

## 団体

- ・調査委員会は調査課の常勤者ではなく、非常勤者を持って構成し、課内に当面2つの委員会を作るが、適宜必要に応じて増やしていく。一つの調査委員会の構成は、医師1名(事故の診察科と同じ科の医師)、事故とは別の科の医師1名、弁護士1名、ADR法に基づく医療ADR認証機関職員1名、調査課より事務局として1名で構成する。但し、解剖による検証の必要性は、医療事故届けを受け付ける段階で希望を確認し、どちらか一方の希望があれば解剖依頼する。その場合に限り、適宜調査委員会に解剖医の出席を求めることが出来る。又、必要に応じて、医療機関側、被害者側を個々に委員会に呼んで聴取することが出来るものとする。更に被害者側の遺族・家族を呼ぶ場合、代理人を立てる事が出来るものとする。

この調査委員会の見解で全ての死亡事例に関しては、告発するしないに拘わらず直ちに警察へ連絡する。又、重大事故の見解で告発の必要ありとされた場合も通報する。又、調査委員会案件全ての事例の見解は、双方の当事者に文書によって報告する。被害者においてこの見解に異議がある場合は、60日以内に審査請求する事が出来る旨を明記する。審査請求した場合に都道府県段階での審査となる。審査請求でも納得が得られない場合は60日以内に国を相手に再審査請求出来ることとする。提訴は審査請求後60日を越えた時点で行う事が出来る。但し、提訴によって審査請求は自動的に却下される。

調査委員会の結論を得、通知後60日を経過した時点で、この結論を補償課に移管する。

尚、診療関連死の解剖場所は、各都道府県に1箇所契約によって選定する。解剖を調査委員会に優先する場合は、医療機関、被害者どちらからでも申し込むことが出来る体制を整備する。

### ④医療機関内部の医療事故に関する相談窓口

医療事故届けの窓口をスムーズに運営するためには、医療機関内部に「相談室」を設け、患者さんの立場に立って相談を受ける職種が必要である。近年患者さんに代わって医師に医療内容を聞いたりする人を「メディエーター」などと称して、その必要性が認められている。が、一般科の医療機関内部には既に「医療ソーシャルワーカー」という福祉を専門とする患者の人権擁護を旨とした職種の間人が国家資格「社会福祉士」などを持って「医療相談室」あるいは「医療福祉相談室」、「ソーシャルワーカー室」なる名称で独自の相談室を設けている。また、精神科医療においては「精神保健福祉士」なる国家資格を有する職員が患者の相談に乗っている。患者

## 団体

相談の必要性から新たな職種づくりより、既に機能している職種を生かしていく道こそ必要なことだと私どもは考える。その際のポイントは、医療の相談を「福祉を専門とする職種」が相談員として妥当か否かの検討である。

医療事故の相談ごとが、相談室で事故かどうかを判断することを目的とするなら、医療のバックグラウンドを持たない、医療ソーシャルワーカーは適切ではない。が、相談室の役割は、ここで事故かどうかの結論を出すわけではない。むしろ、患者は、自分自身の感情や、家族の感情が入ることによって問題の整理がつかない状態で、医療機関内部の相談室を訪ねることになると考えられる。例えば、医師の医療行為によって死亡に至ったと考える遺族は、その根拠となると、どのように資料を収集できるのかすら分からないことが多い。カルテの入手、レセプトの入手、は現時点では一定のルールが作られている。その入手の仕方に医療の知識は必要ない。又、医療機関側に何を求めたいと考えているのか、例えば、損害賠償なのか、医療事故であることを認めてもらいたいのか、事故であることを認めてもらうにしても、その方法は裁判という方法を使うのか、直接の交渉によって話し合いを持って交渉を続けるのか。患者・家族の側はそうした整理すら出来ないことが多い。こうした整理に医療的な知識は必要ない。自分の被害の実情を訴えたり、医師の対応のまずさを訴えるという場合もある。そのような場合、再度医師との話し合いの場を作り、説明が必要な場合もある。このような仕事は、現在でも一般的に医療ソーシャルワーカーが行っている仕事である。このような相談は、医療的知識での対応でなく、人の訴えを時間をかけてじっくり聞くということが出来る人の配置を求めている。医療ソーシャルワーカーは、面接の技術を専門的に学んだ人達であり、患者の人権を擁護することを本来業務とする。むしろ、メディエーターという人にこうした患者・家族の訴えに「受容」を基本とした面接技術を求めることは困難であろう。

