査(約定により、保険会社等は裁定を遵守)	相談、斡旋は弁護士。審査会は、大学教授、裁判官経験の弁護士並びに経験の深い弁護士より選任された3名以上の審査員により構成	新受:6,003件(うち和解成立3,644件、審査申立393件)	約2ヶ月(示談斡旋)	HP、事業及び収支報告書での件数等の公表等	運用財産(保険・共済団体等(自賠責運用益)からの寄付)	無料
(社)全国消費生活相談員協会	民間団体型(公益法人)	内閣府	昭和62年	一般消費者からの消費生活に関する苦情、問合せ、要望等	主として自主交渉の助言、斡旋(一部)、情報提供	消費生活専門相談員	1,088件	自主交渉の助言、情報提供は即日。斡旋は1~2か月	年次報告書、小冊子、インターネット上の情報提供	会費等	無料
特定非営利活動法人患者の権利オンブズマン	民間団体型(NPO法人)	内閣府	平成11年	医療・福祉の観点からの苦情相談支援、調査点検事業	苦情相談支援対話の促進、同行支援、記録支援、調査アドバイス	市民相談員・専門相談員	約2000件(平成11年の設立から)	N. A.	年次報告書、冊子、インターネット上の情報提供、情報誌等	N. A.	無料
特定非営利活動法人消費者ネット関西	民間団体型(NPO法人)	内閣府	平成12年	各種消費者問題の調査・研究・救済・支援事業	消費者法ゼミを開催し、会員が消費者被害事例を持ち寄って検討し、具体的救済策を探るとともに、ケースによっては救済支援を行う。	弁護士	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.	ゼミの参加料は無料
特定非営利活動法人日	民間団体	内閣府	平成12年	インターネットサイト上の個	相談、斡旋	弁護士会と連携をとり、	相談:2件(13年7月以降)	N. A.	インターネット上のホーム	ライセンスフリー	無料(ただ

本技術者連盟	型(NPO法人)			個人情報に関する紛争		事案によっては弁護士に依頼			ページ等		し、弁護士会利用の場合は、その規定による)
特定非営利活動法人日本ガーディアンエンジェルス	民間団体型(NPO法人)	内閣府	平成8年	インターネット上の消費者問題	相談、斡旋	ボランティア	N. A.	N. A.	インターネット上のホームページ等	一般からの寄付金	無料
特定非営利活動法人シロガネ・サイバーポール	民間団体型(NPO法人)	内閣府	平成13年	インターネット関係の紛争(スパムメール、ネットオークション等)	相談	弁護士及び一般ボランティア	相談:169件(平成13年4月~12月)(オークション28,電話料金10,誹謗中傷55,プライバシー侵害11,迷惑メール13,アダルト28件,他24件)	N. A.	インターネット上のホームページ等	ボランティア活動による	相談は無料
インターネット消費者対策弁護団	民間団体型	内閣府	平成10年	インターネット上の消費者問題	相談、斡旋	弁護士	相談:約150件(平成12年度上半期)	N. A.	インターネット上のホームページ等	N. A.	相談は原則無料
WEB110	民間団体型	内閣府		インターネット上の消費者問題	相談	ボランティア	N. A.	N. A.	インターネット上のホームページ等	N. A.	相談は無料
主婦連合会	民間団体型	内閣府	昭和23年	消費者問題一般	相談、斡旋	ボランティア	相談:367件	N. A.	N. A.	会費	無料
全国信用金庫協会・しんきん相談所	民間団体型(公	金融庁	昭和50年	信用金庫取引に関する苦情・相談	質問、相談、要望、苦情	協会職員	苦情・要望:197件相談:346件	N. A.	金融庁作成のパンフレット等に連絡先	協会予算	無料

	益法人)									を公表		
日本証券投資顧問業協会・苦情相談室	民間団体型(公益法人)	金融庁	昭和62年	証券投資顧問業務に関する紛争	苦情処理、相談	苦情相談室長1名、相談員1名	苦情:24件相談:20件	即答ないし短期間(1週間程度)	HP、機関誌	協会予算	無料	
金融先物取引業協会・苦情相談室	民間団体型(公益法人)	金融庁	平成元年	金融先物取引等に関する紛争	苦情処理、相談	協会職員	0件(設立以来2件)	約1~2ヶ月	非公開	会費、運用財産	無料	
日本証券業協会・証券苦情相談室及び斡旋委員	民間団体型(証券取引法の規定に基づき認可された法人に設置)	金融庁	平成10年(前身は昭和39年)	苦情処理:証券会社等の行う業務に関する苦情(証券法79条の16①)紛争処理:証券会社等の行う有価証券の売買等に係る争い(証券法79条の16の2①)	苦情処理:相談、助言紛争処理:斡旋	苦情処理:証券苦情相談員(日本証券業協会の職員)紛争処理:斡旋委員(日本証券業協会が委嘱する弁護士等)	苦情処理:相談4,429件、苦情1,317件紛争処理:斡旋100件	約2~3ヶ月(斡旋)	機関誌等(受理件数)、会員向け周知(斡旋事案の概要)、HP等(制度概要)	日本証券業協会予算、手数料収入	苦情処理:無料紛争処理:有料(斡旋申立金)	
生命保険協会・生命保険相談所	民間団体型(公益法人)	金融庁	昭和21年	生命保険に関する紛争	相談、斡旋、裁定	本部:専任担当者3名、相談員8名裁定審査会:弁護士、消費生活相談員等5名	相談:29,425件苦情処理:1,369件裁定:0件	苦情処理(相談所が受け、保険会社に取り次いだ苦情82件)は、1ヶ月以内38件、1ヶ月超44件	半期ごとに件数、相談概要をとりまとめ公表(平成13年度から発表内容を充実)	会員保険会社からの会費	無料	
日本損害保	民間	金融	昭和	損害保険に	相談、苦情の	相談、苦情の	相談:11,071	N. A.	四半期ごとに	社員会社か	無料	

