

(別紙)

案に対する御意見の全文

○意見

医療安全の確保において記録の整備は極めて重要であり、今回の省令改正がその方向性を明確にした点は評価できる。しかし、現場の実態を踏まえると、単に「記録を残す義務」を強化するだけでは、制度の実効性が十分に担保されない懸念がある。以下、現場で生じている課題と、将来的に制度をより実効性のあるものとするための改善提案を述べる。

1. 現場の負担と記録の質のばらつきについて

医療機関では、医師・看護師・コメディカルの慢性的な人員不足が続いている。

その中で、医療安全に関する記録作成は「重要である」と理解されつつも、実際には以下のような問題が生じている。

業務量が多く、記録に十分な時間を割けない

紙・Excel・電子カルテなど複数の媒体が混在し、記録が散逸しやすい

記録の書き方が統一されておらず、質にばらつきがある

記録の保存場所が不明確で、事故調査時に必要な情報が揃わない

多国籍スタッフが増え、言語・文化の違いから記録の理解や作成に差が出る

これらは、現場の努力だけでは解決が難しい構造的な課題である。

2. 多国籍化した医療現場における記録の難しさ

近年、医療現場では外国籍スタッフが増加している。

しかし、医療用語の難しさや文化的背景の違いから、以下のような問題が生じている。

日本語の医療用語が理解しづらい

マニュアルが読めない、または理解に時間がかかる

「自国ではこうしていた」という独自判断が起きやすい

記録の書式や表現が統一されない

医療安全は「共通理解」が前提であるため、言語や文化の違いが記録の質に直結してしまう。

3. 記録義務化だけでは不十分である理由

今回の省令改正では「記録を残すこと」が義務化されているが、

紙やExcel 中心の運用では、以下のような限界がある。

書き忘れ・紛失・誤記が起きやすい

後から探すのに膨大な時間がかかる

改ざんの疑いが生じやすく、事故調査の信頼性が揺らぐ

多国籍スタッフが扱いにくい

事故発生時に必要なデータが揃わない

制度の目的である「医療安全の向上」「事故調査の質の確保」を達成するには、記録の方法そのものを現代的な仕組みに変える必要がある。

4. 将来的に必要な改善提案

(1) 自動ログ保存を前提としたデジタル化の推進

医療機器や投薬管理システムのログを自動で保存し、人が書く記録は補足情報に限定する仕組みが望ましい。

投薬・検査のバーコード読み取り → 自動記録

医療機器の操作ログ → 自動で患者情報に紐づく

アラーム履歴 → 自動保存

これにより、ヒューマンエラーを大幅に減らせる。

(2) 改ざん防止型ストレージの導入

事故調査の信頼性を高めるため、

WORM 型ストレージや監査ログ付きクラウドなど、

変更履歴が必ず残る保存方式を推奨してほしい

消去不可

変更履歴が自動で残る

外部監査が可能

記録の透明性が高まり、調査の質が向上する。

(3) 多言語・アイコン化された入力 UI の整備

多国籍スタッフが増える現場では、言語依存しない記録方式が必要である。

アイコンや色で状態を示す UI

選択式入力（文章を書かせない）

多言語切り替え

医療用語辞書付き音声入力

これにより、記録の質のばらつきを減らせる。

(4) 事故発生時に必要なデータを自動でまとめる仕組み

事故が起きてから記録を探すのではなく、事故発生時に必要な情報が自動でパッケージ化される仕組みが望ましい。

当日の看護記録

投薬履歴

機器口

スタッフ配置

アラーム履歴

これにより、調査の迅速化と質の向上が期待できる。

(5) 中小医療機関向けの段階的導入支援

大規模病院と異なり、中小医療機関では初期投資が難しい。そのため、以下のような支援が必要である。

クラウド型医療安全記録システムへの補助金

共同利用型プラットフォームの整備

段階的導入を前提としたガイドラインの作成

これにより、医療機関間の格差を縮小できる。

5. 結論

記録の整備は医療安全の根幹であり、今回の省令改正は重要な一歩である。

しかし、現場の負担や多国籍化などの実態を踏まえると、

記録義務化だけでは制度の目的を十分に達成できない。

将来的には、

自動ログ保存

改ざん防止型ストレージ

多言語対応

データの自動パッケージ化

中小医療機関への支援

といった仕組みを整備することで、

より実効性の高い医療安全体制を構築できると考える。

行政には、現場の実態を踏まえた継続的な制度改善を期待したい。

以上

○3に関して2点

1. 研修受講対象者を具体的に記載する

医療安全管理者、各診療科、部門の長等、特に事務部も例外でないことを記載。

医療安全に関心のある者が研修を受けることは有効だが、院内に広めるためには、院内の管理的立場の職員の理解が重要であると考えます。

2. 管理者自身が研修を受けることを優先する。

特定機能病院はすでに管理者が研修を受けているが、この法律の対象になっている病院等に関しては、具体的な記載がない。医療事故調査に関わる者が理解を深めていても管理者が理解していないと医療事故調査制度の浸透は難しいと考える。

