慶應義塾大学学術情報リポジトリ
Keio Associated Repository of Academic resouces

Title	異状死の届出義務と医療従者の刑事責任について
Sub Title	
Author	古川, 俊治(Furukawa, Toshiharu)
Publisher	慶應医学会
Publication year	2007
Jtitle	慶應医学 (Journal of the Keio Medical Society). Vol.84, No.2 (2007. 6) ,p.99- 107
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	学会展望
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00069296-20070600-0099

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

Ⅰ．異状死の届出義務と医療従者の刑事責任について

慶應義塾大学法科大学院教授　医学部外科学教室，TMI総合法律事務所（弁護士）
古川俊治（ふるかわ としはる）

はじめに

異状死の届出に関する問題に対しては，これまで長期にわたり，医療と法律を加味した点から取り組んできた．本日はその過程の報告とともに今後の私の考える方向性を示したい．

異状死問題に関する議論で大きく取り上げられたのが，2000年，ヘパリンを静注すべきところにヒビテンを静注してしまい患者が死亡した広尾病院事件である（図1）．当時，異状死に関するガイドラインは，事件の6年前に日本法医学会が作成したもののみであった．この事件はマスコミ等でも大きく扱われ，厚生労働省は基準を統一すべきであると考えた．しかし，法医学会が作成したガイドラインの内容が臨床的にはどうなのかという議論が各医学会・病院団体から起こり，2001年に日本外科学会が提言を発表した．その後，内科学会と外科学会が共同し，2004年2月には病理学会・法医学会が加わり，国民にわかりやすい医学会が統一した指針を作ろうという声明を，2004年9月には19学会が共同声明を出した．私はここまでの共同声明全てを起草してきた．そして2005年9月，共同声明に基づいて厚生労働省がモデル事業を開始した．

「異状死」をめぐる論議

医療事故報告制度を考える場合，様々な検討事項が挙げられる（図2）．対象については，何を報告したらいいのか，どのような事故なのか，現在問題になっている異状死だけではなく重症の障害等を含めて報告すべきなのかという問題がある．誰が報告するのかについては，担当医師本人なのか，病院の管理者なのか，遺族等を含めた他の関係者なのか，という問題がある．報告するタイミングについてであるが，医師法21条においては24時間以内という規定がある．24時間がふさわしいのか，あるいは発覚したらすぐに行ったほうがよいのかについての議論もある．何に基づいて報告すべきかの基準も必要である．報告は法律上の義務なのか，倫理上の義務なのか．報告は警察署へすべきか，あるいは他の専門機関なのか．こういった問題が多々あり，最もふさわしい制度が設けられるべきである．

医師法21条では，24時間以内に死体又は妊娠死別異常の死産児を検案して異常がある場合には，24時間以内に所轄警察署に届けでることになっており，罰則規定も設けられている（図3）．この立法趣旨は，死体や死産児は殺人傷害致死，死体損壊，堕胎等の重い犯罪の痕跡をとどめている場合があり，これらの捜査を容易にするために医師に届出の義務を課すということである．鑑定に際し，日本法医学会は平成6年にガイドラインを作っている（図4）．中でも

「異状死」問題に関する議論の経過

1994年5月　日本法医学会ガイドライン
2000年　広尾病院事件における医師法21条違反の議論
2001年3月～6月
　四病院団体協議会報告、国立大学附属病院長会議提言、日本外科系13学会共同声明
2002年4月～7月
　日本内科学会・日本外科学会ガイドライン
2004年2月
　日本内科学会・日本外科学会・日本病理学会・日本法医学会共同声明
2004年4月　広尾病院事件最高裁判決
2004年9月　19学会共同声明
2005年9月　厚生労働省モデル事業開始

図1

医療事故報告制度

1. 何を報告すべきか？
   どのような事故が対象か？
   傷害も報告するのか？
2. 誰が報告すべきか？
   担当医師本人か、管理者か、他の関係者か？
3. 何時報告すべきか？
4. 何に基づいて報告すべきか？
   法的義務か、倫理的義務か？
5. 何処へ報告すべきか？
   警察署か、他の専門機関か？

図2

医師法第21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。（第33条の2に罰則規定）

立法趣旨：犯罪捜査への協力
死体又は死産児については、殺人、傷害致死、死体損壊、堕胎等の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。（厚生省：医師法解第16版）

「死体検案書」：診療中以外の者が死亡した場合あるいは診療中の傷病とは全く別の原因で死亡した場合にその死因等についての医学的判断を証明する文書（昭24．4．14医発385）