険協会・そんがいほけん相談室	団体型(公益法人)	庁	40年	に関する紛争	調整・斡旋、調停	調整・斡旋:日本損害保険協会の職員調停:損害保険調停委員(学識経験者5名)、調停事務局審査員(弁護士、消費生活相談員等5名)	件苦情の調整・斡旋:402件、調停:0件		処理結果(件数、主要事案概要)をとりまとめ、マスコミ等の取材に応じて公表	らの会費	
全国貸金業協会連合会・苦情処理委員会	民間団体型(公益法人)	金融庁	昭和59年	貸金業の業務に関する紛争	苦情処理、相談	苦情処理委員(委員長は、当連合会常務理事の中から会長が任命。委員は理事会の推薦に基づき会長が委嘱)	苦情:2,947件相談:83,010件	約2ヶ月	HP、処理件数等の公表	会費	無料(外部による手続等が必要な場合は当事者実費負担)
全国銀行協会・各地銀行協会銀行よろず相談所	民間団体型(公益団体)	金融庁	昭和45年	銀行協会に加盟する銀行の銀行業務に関する相談・照会・苦情・要望	相談、説明、助言、苦情の受付、他機関紹介(東京、大阪、名古屋の各協会で弁護士会仲裁センターの利用が可能)	全国54ヶ所の銀行協会に設置された銀行よろず相談所の職員	受付44,777件(うち、苦情・要望1,233件)	N. A.	ホームページ、機関誌、リーフレット、ポスター	会費	無料(ただし、弁護士会仲裁センター利用の場合、成立手数料は当該銀行と申立者が負担)

投資信託協会	民間 団体 型(公 益法 人)	金融 庁	昭和 32年	会員の営む 投資信託業 等又は会員 の行う受益証 券等の売買 に関する苦情 (投信法53 条1項)	苦情処理、相 談	協会職員	質問関係:32 件 苦情・相談関 係:31件	即答ないし数 日程度	HP上に半期 毎にまとめた 件数を1年半 分公表	協会予算	無料
信託協会・信 託相談所	民間 団体 型(公 益法 人)	金融 庁	昭和 50年	信託協会に 加盟する信 託銀行、都市 銀行及び地 方銀行の信 託業務、併営 業務及び銀 行業務につ いての照会・ 相談、要望・ 苦情	紛争処理は、 東京の3弁護 士仲裁センタ ーと提携し利 用可能として いる	協会職員	照会・相談 548件 要望・苦情23 件	N. A.	リーフレット、 ホームペー ジ、機関誌等	協会予算	照会・ 相談、 苦情: 無料紛 争処 理・申 立手数 料・期 日手数 料は原 則無 料、成 立手数 料のみ 申立人 負担 (通常、 折半)
前払式証券 発行協会	民間 団体 型(公 益法 人)	金融 庁・総 務省・ 経済 産業 省(共 管)	平成6 年	会員の行う前 払式証券の 発行に係る 業務に対す る苦情の解 決	苦情処理、相 談	協会職員	320件(平成 12年7月～13 年6月)	N. A.	受理件数を 公表(事業報 告)	協会予算	無料
郵政審議会 (旧簡易生命 保険審査会)	行政 型(総 務省)	総務 省	平成 13年 (旧簡)	簡易生命保 険の契約上 の権利義務	書面審理	総務大臣が 任命する委 員(30名以	38件	N. A.	裁決数を公 表	政府予算	無料

	設置 法)		保審 査会 は昭 和24 年)	に 関する 国と 保険 契約者 、保 険金受 取人又 は年金 受取人 との紛 争		内)学識 経験者 等					
防災製品PL センター	民間 団体 型(公 益法 人内 に設 置)	総務 省	平成7 年	防災製品に 係る相談、 苦情及び紛 争	照会、斡旋、 調停	専従相談員1 人、非常勤相 談員13人、紛 争処理委員 会(防災製品 専門家、学識 経験者、弁護 士、消費者代 表などで構 成)	47件	N. A.	パンフレット、 機関誌、HP 等	関係団体か らの負担金 収入	無料 (外部 機関に よる原 因究明 が必要 な場合 は実費 負担)
電気通信事 業紛争処理 委員会	行政 型(電 気通 信事 業法)	総務 省	平成 13年	電気通信事 業者間の接 続等に関する 紛争	斡旋、仲裁	委員(5名)は 国会の同意 を得て総務 大臣が任命 (他に特別委 員を総務大 臣が任命)。 仲裁は3名	6件(うち2件 解決。平成13 年11月30日 ～平成14年2 月15日)	N. A.	HP、マニユ アル配布等	政府予算	無料
公害等調整 委員会	行政 型(公 害等 調整 委員 会設 置法)	総務 省	昭和 47年	公害に係る 被害につ いての民事 上の紛争	あつせん、調 停、仲裁、裁 定(責任裁 定、原因裁 定)	委員長及び 委員(6名) は、国会の同 意を得て内 閣総理大臣 が任命。あつ せんは3名以 内のあつせ ん委員、調 停、仲裁は3 名からなる 委員会、裁定は	4件(13件係 属、うち6件 終結)(累計 743件)	N. A.	調停案は一 定の要件の もとに公表 可能。年次報 告、HP等	政府予算(委 員手当、手続 費用の一部)	調停、 仲裁、 裁定 は、有 料(求 める価 額に応 じた申 請手数 料)

							3又は5名からなる委員会(仲裁、裁定のうち1名は弁護士有資格者)					
都道府県公害審査会	行政型(公害紛争処理法)	総務省	昭和45年	公害に係る被害についての民事上の紛争	あつせん、調停、仲裁	委員(9~15名)は、都道府県知事が議会の同意を得て任命。審査会を置かない都道府県では、知事は毎年、公害審査委員候補者(9~15名)を委嘱し、委員候補者名簿を作成。あつせんは3名以内のあつせん委員、調停、仲裁は3名からなる委員会(仲裁のうち1名は弁護士有資格者)	31件(84件係属、うち35件終結)(累計924件)	15. 8ヶ月	調停案は一定の要件のもとに公表可能。年次報告、HP等	都道府県予算	調停、仲裁は、有料(求める価額に応じた申請手数料)	
法務省・人権擁護機関	行政型(法務省人権擁護局及びそ	法務省	昭和23年	人権侵害一般	相談、勧告・説示等の処理、人権擁護委員から選任された人権調整専門委員による斡旋	法務省職員及び人権擁護委員(人権調整専門委員)	人権侵犯事件:17,391件 相談:651,093件	N. A.	HP、パンフレット等	政府予算	無料	

	の出先機関、民間ボランティアである人権擁護委員)					的な手法					
日本土地家屋調査士会連合会による境界問題相談センター	民間団体型(一部の土地家屋調査士会(東京・大阪・名古屋)において試行中)	法務省	平成13年(試行中)	土地の境界に関する問題及び不動産の調査・測量及び表示の登記に関する事案	相談・調査・鑑定	土地家屋調査士	N. A.	N. A.	HP、機関誌、パンフレット等	土地家屋調査士会の拠出及び手数料収入	有料(調査・測量・鑑定を要する場合は実費負担)
文化庁・著作権紛争解決あつせん委員	行政型(著作権法)	文部科学省	昭和46年	著作権等に関する紛争	斡旋	委員(3名以内)を、学識経験者のうちから、事件ごとに文化庁長官が委嘱(委員が複数名の場合、委員互選により委員長を定め	3件	約半年~1年半	なし	政府予算	有料(46,000円)