○医療事故調査制度に関しては作成された医療事故調査報告書が裁判の資料となるなどの大きな構造的問題がある。

また、医療の質を向上させる目的であれば、医療事故調査報告書を作成（または公表）することが目的とならないようにしなければならない。

作成された医療事故調査報告書に関する内容の質的検討とその検討内容のフィードバックが実施されなければ質は向上しない。

こうした報告制度がフィードバックが欠如した構造となることは、報告書を作成するモチベーションを低下させ、その報告書を作成する過程で経るべき組織学習の過程が軽視されかねないことを懸念している。作成された報告書に対する質的検討を定期的実施するなど制度化する限り、医療事故調査制度は医療の質向上に何ら貢献しない。

○病院での看護について

現在の法律では、入院中の患者への看護の提供は入院中の病院看護師が提供するとなっている。ただ、患者によっては会話が難しく、在宅で利用しているヘルパーが、障がい福祉サービス？のコミュニケーション支援事業を利用して、患者に代わってナースコールを押したり対応が可能となっている。

ここに、患者が利用している訪問看護ステーションの看護師も、入院病院と訪問看護ステーション間での協議により家族を含めて同意ができれば利用可能としてほしい。

現在、福岡市では、医療的ケア児在宅レスパイト事業という、保険請求外のサービスとして、自宅外で訪問看護ステーションの看護師が、サービスを提供することが可能となっている（医療的ケア児・者は年度で 48 時間。24 時間人工呼吸器使用児・者は 338 時間利用可能）。この事業が改定で利用できるようになると、看護師の人員不足で対応を断ざるを得ない病院と、入院によって訪問がなくなってしまう訪問看護ステーションどちらもメリットがある。

また、家族も付き添いに伴う、仕事を休暇する（家計への影響、身体的な疲労）ことが少なくなり、こちらもメリットがある。

入院中の病院への看護の提供で、家族・病院・訪問看護ステーションとの同意の上で、訪問看護師の看護の提供が、可能となるように改定をお願いします。

○医療安全の取り組みの記録は、医療事故調査制度の対象となるような事故に関する取り組みの記録を想定しているのか。

今回の改正により、医療安全管理の指針への追記を求めるものはあるか。

医療安全管理者は院内掲示が必要か

○「医療事故が発生した際に速やかにその原因を明らかにするために」調査を実施する。実施しやすさの敷居を低くするためにも、「医療事故」という言葉の妥当性について、改めて検討頂きたい。

○「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会報告書」（以下「報告書」）では、医療事故判断の各プロセスにおける判断結果及び理由等に関する記録とその保存（遺族等からの医療事故ではないかとの申出への対応プロセスを含む）をすること（以下「本施策」とされている（報告書 p 17 最初の○と 2 つめの○））。

今般、発表された「2. 改正の概要」では、本施策についての定めがない。

「2 全ての病院・診療所・助産所の管理者に、医療安全の取組に関する記録の整備を求めることとする。（医療事故調査制度関係）」が本施策を定めている趣旨だとすれば、この文言では本施策を行わなければならないことが読み取れず、本施策が行われないおそれがある。

したがって、改正においては本施策を行うべきことが明記されなければならない。

（2）ワーキンググループの早期設置・稼働について

検討会では積み残し課題や運用の詰めを要する事項があったため、また、検討会で行われた議論は継続的に行われるべきものであることが確認され、報告書では「継続的な議論が必要な課題や今回の見直し後のフォローアップ等について、ワーキンググループを設置する等、継続的な検討を行っていくべきである。」ことが表明された（報告書 p 20 の 2 つめの○）。