図3

日本法医学会ガイドライン（平成6年）

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
- 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．

図4

法医学会ガイドラインの作成責任者の見解

「作成に際しては、委員間でもかなり意見の相違があり、とくに医療行為関連の事例については議論があった．とにかく、ひとつの考えかたとして、参考資料として、作成したものであり、法律や規則ではない．」
（柳田純一著．あなたの死亡診断書―法医学者の検死ファイル―．東京出版株式会社．210．2000．）

図5

特に問題になるのが，診療行為に関連した部分の規定である．

診療行為自体に関連した予期しない死亡およびその疑いがあるもの，診療行為直後の急死で死因が不明の場合である．これは非常に広い概念で，死亡率が高いと見込まれる重大な手術を行い，手術室で亡くなった場合にも診療行為自体が関与している可能性があるといわれるであろう．

（結果的には死亡に至ったが，診療行為について）家族が感謝をしているような場合にでも警察署の介入は行われてしまうのか，このような疑問があって概念が広すぎるという議論が起こった．法医学会のガイドラインを作った責任者は，本学名誉教授の柳田純一先生であるが，著書に「作成に関しては委員の間でもかなり意見の相違があった，特に医療行為の関連の事例については議論があった」と書いてある（図5）．当時は異状死に関する唯一のガイドラインであったため，広尾病院事件等でマスコミや厚生労働省は，基準として用いたのである．

広尾病院事件については，平成16年4月，最高裁が判決を下した．この判決では，医師自らが診療していたか否かは問われず，医療過誤によって死亡が生じた場合に医師法21条の適応がありうるということが明確になった（図6）．しかしながら，どういう場合に届出を行うかについては，警察署が犯罪趣旨の端緒を得ることを容易にする，場合によっては「公益的な意味から被害の拡大防止を講ずる」ということが書いてある．警察官が犯罪捜査の端緒を得る目的で，医療過誤の疑い，患者の不審死の全てについて届けを出すのはいかがなものかと言われたていた．重い犯罪が関わっているような場合にのみ届ける，というのが，この趣旨にふさわしいと読めるわけである．

この事件では，医師法21条の義務を課すと自分が診療中の患者が医療過誤の疑いで亡くなった場合に届けなくてはならない．そうすると刑事上で不利なことを申し述べなくていいという黙秘権，憲法38条1項の規定に反するのでは

最高裁平成16年4月13日判決
（都立広尾病院事件）

「医師法21条にいう死体の「検案」とは、医師が死因等を判定するために死体の外表を検査することをいい、当該死体が自己の診療していた患者のものであるか否かを問わない」

「本件届出義務は、①警察官が犯罪捜査の端緒を得ることを容易にするほか、②場合によっては、警察官が緊急に被害の拡大防止措置を講ずるなどして社会防衛を図ることを可能にするという役割をも担った行政手続上の義務と解される。そして、異状死体は、人の死亡を伴う重い犯罪にかかわる可能性があるものであるから、上記のいずれの役割においても本件届出義務の公益上の必要性は高いというべきである。」

図6

最高裁平成16年4月13日
（都立広尾病院事件）

「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」
「本件届出義務の性質、内容・程度及び医師という資格の特質と、本件届出義務に関する前記のような公益上の高度の必要性に照らすと、医師が、同義務の履行により、捜査機関に対し自己の犯罪が発覚する端緒を与えることにもなり得るなどの点で、一定の不利益を負う可能性があっても、それは、医師免許に付随する合理的根拠のある負担として許容されるものというべきである」

→ 法律学上は批判的見解が多数

図7

ないかという議論になった（図7）．しかしながら最高裁判所は，医師免許は重い社会的責務性を担っており，届出規定というのが公益上の高度な必要性を持っているという点から，一免許に付随する一定の負担として刑事事件に関する取締りを受けても仕方がないと述べた．これが憲法に反しないといったわけであるが，法律学の専門家からは非常に批判的な見解が多かった．

このような問題を含んだ事件であるが，最高裁の判決が出る以前の2003年12月に，初めての見解を示す公文書が出された．東京都監察医務院ではこの例に関して，診断ないし推察できる場合には届ける必要がないとした．「推察」は診断ではないため，必ずしも明確に診断されたものとはいえないが，この点ですでに法医学会の基準とはかなり違っていることがわかる（図8）（ただし，本シンポジウム後の2007年2月，東京都監察医務院は新たな通知を出し，そこでは「推察」は削除された）．

