

日本の医療事故調査制度

日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野
櫻井 淳

日本の医療事故調査の歴史

時期	経緯/制度	目的と特徴
～2005年頃	(制度なし)	* 解決手段は、主に警察の捜査(業務上過失致死被疑事件)や民事裁判(損害賠償請求事件)。* 目的は加害行為者への懲罰・被害者側の補償であり、再発予防という視点ではなかった。
2005年(平成17年)	診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業	* 地域限定で開始(2015年9月終了)。* 医療者による原因究明と再発予防策の提言を目的とした。* 承諾解剖を実施し、関連診療科の医師、病理学医師、法医学医師などが分析チームを結成した。* 法の改正なし(法的根拠なし)で実施され、全国規模には至らなかった。
2014年(平成26年)6月	医療事故調査制度の創設	* 「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」により、医療法に医療事故調査制度の創設が盛り込まれ成立した。
2015年(平成27年)10月1日	医療事故調査制度の全国施行	* 病院等の管理者は、予期しなかった医療事故(死亡または死産)の発生時、遅滞なく「医療事故調査・支援センター」に報告し、院内調査を行う制度。* 制度の主眼は、医療事故分析と再発予防であり、死因究明ではない。* 調査は当該医療機関の自前調査が基本となる。

医療事故の定義1

当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったものを、医療事故として管理者が報告します。

起因 「医療に起因、又は起因すると疑われるもの」

法令

病院、診療所又は助産所(以下この章において「病院等」という。)の管理者は、医療事故(当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であつて、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったものとして厚生労働省令で定めるものをいう。以下この章において同じ。)が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、当該医療事故の日時、場所及び状況その他厚生労働省令で定める事項を第6条の15第1項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。(法第6条の10)

「医療に起因する(疑いを含む)」死亡又は死産の考え方

通知

「医療」(下記に示したもの)に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産(①)

①に含まれない死亡又は死産(②)

- 診察
 - 徴候、症状に関連するもの
- 検査等(経過観察を含む)
 - 検体検査に関連するもの
 - 生体検査に関連するもの
 - 診断穿刺・検体採取に関連するもの
 - 画像検査に関連するもの
- 治療(経過観察を含む)
 - 投薬・注射(輸血含む)に関連するもの
 - リハビリテーションに関連するもの
 - 処置に関連するもの
 - 手術(分娩含む)に関連するもの
 - 麻酔に関連するもの
 - 放射線治療に関連するもの
 - 医療機器の使用に関連するもの
- その他
 - 以下のような事案については、管理者が医療に起因し、又は起因すると疑われるものと判断した場合
 - 療養に関連するもの
 - 転倒・転落に関連するもの
 - 誤嚥に関連するもの
 - 患者の隔離・身体的拘束／身体抑制に関連するもの

- 左記以外のもの
＜具体例＞
- 施設管理に関連するもの
 - 火災等に関連するもの
 - 地震や落雷等、天災によるもの
 - その他
 - 併発症(提供した医療に関連のない、偶発的に生じた疾患)
 - 原病の進行
 - 自殺(本人の意図によるもの)
 - その他
 - 院内で発生した殺人・傷害致死、等

