

団体

② 人材育成のあり方について

意見：

日本法医学会として、法医学を専攻する若手医師の育成に取り組むのは当然ですが、本調査組織が行う、診療行為に関する死亡例の剖検へ参画するにあたっては、病理および臨床の最新の情報についても常に研鑽する研修制度が必要で、行政として、このような研修制度による学習の機会を支援することが重要と考えます。特に病理医との連携に関しては、剖検を協同で実施する体制が期待されているため、相互学習の機会を積極的に支援し、それぞれ長所を相互に学ぶシステムを構築する必要があります。日本法医学会には法医病理研究会がありますが、このような法医学会、病理学会にすでにある研究会等を活用することが、人材育成の早道と考えます。

現行においてできる相互学習として、法医解剖に病理医が、病理解剖に法医の医師が参加する等の取り組みもすでに始めております。

団体

3 診療関連死の届出制度のあり方について

(1) 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。

意見：

日本法医学会としては、「医師法第21条」による異状死体届出義務は遵守されるべきと考えます。また、「異状死ガイドライン」は、その制定の歴史的背景からみても、社会、医療界の求めに応じてできたものと考えます。そのうえで、「調査組織」と「調査・評価委員会（仮称）」の体制が確立され、機能が発揮されることを前提に、法医学会としては、「異状死ガイドライン」に従い、以下のように届出制度を整理することを提案します（附図参照）。

- 1) 医療機関における死亡例のうち、診療関連死以外の異状死（交通事故等の外因死、原因不明の死亡等）については、従前通り、「医師法第21条の異状死の届出」対象として警察へ届け出る。
- 2) 診療関連死のうち、明らかな過誤・過失が疑われる場合（輸血血液の取り違い、薬剤の誤投与等）には、「医師法第21条の異状死の届出」の対象として警察の届け出ると同時に、「調査組織」にも連絡する。
- 3) 診療関連死のうち、2)の症例以外のものは、まず、「調査組織」へ届ける（法による義務化が必要）。その上で調査組織において、「医師法第21条」の対象と判断した場合には、医療機関に対し、警察への届出を勧める。同時に、調査組織においては、「死体解剖保存法第11条の異状死の届出」にも留意すべきと考えます。
- 4) 2)と3)の区分については、後述（(3)届出対象について）。

医療に対する信頼の確保、透明性の確保のためにも、診療関連死のすべての事例を「調査組織」へ届出ることとするが、「医師法第21条の異状死の届出」の対象としないようにすることは、大きな問題と考えます。医療従事者自らが、自身の症例を検討し届け出る制度を、明確に整理することで、国民に信頼される「調査組織」になると考えます。

(2) 届出先について

意見：

届出から、調査開始までを迅速に行うために、すべての届出先を、「調査組織」とすべきと考えます。

団体

(3) 届出対象となる診療関連死の範囲については

意見：

診療関連死の届出は全て調査組織とします。そのうえで、「医師法第 21 条の異状死の届出」対象となる症例、「調査組織での調査」対象となる症例が区別できるようにガイドラインで明示することが重要です。

(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。

意見：

法医学会は、医師法第 21 条による異状死の届出制度は遵守すべきと考えます。その上で、上記 3 (1) に記載したように、新たな「調査組織」への届出における両者の関係を明確にすることで、国民の信頼を得る体制が構築できると考えます。尚、調査組織への届出については法制化する必要があると考えます。

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について

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

意見：

現在の医療水準において、この「調査組織」が対象とするような事例の死因究明に際して剖検が必要不可欠と考えます。その他に、病理組織検査、CT等の画像検査、尿・血液検査、薬毒物検査等も必要に応じて実施しなければなりません。

このためには、行政機関が設置する調査組織には、剖検室、病理組織検査室、画像検査室、尿・血液検査室、薬毒物検査室等の設置が必要で、その実施にあたっては、解剖補助者（解剖補助、記録、写真撮影、諸検査）および各種検査に必要な人員、経費の確保が不可欠と考えます。