したがって、早急にワーキンググループを設置し、稼働させることを求める。

○意見 1

本件意見募集では改正の「概要」は示されていますが、具体的な省令条文案又は新旧対照表が提示されていません。

行政手続法第 39 条は、「命令等の案」を公示した上で意見提出の機会を与えることを求めています。その趣旨は、国民が改正内容を具体的に理解し、実質的な意見を形成・提出できる状態を確保することにあると考えます。総務省の事務取扱ガイドライン（https://www.soumu.go.jp/main_content/000938492.pdf）P80 では、「条文そのものや新旧対照表などが望ましい」とされ、「定めようとする内容の一部のみが示されているものや、概括的なものであって定めようとする内容が全て示されていないもの」は、本条の「命令等の案とはなり得ない」と明記されています。

しかし、本件では、医療安全管理者の配置義務化、記録整備義務の拡大、研修受講義務化はいずれも医療機関の運営体制や人的配置、コスト負担に直接影響を与える事項ですが、配置義務の具体的要件、記録の内容・保存期間・様式、研修の内容・頻度・対象範囲等が明示されていません。また、「その他所要の改正を行う」との記載に

ついて、改正対象範囲が特定されていません（実質的変更がない修正、単なる文言整理と理解してよいのでしょうか）。この状態では、国民が条文レベルでの問題点や影響を評価・検討することが困難であり、意見提出の実効性が十分に確保されているとは言い難いと考えます。

本改正は、国民に義務を課す省令改正であり、行政手続法上の適正手続の厳格な遵守が求められると考えます。条文案又は新旧対照表を公表した上で再度意見募集期間を設けるか、具体的義務水準を明確化する補足資料を提示していただきたいと思います。

意見 2

医療安全の本質は、事故後の形式的説明ではなく、事故発生時の判断過程および事実関係を客観的に検証可能な形で保存することにあると考えます。

本改正 2 点目の「医療安全の取組に関する記録の整備」は極めて重要であり、強く賛成します。しかし、抽象的規定にとどまる場合、医療法に基づく医療事故調査制度の実効性は担保されません。同制度は、事故該当性の一次判断を医療機関管理者に委ねる構造を採っています。この制度設計の下では、判断過程の記録化こそが制度の透明性と信頼性を支える中核要素になると考えられ、「医療安全の取組に関する記録」の対象等には、少なくとも以下を明示的に含めるべきです。

1. 医療事故該当性判断過程の記録

医療事故調査・支援センターへの報告対象性判断に関する以下の同時的な記録

- ・ 判断日時
- ・ 判断主体
- ・ 「予期しなかった死亡」該当性の検討内容
- ・ 「医療に起因」該当性の検討内容
- ・ 参照資料・議事録・判断根拠

2. 患者・遺族への説明記録

- ・ 説明日時
- ・ 説明者
- ・ 説明内容の要旨
- ・ 患者・遺族の意見・質問

3. 院内調査実施要否の検討記録

- ・ 実施の可否判断
- ・ 不実施理由
- ・ 協議経過

4. 一次資料の保存義務

- ・ 原診療録（改訂履歴含む）
- ・ 手術・麻酔記録

- ・ モニター記録
- ・ 血液ガス等検査原本
- ・ 画像データ原本
- ・ 看護記録
- ・ 投薬・輸血記録
- ・ タイムライン基礎資料（聞き取り調査結果を含む）

電子記録については、下記等の改変防止措置も明示すること。

- ・ 作成日時ログ
- ・ 改訂履歴保存
- ・ アクセスログ管理

5. 保存期間の延長・明確化

診療録の法定保存期間（5年）では、再発防止検証や民事責任の消滅時効期間を十分にカバーできません。事故関連記録については、少なくとも10年間の保存を義務付けるべきです。

以上

○「2. 改正の概要」の「4. その他所要の改正を行う」では、何を問われているかがわかりません。他のパブリックコメントにおいてもこのような書き方はよく見かけますが、その場、概要以外に、新旧対照表や、具体的な案文が添えられています。今回のパブリックコメントで、広く意見を募集したと言うのは、選挙中は公約にも掲げなかった事を選挙後に我々は信任を得たなどと言って白紙委任かのように頼まれてもいない事を強行する自民党のようなもので、それは通らないと思います。