都道府県労働局総合労働相談コーナー	行政型(個別労働関係紛争の解決の促進に関する法律)	厚生労働省	平成13年	個別労働関係紛争をはじめ、労働問題に関するあらゆる相談	相談	相談員	121,330件(このうち、個別労働紛争に係る相談件数は20,470件)(平成13年10月～12月)	N. A.	HP、パンフレット等による制度紹介。運用状況を定期的に公開予定	政府予算	無料
都道府県労働局長による助言・指導	行政型(個別労働関係紛争の解決の促進に関する法律)	厚生労働省	平成13年	個別労働関係紛争(男女雇用機会均等法第12条に規定する紛争等を除く。)	助言・指導	都道府県労働局長	411件(平成13年10月～12月)	N. A.	HP、パンフレット等による制度紹介。運用状況を定期的に公開予定	政府予算	無料
紛争調整委員会によるあつせん	行政型(個別労働関係紛争の解決の促進に関する法律)	厚生労働省	平成13年	個別労働関係紛争(男女雇用機会均等法第12条に規定する紛争等を除く。)	あつせん	紛争調整委員会(委員は、都道府県労働局ごとに3～12名。学識経験者のうちから厚生労働大臣が任命。)	308件(平成13年10月～12月)	N. A.	HP、パンフレット等による制度紹介。運用状況を定期的に公開予定	政府予算	無料

都道府県労働局長による助言・指導・勧告	行政型(男女雇用機会均等法)	厚生労働省	昭和61年	男女雇用機会均等法第5条から8条に関する措置についての事業主と女性労働者の間の紛争	助言、指導、勧告	都道府県労働局長(昭和61年当時は都道府県婦人少年室長、9年10月から都道府県女性少年室長、12年4月から都道府県労働局長)	98件	N. A.	リーフレットによる制度紹介、受理件数等の年度ごとの公表	政府予算	無料
紛争調整委員会による調停	行政型(男女雇用機会均等法)	厚生労働省	昭和61年	男女雇用機会均等法第6条から8条に関する措置についての事業主と女性労働者の間の紛争	調停	紛争調整委員会の委員のうちから会長があらかじめ氏名する3人の調停委員	3件	N. A.	受理件数等を年度ごとに公表	政府予算	無料
労働委員会(中央労働委員会)	行政型	厚生労働省	昭和21年	不当労働行為、労働争議等労使間の集団的紛争(集団的労使紛争)	不当労働行為:命令 労働争議:斡旋、調停、仲裁	不当労働行為:公益委員 労働争議:斡旋は斡旋員、調停は調停委員会(公労使三者構成。労使代表は同数)、仲裁は仲裁委員会(公益委員又は特別調整委員の中から労働委員会会長が3名を指名)	不当労働行為:再審新規申立64件 労働争議:新規37件	不当労働行為:再審1,675日 労働争議:斡旋71.4日、調停12.5日、仲裁29.0日	HP、年報により事件数等を公表	政府予算(中央)	無料

労働委員会 (都道府県)	行政 型	厚生 労働 省	昭和 21年	不当労働行 為、労働争議 等労使間の 集団的紛争 (集団的労使 紛争)	不当労働行 為:命令 労 働争議:幹 旋、調停、仲 裁	不当労働行 為:公益委員 労働争議:幹 旋は幹旋員、 調停は調停 委員会(公労 使三者構成。 労使代表は 同数)、仲裁 は仲裁委員 会(公益委員 又は特別調 整委員の中 から労働委 員会会長が3 名を指名)	不当労働行 為:初審新規 申立384件 労働争議:新 規576件	不当労働行 為:初審642 日 労働争議:幹 旋48.8日、調 停30.4日、仲 裁47.5日	HP、年報に より事件数等 を公表	都道府県予 算	無料
労働委員会 (都道府県)	行政 型	厚生 労働 省	平成 13年 以降	個別労働関 係紛争(ただ し全都道府 県で実施して いるものでは なく、各都道 府県の判断 により実施。 平成14年1月 現在で26都 道府県が実 施。)	あっせん	あっせん員 (地方労働委 員会公益委 員、労働者委 員、使用者委 員、事務局職 員等)	制度が施行 されて1年未 満なので統 計は未集計	制度が施行 されて1年未 満なので統 計は未集計	HP、機関誌 等	都道府県予 算	無料
農業委員会、 都道府県知 事	行政 型(農 地法)	農林 水産 省	昭和 45年 (農地 法の 一部 改正)	農地又は採 草放牧地の 利用関係の 紛争(農地法 第43条の2、 43条の5)	仲介	農業委員会 (会長が指名 した3人の仲 介委員)、都 道府県知事 (知事が指定 した場合は、 指定を受けた	464件(農業 委員会455 件、都道府県 知事9件)	N. A.	非公開	政府予算	無料

						小作主事又 は職員)					
都道府県知 事又は農林 水産大臣に よるあっせ ん・調停	行政 型(酪 農及び肉 用牛生 産の振 興に関 する法 律)	農林 水産 省	昭和 34年	生乳等取引 契約に関 する紛争 (酪農及 び肉用牛 生産の振 興に関 する法 律第20 条～第 24条)	幹旋、調停	都道府県知 事農林水産 大臣(法第 24条)	0件(累計)	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.
都道府県農 業共済保 険審査会	行政 型	農林 水産 省	昭和 22年	農業災害補 償制度に基 づく保 険に関 する事 項につ いて(農 業災害 補償法 第143 条の2)	審査	各都道府 県知事(会 長)、各都 道府県の 局長3名、 農業共済 組合の組 員又は共 済事業を 行う市町 村との間 に農作物 共済等の 共済関係 の存する 者3名、学 識経験者 3名	なし(昭和 46年に1 度開催)	N. A.	非公開	都道府県予 算	無料
都道府県知 事又は農林 水産大臣に よる裁定	行政 型(土 地改良 法)	農林 水産 省	昭和 59年	土地改良区 又は土地 改良区連 合による 土地改良 施設の他 用途施設 との兼用 に関する 関係者 との協議 が不調	裁定	都道府県、 農林水産 省(地方 農政局を 含む。)	国:0件 都道府県: 国として は統計を 行っていない	国:統計なし 都道府県: 国として は統計を 行っていない	国:なし 都道府県: 国として は把握し ていない	都道府県予 算、政府予 算	国:無料 都道府 県:国 として は把握 してい ない