以上のことから、医療機関内部には医療ソーシャルワーカーを医療事故に対応すべく、配置することが適切である。現時点で国家資格のないこの職種は、今後、医療事故問題への要として、各医療機関に配置すべく、国家資格化が検討されるべきであろう。

### (2) 行政処分・民事紛争・刑事手続きとの関係（「概要」6. 行政処分、民事紛争及び刑事手続きとの関係 に対応）

すでに述べたことも含めて、再掲することになるが、整理して述べる。

- ・ 今回提示した組織は、あくまで裁判外紛争処理と事故の集積と再発防止を一

## 団体

体化したものである。が、裁判との関係で考えると、この組織での対応に納得いかなければ、当然提訴することが出来るものとする。(民事裁判)

- ・ また、刑事手続きとの関係では、死亡事例は医師法21条の届出を行うものとしているので、送付した調査報告書を検討の上、警察は刑事事件として立件するか否かの結論を出すことになる。また、届出義務のない死亡に至らないが重大な事案については、調査報告書が申請者に届けられるので、その報告によって、刑事告訴するか否かは申請者が判断することになる。その際、報告書が告訴の根拠になる。(刑事手続き)
- ・ 行政処分の対応は、基本的には最終の裁判結果を待って行われるべきであるが、調査課の調査委員会において、最終判決を待たずとも、行政処分の必要があると判断した場合は、その明らかな理由を添えて、医道審議会に諮問することが出来ることとする。

団体
----

意見書

平成19年4月 日

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 あて

静岡赤十字病院  
医療安全推進室

「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。

## 1. ご意見について

項目番号	2
内容	組織設置単位について

現在、静岡県には異常死に対する東京の観察医務院のような制度はなく、指定された開業医や病院での検死業務代行で結論を出している。今後、第三者による公平な異常死の取扱いをするためには、県単位の機関の設置に加え、観察医務院と同じ機能を持った施設を地方自治体に整備する必要がある。

項目番号	3
内容	診療関連死の届出制度のあり方について

診療に関連した死亡に関する論議は院内においても行われている。過失が明らかである事例に対して、過失が明白ではない事例に関してもすぐに警察に届けるという方法では、医療者の診療の縮小やモチベーションの低下、勤務医の不足に拍車を掛けてしまう。今後は調査組織の設立に期待し、警察への届出の範囲、第三者機関への届出の範囲を明確にする事が重要である。また、医療に対する国民の期待、国民の権利の重要性と同様に国民が自律するための国民の義務もしっかり啓蒙する事が重要である。そして国民参加の医療安全と質の保証を目指すために、医療関連死の届出は家族の申し出にも応える方法である事が必要であると考える。

**団体**

**意見書**

平成19年4月20日

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 御中

氏名(注1) : 日本歯科医学会  
会長 江藤一洋

「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 : 2
- ◆ 内容 : 診療関連死の死因究明を行う調査組織について

② ご意見

別紙に記載

① ご意見を提出される点

- ◆ 項目番号 : 3
- ◆ 内容 : 診療関連死の届出制度のあり方について

② ご意見

別紙に記載

平成 19 年 4 月 20 日

厚生労働省医政局  
総務課医療安全推進室 御中

日本歯科医学会  
会長 江藤 一 洋

厚生労働省試案「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」に対するパブリックコメント

歯科事例の適切且つ早期解決を実現し、安全・安心な歯科医療を国民へ提供するためにも、歯科事例を対象とした歯科医師による評価体制を構築し、歯科医学の専門性を大いに活用して戴きたく存じます。そこで、以下のパブリックコメントを提出します。