即ち、上記の機能を持った「剖検センター」として設置することが重要で、この「調査組織」の制度の成否を大きく左右するものと考えます。

団体

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

意見：

関係者の聞き取りのためには、①医療に関する知識を有する医師又は看護師（複数；医療側のみならず患者側への聴取も不可欠）の配置、②診療録など文書・記録の収集・確保のための行政・調査の能力を有する人員の配置が必要です。

さらに、調査能力には、捜査能力に準じる監察・監視の視点が必要です。モデル事業においても、遺族の同意や個人情報保護などを理由に、診療経過の報告に非協力的な事例もみられ、強制力・捜査権のない調査には限界があることが明らかになってきています。調査にあたっては、必要な人員・権限・実施能力がなければ、調査の長期化、評価の信頼性に問題が生じるものと考えます。これらの問題に対する対応を検討すべきです。

③ 調査・評価委員会における評価・検討について

意見：

評価・検討項目は、①死因、②臨床経過、③診療行為、④医学的総合評価、⑤再発予防策などが基本と考えます。

尚、本調査組織は司法機関ではないため、医療行為者や遺族の利害関係や法的判断について言及することは、避けるべきと考えます。

④ 評価・検討結果を踏まえた調査報告書の作成

意見：

調査報告書は、司法の評価（後述）にも耐えうるものとし、一方で、当事者への交付を念頭に、一般の人にも判りやすい表現を用いるとともに、「要旨」部分を有する形式とすることを提案します。

団体

⑤ 調査報告書の当事者への交付及び個人情報削除した形での公表等

意見：

当事者への交付については全文とし、社会への公表については個人情報を削除したうえで「要旨」のみの公表とします。

現モデル事業では、調査委員の氏名は匿名となっていますが、当事者への交付時には、公表すべきと考えます。また、報告書のみならず、剖検後の確定死因名の入った死体検案書等についても、調査組織が要望に応じてすみやかに発行する義務が生じると考えます。

(2) なお、今後の調査のあり方の具体化に当たって

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

意見：

診療行為に起因する事例を考えるにあたり、死亡例以外に重症後遺症例等についても対象とすべきです。但し、「調査制度」開始時は、死亡症例のみとし、重症後遺症例を対象とする時期は、制度の運用の状況をもとに今後の検討とすべきと考えます。

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

意見：

- ① 診療担当医のみならず、遺族からの死因究明の申出・届出を調査の対象とすることは、本組織のあり方の基本と考えます。むしろ、死因究明を申出ているのにも拘わらず、組織の対応体制の不備（当直・休日体制、第三者としての評価医の確保を行えない）によって調査を断る事例が発生しないような体制を構築しないと、社会の信頼を得られないものと考えます。
- ② 遺族が医療機関に不信（不審）感をもって警察に届出た場合は、刑事告訴・告発として扱われる可能性があります。その際、警察は犯罪捜査を開始しますので、本調査組織による死因究明ではなく、司法に委ねることになります。
- ③ 遺族の範囲については、5親等の血族、3親等の姻族を基本とします。

団体

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

意見：

4 (1) ①に述べたように、本調査組織が対象とするような事例の死因究明には全例の解剖が必要と考えます。執刀医や立会医の選定に関しては、死因との関連が疑われる疾患について専門的知識・経験を持つ医師を、関連学会の協力を得て選定します。また、地方においては、調査組織の構成員全てを完全に中立な人材で組織することが不可能な事例（同じ医局や大学出身など）も予想されますが、この場合でも、調査そのものを中止とせず、利害を排除した客観性を保持することを心がけ、調査を開始する必要があると考えます。

担当医の立会については、患者側からみて調査・評価に対する疑念を生じさせる原因にもなりかねませんので、原則として認めない方針が良いと考えます。しかし、実際には手術操作や診療中の処置を確認することが死因との関連で重要となる事例も多く、この場合は実際に処置を行った医師から、直接情報を得ることが剖検時の検索に有用となることから、遺族の同意を得た上で、担当医の立会を認めることも検討すべきです。

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

意見：

総合的な判断を行う医師（モデル事業では総合調整医）、および事情聴取と事務連絡を担当する人材（モデル事業では調整看護師）が必要です。総合調整医は、届け出られた事例を直ちに検討し、調査対象となると判断した場合は、すみやかに解剖等の手続きを行うべく、調整看護師に連絡する（4 (1) ①に述べたように、本調査組織が対象とするような事例の死因究明は全例の解剖が必要）。解剖の施設・人材については、予め登録するなどしておき、当日の混乱を避ける対応が重要です。