同時に，遺族が診断面や治療法に疑念を抱いている場合には警察署あるいは監察医務院に相談することと書かれており，家族の疑念の有無を考慮している．「異状死」か否かの判断については，客観的な解釈でなければならない．

2003年12月1日東京都監察医務院

収容病院先で病死であることが画像や心電図等（他院からの情報提供を含む）で診断（ないし推定）できる場合で、上記に当たらないもの（例：くも膜下出血、脳内出血、心嚢血腫等）は、異状死体に当たらず、届出をする必要はない。

遺族が診断名や治療方法に疑念を懐いている場合には、警察署、監察医務院に相談することとする。

→　明らかに医療過誤における制度の転用の矛盾が意識されている。

図8

達成すべき課題
（2004年9月19学会共同声明）

1. **医療事故の防止**
明らかな過失による医療事故、及び重大な結果に至った予期せぬ有害事象を収集・分析し、再発を防止する必要がある。

2. **透明性の確保と説明責任**
医療における透明性を確保し、国民から信頼される医療を構築するため、予期せぬ結果に至った診療行為について疑問がある場合、死体解剖その他の分析方法を含む第三者による公正な検証が行なわれることが望ましい。

→　行政と連携した中立的第三者機関創設の決意を宣言

図9

一般的にみた異状死の領域

医師法21条の公益的立法趣旨から、
届出の範囲は領域的に広範であるべき

例1：日本学術会議（2部・7部）の見解（2005年6月）
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。

例2：日本法医学会異状死ガイドライン（1994年）
（医療関連死以外）

図10

たとえば，家族が殺害を行っていたとしたら，当然家族は疑念を示さないため，異状死が明るみに出ることはなくなってしまう．「警察署に相談」という記述についても，法文では「届出」の義務についての記述はあるものの，「相談」については何処にも書かれていない．監察医務院は，医療過誤問題について現場が混乱しているということを意識し，このような助け舟を出してくれるのだと考えられ，私はこれに大変共感している．

最高裁の意向も，具体的にどんな場合で届出し医師法21条の適応があるのか，患者が現に死亡した臨床の現場でこれを届出るべきかどうか，この点について明確な基準は全くない．実際のところ何を達成すればいいのか．これは報告制度によって，まずは医療事故の防止，そのために情報を集めること．それとともに，国民にわかりやすい医療における透明性を確保し，第三者で公正な組織が検証手続きを行う．この点が重要であり，これを満たすような制度考えていく必要がある（図9）．

警察は必ずしも死体解剖等で公正な手続きをすることに適した組織ではない．警察の職務は犯罪捜査であるため，犯罪を想定し，犯罪があるのではないかと疑って入いる．すでに被疑者という立場におかれていることになる．そのため医学会としては中立的な第三者機関を作ることを考えていった．

一般的にみた異状死はどういう風に考えたらいいかについて，日本学術会議が2005年にひとつの基準を出した（図10）．これによると，一般的に見た異状死は広いほうがいいとう考えである．医療に関わらない部分の異状死というのは，何処かに犯罪が隠されている可能性があるため，できるだけ死因がわかったほうがいいという理由からであり，これで話題になったのは和歌山のカレー砒素事件である．この事件でなかなか届出がなされなかったのは，医師が保険金殺人だったものを病死で届けていたためである．この

医療関連死について警察署への届出

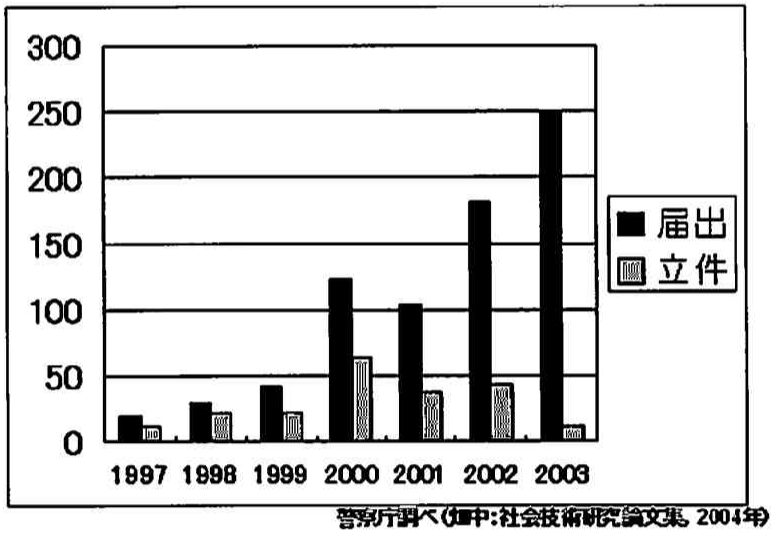
1.「医療関連死」とは何か？
例: 日本学術会議見解
「診療、服薬、注射、手術、看護及び検査などの途上あるいはこれらの直後における死亡」