1) 診療関連死の死因究明を行う調査組織について

この数年に亘り、歯科診療行為に関連した患者の死亡事例が発生し、その中には刑法上の責任を課せられた事例が認められるようになりました。その殆どが現行の究明制度である司法解剖にて鑑定を受け、死因、機転、及びそれらの因果関係等が検索されております。これにより、当該歯科医療に対する過誤責任が確定され、事件解決に役立っていることは理解致しますが、同時に幾つかの疑問も出て参ります。

疑問の第一点は調査組織における委員の選定についてです。一般に、司法解剖においては医科事例と歯科事例の峻別なく、主に大学医学部法医学に所属する医師が鑑定にあたっています。このため、歯科医療の内容に精通した専門家による究明作業が行われていないことに疑問を覚えます。そもそも、医科と同様に歯科の診療科には口腔外科、歯科麻酔科及び小児歯科等の専門領域が存在し、高度な見識を有するそれぞれの専門家集団によって「歯科」は構成されています。この点に関しては、医科と同様の体系と存じます。事実、法務省はこの点を考慮し、医事紛争の早期及び適切な解決のために「医事関係訴訟裁判専門委員制度」を実施しています。歯科事例についても専門的な立場で選任された歯科医師が審理に参加し、高い実績を挙げております。

第二点目の疑問は、再発防止に向けた適正なリスクマネジメントの構築につ

## 団体

第二点目の疑問は、再発防止に向けた適正なリスクマネジメントの構築についてです。すなわち、現行の究明制度下においては、鑑定内容は法的な制限を受けて開示されず、即、再発防止に有効ではないという点です。1例を挙げますと、2002年に埼玉県のある歯科診療所で発生した小児死亡事例において、事件発生から検察庁の判断に至るまでに3年が費やされ、その間に歯科医学的な解釈による再発防止策の考究に窮する状況でありました。その後、図らずも本件は司法解剖の事例報告として医学系の学術誌に掲載され、ある程度の情報をようやく知り得たものであります。しかしながら、その内容は歯科医学的な解釈に適うものばかりではなく、歯科の専門家による更なる考究の余地が残されたと思われる。ここで歯科医師による第三者評価を行い、その内容を関係領域にフィードバックする制度が実現できれば、再発防止に繋がることと考えます。

一方、日本内科学会が主催する厚生労働科学研究「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」において日本歯科医学会は実施年より参加し、「歯科診療行為に関連する死亡事例の調査分析の体制を執ってきました。本事業において評価等を担当する歯科医師の登録者数は82名であり、日本歯科医学会を挙げての取り組みを図っております。既に口腔外科事例が調査分析されており、口腔外科の専門医が評価を行っているところであります。

### 2) 診療関連死の届出制度のあり方について

歯科医師法においては、医師法21条にあたる「異状死体の届出」が規定されていない為、届出制度の開発や現行法規の見直しが必要と考えています。歯科医学の発展を基盤として戦後の歯科医療は急速な成長を遂げ、現在では直接的に人の生命に関与する医療領域を担当するようになりました。その結果、歯科領域に関連する疾患で患者が死亡する状況も存在し、その診断責任は歯科医師に向けられております。しかしながら、歯科医師法においては医師法21条の解釈のように、診療後の死亡に対する自己評価（検案と届出）の責任が存在せず、最終的な責任が不明確になっています。およそ100年前に制定された旧歯科医師法から継続するこの状況は、現在の歯科医療と適合せず、新たな届出制度の開発や歯科医師法の整備等によってその法的理念を明確にし、歯科医師の質の向上を図るとともに、社会責任を明らかにすることが必要と思われる。以上

**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

[Redacted]

氏名(注1) : 小樽市医師会  
会長 城 守

[Redacted]

「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 : 1、2、3、4、6  
◆ 内容 : 各項目案についての意見