○私の見解

私は医療過誤原告の会の医療事故被害者の医療相談会に参加し、医療事故被害者が多く存在し、医療事故が隠蔽されている事実を知りました。医療界で30年間外科医として働いてきました。医療界では、「診療行為関連死」「医療事故」（*1*2*3）が隠蔽されているのが現実です。医療機関が「診療行為が原因での後遺障害、死に至ったこと」を確信しているにも関わらず、「診療行為が原因での後遺障害、死に至ったこと」を認めようとしないのは、病院や医師の名誉のためだと考えているからです。医療機関による「診療行為関連死」「医療事故」の隠ぺいは大きな社会問題であると思います。私は医学部卒業後救命センターで研修中に美容外科の脂肪吸引中の出血性ショックで救命センターへ搬送されてきた症例を経験し、診療行為による患者への損害を与える診療行為は重大な問題があると考え、今まで、「診療行為関連死」「医療事故」「手術関連死」についての問題意識を持ちながら診療を行ってきました。

司法は医学知識がない、すなわち、実際の診療、治療、薬剤の知識、手術の知識がな

いため、医学的客観的な根拠を理解することができないので、医療過誤、医療過失、医療ミスが＜直接的な原因＞による「手術関連死」の「医療事故」と手術が＜間接的な原因＞により発症する手術後合併症の「手術関連死」の違いについての理解は出来ないで、司法の場で、死因の原因究明、または死因の立証をすることはできません。（＊３）

しかし、ここで、「手術関連死」「診療行為に関連した死亡」「診療関連死」について明確にする必要があります。「手術関連死」「診療行為に関連した死亡」「診療関連死」には、手術や診療における医療過誤、医療過失、医療ミスが＜直接的な原因＞による「手術関連死」「診療行為に関連した死亡」「診療関連死」の「医療事故」と手術や診療が＜間接的な原因＞により手術後合併症が発症し、または、診療疾患の増悪や診療疾患による合併症が原因での死亡での「手術関連死」があります。「医療事故」は前者であり、手術や診療における医療過誤、医療過失、医療ミスが＜直接的な原因＞による「手術関連死」「診療行為に関連した死亡」「診療関連死」であるとされています。

「手術関連死」「診療行為に関連した死亡」「診療関連死」については、死因の調査や臨床経過・分析等については、制度の構築、行政における対応が不十分であり、民事手続、刑事手続に期待されているのが現状であります。司法は医療についての専門家ではないため、「診療行為に関連した死亡」「診療関連死」を医学的客観的な根拠から判断することは困難です。しかし臨床医、臨床の諸学会からは、「診療行為に関連した死亡」「診療関連死」を認めたくない、または受け入れたくないために、「診療行為に関連した死亡」「診療関連死」は隠蔽され続けています。（＊１＊２＊３）

「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」が平成１９年３月に厚生労働省から指針が出され、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からだ指摘され、医療事故調査制度が制定されましたが、臨床医、臨床の諸学会は、「診療関連死」の調査に反対しています。なぜなら「診療関連死」を認めたくない、受け入れることはできないからである。このような状況下で、医療機関による「診療関連死」の隠蔽行為が継続されています。厚労省は日本の医療の危険性を認識し、「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 厚労省」を提言し、医療事故貯砂制度が作られましたが、病院側が「医療事故」と認め「医療事故」「診療関連死」と報告しなければ調査をしない制度設計となっているため、現在でも医療機関による「診療関連死」の隠蔽行為が継続されています。「医療事故」と判断し、届け出るのは、医療事故被害者ではなく、医療事故を起こした当事者・加害者である医療機関である病院側であるので、医療機関が医療事故として医療事故調査制度・支援センターへ届け出なければ、医療事故として調査されない制度であるからです。現行の医療事故調査制度は医療事故被害者・遺族が医療事故として届け出ることができない制度設計になっています。（＊）医療事故加害者である医療機関が「医療事故」を「診療関連死」と