※1 医療の項目には全ての医療従事者が提供する医療が含まれる。

※2 ①、②への該当性は、疾患や医療機関における医療提供体制の特性・専門性によって異なる。

医療事故の定義2

予期「当該死亡または死産を予期しなかったもの」

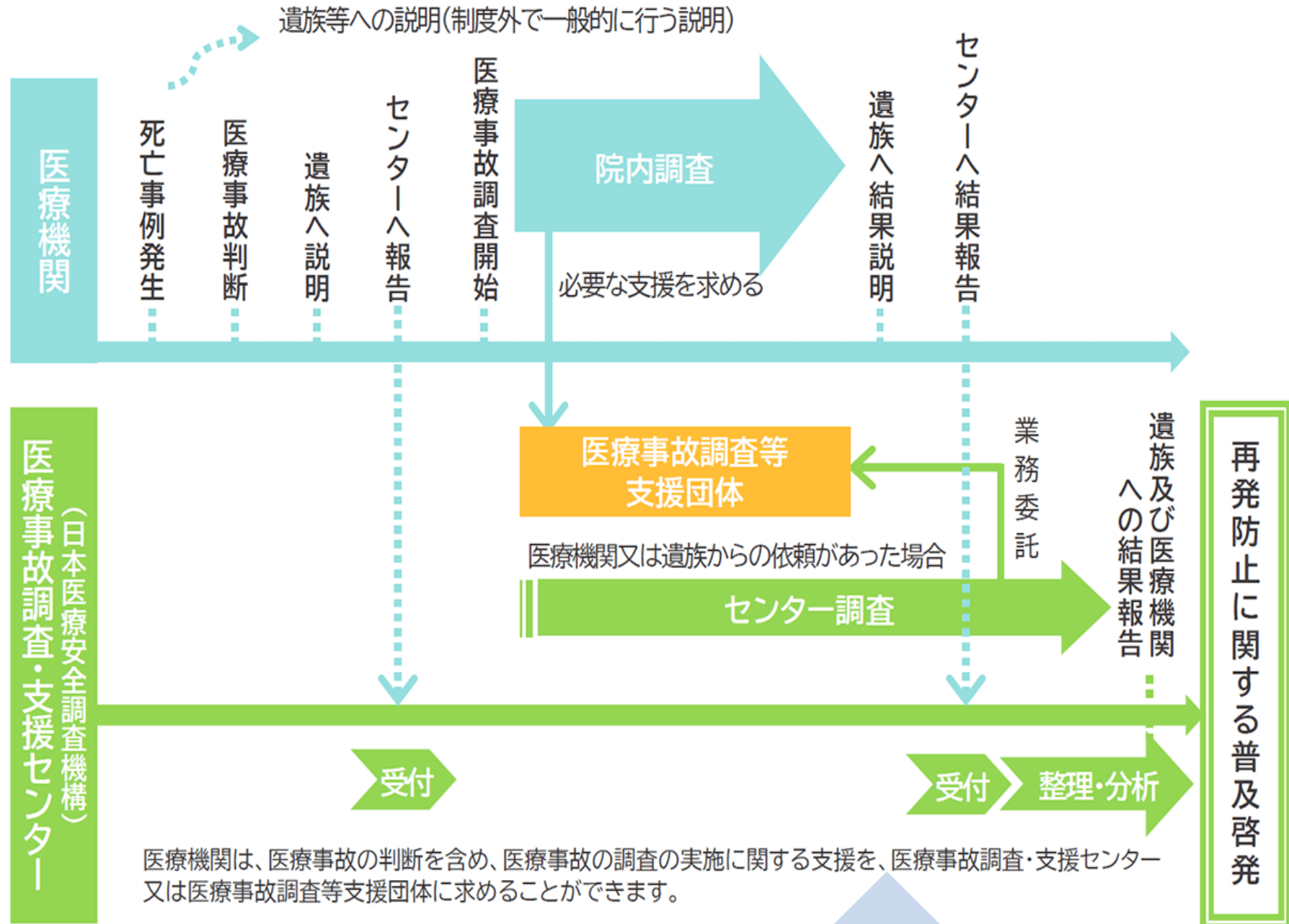
法令

- 当該死亡又は死産が予期されていなかったものとして、以下の事項のいずれにも該当しないと管理者が認めたもの
- 一 管理者が、当該医療の提供前に、医療従事者等により、当該患者等に対して、当該死亡又は死産が予期されていることを説明していたと認めたもの
 - 二 管理者が、当該医療の提供前に、医療従事者等により、当該死亡又は死産が予期されていることを診療録その他の文書等に記録していたと認めたもの
 - 三 管理者が、当該医療の提供に係る医療従事者等からの事情の聴取及び、医療の安全管理のための委員会(当該委員会を開催している場合に限る。)からの意見の聴取を行った上で、当該医療の提供前に、当該医療の提供に係る医療従事者等により、当該死亡又は死産が予期されていると認めたもの