② ご意見

別紙に記載



# 団体

## 1 策定の背景について

- (1) 診療行為に関連した死亡（診療関連死）の死因究明等のための、第三者機関の設置が強く望まれる。
- (2) 設置に当たっての基本的姿勢
  - 1) 医療従事者は、常に己の知識・技術等を最大限に駆使し、良心に基づいて診療に従事している。しかし、医学・医療の分野は不確実なものが多く、ときには予期・予測できない事態も発生する。また、過失と故意とは結果は同じであっても、根底にあるものは同一ではなく、峻別すべきものである。
  - 2) この制度は、原因の究明、再発予防を目的とするものであって、医療従事者に過失のあった場合でも刑事罰、行政罰、損害賠償等を求めるものではないことを大前提にすべきである。
- (3) “診療関連死”の死因が不明若しくは疑問のあるものであって、必ずしも医療過誤によるものではないとの認識を国民に周知、徹底すべきこと。特に、法律家、マスコミ等には充分理解してもらうことが不可欠である。

## 2 診療関連死の死因究明を行う組織について

- (1) 組織のあり方について
  - ① 中立性、公平性、信頼性を確保するためには公的機関であることが望ましい。
  - ② 統括する組織は国または国の委託を受けた機関（国民から信頼される独立した専門機関）が望ましい。全国で統一した届出基準、調査方法、評価等が必要である。これに関わる費用は総て国費とすべきである。
- (2) 組織の設置単位について
  - ① 実務、運営等は都道府県単位とする。東京都、大阪府等と北海道、九州、沖縄等とは地域の実情は大きく異なる。  
特に、北海道は広範囲に医療機関が点在するため、調査相談窓口をきめ細かく設置する必要がある。
- (3) 調査組織の構成について
  - ① 調査組織に関わる法律家は専属とするか、若しくは総ての医療事故、医事紛争の調停、裁判への関与を禁止すべきである。
  - ② 調査、評価担当専門家（解剖担当医、臨床家、法律家等）が充分いない地域（遠隔地・僻地）に早急にこれら専門家を派遣することが出来る体制を作ること。

**3 診療関連死の届出制度のあり方について**

- (1) a 届出を必要とする“診療関連死”の定義を明確にすること。
- b “異状死”の定義も合わせて明確にし、医師法第 21 条の届出義務の範囲を示すこと。
- c “療関連死”の届出は、努力義務とし、罰則は設けないこと。
- (2) 迅速性を保つため、医師個人から調査相談窓口へ直接相談あるいは届出が出来るようにすること。

**4 調査組織における調査のあり方について**

- (1) 調査は、公平且つ迅速に行うこと。主治医および該当医療機関の日常業務に差し支えない配慮が必要である。
- (2) 遺族への調査報告は、調査委員が主治医の立会いのもとに行う。

**6 行政処分、民事紛争及び刑事手続との関係**

医療従事者に過失のあった場合

- ① 民事による損害賠償等は、調査委員会で仲介し解決を図るべきである「対話型紛争処理制度」。ここで解決された結果について、更なる訴訟等を禁ずるべきである。
- ② この制度の目的は死因の究明と再発予防であり、それらは医学の進歩に寄与し、延いては国民の利益に還元される。医療従事者が自己の不利益な事項をも届出る協力的行為であり、実効性と公平性を保つ必要があることから医療従事者の過失責任のうち行政処分、刑事訴追、刑事罰は一定の免責制度を設けるべきである。
- ③ 過失のあった医療従事者の権利と尊厳は守らなければならない。

## 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

平成19年4月15日

財団法人生存科学研究所 医療政策研究班  
東京医科歯科大学名誉教授・財団法人生存科学研究所副理事長 研究班顧問  
大塚正徳  
東京大学大学院医学系研究科教授 東京大学医学部附属病院医師 研究班顧問  
矢作直樹  
神谷法律事務所 弁護士 研究班責任者 神谷恵子  
有限会社秋編集事務所代表取締役 秋元秀俊  
医療ジャーナリスト 尾崎雄  
東京女子医科大学病院医師（神経内科） 小林正樹  
北里研究所病院医師（内科） 竹下啓  
国立成育医療センター総合診療部医師（小児科） 土田尚  
東京大学医学部附属病院医師（整形外科） 中島勸  
日本医科大学附属病院医療安全管理部看護師 長谷川幸子  
朝日生命成人病研究所附属丸の内病院医師（循環器内科） 山田奈美恵  
東京大学医学部附属病院医師（消化器内科） 渡邊清高