				の場合(土地改良法第56条)							
農協共済仲裁委員会	民間団体型(全国共済農業協同組合連合会の内部に設置)	農林水産省	平成29年	農協共済契約又は再共済契約に関する紛争	仲裁	仲裁委員(大学教授、弁護士、医師等の学識経験者で構成)	0件	N. A.	非公開	全国共済連の事業費	有料(委員日当(5,000円×出席委員数×開催日数)を当事者双方で1/2ずつ負担)
都道府県農業協同組合中央会全国農業協同組合中央会	民間団体型	農林水産省	昭和29年	農業協同組合及び農業協同組合連合会に関する紛争(農業協同組合法第73条の22第1項第4号)	調停	中央会会長	0件	N. A.	N. A.	会員からの賦課金	無料
(社)ジェイエイバンク支援協会・全国JAバンク相談所	民間団体型(公益法人)	農林水産省・金融庁(共管)	平成13年	農協系統金融機関の取引等に関する紛争	苦情処理、相談	協会職員	36件(平成13年度第1～第3四半期)	N. A.	非公開	会費	無料
森林共済仲裁委員会	民間団体型	農林水産省	平成7年	森林災害共済契約に関する紛争	仲裁	仲裁委員(大学教授、弁護士等の学識経験者で構成)	0件(累計)	N. A.	特に行っていない	全国森林組合連合会の事業費	有料(委員手当等を当事)

						成)					者双方で負担)
日本商品先物取引協会	民間団体型(商品取引所法の認可法人内に設置)	農林水産省・経済産業省(共管)	平成11年	商品先物市場における取引の受託に関する紛争	苦情処理、相談、調停	あっせん・調停委員会は、弁護士、法律学者等の学識経験者で構成。斡旋は1名、調停は3名又は5名(申出金額による)。	斡旋:65件(うち調停移行は11件)苦情処理:371件	斡旋:約6ヶ月 調停:約4ヶ月	契約者への事前書面交付。HP、新聞広告への掲載、消費者センターとの情報交換	会員企業からの会費収入	無料
経済産業省・商務情報政策局消費経済部消費経済対策課消費相談室	行政型(経済産業省組織規則に基づき設置)	経済産業省	昭和50年	経済産業省が所管する一般消費者の利益の保護に関する法令及び物資、役務に関する消費者相談	苦情処理、相談	相談員(消費生活アドバイザー)	9,840件	N. A.	HP、消費者相談報告書等	政府予算	無料
(社)国際商事仲裁協会	民間団体型(公益法人)	経済産業省	昭和28年	国際・国内商事紛争	仲裁(他に外国企業からの苦情処理も実施)	仲裁人(資格要件はない。弁護士、大学教授が多いが、実業家の場合もある。)	9件	約1年半	HP、機関誌、フォーラム、説明会等	手数料収入他	有料(仲裁料金及び仲裁人報酬金)
化学製品PL相談センター	民間団体型(公益法人である)	経済産業省	平成7年	化学製品(化粧品、医薬品、建材等を除く、日常生活用品及び中間原料、汎	苦情処理、相談、斡旋	センター職員	864件(事故・品質関連226件)	N. A.	HP、活動状況報告書等	(社)日本化学工業協会からの拠出金	無料

	(社)日本化学工業協会内に設置)			用化学品)							
ガス石油機器PLセンター	民間団体型	経済産業省	平成7年	ガス石油機器等の紛争	苦情処理、相談、斡旋、裁定	弁護士(法律関係)、工学博士・技術士(技術関係)、消費生活アドバイザー(消費者問題関係)	総計:2,645件 相談:2,525件 品質クレーム:50件事 事故:76件	約2ヶ月(斡旋、裁定)	一般誌、機関誌、インフォメーション(月次報告書)等	関係団体(日本ガス石油機器工業会、日本厨房工業会)の拠出金	無料
家電製品PLセンター	民間団体型(公益法人である(財)家電製品協会内に設置)	経済産業省	平成7年	家電製品の製造物責任関連事故等に関する紛争	苦情処理、相談、斡旋、裁定	審査会(弁護士、消費者、学識経験者、有識者、技術者等で構成)	1,555件(うち斡旋18件、相対交渉75件)	裁定:約5ヶ月 斡旋:約2ヶ月/td>	年次報告書 インフォメーション(月次報告書)、HP等	関係団体からの拠出金	無料(裁定は10,000円)
(財)自動車製造物責任相談センター	民間団体型(公益法人)	経済産業省	平成7年	自動車等の製造物責任等に関する紛争	苦情処理、相談、斡旋、調停	審査委員会は、弁護士、大学教授(法学、工学)、消費生活アドバイザーにより構成	苦情相談2,742件 審査申立2件	約2ヶ月(審査手続)	活動状況報告書等	運用財産(関連企業、団体からの寄付)	無料(審査手続は5,000円)
消費生活用	民間	経済	平成7年	消費生活用	苦情処理、相談、斡旋、調停	判定会は、法	相談:885件	約3ヶ月半	活動状況報	製品安全協	無料

製品PLセンター	団体型(公益法人である(財)製品安全協会内に設置)	産業省	年	製品の製造物責任関連事故等に関する紛争	談、斡旋、調停	律関係、技術関係、消費者問題関係の有識者よりそれぞれ1名以上	調停:4件	(調停)	告(PLセンターダイジェスト)等	会からの拠出	(調停は10,000円)
生活用品PLセンター	民間団体型(公益法人である(財)生活用品振興センター内に設置)	経済産業省	平成7年	生活用品全般の製造物責任関連事故等に関する紛争	苦情処理、相談、斡旋、調停	法律関係、技術関係、消費者問題関係の有識者より構成	相談:784件 斡旋:1件	約3ヶ月	事例の公表(プライバシーには配慮)等	(財)生活用品振興センターからの拠出	調停は、相談申込者、製造者双方より各5,000円
玩具PLセンター	民間団体型(公益法人である(社)日本玩具協会内に設置)	経済産業省	平成7年	玩具の製造物責任関連事故に関する苦情・相談対応	苦情処理、相談、斡旋	事務職員	70件	約1ヶ月	代表的事例(プライバシー配慮)についての報告書	(社)日本玩具協会からの拠出	無料