▼

2.「医療関連死」における「異状」とは何か？
例: 日本学術会議見解
① 明確な過誤・過失があった場合
② 過誤・過失の疑いがあったとき
③ 直接的医療担当者が医療過誤がなく、死に到った経過が合理的に説明できるとする場合で、第三者医師（医師団）の見解を求め、この第三者医師、または遺族を含む関係者がその死因の説明の合理性に疑義を示す場合。

図11

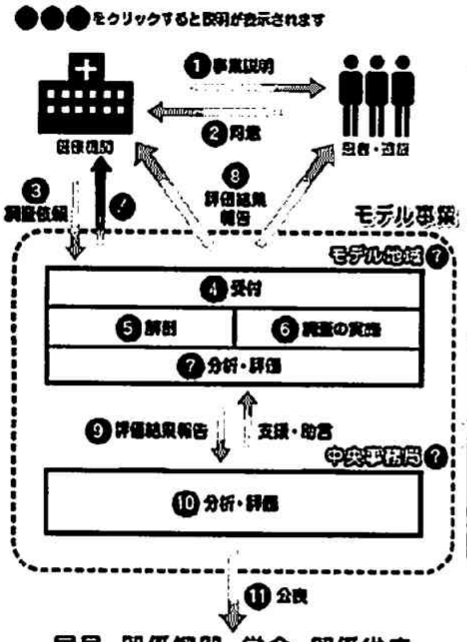
異状死の届出数と立件数



警察庁調べ（加中：社会技術研究論文集，2004年）

図12

ようなケースが届け出られないのは問題ではないかと国会でも問題になった．一般的な異状死，医療に関わらないような異状死というのはなるべく広く届けられたほうがいい，これによって犯罪がわかるかもしれないという風潮になった．まずは日本学術会議で，純然たる病死以外のものが認められる場合，すべてを加えるということになった．日本法医学会の異状死のガイドラインはかなり広くとっている．では，医療に関連する部分をどう解釈したらいいのか，これが我々の今の問題点である．第一段階として，医療に関連する死亡とは何かということがクライテリアとして問題になる．参考のひとつとして，日本学術会議の見解は診療・服薬・注射・手術・看護および検査などの途上あるいはこれらの直後とかなり限定している．こういったケースは極めてまれである．先ほどの法医学会のガイドラインのように，診療行為自体が関わっている可能性のある死亡までを含めているのとは大きく違う．医療行為中または直後で，明確な過誤過失があるかその疑いがある，あるいは直接的な担当者が医療過誤がないと思い死に至った過程が合理的に説明できる場合には，第三者の医師の見解を求め，第三者の医師，あるいは遺族を含む他の関係者がその説明に疑念を示す場合も含まれる．第三者医師というのは，同じ病院内の医師でも診療に係わっていなければよいといわれて



厚生労働省「診療行為に関連した調査分析モデル事業」（2005年9月より）

1. 「何を調査依頼すべきか？」のクライテリアが無い。
2. 医師法21条の届出は依然として必要
3. モデル地域に限定。
夜間・土日は対応できない。

（日本内科学会ホームページより）

図13

近年の主要な刑事医療過誤（厳罰化）

1. 横浜市立大患者取り違え事件（東京高判平15・3・25）
医師4名（執刀医ら3名、麻酔科医）、看護師2名（病棟　の看護師、手術室の看護師）が有罪（5名は罰金50万円、麻酔医は罰金25万円）

2. 埼玉医大抗がん剤過量投与事件（さいたま地判平成15・3・20、東京高平15・12・24）
主治医（禁錮2年執行猶予3年）、指導医（禁錮1年6月執行猶予3年）、教授（禁錮1年執行猶予3年）

3. 都立広尾病院薬剤取り違え事件（東京地判平12・12・27）
準備看護師禁錮1年執行猶予3年、投与看護師禁錮8月執行猶予3年）

4. 慈恵医大青砥病院腹腔鏡手術事件（東京地平16・6・15）
主治医（禁固2年6カ月執行猶予5年）、執刀医（禁固2年執行猶予4年）、助手（禁固2年執行猶予4年）