以下、便宜的に平成19年3月厚生労働省発表のコメントの順番に従い論述する。

#### 目次

- 1 策定の背景と目的について
- 2 組織について
- 3 届出制度のあり方について
- 4 調査のあり方について
- 5 再発防止のための更なる取組み
- 6 行政処分、民事紛争及び刑事手続との関係
- 7 まとめにかえて

## 1 策定の背景と目的について

- (1) 医療行為は侵襲性を伴うものであるが、患者各様の個性また個人においてもその時々で状態が異なるため、画一的な対応では十分ではなく、たとえ最善を尽くしても予期できない事態から不幸な転帰に至ることがある。この個別性、不確実性を踏まえて、患者、家族に対して十分に説明する必要がある。

ところが、民事、刑事は、それぞれ目的（民事：損害の公平な分担、被害者救済、刑事：応報）とするところから、責任要件が定められており、生じた結果に対する過失行為があったかという限定された法的視点からの解明しかなされない。しかも、現代の医療行為は、チーム医療でなされることが多く、個人の責任追及だけでは解決しえない。

そこで診療関連死について、医療従事者と患者家族が十分に意思疎通を行えるような配慮、制度が必要であり、また死因究明が必須である。

- (2) 「診療関連死とは、診療行為に関連した死亡」と定義付けられているが、これによるとその範囲は非常に広くなる。

論理的に考えてみると、制度の目的をどのように設定するかにより、自ずから診療関連死の定義にも限定がついてくる。即ち、制度の目的を、紛争の防止とするのか、再発防止とするのかにより、制度のあり方も異なり、診療関連死の定義付も異なってくる。

医療事故を概観した場合、類似の事故が繰り返されている点も見逃せない。再発防止という視点に立った場合には、できるだけ多くのケースを集積、分析して医療現場に還元していくことが重要である。しかしながら、現段階の制度設計として、人的物的パワー及び予算の点からの制約があり、遍く診療行為に関連した死亡を集約していくには無理があるろう。

種々の改善点はあるものの日本医療評価機構が、現在このような機能を担っているところであるから、今後も同機構さらには賠償金支払いの保険会社の保有する情報から個人情報を除いた部分を集約分析して、事故の再発防止情報を社会で共有していくことが期待されるところである。なお、一言同機構の改善点に言及しておく、同機構が病院会員を顧客として扱う財務環境にあるため十分に本来果たすべき役割を果たしていない。この点を早急に改善しなければならない。また、これから設立する原因究明機関においても、中立性が担保されない限り、同じ愚を犯すことになる点は注意を要するところである。

## 団体

そこで、本制度においては、第1の目的を紛争防止とし、その限度で再発防止を副次的目的（分析したものを再発防止の目的に使用する）として考える。

そのため、定義においても、「診療関連死」とは、「診療行為に関連した死亡（またはそれに比類するもの）のうち、診療行為からは通常予期しない死亡」とすべきである。

- (3) 現実の医療事故は、たくさんの要因が複雑に絡み合って不幸な転帰をたどったことも多い。医療事故被害者の願いの一つである「真相究明」は、死因に限定されるのではなく、もっと広く死亡に至った本質的な事故原因を明らかにすることを欲しているのである。決して単なる犯人捜しであってはならない。

そのため、紛争防止の目的観点からしても、制度に求められるのは、決して死因究明に留まるのではなく、事故原因を明らかにしていくことである。また副次的目的である再発防止の目的からしても、当然のことである。

そこで以下死因究明機関を、中立的事故原因調査機関と言い換えて論を進める。

## 2 組織について

- (1) ① 診療契約上の義務及び上記紛争防止の目的から、また本来当該医療機関がもっとも正確に事故の原因を知りうる立場にあることから、まずは、医療機関自らが直ちに内部調査委員会を組織し事故原因を調査したうえで、家族に説明をしなければならない。