なお、迅速な調査の実施にあたり、剖検については、ある程度の受付時間や開始時間の制限がやむを得ないことがあります。調査依頼の受付に関しては、原則 365 日、24 時間体制の確立が届出の適正化のために必要不可欠と考えます。このような体制の確保のためにも、設備・人材・予算に裏付けられた「剖検センター」的な施設であることが望まれます。

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

団体

意見：

4 (1) ③に述べたように、調査を受け付けた場合は、本調査の基本は、①死因、②臨床経過、③診療行為、④医学的総合評価、⑤再発予防策などの評価・検討であり、全事例につき同じ過程を経て検討を行うべきと考えます。すなわち、全例に剖検を行い、調査、評価委員会の検討などを経て最終報告がなされた時点を終了とすべきで、途中での調査終了は考えられません。

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

意見：

診療行為関連死の発生時の「調査組織」への届出を法律に基づき義務化すべきです。その上で、病院規模に応じた院内調査委員会の設置も義務化することが、医療に対する信頼確保において必要と考えます。

一方、調査組織としては、診療録等の提出を求めることになるので、院内の委員会の調査に支障を来さないような配慮も必要です。情報の共有は必要ですが、判断（調査・評価）は独立して実施するという体制を堅持することが、第三者機関としての中立・公平性の確保において重要と考えます。

⑦ 調査過程及び調査報告における遺族等に対する配慮

意見：

公平性を確保するために、調査組織が得た情報は、調査報告書とともに医療側、遺族側に同等に開示することを原則とします。

なお、報告書作成については、できるだけ迅速に行う必要がありますが、正確な死因究明・調査に要する時間は数か月を要することから、遺族に不信感・不満が生じることが予想されます。このため、調査開始から一定時期ごとに適切な中間報告を行う必要があると考えます。また、遺族等から調査内容・死因などに対して説明を求められた場合には、報告書以外に面談などによる適切な説明の実施も考えられます。同時に、調査委員会等で得た情報の開示に関する原則を作成する必要があります。

団体

5 再発防止のための更なる取組

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

意見：

都道府県単位の調査組織からの調査報告を受けて、中央組織において、診療関連死の情報・再発防止策等を検討整理し、社会に還元することが重要です。中央組織から、事例に関連する学会等へ依頼し、関連学会等としての再発防止策等（委員個人の意見ではなく学会として）の意見を聴取することで、学会ごとの統一された見解を得る体制とする必要があります（再発防止策に見解の齟齬が生じないような配慮も重要と考えます）。

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

意見：

再発防止策等については、全ての医療機関に周知するとともに、当該医療機関については、再発防止策等の具体的な指導とそれに対する医療機関からの改善状況の報告、査察等が必須と考えます。

6 行政処分、民事紛争及び刑事手続との関係

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

意見：

診療行為に関連する死亡の責任として、刑事処罰はそぐわないとの意見があります。一方で、過失がある場合に、民事責任以外になんら法的責任が問われないことは遺族のみならず、一般国民にも理解が得られないものと考えます。その点を考慮しますと、少なくとも国による行政処分あるいはその検討が不可避と考えます（処分の軽重は別として）。さらに、国として行政処分と刑事処罰の関係を含めた検討が必要です。なお、刑事処罰は司法機関の検討に委ねることになるかと思われれます。

団体

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

意見：

あくまでも第三者機関としての公正さが基本であるので、調査組織が直接当事者間の紛争や法的判断に関与することは望ましくありません。ただし、裁判または代理人間での検討資料として調査報告書が用いられることも考慮しておく必要があります。さらに、刑事もしくは民事裁判となった場合に、調査報告書などの資料では不十分と判断され、執刀医や調査組織の関係者が証人として召喚された場合に、これを拒否することができないことが予測されることも認識しておく必要があります。