通知

- ・省令第一号及び第二号に該当するものは、一般的な死亡の可能性についての説明や記録ではなく、当該患者個人の臨床経過等を踏まえて、当該死亡又は死産が起こりうることについての説明及び記録であることに留意すること。
- ・患者等に対し当該死亡又は死産が予期されていることを説明する際は、医療法第一条の四第二項の規定に基づき、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めること。

「調査制度」の基本構造と、調査の流れ 日本医療安全調査機構HPより



□「医療事故調査制度」の基本的な考え方を振り返る

- ・ 医療の「Professional Autonomy」による判断・調査
- ・ インフォームドコンセント (Informed Consent)
- ・ 医療への信頼

「医療事故調査制度」における、“医療事故”

■ 一般的印象： 医療事故 $\equiv$ 医療過誤、エラー、見逃し

□ 本制度における定義

医療事故 $\neq$ 医療過誤、エラー、見逃し



医療に起因し(疑いを含む)
予期していなかった死亡



再発防止

- 患者・医療の安全
- 医療の質の向上

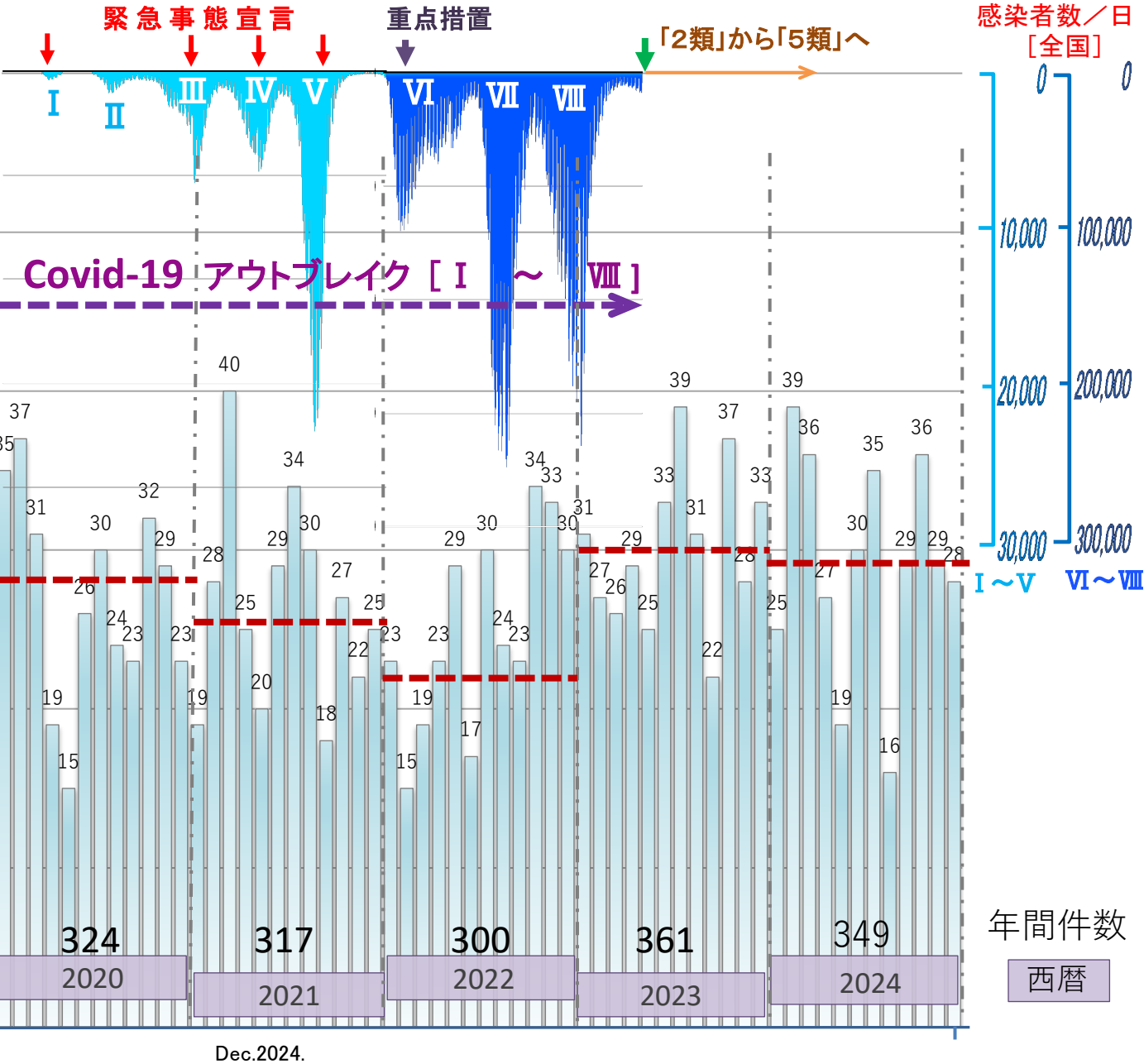
ポイント

【管理者が事故の判断】
・Professional Autonomy

【過誤の有無は問わない】

医療事故発生報告件数 [月別、制度開始からの推移]

合計: 3,258事例 / 9y3m (2015.10. - 2024.12.)



医療事故
発生報告件数/月

--- : 年平均

50
40
30
20
10
0

Oct.2015.

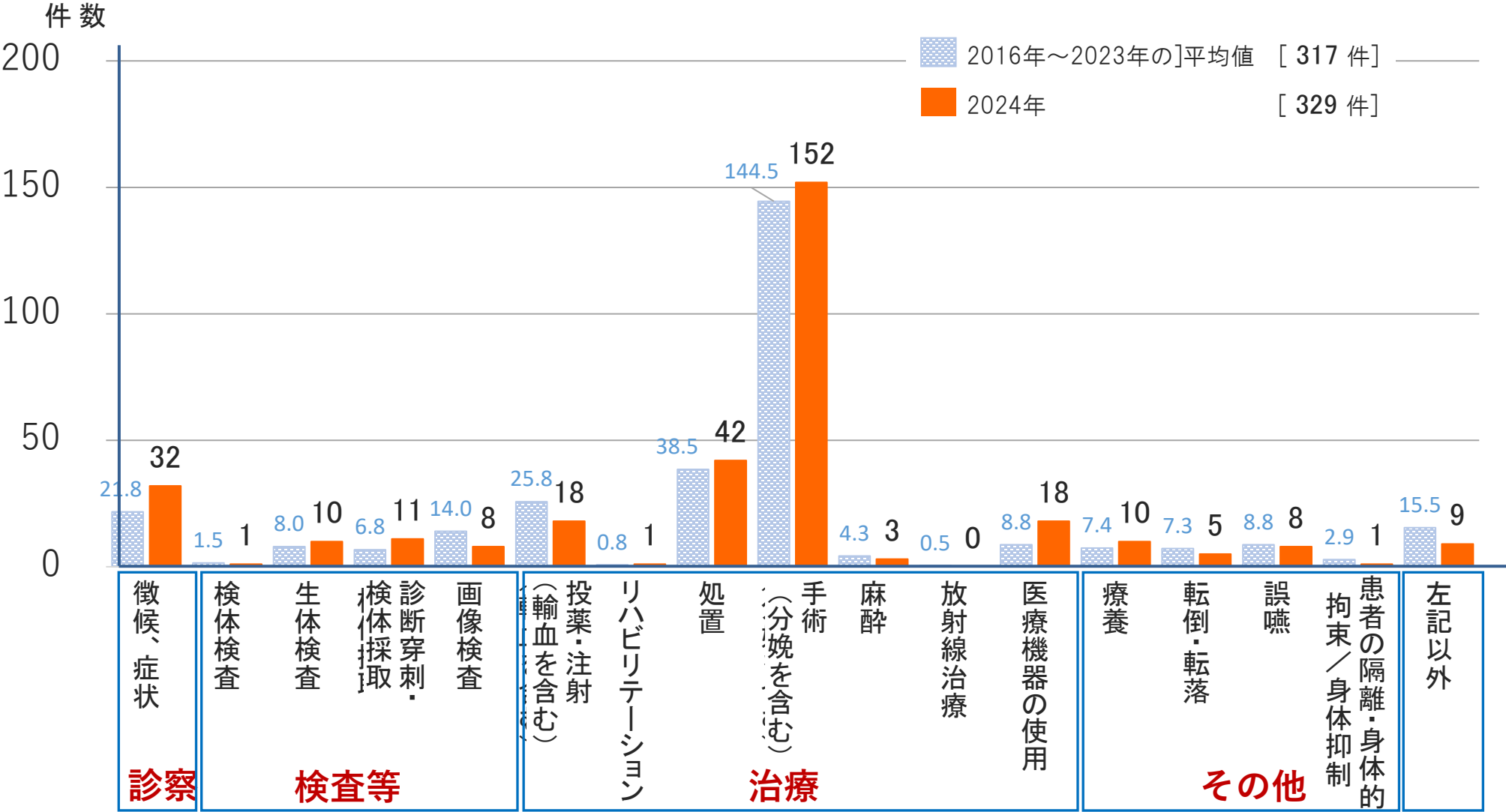
Dec.2024.