- ② それでも納得が得られない場合に、医療機関または患者家族が中立的事故原因調査機関に届出て、（外部）調査を開始する。

そこで、外部調査委員会を形成するに当たり、中立的事故原因調査機関が、その事故に関連した分野の人材を出して事故原因の究明に当たる（以下、調査評価委員会という）。

- (2) 組織の単位としては、地方により人口構成、医師の数も異なり、求められる医療水準なども全国一律ではないことから、地方ブロック単位で組織する。但し、都道府県単位とするには、単位として小さくコンフリクトの問題が生ずるおそれもあり、地方ブロックとして考えていく。

## 団体

- (3) 調査評価委員会の人材構成は、事故のあった当該医療機関のリスクマネジメント担当者、患者家族代理人（弁護士）、組織から派遣された調査評価委員3名（医師2名、弁護士1名）とする。人数構成については、公正の確保と機動性の調和を考慮したものである。

まず、内部調査の結果を提出してもらい、事務局において必要な人材を選定する。

人材については、医師は各学会において登録制とする。但し、登録に当たり、選出母体である各学会または医師会において、派遣するに適した人材かどうかに関する要件（勤務歴、医療過誤の有無、手術件数等）を決めて評価をする。登録後は毎年決められた回数の研修受講を登録のための必要要件とし、事故調査に必要なノウハウを習得する。

また法律の専門家である弁護士も、同様に弁護士会において登録用件を定め登録制とし、研修を義務付ける。特に病院側弁護士、患者側弁護士の区分に寄らず事故調査において要求される法的資質を身につける。

人材選出に当たり、事故のあった医療機関、医師、患者家族と親族関係、出身母体等において利害衝突（Conflict of interest）がないことを必ず確認する。

- (4) 調査結果については、一度に限り異議の申立を認め、異議の取扱については、中央機関を設置して、異議のケースについて再検討に当たる。

まず、事故調査において①医療機関の内部調査、②次に調査評価委員による外部調査、③異議の3段階とすることで、司法の3審制と同様の適正公正さを担保する。具体的には、後記「医療事故の原因究明のシステム」図のとおり。

- (5) 監察医制度との関係

監察医は、公衆衛生の目的に限定して診療関連死とは区別する。

具体的には近時問題となった湯沸し器等による一酸化炭素中毒死亡事件や新型インフルエンザによる死亡、地震などの災害による死亡などの解剖を行うことにする。

刑事捜査目的、公衆衛生目的、医療関連死の事故原因究明による紛争防止、再発防止目的を明確に区別し、その独立性を確保する。

## 団体

### 3 届出制度のあり方について

前述のとおり診療関連死については、中立的事故原因調査機関に届出をすることで、現行の医師法21条から分離する。

医師法21条は、医療機関内において届出対象となるのは、明らかに犯罪性の認められる不審死に限定する。

仮に、中立的事故原因調査機関で解剖をしたときに、犯罪性が明らかになった場合には、死体解剖保存法11条により解剖に当たった医師が警察に届出をする。

医師法21条は、本来その制度趣旨としてきた刑事捜査目的、公衆衛生目的に限定する。

### 4 調査のあり方について

(1) ① 前述したように死因の究明に留まるのでは不十分である。

従って、事故原因の分析を視点に据えて調査及びその報告書を作成することが必要である。

② 当事者（担当医師ら当該医療機関関係者、患者家族）は、参考人として必ず事情聴取する。

③ 評価方法は、紛争防止及び再発防止の目的から、事故の犯人捜しのような責任追及によるのではなく、本質的な事故原因を明らかにした上で再発防止の提言をするように努める。

④ これらの報告書は当事者に交付する。

(2) ① 死亡に至らない事例においても、死亡と同視できるケース及び人として重大な機能を喪失したケースなどは、届出対象とする。

② 家族の範囲は、制度の目的から相続人及び同居の内縁の夫、妻

③ 解剖の必要性については、調査評価委員会によって判断する。

調査委員会において、事故原因の解明のために解剖が必要とする場合には、原則として事故のあった医療機関において、機関組織から派遣した医師により解剖に当たる。また、解剖施設のない医療機関もあるため、解剖のできる病院を登録させ、事故発生の医療機関にできるだけ近い所で解剖が行えるよう配慮する。