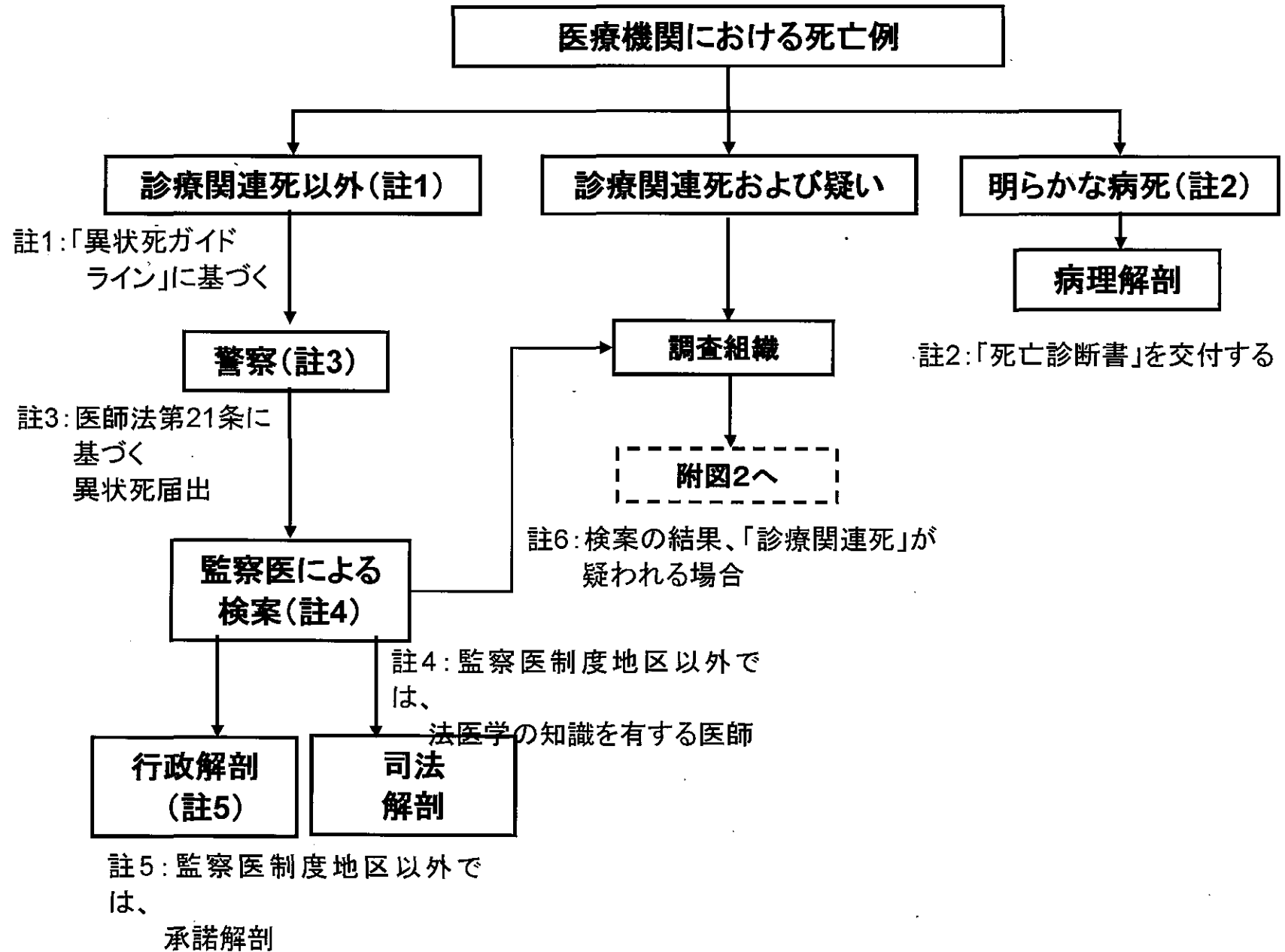
③ 刑事訴追の可能性がある場合における調査結果の取扱い等、刑事手続との関係（航空・鉄道事故調査委員会と捜査機関との関係も参考になる）