日本化粧品工業連合会PL相談室	民間団体型	経済産業省	平成7年	化粧品に係るPL関連事項	苦情処理、相談	連合会(東京、近畿、中部の工業会)職員	苦情:16件 要望、相談、質問:35件	即答ないし短期間	受付状況報告書等	連合会(東京、近畿、中部の工業会)予算	無料
(財)日本消費者協会	民間団体型(公益法人)	経済産業省	昭和36年	消費生活に関する紛争	相談	相談員(消費生活コンサルタント)	2,075件	N. A.	HP、月刊誌等	政府予算、事業収入(出版、視聴覚事業等)他	無料
(財)日本産業協会	民間団体型(公益法人(特定商取引法上の指定法人))	経済産業省	大正10年	特定商取引に関する紛争	相談	相談員(消費生活アドバイザー)	195件	N. A.	HP、パンフレット等	政府予算、賛助会費収入、事業収入(試験関係収入等)他	無料
(社)日本消費生活アドバイザー・コンサルタント協会	民間団体型(公益法人)	経済産業省	昭和63年	消費生活に関する紛争	相談	相談員(消費生活アドバイザー及び消費生活コンサルタント)	1,564件	N. A.	HP、活動状況報告書等	正会員会費収入、賛助会員会費収入他	無料
(財)日本クレジットカウンセリング協会	民間団体型(公益法人)	経済産業省	昭和62年	多重債務に関する紛争	相談、カウンセリング	カウンセラー(弁護士、消費生活アドバイザー)	4,946件	約3ヶ月(介入通知から弁済計画の作成・提示まで)	HP、活動状況報告書等	クレジット関連団体からの賛助会費他	無料
(社)日本訪問販売協会	民間団体型(公益法人(特定商取引法に規定))	経済産業省	昭和55年	訪問販売等に係る紛争	苦情処理、相談	弁護士、消費生活アドバイザー	6,618件	N. A.	HP、機関誌	運用財産(加盟企業の会費)	無料

	定商取引法に規定))										
(社)日本通信販売協会	民間団体型(公益法人(特定商取引法上に規定))	経済産業省	昭和58年	通信販売に関する苦情処理	苦情処理、相談	消費生活アドバイザー、消費生活コンサルタント等専門の資格を有する相談員6名、顧問弁護士	3,737件	N. A.	HP、活動状況報告書等	運用財産(加盟企業の会費)	無料
(社)日本テレマーケティング協会	民間団体型(公益法人)	経済産業省・総務省(共管)	平成9年	電話勧誘販売等に係る苦情処理	苦情処理、相談	協会職員	173件	N. A.	パンフレット、機関誌	運用財産(加盟企業の会費)	無料
(社)全国信販協会	民間団体型(公益法人)	経済産業省	昭和33年	割賦販売に関する紛争	相談	消費生活アドバイザー	779件	N. A.	機関誌、雑誌、HP等	協会予算	無料
(社)日本クレジット産業協会	民間団体型(公益法人)	経済産業省	昭和42年	割賦販売に関する紛争	相談	消費生活アドバイザー	2,018件	N. A.	パンフレット、HP等	協会予算	無料
商工会議所	民間団体型(商工会)	経済産業省	昭和28年	商事取引紛争	窓口相談、(社)国際商事仲裁協会への委託に	窓口相談は主に弁護士等の専門家が対応。仲裁	N. A.	N. A.	中小企業相談所、専門相談窓口における情報提	商工会議所予算及び当事者からの手数料	各地商工会議所ごとによ

	議所法に基づく認可法人)				よる斡旋、調停、仲裁等	等は委託契約に基づき、国際商事仲裁協会へ処理を依頼することもあり			供等		て異なる
(社)日本広告審査機構	民間団体型(公益法人)	公正取引委員会・経済産業省(共管)	昭和49年	広告・表示に関する苦情処理	苦情処理・相談	協会職員及び業務委員会(広告関係者で構成)、審査委員会(学識経験者で構成)	6,345件	N. A.	概要はパンフレット、事業報告書。詳細はHP、事例集(会員限定)	会員企業からの会費収入	無料
日本知的財産仲裁センター	弁護士会型(日弁連と弁理士会の共同事業。法人格なし)	経済産業省(弁理士法で弁理士に関する業務認可部分のみ)	平成10年	知的財産に関する紛争(インターネットのJPDメイン名登録に関する紛争は平成12年10月より着手)	相談(平成12年4月開始)、調停、仲裁、	弁理士、弁理士、学識経験者(調停・仲裁人のうち1名は必ず弁理士。相談は弁理士、弁理士が、単独又は共同して対応)JPDメイン名紛争処理については、弁理士、弁理士、学識経験者から構成されるパネリスト	5件	約4ヶ月	HP、講師派遣、機関誌への寄稿、シンポジウム等	日弁連、日本弁理士会からの拠出、手数料収入	有料(申立手数料5万円、期日手数料3万円、解決額に応じた成立手数料、JPDメイン名紛争に関してはパネリスト1名18万円、3名36万円)
国土交通大臣	行政	国土	昭和	災害補償の	審査、仲裁	国土交通大臣	0件	N. A.	なし	政府予算	無料

臣による審査、仲裁	型(船員法)	交通省	12年	実施に関する紛争		臣					
国土交通大臣によるあっせん	行政型(船員法)	国土交通省	昭和12年	船舶所有者及び船員の間が生じた労働関係に関する紛争	あっせん	国土交通大臣	0件	N. A.	なし	政府予算	無料
地方運輸局長等による助言・指導・勧告	行政型(男女雇用機会均等法)	国土交通省	昭和61年	男女雇用機会均等法第5条から8条に関する措置についての事業主と女性労働者の間の紛争	助言・指導・勧告	地方運輸局長等	0件	N. A.	なし	政府予算	無料
地方運輸局長等による助言・指導	行政型(個別労働関係紛争法)	国土交通省	平成13年	労働条件その他の労働関係に関する事項についての個々の求職者と事業主との間の紛争	助言・指導	地方運輸局長等	報告なし(施行されてから約3ヶ月)	N. A.	なし	政府予算	無料
船員労働委員会	行政型	国土交通省	昭和21年	船員に係る不当労働行為、労働争議等労使間の紛争	不当労働行為:命令労働争議:斡旋、調停、仲裁男女雇用機会均等法の紛争:調停個別労働関係紛争:あっせん	不当労働行為:公益委員労働争議:斡旋は斡旋員、調停は調停委員会(公労使三者構成。労使代表は同数)、仲裁は仲裁委員会(公益委員の中から船	不当労働行為:初審新規申立1件、再審新規申立0件労働争議:新規1件男女雇用機会均等法の紛争:0件個別労働関係紛争:0件	不当労働行為:約3年労働争議:約半月	HP、パンフレット、リーフレット等による制度紹介	政府予算	無料

						労委会長が3名を指名) 男女雇用機会均等法の紛争:女子船員機会均等調停委員会(公益委員の中から船労委会長が3名を指名) 個別労働関係紛争:あつせん委員(公益委員の中から船労委会長が3名を指名)	(平成12年10月から開始)				
中央建設工事紛争審査会	行政型(建設業法)	国土交通省	昭和31年	建設工事の請負契約に関する紛争	斡旋、調停、仲裁	委員及び特別委員は、人格が高潔で識見の高い者のうちから、国土交通大臣が任命。原則として、斡旋は1名、調停・仲裁は3名(仲裁委員のうち1名は弁護士有資格者)。委員:15名、特別委員:140名(平成14年1月現在)	39件	斡旋:3ヶ月程度調停:10ヶ月程度 仲裁:1年6ヶ月程度	リーフレット、HP、手引書等受理件数等の四半期ごとの公表	手数料収入、政府予算(委員手当、交通費等)	有料(求める価額に応じた申請手数料、手続費用は当事者負担)