81 406 370 377 373 324 317 300 361 349
2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024

起因した医療(疑いを含む)の分類別院内調査結果報告件数

2024年報より

2015.1—2024.12.



* 「起因した医療(疑いを含む)の分類」は、厚生労働省医政局長通知（平成27年5月8日医政発0508第1号）の別添「医療に起因する(疑いを含む)死亡又は死産の考え方」に基づき、2016年～2017年は医療事故発生報告の内容をセンターが分類、集計したものであるが、2018年1月以降は医療機関から報告された院内調査結果報告の内容に基づき集計している。

* 「左記以外」には、原因不明の急性呼吸不全、死因の特定が不能なもの、急性心筋梗塞による死亡の疑い等が含まれ、分類困難だったものである。

院内調査

1. 臨床経過をまとめる

- ① 情報収集
- ② 事実の認定
- ③ 臨床経過の作成
- ④ 関係者の確認

2. 死因の検証を行う

- ① 固定観念にとらわれず、様々な情報を集めて死亡に至る可能性のある鑑別疾患を検証する
- ② 解剖やAiがなされていない場合もあり、必ずしも「死因」が解明できるとはかぎらない

3. 臨床経過に関する医学的検証・分析

- ① 検証分析ポイント表を作成し、課題があった医療行為を抽出する
- ① 抽出した医療行為に対する標準的医療を検討する
- ② 実施された医療行為を標準的医療行為と比較し検証・分析する（**事前的視点**）
 - a. 標準的医療行為である
 - b. 標準的医療行為だが改善の余地がある
 - c. 標準的医療行為から外れる
- ③ b, c の場合その背景を検証する

4. 再発防止策をまとめる（**事後的視点**）

- a の場合：再発防止策不要
- b の場合：提案型再発防止策
- c の場合：指導型再発防止策

3. 医学的検証・分析の「基準」と「視点」

• 医学的検証・分析の基準

- 基準となる「標準的医療」
- 「標準的医療」とは:

- 今日の体制下で、診療として標準的対応であるか
- 標準的医療には、複数の選択肢がある
- (1) 診療ガイドライン; 病態、社会的制約等により柔軟に適応すべき
- (2) 医師が理解する一般治療方針(医療機関による差がない【原則】)
- (3) 医療機関の置かれた状況; 設備・機能、人材、休日・夜間等