意見：

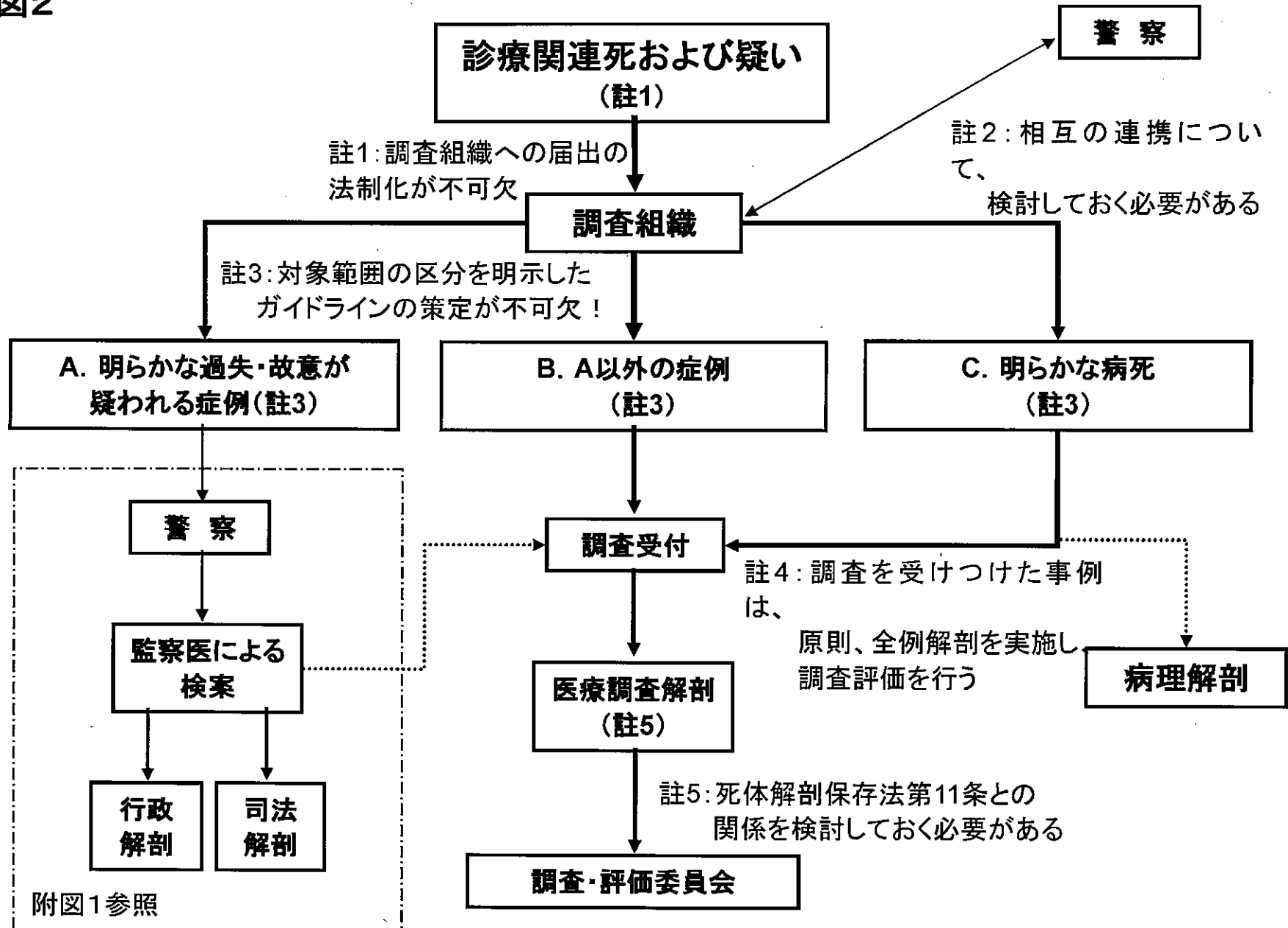
刑事捜査と調査組織は、完全に独立した体制とすべきです。

ところで、検察官あるいは司法警察員より捜査事項照会として、本調査資料の提出を求められた場合に、これを拒むことができないものと考えられます。また、調査・評価の途中において診療記録等が捜査のための証拠として差し押さえられて、調査・評価が十分にできなくなることも予想されます。これらの点について、調査組織と捜査機関との協議が必要と考えます。