(財)自賠償保険・共済紛争処理機構	民間団体型(公益法人(自賠法上の指定を予定))	国土交通省・金融庁(共管)	平成13年	交通事故による自賠償保険の保険金支払等に係る紛争	調停	紛争処理委員(弁護士、医師、学識経験者等で構成)	N. A.	N. A.	非公開	政府予算、運用財産	無料
(社)日本旅行業協会	民間団体型(公益法人)	国土交通省	昭和34年	旅行者等が取り扱った旅行業務に関する苦情	苦情処理・相談	消費者相談室(相談員5名により構成)	苦情処理:12件 相談:2,234件	苦情処理:平均4ヶ月 相談:随時	事業報告書	旅行会社の会員会費	無料
(社)全国旅行業協会	民間団体型(公益法人)	国土交通省	昭和40年	旅行者等が取り扱った旅行業務に関する苦情	苦情処理・相談	協会職員(苦情弁済担当部長)	苦情処理:137件 相談:166件	苦情処理:平均3ヶ月 相談:随時	仲裁統計年報にて処理状況を公表	協会予算	無料
(財)日弁連交通事故相談センター	民間団体型(公益法人)	国土交通省	昭和42年	交通事故に関する民事上の紛争	相談、斡旋、審査(約定により再共済連等は評決に拘束)	弁護士	相談:31,649件(うち示談斡旋2,070件)	約2ヶ月(示談斡旋)	タウンページ、タウン誌、HP等	政府予算、日弁連からの寄付、共済等5団体からの事務委託費、施設運用費	無料
(社)日本海運集会所	民間団体型(公益法人)	国土交通省	昭和8年	国際・国内海事関連の紛争	相談、斡旋、調停、仲裁	仲裁人は、関係業界の役員、弁護士、大学教授	仲裁:15件 相談:約900件	11ヶ月(仲裁)	HP、機関誌、仲裁判断全集等	会費、手数料、刊行物収入等	斡旋、調停、仲裁は、有料(仲裁の場合、請求金額に応じ

(財)不動産適正取引推進機構(特定紛争処理)	民間団体型(公益法人)	国土交通省	昭和59年	不動産取引に関する紛争	調整、仲裁	委員(30名以内)は、弁護士、建築士、不動産鑑定士、公認会計士並びに法律、土木、建築、不動産等の分野の学者・技術者。調整及び仲裁は弁護士を含む3名又は2名	5件	約4ヶ月	機関誌「RETIO」(プライバシーに配慮)	運用財産(関係団体等からの寄付及び会費)	無料
指定住宅紛争処理機関	民間団体型(住宅品確法の規定により、国土交通大臣が公益法人又は弁護士会の中から指	国土交通省	平成12年(51弁護士会)	住宅品質確保促進法に基づく建設住宅性能評価書が交付された住宅(評価住宅)の建設工事の請負契約又は売買契約に関する紛争	あっせん、調停、仲裁	委員(10名以上)を弁護士会会長が選任。斡旋、調停、仲裁ともに3名以内(うち1名は弁護士)	0件	統計なし(6ヶ月を目標)	HP、パンフレット、政府広報、年報	住宅紛争処理支援センターからの助成金(指定住宅性能評価機関からの負担金等)及び申請手数料	有料(申請手数料10,000円)

13弁護士会(14センター)の仲裁センター	弁護士会型(各弁護士会ごとに会則により設立)		第1号(第二東京弁護士会仲裁センター)は平成2年	特段の限定なし	あっせん、仲裁	(第二東京弁護士会仲裁センターの場合)10年以上の弁護士経験者、学識経験者・裁判実務に精通する者	(14センター合計)874件	(14センター平均)99日(平均審理回数3.5回)	仲裁統計年報で処理件数等を公表。他に紛争解決事例集、利用ガイド、パンフレット、HP、仲裁センターだより等	弁護士会予算、手数料収入	(二弁の場合)有料(申立手数料:10,000円、期日手数料:各当事者より5000円、成立手数料は解決額に応じて基準により算定)
-----------------------	------------------------	--	--------------------------	---------	---------	--	----------------	---------------------------	--	--------------	---

※1 原則として、民-民間の紛争を取り扱う機関を対象に、事務局で入手した範囲の情報に基づいて作成したものであり、すべてのADRを網羅するものではない。

※2 特記のないものは、平成12年(度)の計数

裁判外紛争解決手続の利用の促進に関する法律（概要）

紛争の解決を図るのにふさわしい手続を選択することを容易にし、国民の権利利益の適切な実現に資することを目的に、裁判外紛争解決手続についての基本理念等を定めるとともに、民間紛争解決手続（民間事業者が行ういわゆる調停・あっせん）の業務に関し、認証の制度を設け、併せて時効の中断等に係る特例を定めてその利便の向上を図る。

第1 基本理念等

裁判外紛争解決手続に関し、その基本理念（公正かつ適正な実施等）及び国等の責務（国民の理解の増進等）について定める。

第2 民間紛争解決手続の業務の認証制度

1 認証

- (1) 和解の仲介（いわゆる調停・あっせん）の業務を行う民間の紛争解決事業者は、申請により、その業務の適正性を確保する観点から必要とされる一定の要件に適合するものであることにつき、法務大臣の認証を受けることができる。
- (2) 法務大臣は、認証に当たり、認証審査参与員（民間紛争解決手続に関する専門的な知識経験を有する者のうちから法務大臣が任命）から意見聴取を行う等所要の手続を経る。

2 利用者への選択の目安の提供

- (1) 認証を受けた紛争解決事業者（認証紛争解決事業者）は認証を受けている旨及び業務に関する一定の情報の提供を行うものとともに、法務大臣はこれらの情報を公表できるものとし、利用者の選択の利便に資するようにする。
- (2) 認証紛争解決事業者でない者は認証を受けていると誤認されるおそれのある表示をしてはならない。

3 法律上の効果の付与等

- (1) 時効の中断
認証を受けた紛争解決手続（認証紛争解決手続）の終了後1か月以内に訴訟手続に移行する等一定の要件を満たす場合には、認証紛争解決手続における請求時に遡って時効中断の効力が発生する。
- (2) 訴訟手続の中止
当事者間に認証紛争解決手続によってその紛争の解決を図る旨の合意があり、当事者の共同の申立てがある等の一定の要件を満たす場合には、受訴裁判所は、一定の期間を定めて訴訟手続を中止することができる。