• 医学的検証・分析の視点

- 「事前的視点」
- 「事後的視点」

- 診療行為を施行する時点で、その診療の選択が適切かを分析
- 結果から見てどのような対応をすれば回避できたかの視点

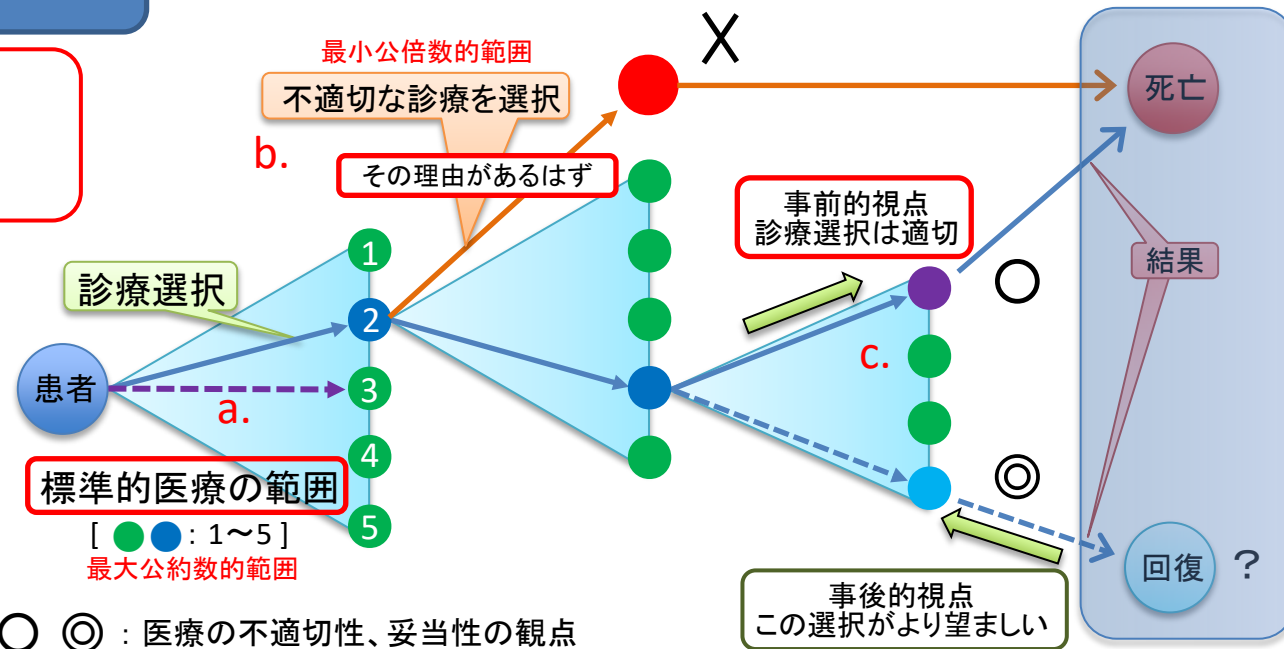
• 専門医が陥りやすい視点

「専門医の視点」: 3つの特徴:

- 「絶対これがbest」(経験、最新文献)
- 「問題外. 議論の余地なし」
- 「自分はこんなことはしない」

「専門医の視点の変化」:

- 分析の開始時点では偏り
- 検証を進めながら急速自覚、視点を調整[事故調査経験]



院内事故調査のマニュアル

院内調査の要点 2024

【日本医師会 医療安全対策委員会 答申】
医療事故調査制度における院内調査のさらなる充実に向けて

目 次

1. 事故調査報告書の位置付け・目的
2. 調査方法
3. 当該患者の症状と病態について
4. 病態の審議
5. 再発防止策の検討
6. 総括
7. 参考資料
8. 医療事故調査委員会の構成

「医療事故」関連報告数

2024年報より

合計 **3,258** 件 /
9年3ヵ月 [2015.10. ~ **2024.12.**]

項目

報告数

□ **医療事故発生報告件数**

3,258

月平均 30.8 /月 [2015～2019]

26.1 [2020～2022] ----- (コロナパンデミックの影響?)

30.1. [2023]

29.1. [2024]