附図1



附図2



団体

意見書

平成19年4月19日

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 へ

氏名(注1) : 「薬害・医療被害をなくすための
厚生労働省交渉実行委員会」
代表 : 高山俊雄

「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について」に関して意見を提出いたします。

(以下に意見を記載する。別紙に記載する場合は「別紙に記載」と記載し、意見を記載した別紙を添付する。)

1. ご意見について

① ご意見を提出される点

◆ 項目番号 : 全てについて _____
◆ 内容 : 別紙 メール添付にて提出 _____ について

② ご意見

団体

「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 に対する意見

1. 策定の背景

この「概要」そのものが目指しているのは、診療行為によって生じた可能性のある「死亡」だけを対象としている。当然のことながら、この策定の背景は全ての医療事故と思われるものを対象とする必要がある。例えば、医療事故が社会的に問題となったのは1999年1月の横浜市立大学病院における、心臓と肺の患者さんの取り違い事故であり、それ以降のマスコミの報道による後押しもあって、厚生労働省内にこの問題に対応する部署が初めて作られた。そしてインシデントリポート（ヒヤリ・ハット）まで収集されるようになった。つまり、現在我が国が抱えている医療現場の問題は、死亡に至らなくとも、事故は日常的に起こっているという実態であって、これら全てを「裁判」という方法で対応することの困難さこそが、新たな社会的システムの必要性が求められている理由である。言い換えれば、この「概要」が課題設定する、「死因究明のあり方」は一方で大変重要であるが、他方「被害者の補償体制」の整備も同時に課題としなければならないということである。この両者を別々に論議せず、一括した制度づくりの必要を感じて「概要」に対する意見を述べさせていただく。

1. 診療関連死の死因究明を行う組織について

まず、これから述べる「組織」はあくまで死因究明のための組織と言うよりも、すべての医療事故を対象とする組織として述べる。しかも、この組織の問題は、概要が述べる「2. 組織のあり方」「3. 届出のあり方」「4. 調査のあり方」「5. 再発防止の取り組み」までを全て網羅する。つまり、組織とはそのようなものであるべきと言う見地に立って考え方を述べてみる。

(1) 組織について考えるべき諸点

① 医療事故受付窓口（「概要」2. 診療関連死の死因究明を行う組織について 対応）

医療事故において重要な点は、患者・家族にとって受けた医療行為に納得がいかなかった場合、余程重大な事故でない限り、医師に聞くことすら困難であるという点にある。要するに医療と言う現場は、医療側と患者・家族側において、その関係が上下の関係にあるという点である。このように言うと「医者も人間だから、良く話せば、丁寧に話してくれるはず」とか「医者の中には人間だから確かに対応の拙い医者もいるだろう。が、反

団体

対に患者の側に立って一生懸命考えてやってくれる医者もいる」だから、上下関係という言い方は適切でないと言う方がいる。が、これは、両者が置かれている構造を理解していない。個人個人の医者を見れば、確かに患者の話を良く聞いてくれる医者もいる。それは事実だ。が、問題は医療を受ける側と提供する側とでは、明らかに構造的に上下の関係にあるということ。表現は適切でないが、自らの身体を人質にしている患者は、その医療行為をしている医師に向かって質問したり、医療行為の結果が「事故」であったかどうかを聞くことは困難である。つまり、医師の個人的問題でなく、医療の構造的問題を認識する事が重要である。この認識は、組織のありようや、事故の届出、調査の在り方を考える上で、患者の側に立った組織作りの必要性を強く求めている。具体的には事故ではないかと考える患者が、当該医療機関でなく、簡単にその事実を訴えられる場所が必要である。しかもその場所は身近にある必要がある。一つの県に一箇所などということでは、諦める患者が出てこよう。従って、本来は独自に建物を準備する事が必要だが、取り敢えずの方法として、第一に有効な場所は地域の「保健所」だと考える。当面保健所の中にそのような場所と人員配置によって組織を作るべきである。(将来的には、独立した組織として検討される必要がある)又、各保健所から上がってきた情報を処理し、審査請求に備えるために、都道府県段階にも組織を作る必要がある。現在事故の届けが行われている機構は、各都道府県からの情報と再審査請求のための組織として最終集約機関として位置づければよい。

