

**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。

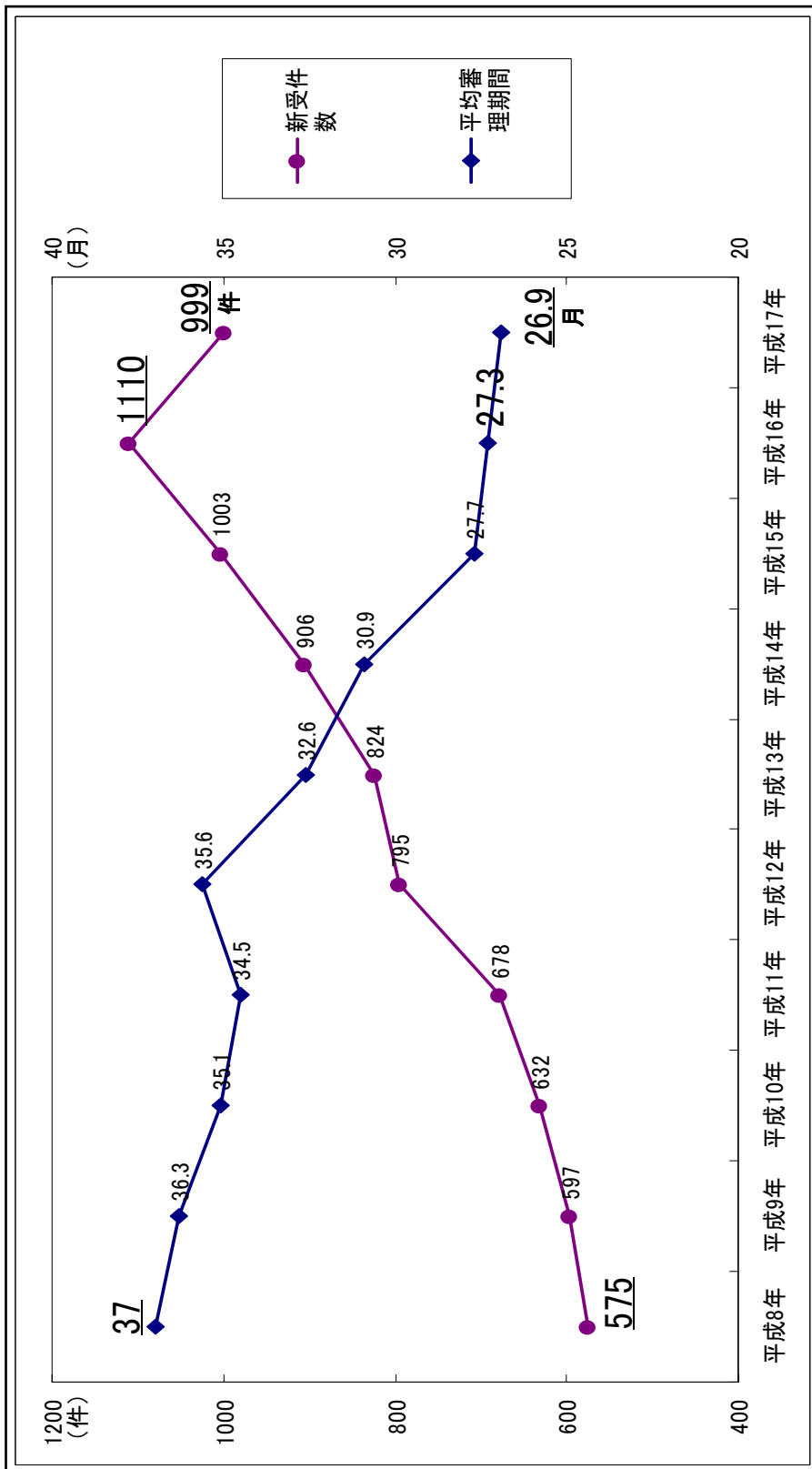
- ① 調査報告書を通じて得られた診療関連死に関する知見や再発防止策等の集積と還元
- ② 調査報告書に記載された再発防止策等の医療機関における実施について、行政機関等による指導等

**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）

# 医事関係訴訟事件の件数および平均審理期間



(注 最高裁判所調べより。)