して確信しているにもかかわらず、「医療事故」として報告することはありません。患者、医療事故被害者遺族から「医療事故」「診療関連死」であると届け出ることができないため、「医療事故」「診療関連死」として調査はされず、「医療事故」「診療関連死」は隠蔽され続け、暗闇に葬り去られているのです。多くの医療事故被害者が泣き寝入りしている状況です。なぜなら、日本の医療裁判は、医療専門家が裁くのではなく、医学知識がない裁判官と弁護士が裁き、そして医学知識のない医療事故被害者が、「医療事故」「診療関連死」であると立証しなければならず、医学知識のない医療事故被害者が「医療事故」「診療関連死」と立証することは困難であり、司法では「医療事故」「診療関連死」の原因究明はできず、「医療事故」と判定することができないからです。実際の診療、治療、薬剤の知識がなく、手術の知識がない司法と患者、医療事故被害者が、医療裁判で「医療事故」「診療関連死」の争点を争っても、医学的客観的な事実を正確に判断することができないため、正しく審判することはできません。医療事故被害者、遺族が医療裁判に提訴したとしても、医学知識がなく、医学的客観的な根拠を理解することができない裁判官、弁護士は、病院側の医療過失、医療過誤、医療ミスに対しての「合併症」という言い訳やうそ、偽りに騙されてしまい、「医療過失」「医療過誤」「医療ミス」「診療関連死」の中の「医療事故」を見抜くことができず、誤った判決になります。医学知識のない患者や医療事故被害者遺族の医療裁判では誤審されているのが現実です。医療事故調査制度は、医療事故の責任を追及するのではなく、「医療過失」「医療過誤」「医療ミス」「診療関連死」の原因の究明と再発防止が目的なのですが、司法の場では、医療過誤の責任の追及になり、医療機関と患者の信頼関係を構築することができません。（*3 異状死ガイドライン）医療を提供する病院側は「医療事故」「診療関連死」であると確信を持っているにもかかわらず、「医療事故」「診療関連死」と認めようとせず、悪意のある不誠実な「医療事故」「診療関連死」の隠ぺいが続いています。現行の医療事故調査制度では、「医療事故」「医療過誤」「診療関連死」の原因追及は出来ず、再発防止につながらず、「医療事故」「医療過誤」「診療関連死」が繰り返されています。航空機事故の場合は、航空機事故の専門家で構成されている航空機事故調査委員会が事故の原因を調査し航空機事故の原因を突き止め、再発防止策をとりますが、日本の医療事故調査制度は、「医療事故」を引き起こした病院が「医療事故」「診療関連死」と認めなければ調査は行われない制度であり、日本の医療安全は保たれず、日本の医療は危険な状況です。医療機関である病院側の組織的な悪意のある「医療事故」「診療関連死」の隠蔽は続いている。「医療事故」「診療関連死」の隠蔽行為は犯罪であり、社会にとって大きな問題であると認識しなければならない。司法（裁判官、弁護士）は、医学知識がないために、手術手技、医療処置、医療行為での医療過誤（医療ミス）が＜直接的な原因＞による死亡した「診療関連死」を客観的な根拠に基づき判断することができないため、ガイドラインに沿った治療や説明義務をもとにした争点で判断し、審判を下すことになるので、誤審が多くなります。そ

して裁判官は医学知識がないので、手術手技、医療処置、医療行為での人為的な医療過誤（医療ミス）が＜直接的な原因＞での死亡の「診療関連死」の医学的客観的な根拠での正確な判断はできません。現行の医療事故調査制度では、病院の「医療事故」「診療関連死」の隠ぺいが続き、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・再発防止等につながらず日本の医療安全は保たれない。多くの医療事故被害者の救済のため、病院勤務医のため、病院の「医療事故」「診療関連死」の組織的な隠蔽体質の改善のため、日本の医療安全のため、ゆるぎない正義のために、日本の医療界の浄化作用を期待することはできない。病院の組織的な悪質な「医療事故」「診療関連死」の隠ぺい体質を自主的に変革することを期待したいが、病院の組織的な「医療事故」「診療関連死」の隠ぺい体質を変えることは困難であると考えています。病院、医療機関は、診療行為が＜直接的な原因＞での「診療関連死」を確信しているにも関わらず、そして、現行の医療事故調査制度があるにもかかわらず、病院の名誉のために「医療事故」「診療関連死」を報告せず、「医療事故」「診療関連死」の隠ぺい行為が今後も続けられてしまうと推測します。したがって、現行の医療事故調査制度では医療事故の再発防止にはつながらず、医療の安全は保たれない状況である。

「医療事故」「診療関連死」の隠ぺいは、病院の為にも、医師の為にも、患者のためにも、社会のためにもならない。なぜなら、「医療事故」「診療関連死」の隠ぺいは、医療手技の向上につながらず、医療水準が低下し、医療事故の再発防止につながらないからです。医療の信頼、患者との信頼のためにも「医療事故」「診療関連死」の隠ぺい行為は許されない。現在、病院、医療機関が「診療行為が原因での後遺障害、死に至ったこと」を確信しているにも関わらず、組織的な悪意のある「医療事故」「診療関連死」の隠ぺいが続いていることを明確にするために、苦しみ続け、泣き寝入りしている多くの医療事故被害者・遺族のために、患者側からの医療事故の調査依頼をできる制度にしなければ、医療の信頼、患者との信頼は築けないと思います。