② 組織作りの基本的考え方（組織の設置単位を含む）

・既に述べたように、ここで検討する組織は、何を行う組織として検討するかが先ず確認される必要がある。つまり、「死因を明らかにするための組織」なのか「患者の補償にも対応する組織」なのかである。私どもは、当然一体の組織を提案したい。

ア. 労災事故補償の実態

医療事故のための組織は、受付する場所を公的機関にするだけでなく、全体の組織を公的なものにする必要がある。その最大の理由は、ここでの決定を「行政不服審査法」の下に置き、裁判でない3回の審査を保障する必要を感ずるからである。このような組織として先行するものは、労働災害における「労働者災害補償法」（以降労災保険と称する）をもとにしたものである。労災保険の制度では、労働基準監督署の中に「監督課」と「労災課」がある。監督課は、労災事故を未然に防ぐことを本務としている。このため、事故が起こった場合は会社側から、事故報告を求め（会社は報

団体

告義務がある)、再発を防ぐため、「労働基準法」や「労働安全衛生法」違反が明らかな場合は、警察への通報義務も負っている。従って、職員は立ち入り調査などの警察権限を付与されている。一方労災課は、被災者の労災補償を担当するが、要はその被災の業務との因果関係を検討し、因果関係ありとなれば、被災者に補償することになる。但し、その因果関係であるが、「相当因果関係」といって明確な因果関係までは求めていない。更に、労働現場の事故など明確なものばかりでなく、職業病（一定期間その仕事に従事していた為に生じたと思われる病気）については、「認定基準」を設け、それを基準として認定作業を行っている。具体的には労働災害の訴えを患者から受け、(労災保険では、医療費、休業補償費、後遺症、遺族などの項目ごとに請求書類が決められており、その書類のどれかが監督署に届くことによって労災の申請があったと考えるシステムである)患者側からの自己主張を行う「自己意見書」や、関係資料も受け付けるが、担当職員は会社からの資料を求め、更に患者が受診した医療機関の主治医に仕事と病気の因果関係を文書で問うことになる。そうした情報を全て集めた上で、総合的に業務上・外を判断する。

イ. 医療事故補償の基本的考え方

(「概要」2. 診療関連死の死因究明を行う組織について 4. 調査組織における調査のあり方について 5. 再発防止のための更なる取組 に対応)

医療事故補償でまず考えなければならないのは、一つは補償問題であり、もう一つは事故の因果関係を知りたいという問題である。前者の問題は、この補償を裁判外におけるものであっても、因果関係を問うものにするか、過失を問わないものにするかである。私どもは、医師の過失を問わない補償システムにすべきであると考え。さて後者の因果関係であるが、全ての事故に対して因果関係の調査を行うことは、恐らく現実的ではないだろう。従って、まず、補償問題と切り離して因果関係の問題を考える必要がある。この調査対象は、医療行為、あるいは医療行為が原因で死亡したと考えられる場合、及び死に至らないが、重大な後遺症を伴う病態にある患者さんの中で、調査を希望する方に限定してはどうかと考える。しかし、あくまで補償に関しては、因果関係の結果に拘らず先行して支払われるものとする。これが基本的な考えである。次に「医療事故届出機関」の組織について述べる。

(i) 監督課

医療事故の場合も、医療事故が発生しないようにする、更に再発を予防することを目的とした「監督課」が組織の中に必要である。この監督

団体

課の目的を実現するため、どのような事故でも監督課に発生から2週間以内に「医療機関から届け出」させることを義務化させる。(これが実現すれば「医師法21条による届出制度」、を除いて現在の「医療事故届出制度」はこれに一本化させる。医師法21条との関係は別に述べる。)次に、監督課は、届出のあった中から「死亡事故」及び「死亡に至らなかったが重大な事故」(重大な事故であるか否かは、監督課が判断する)に関して、事故発生から6ヶ月を目処に、「事故経過と原因」及び「再発防止策」の提出を求める。(「事故経過と原因」及び「再発防止策」を提出するに当たって、医療機関は患者・家族、あるいは、その代理人を含めた「医療事故検討委員会」を設け、その結論に従って提出するものとする。)この提出を受けてから、監督課は必要に応じて実際の改善を実地確認する。次に事故の届けは被害者からも監督課に行なえるようにする。被害者の届けに対して医療機関の届けが2週間以上ない場合、あるいは、反対の場合にはこれを調査する権限を職員に与える。また、監督課は事故の発生予防のため地域医療機関を対象に「事故予防研修」を行なうと共に、届出のあった事故経過・原因や対策について、これを集積して研修ごとに配布する。