## 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

（事件数は最高裁判所ウェブサイトより）

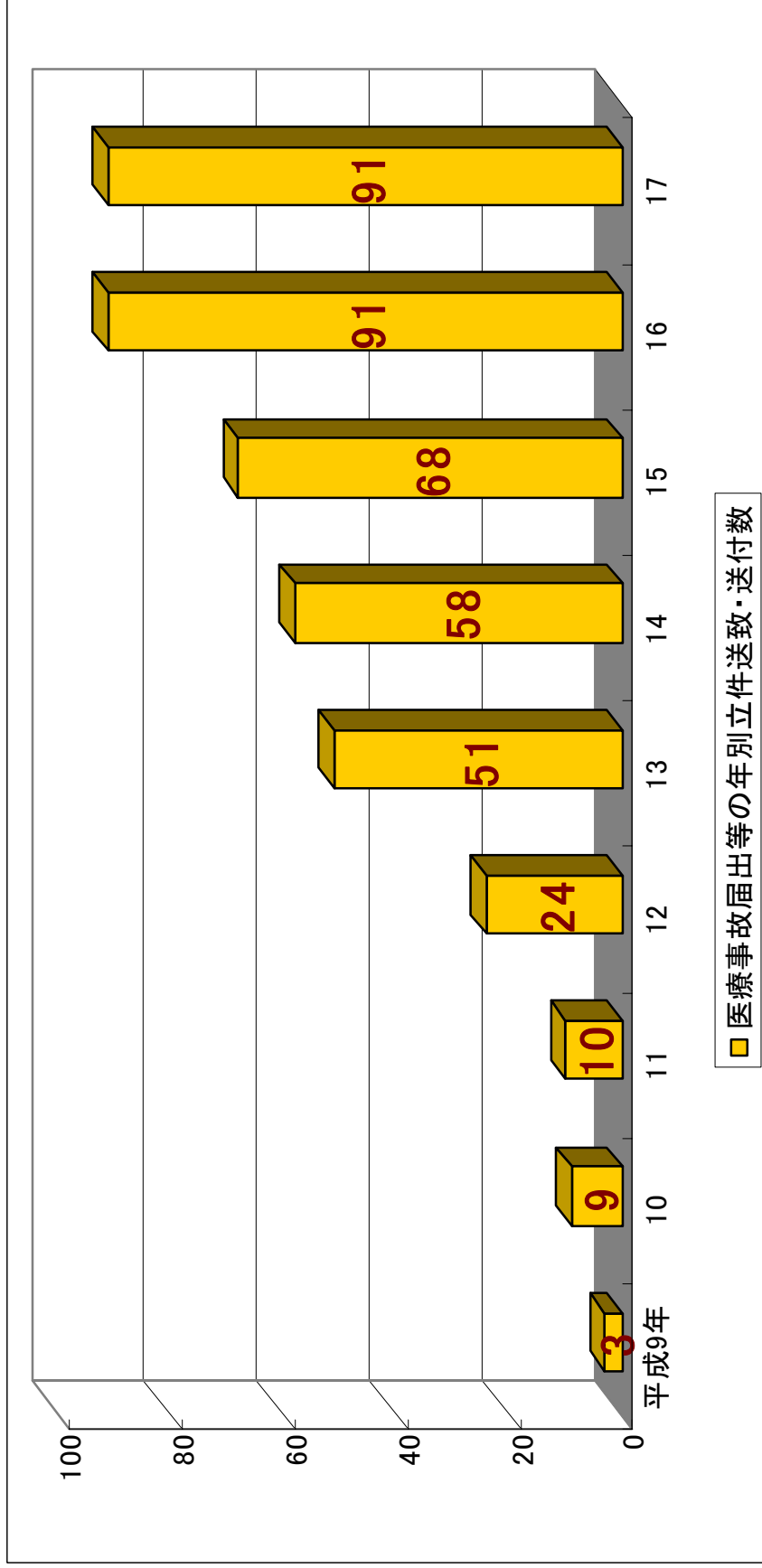
# 医事関係訴訟事件の新受件数（平成16年）

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<sup>(※1)</sup>の 年別立件送致・送付数<sup>(※2)</sup>