(3) 調停の前置に関する特則

訴え提起前に裁判所の調停を経なければならない事件のうち一定のものについて、訴えの提起前に認証紛争解決手続を経ている等一定の要件を満たす場合には、原則として、調停の前置を要しない。

(4) その他

認証紛争解決事業者（手続実施者を含む。）は、認証紛争解決手続の業務を行うことに関し、報酬を受けることができる。

4 認証の基準等

(1) 認証の基準

業務対象となる紛争範囲に応じて適切な手続実施者（いわゆるあっせん人・調停人）を選任するための方法、手続実施者が紛争当事者と利害関係を有する場合等にその手続実施者を排除するための方法、弁護士でない者が手続実施者となる場合の弁護士の関与に関する措置等を定めていること等その業務が一定の基準に適合すること。

の業務を行うのに必要な知識・能力、経理的基礎を有すること。

(2) 欠格事由

暴力団員等一定の事由に該当する者は認証を受けることができない。

5 認証紛争解決事業者の義務

認証紛争解決事業者は、暴力団員等を業務の補助者等として使用してはならない。また、利用申込み者に手続実施者の選任に関する事項等を説明するとともに、実施した手続に関し所要の事項を記載した書類を作成・保存しなければならない。

6 報告等

(1) 認証紛争解決事業者は、事業年度ごとに、事業報告書等一定の書類を作成し、法務大臣に提出しなければならない。

(2) 認証紛争解決業務の適正な運営を確保するため、法務大臣は、一定の要件の下で、認証紛争解決事業者に対して、報告の徴求、検査、業務に関し必要な措置をとるべき旨の勧告・命令、認証の取消しを行う。

なお、法務大臣は、報告の徴求等に当たっては、利用者との信頼関係に基づいて成り立つものであること等民間紛争解決手続の業務の特性に配慮しなければならない。

7 その他

公布の日（平成16年12月1日）から2年6か月を超えない範囲内で政令で定める日から施行する。

(消費者行政機関等)

内閣府国民生活局消費者調整課長	西村 保男
国民生活センター相談調査部長	井口 尚志
東京都消費生活総合センター所長	永野 実
日本司法支援センター事務局次長	佐川 孝志

(消費者団体)

金融オンブズネット、埼玉大学経済学部非常勤講師	原 早苗
全国消費者団体連絡会事務局消費者関連法担当	蓮澤 敦子
日本消費生活アドバイザー・コンサルタント協会副会長	青山 理恵子

(業界団体・自主規制機関)

金融先物取引業協会業務部長	原田 俊介
信託協会事務局長兼信託相談所長	平岡 守
生命保険協会生命保険相談室長	竹中 肇
全国貸金業協会連合会苦情処理委員長	矢野 利平
全国銀行協会業務部長	辻 松雄
全国信用金庫協会業務管理部長	伊原 進
全国信用組合中央協会業務部審議役	井上 裕二
全国労働金庫協会業務部長	小林 辰弥
投資信託協会投資者相談室長	川口 隆也
日本証券業協会証券あっせん・相談センター所長	白石 勝
日本証券投資顧問業協会業務部長	高谷 哲司
日本商品先物取引協会自主規制部部長	浜地 敏明
日本商品投資販売業協会総務・業務部長	吉澤 恒男
日本損害保険協会そんがいほけん相談室企画グループグループリーダー	坂本 仁一
農林中央金庫総合企画部部長代理(農漁協系統金融機関代表)	宇都宮 正一
不動産証券化協会総務部長・苦情相談室長	山口 真紀子
前払式証票発行協会事務局長	永澤 修

(弁護士会)

総合法律事務所あおぞら	大川 宏
長島・大野・常松法律事務所	井上 聡
港共同法律事務所	石戸谷 豊

(学識経験者)

東京大学大学院法学政治学研究科教授	神作 裕之
生活経済ジャーナリスト	高橋 伸子
東京大学大学院法学政治学研究科教授	岩原 紳作
一橋大学大学院法学研究科教授	山本 和彦

(金融当局)

金融庁総務企画局企画課長	桑原 茂裕
金融庁総務企画局政策課金融サービス利用者相談室長	伊藤 雅男
経済産業省経済産業政策局産業資金課課長補佐	俣木 泰治
厚生労働省労働基準局勤労者生活部企画課労働金庫業務室室長補佐	嶋田 悦郎
国土交通省総合政策局不動産課不動産投資市場整備室長	佐竹 洋一
総務省郵政行政局貯金企画課長	淵江 淳
農林水産省経営局金融調整課組合金融指導官	根本 賢治

(敬称略、順不同)

金融トラブル連絡調整協議会の今後の取組みについて

(金融庁ホームページ <http://www.fsa.go.jp/>より)

平成14年6月17日

金融トラブル連絡調整協議会

金融トラブル連絡調整協議会の今後の取組みの構成

1 これまでの協議会における情報・意見交換について

(1) 機関間連携の強化について

- ① 個別事案の解決支援における機関間連携(事案の移送ルール等)
- ② 団体間での情報・意見交換
- ③ 実務者レベルのネットワークの構築

(2) 苦情・紛争解決支援手続の透明化

- ① モデル策定の経緯(モデル策定の理由、ワーキンググループの設置等)
- ② モデルを踏まえた手続の整備及び整備状況のフォローアップ

(3) 苦情・紛争解決支援事案のフォローアップ体制の充実

- ① 解決支援結果等の状況把握(会員企業に対する確認等)
- ② 解決支援結果の評価(第三者評価、顧客満足度調査等)
- ③ 苦情・紛争の再発防止(苦情の原因の周知等)

(4) 苦情・紛争解決支援実績に関する積極的公表

- ① 解決支援結果の公開(結果の公開等)
- ② 苦情と相談の適切な区別(苦情・紛争の定義等)
- ③ その他実績の公開に当たって留意すべき事項(プライバシーへの配慮等)

(5) 広報活動を含む消費者アクセスの改善

- ① 第一段階: 機関の存在の周知(マスメディアや約款等への連絡先の記載等)
- ② 第二段階: 利用希望者への詳細な情報提供(ホームページ等による情報提供)
- ③ 申立経路の拡充(受付手段としてのインターネットの活用等)