私の息子は 2025 年 4 月から医師として社会で働いています。妻は息子の医師の姿を楽しみにしていましたが、「診療関連死」「手術関連死」により命を奪われ、これから生きることができた幸せな生活は消滅し、私の幸せも消滅し、私は死ぬまで苦しみ続けることになりました。時間は私の苦しみの解決にはなりません。私の息子の世代の若い医師たちには、「診療関連死」「手術関連死」を受け入れ、認める意識の変革と、「患者参加型の医療」による信頼される医療、そして、医療、社会、患者に対しての重い責任を背負ってゆるぎない正義のために医療が行われることを期待しています。

医療裁判を司法の場で裁くことは、誤りであり、誤った判決となります。何故なら、司法は、裁判官、弁護士は、医学的な知識がないために、医学的に客観的に死因を究明することができず、医療機関の医療事故、死因の隠蔽工作を見抜き、見破ることができないからです。過去の医療裁判の判例を見直すと多くの誤審を確認することができます。誤審がこれからも続くことになり、国の責任は重い。だから、厚労省は、

医療機関の医療事故の隠蔽を危惧し、平成 19 年 3 月に、「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」(*1)を提言したのです。しかし、現行の医療事故調査制度では、医療機関が医療事故と認めない限り、医療事故の調査は行われないうために、医療機関の組織的な医療事故隠蔽は続いている。医療界には浄化作用はなく、医療事故の隠蔽は続くことになる。医療機関の医療事故の隠蔽を明らかにするには、医療事故被害者・遺族が医療事故の調査を依頼できる医療事故調査制度にしなければならない。そうでなければ、医療機関の組織的な医療事故の隠蔽は続き、医療事故は後を断たず、医療事故被害者、犠牲者の救済はできない。

日本には、国に医療事故の強制捜査権がない、医療事故被害者・医療事故被害者遺族が提訴しなければ、医療事故の判断を裁くことができない、さらに、医学知識のない司法による医療裁判では、医療事故であることの医学的な客観的な立証ができず誤審となってしまう危険があります。

医療機関による組織的な医療事故の隠蔽が続くと、医療事故の再発防止も、患者との信頼関係も、医療への信頼も構築できず、医療事故被害者・医療事故被害者遺族の救済もできないのです。

医療機関には浄化作用がありません。医療機関が医療事故を隠蔽できない医療事故制度設計にしなければならいと思います。

1 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

2 医療関連死の届出と死因究明について

3 異状死ガイドライン 日本法医学会

* 医療事故調査・支援センター

「医療関連死の届け出と死因究明について」

イギリスは、死亡診断書の死因の項目に、病死、事故死、の他に、治療の合併症の項目がある。

アメリカでの医療関連死の定義は、「医療関連死とは、治療の過程で起こった予期しない死であり、医療ミスの有無を問わない」。

アメリカとイギリスには死因究明システムが構築されている。

日本でも医療過誤、医療事故は、司法がかかわることをせずに、医療界で解決し、完結すべきことであり、そうしなければ、医療事故の再発防止にはつながらないからである。

司法での医療事故の解決は、医療事故の再発防止にはならないからである。

医療界で医療事故の解決を完結する、死因究明システムを作らなければ、医療事故の再発防止はできずに、医療は危険な状態が続くということです。

医療事故調査制度について

病院での組織的な医療事故の隠蔽が続き、医療機関での自浄作用には期待できず、医療事故被害者の犠牲者が続き、医療事故を隠蔽している現状では再発防止にもつながらず、医療事故の犠牲者が後を絶たないのが現実である。

その対策として、すべての医療者が医療事故調査制度を理解し、すべての医療機関が入院時にすべての患者さんに、医療事故調査制度の説明を義務づけることが必要と考える。

○医療の場において、医療安全や医療事故防止を強化する観点から医療安全管理者の設置について検討されたのだと思いますが、よくある「形ばかり」にならないか（設置すればいい、名ばかりの）となることを懸念します。

色々と検討されたうえでも知れませんが、設置が目的で、医療安全管理者の能力や判断に依存するのではなく、具体的に事故等の報告がどのように、どのくらいの期間で、改善・共有されることが理想なのかをイメージすると、方法は「人の設置」以外にもあるのでは？と思えました。

また記載された医療安全管理者とは、指定研修を受けた人を指すのか、その点も不明確と感じました。「指定の研修」とした場合に、研修による変化も測定しない、履修主義的な研修が増え、研修という名の金儲けに繋がりがねないとも思えました。そうなることだけは、避けて欲しいと思います。