(ii) 調査課

被害者の届出は、事故であったのかどうか真実を明らかにしたいという場合と、補償を求めての場合とが考えられる。前者の届けは、「監督課」になるが、死亡された遺族や重大事故の家族から因果関係を調査して欲しいと言う依頼があった場合に限り、これを調査する部署として「調査課」を設ける。調査課は、「調査申請書」及び「解剖依頼書」に基づき死因について調査し、その結果を本人・遺族、医療機関、および警察に連絡する。これら業務を遂行するため、職員は調査権を保持する。解剖の依頼については、調査課から依頼する。この調査結果は、行政決定とする。

(iii) 補償課

調査申請書は、補償と一緒に提出するケースが多いと考えられるため、「補償課」を設け、「補償申請書」「調査申請書」「解剖依頼書」と共に受け付ける。又、補償課で受け付けた「調査申請書」および「解剖依頼書」は調査課に書類を回す。補償課の業務は、基本的には補償以前のこととして「医療現場で起こった事故であるかどうか」「あるいは、医療現場で起こった事故が原因して生じた、あるいは派生して生じた病気あるいは後遺症であるのか」その事実関係を峻別することである。次に、補償の中味は、「治療費」「生活費」「後遺症」「遺族補償」の4点を分け

団体

て支給対象とする。後遺症に関しては、労災補償の後遺症（1級～14級まで）を参考とするのが良い。

重要な点は、『概要』が考える組織をどのような組織とするのか、この点を最初に明確にすべきと考える。私どもは、この組織は、1. 事故の届出（収集） 2. 事故であるか否かの評価 3. 事故の予防と再発防止 4. 被害者への補償 この4点を実施する機関として考える。（ヒヤリ・ハットは収集対象としない。これは従来 of 組織で対応する。）従って、このためのこれまで根拠としてきた法律の一本化を求めたい。

③ 「医療事故届け」と「医師法21条」の関係について（「概要」3. 診療関連死の届出制度のあり方について に対応）

医師法21条に基づく届出は、この組織（保健所）への届出とは別に、従来どおり死亡事例に限って警察へも届け出る事とする。（医師法21条の規定は一切変更しない）保健所への届出は、医療機関の義務とする。このようにする理由は、何より人の死というものに対して、行政としてのダブルチェックの必要性を感じずからである。

医療機関から監督課に届けられた「医療事故死亡届」あるいは、被害者から提出された「調査申請書」は共に、調査課に作られる「医療事故調査委員会」（以降、調査委員会と称する）で協議する。が、実は被害者からの届出の中には事故か否か不確定な要素がある。それは、既に述べた医療現場の構造的な上下関係という部分と、情報を制限して出す医療側の問題のためである。従って、届けられたものをそのまま調査委員会というわけにはいかない。本人から何回かの事情を伺う必要もあろうし、医療機関側に何度か足を運ぶ必要も出てくる。情報を整理して出す必要から時間もかかるだろう。その意味で、医療機関内部にも「事故に関する相談の窓口」を作ること、問題の整理と被害者の感情を受け入れる部門が必要である。（この部分は別に述べる。）

調査委員会の役割は、（医療機関側であろうと、被害者側であろうと、どちらかが届けられた時点で調査に入る）以下のものとする。

- ・ 調査委員会の調査開始は、医療機関あるいは被害者側の届出からであるが、調査対象は次の場合とする。1. 死亡事例、2. 死亡に至らずとも監督課において重大事故と判断した場合、3. 軽度であっても、どちらかが調査を依頼した場合。
- ・ 業務は、届けられた事故がどのような事故であり、原因が何であるかの見解を出す。（この見解は補償とは連動しない）
- ・ 調査結果を得て、警察への告発をすべきか否かの判断をする。