※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。

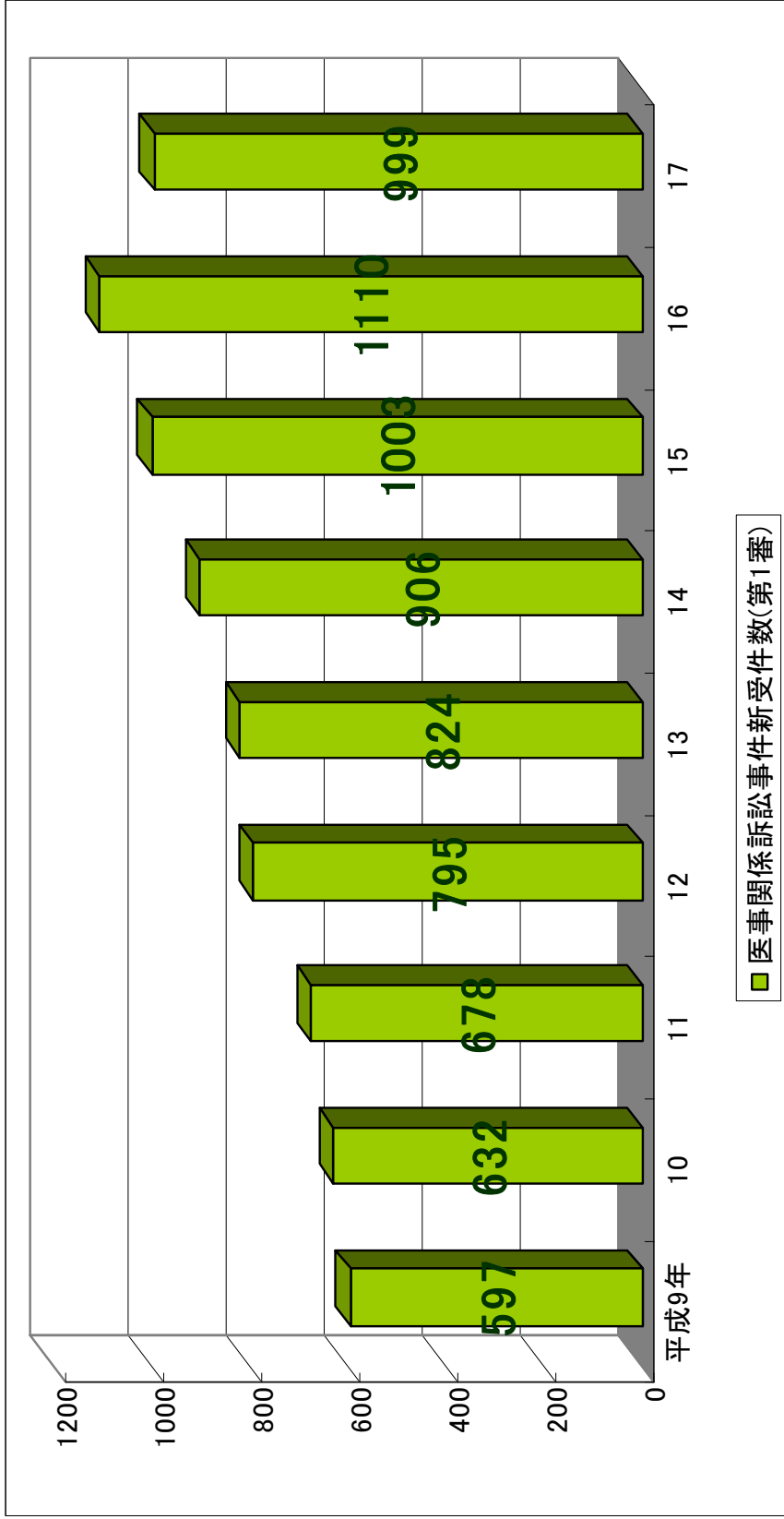
※2 「年別立件送致・送付数」とは、平成9年以降、届出等の年にかかわらず、その年に立件送致・送付した件数を示す。

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。 ]

～ 事件数は最高裁判所ウェブサイトより ～

## 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で、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。そうい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。