## 団体

原則として公平の観点から事故担当医の立会は不可とし、例外的に委員会において必要と認めるときはその限りでない。

### 5 再発防止のための更なる取組み

- ① 調査報告書については、日本医療評価機構に送付して事故原因の集積、分析をした上で、他の医療機関に対し、同様の事故が発生しないよう、情報を還元した上啓蒙活動に努める。
- ② 調査報告書の結果を受けて、問題性の大きい医師、医療機関に対しては、医師たち自らがプロフェッショナルオートノミーの構築を目指し自浄作用による対応を早期に検討する。
- ③ 行政機関において、当該医療機関が調査報告書に基づき、事故原因の改善を行って再発防止に努めたかを確認する。  
改善されていない場合には、指導、改善命令を付する。特に悪質な場合は、医療機関開設者への処分が必要である。

### 6 行政処分、民事紛争及び刑事手続との関係

- ① 刑事訴追は、犯罪性の高い場合（「未必の故意」に近いケース）に限定する。この場合、調査結果については利用可能とするが、刑事訴追は、あくまで刑法の謙抑制の原則、補充制の原則から他の処分では適応できず刑罰を付さなければならない時のみにする。特に医療の不確実性に鑑みたときには、「過失」が一義的に定められていないため、「～をしてはならない」という行為規範を特定することが困難なため、萎縮診療を招きやすい。萎縮診療を回避するためにも、できるだけ行為規範を明確化し、調査に協力した事情は充分に加味していくべきであろう。
- ② 医療免許が国家から独占的に与えられるところから、医療安全、医療の質の維持は、行政処分の目的とするところである。  
調査報告書により、早期に対応する必要がある。  
但し、行政処分は画一的なものではなく、事故原因に対応して、弾力的なものである必要がある。  
特に個人の問題によらず、システム性事故の場合は、前述のように医療機関自体に改善を求めるべきである。



## 団体

- ③ 本制度が、紛争防止を目的とすることから、調査報告書を活用して当事者の対話を進める必要がある。そのためには、現状の裁判制度だけでは不十分であり、本年4月から施行されたADR法を活用して裁判外紛争処理機関の設立が望まれる。

ADRの捉え方としていわゆる裁判下請け型ADRと対話自立型ADRに大きく分けられるが、ADRの基本は、対話自立型により、当事者間の対話不足による不信感から十分に整理されてこなかった事実を整理し、当事者の信頼回復を図り利益調整をするものにとらえるべきである。

他方調査報告書により過失が明らかになった場合などは、早期に解決を図るための裁判下請け型に近いADRも必要と思われる。利用者がそれぞれの事案に応じて、利用しやすいADRを設置しておくことが重要である。

- ④ ADRによる紛争の早期解決を促進するためにも、被害者補償の制度の拡充も必要である。

リスクの高い分野については無過失補償の手当てをすることも必要ではあるが、その他の分野においては、海外旅行の掛捨て保険のように、初診、入院時に、患者、医療機関が一定の金額を拠出し（一部国からの補助も含め）ファンドを作り、保険制度の確立により、解決金を用意することで話し合いの促進を解決への実行化を図る。

## 7 まとめにかえて

20世紀末の患者取違い事件、薬剤取違い等による患者死亡の事件など重大な事故が続いた。

それを受けて2000年5月国立大学医学部附属病院、病院長会議において、「警察への速やかな届出が望ましい」と提言、同8月には厚生労働省においてもリスクマネジメントスタンダードマニュアル委員会作成報告書においても国公立病院長に対して広く警察への届出を指示した。

このような提言、指示から多くの病院が診療に係わる予期せぬ死亡の多くを医師法21条による「異状死」として、警察へ届出るようになり、刑事介入が突出して増加した。

その結果医療過誤刑事事件の急増により、医療現場では診療行為の萎縮や地域医療の崩壊も始まり、国民の受診の機会にも影響が出始めている。

警察への速やかな届出を申し合わせることは、一見、公明公正であるように見えるが、刑事責任は本来的に特定の個人に過失責任を求めるものであって、真の事故原因の解明をむしろ阻害する。その意味で原因解明に先んじて警察への届出を求めることは、病院管理者の責任回避となり、言葉を換えれ