(6) その他指摘があった事項

- 紛争解決支援手続の設置の必要性
- 担当者の地位・能力の向上
- 消費者教育の実施

(7) 今後の協議会で議論すべき事項

- 意見交換・情報交換の場としての機能の継続
- 第三者型機関の設置の検討

2 今後重点的に取り組んでいくべき事項について

(1) 苦情・紛争解決支援のモデルのフォローアップ

(2) 移送ルールの策定等機関間連携の具体化

(3) 実務者ネットワークに関する検討

(4) 苦情・紛争解決支援のための取組みの消費者による認知に向けて

(5) 金融分野における裁判外紛争処理制度の充実のためのその他の方策の検討

金融トラブル連絡調整協議会の成果等について

1. 金融トラブル連絡調整協議会について

- (1) 設立経緯（参考1）
- (2) 協議会の目的・使命・役割
平成12年金融審議会答申より。

[1]民間ADR（各業界団体）が取り組む以下の点を担保

- 個別紛争処理における機関間連携の強化、
- 苦情・紛争処理手続の透明化、
- 苦情・紛争処理事案のフォローアップ体制の充実、
- 苦情・紛争処理実績に関する積極的公表、
- 広報活動を含む消費者アクセスの改善、

[2]情報・意見交換等を行い、裁判外紛争処理制度の改善につなげる

2. 過去の活動概要

- (1) 開催の概要（参考2）

平成12～13事務年度は苦情・紛争解決支援のモデルを策定。

平成14事務年度は、そのフォローアップ作業等を通じて各団体における規則の整備と運用改善を図ることで[1]に向けた取り組みを中心に活動。

平成15事務年度は、[2]を中心に活動し、関係する審議会等の報告や司法制度改革の動きといった情報等の共有化と意見交換の機会が増えたが、中でも、外国為替証拠金取引等の新たな金融関連のトラブルに関する情報・意見交換を実施する機会が増加。

- (2) 活動の成果（参考3）

モデル規則の項目で確認すると、当初（平成14年10月）に比べて規則整備は改善。運用にも独自の取り組みがみられる。しかし、自主的に行われる改善への取り組みとして報告された件数等については、最近は一部の団体にとどまる。

(3) 協議会の外での活動例

金融審議会第一部会での報告(平成15年12月)

協議会の取組みとモデル規則のPR活動(日本規格協会WG、よろず相談所全国会議、全国貸金業協会連合会苦情処理委員会、国民生活センター等) モデル規則(英訳版)をISOに提出

3. 今後の活動方向について(項目別)

[1] 民間ADR(各業界団体)が取り組む五つの課題を担保
モデル規則に沿った規則整備と運用改善をフォロワーアップ
金融商品販売の相互参入拡大を踏まえた機関間連携の強化

[2] 情報・意見交換等を行い、裁判外紛争処理制度の改善につなげる
苦情紛争事例のケース・スタディ
「裁判外の紛争解決促進に関する法案」(仮称)への対応
リテール金融分野における幅広い情報・意見交換

開催の概要

事務年度	平成 12 年	平成 13 年	平成 14 年	平成 15 年
民間 ADR の苦情・紛争解決の改善を担保 個別紛争処理における機関連携の強化 苦情・紛争処理手続の透明化 苦情・紛争処理事案のフォローアップ体制の充実 苦情・紛争処理実績に関する積極的公表 広報活動を含む消費者アクセスの改善 (~ を包含する活動)	(2) 個別紛争処理における機関連携の強化 (3) 苦情・紛争処理手続の透明化 (4) 苦情・紛争処理事案のフォローアップ (5) 苦情・紛争処理実績に関する積極的公表	(7) 機関間連携のあり方 (6) 広報活動を含む消費者アクセスの改善 (8、9、11、12) 苦情・紛争解決支援のモデル (15) フォローアップの方法	(18、19、20、21) タイプ別の機関間連携 (21) 消費者の認知に向けたPR (16、17、18) モデルのフォローアップ - 自己評価結果報告と意見交換 - (20) 再評価結果について	(22、23) 公的機関との連携 (26) 平成 15 年度の規則改正と運用改善 (22) 海外の ADR 事情報告 (22) 東京都消費生活対策審議会及び国民生活審議会消費者政策部会報告 (ADR について等) (24) 平成 15 年の苦情・紛争解決事例 (25) 証券分野の紛争解決と連携 (24、25、26) ADR 検討会の状況 (24、25) ISO における ADR の検討状況 (23) 外為証拠金取引 (24) 金販法の施行状況調査のフォローアップ (25) 無認可共済 (26) 個人情報
裁判外紛争処理制度の改善につながる情報・意見交換等			(19、21) 「実務者ネットワークの論点整理について」 (19) 金融商品販売法(金販法)の施行状況の調査の結果	

(注) 表中の数字は協議会の回数。見出しは課題として提示されたもの。

活動の成果

目的・使命・役割	主な成果
<p>[1]民間ADR（各業界団体）が取り組む苦情・紛争解決の改善を担保個別紛争処理における機関連携の強化</p>	<p>規則整備：5.0 団体（14 年 10 月） 12.0 団体（15 年 3 月） 12.0 団体（16 年 3 月） 運用改善（例示） 機関間の取次ぎ要領の策定、保険窓口販売関係業界団体連絡会等の開催</p>
<p>苦情・紛争処理手続の透明化</p>	<p>規則整備：4.5 団体（14 年 10 月） 7.6 団体（15 年 3 月） 7.9 団体（16 年 3 月） 運用改善（例示） 受付対応マニュアルの作成・利用</p>
<p>苦情・紛争処理事案のフォローアップ体制の充実</p>	<p>規則整備：5.1 団体（14 年 10 月） 9.2 団体（15 年 3 月） 9.7 団体（16 年 3 月） 運用改善（例示） ホームページによる警告の公表等</p>
<p>苦情・紛争処理実績に関する積極的公表</p>	<p>規則整備：3.0 団体（14 年 10 月） 7.5 団体（15 年 3 月） 8.5 団体（16 年 3 月） 運用改善（例示） ホームページへの件数等の掲載</p>
<p>広報活動を含む消費者アクセスの改善</p>	<p>規則整備：2.0 団体（14 年 10 月） 8.5 団体（15 年 3 月） 9.0 団体（16 年 3 月） 運用改善（例示） リーフレット・パンフレットの作成・頒布、研修会等への講師派遣</p>
<p>（ ～ を包含する活動）</p>	<p>規則整備（平均）4.6 団体（14 年 10 月） 8.2 団体（15 年 3 月） 8.6 団体（16 年 3 月） 運用改善面（例示） 消費生活アドバイザー等の有資格者を配置</p>
<p>[2]裁判外紛争処理制度の改善につながる情報・意見交換等 その他、関連する内容に係る情報・意見交換等</p>	<p>報告件数：34 件（12 年度） 34 件（13 年度） 25 件（14 年度） 22 件（15 年度） 金融商品販売法上の勧誘方針に係る調査結果とフォローアップ（平成 14～15 事務年度） 外国為替証拠金取引の苦情実態、対応等</p>

（注）規則整備面の数値は、それぞれの項目に該当すると考えられるモデル項目を満たす団体の数である