図14

いる．日本学術会議が出した「異状」の定義は極めて限定的なものであった（図11）．これは法律家と医学の専門化の共同して作成したものである．

異状死の届出数は，広尾病院以降の99年から増え続けている（図12）．そのうち立件されたものには変化がなく増えていない．本当は届出が必要がない，事案がどんどん届け出られていることから，現場の混乱が見て取れる．2004年以降データ発表がされていないが，年間約250件と聞いている．

そこで，厚生労働省がモデル事業を始めたわけであるが，

医療事故に関する医師の逮捕事件

1. 鹿児島造影剤事件(昭和63年)
   誤った造影剤を投与して患者2人を死亡させたとして、業務上致死の疑いで担当医を逮捕
2. 東京女子医科大学事件(平成14年6月)
   心臓手術事故とカルテ改竄について、業務上過失致死・証拠隠滅の疑いで担当医と上司の医師を逮捕
3. 東京慈恵医科大学事件(平成15年9月)
   泌尿器科腹腔鏡下手術における出血死亡事故について業務上過失致死の疑いで手術担当医らを逮捕
4. 福島産科医事件(平成18年2月)
   帝王切開おける癒着胎盤処置に関する母体出血死について業務上過失致死・医師法違反の疑いで担当医を逮捕

図15

逮捕の合理性

逮捕の要件(刑事訴訟法199条)

1. 逮捕の理由:罪を犯したと疑うに足りる相当な理由
2. 逮捕の必要性:証拠隠滅や逃亡のおそれ

福島産科医事件の場合:
すでに2005年4月に同院に対する強制捜査・証拠書類の押収が行われており、また、福島県も事故調査を行ったうえで報告書を作成し、同容疑者の判断ミスを認めて遺族に謝罪した上で、6月には同容疑者を減給1カ月の懲戒処分、病院長を戒告処分としていた。また、同医師はその後も大野病院唯一の産婦人科医として献身的に勤務し続け、逮捕当日も診療中であった・・・

図16

このモデル事業について現在の問題点を挙げてみる．まず何をこのモデル事業に依頼するべきかについてのクライテリアがないという問題がある（図13）．依頼すべきか否かについて迷う原因となる．また，医師法21条の届出は依然として必要となるため，モデル事業に依頼したからといってあまり意味がない，という問題もある．モデル地域も限定されており，モデル地域においても夜間や土日には対応できない．人の死亡の多くが夜間や土日を占めることを考えると，極めて限定的な制度だといえる．進展が予想以上に遅いというのが現状である．

医療従事者の刑事責任について

医療過誤の罰刑は，従来は罰金のみで済んでいた．近年の死亡する医療過誤は，執行猶予はついているものの，刑務所に行かなければならない禁固刑の判決が出るようになった．

広尾病院や慈恵医大の医療事故もそうである（図14）．執行猶予はついても，執行猶予中に再度犯罪を繰り返した場合には，執行猶予が取り消される恐れがある．そうすると医療は不確実な危険性があるため，事実上医療行為ができなくなる．慈恵医大の場合は執行猶予が5年であることから，5年間臨床から離れざるを得ない．そうなると，事実上医師を続けることが難しくなる．このように，厳罰化されてきているといえる．

また，医師の逮捕事件も多発している（図15）．鹿児島の造影剤事件以来，14年間逮捕事件がでなかったが，東京女子医大の事故，慈恵医大の事故，福島の産科の事故と昨今医師が逮捕される率が高くなってきた．特に福島の産科事件というのは，今年の2月に起こったもので，マスコミでも話題になった．

逮捕のための要件は決まっていてかなり厳格である．一つが逮捕の理由，これは罪を犯したと疑われる相当な理由がなくてはならない（図16）．医療過誤においては，理由がある場合が大半である．逮捕の必要性については，証拠隠滅や逃亡の恐れが考慮されるべきである．逃亡の恐れについては，住居不定無職の者に多いため，医師は職業上最も遠い存在であるはずだ．また，逮捕の理由ができるころにはカルテ等の証拠はほとんど押さえられており，もはや証

医療過誤に刑事制裁を適用することに本当に意義があるのか？

●本来、法律上の過失を問うためには、行為者に予見可能性が無ければならないが、刑事罰の対象になるような実行上の過誤には、予見可能性がない。

●米英では、医療過誤に対しては刑事制裁はほとんど適用されていない。

●目的と(刑事制裁という)手段の関係の合理性
→ 社会防衛なら、行政処分が有効。
→ 一般予防なら、予見可能性がないから、機能しない。
→ 応報刑なら、民事賠償と、行政処分で足りる。

図17

刑事被疑での病院側の問題

立件されなければ良いわけではない．

捜査対象となること自体の問題点
1. 警察署が介入することによる患者との信頼関係の崩壊
2. 診療に関与した医療従事者の長期の大きな精神的・時間的負担
3. 院内における不信感
4. マスコミの一面的な報道
5. 萎縮医療

図18

達成すべき課題への緩徐な対応

1. 医療事故の防止
明らかな過失による医療事故、及び重大な結果に至った予期せぬ有害事象を収集・分析し、再発を防止する必要がある。
→ 日本医療評価機構への報告制度
（ただし、現行事務処理方法の内容については、再検討の余地が大きい）

2. 透明性の確保と説明責任
医療における透明性を確保し、国民から信頼される医療を構築するため、予期せぬ結果に至った診療行為について疑問がある場合、死体解剖その他の分析方法を含む第三者による公正な検証が行なわれることが望ましい。
→ 厚生労働省のモデル事業開始
（ただし、未だ届出基準と医師法21条との関係は不明）

図19

（仮に厚労省の現施策の目的が達成されるとして…）

なお検討の必要な問題点

①全国的・永続的な中立的第三者機関による医療事故の新しい報告制度の創設、そのための費用負担
②医師法21条関係の法令を改正するか否か（第三者機関と医師法21条との関係）
③医療事故情報の保護と公開の問題
④重大な傷害事例への対応
⑤医療事故に関する刑事・民事制裁、および行政処分の適切な適応関係

図20

拠隠滅しようがないというような状況である．福島産科医大の事件では，調べはすべてて済み，報告書も作成し，県も病院長に戒告，医師に減給処分を行い，その医師がもう一度反省をして働き始めたという時期に逮捕を行った．もちろん医学会は反論声明を出したが，これは本当に刑事訴訟法上適法な逮捕なのかが疑われる．もうひとつ根本的な問題として，医療過誤に刑事制裁を適応する意味があるのか，という問題がある（図17）．本来，法律上の過失を問うためには行為者に予見の可能性がなければならない．人は誰でも間違えるものといわれているから，そういう事故について本当に予見の可能性があるのかが問題である．

英米では刑事制裁は適応されていない．目的と刑事制裁の関連性については，危ない従事者を放置しておくと事故が起きるといわれている．それならば，危ない医療従事者は行政処分によって処理をできなくしてしまえば，社会防御はできる．一般予防としては，医療事故を起こしたら重い罪が科せられることを周知しておけば，注意を払って事故は防げるであろう，というものである．しかし，事故が予見できれば注意するが，予見できないのであるから機能しない，という反論の可能がある．遺族の思いをはらすために医師にも刑事罰を課すことについては，社会的な制裁と民事賠償で足りるのではないかという見解があり，それゆえ英米では医療過誤に対して刑事制裁を適応していない．

よく，立件されなければ調べられても構わないという声

を聞く（図18）．しかし，警察が介入すること自体が問題なのである．まず，患者との信頼関係が崩壊してしまう．また，診療に関与した医療従事者は調べを受けることに非常に大きな時間を拘束され，1年半くらいかかることもある．マスコミが一面的な報道すれば，院内における不信感にもつながってしまう．

おわりに

現在，医療事故防止のために医療評価機構への報告制度ができたが，まだ十分な機能を果たしていない（図19）．そして透明性かつ説明責任についてモデル事業がはじまったが，期待されたような対応は困難とされているのが現状である．今後厚生労働省の報告制度のモデル事業において目的が達成されたとしても，モデル事業を全国的永続的な中立機関に育てなければいけないという課題が残り，つまりは医師法21条関係の整備をしなくてはならない（図20）．すなわち，施行令を作って医療系関係は別にするような法条をおかないとならない．それから医療事故情報の保護と公開の問題，傷害例をどうするか，今は死亡だけを問題にしているが，重大な傷害は同じことが考えられ，この検証等をどうするか，などの問題が挙げられる．医療事故に関する制裁のあり方，刑事・民事・そして行政処分といったものをもう一度本来の目的に戻って見直す必要があると考える．