□ **「院内調査結果報告書」提出数**

2,870

□ **「医療事故調査・支援センター調査」依頼件数**

273

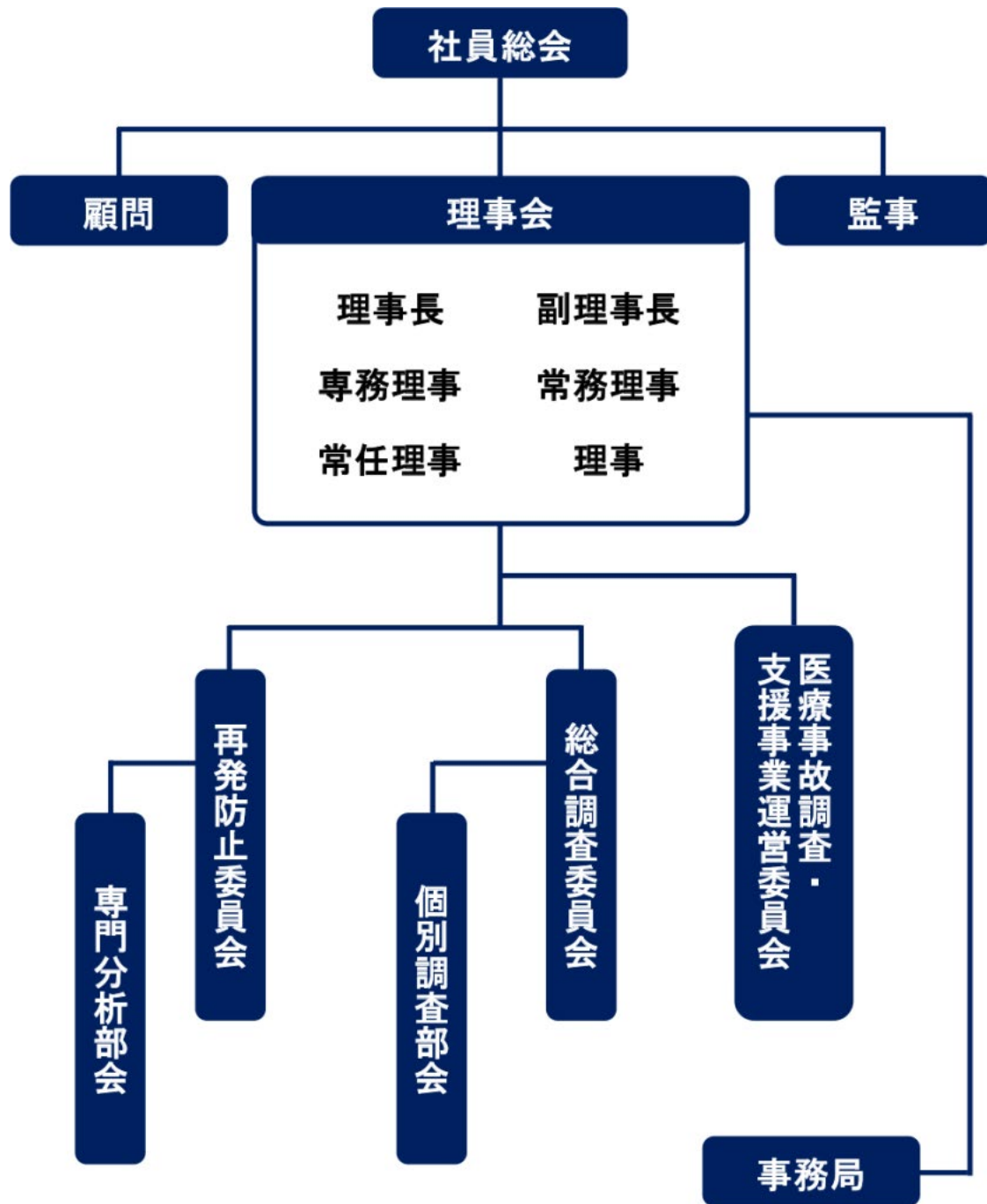
9.5 %

82%: 遺族からの依頼
18%: 当該医療機関からの依頼

□ **センター調査完了件数**

188

参考 / 日本の人口: 120,000,000



日本医療安全調査機構組織図

HPより抜粋

- 組織図上で機構職員ではない医師が関係しているのは、個別調査部会、専門分析部会が主である。
- 医療事故調査制度のセンター調査への医師参加により医療安全への理解が深まるという点で、裁判員制度への一般人の参加と類似点を感じる
- 医療安全調査機構のセンター調査で何をやっているのかを、部会や委員会に参加する機会を得たので報告する

センター調査 組織構成

総合調査委員会

構成(19名※令和7年3月10日現在) 20名以内

- 日本医師会
 - 四病院団体協議会
 - 全国医学部長病院長会議
 - 外科学会、内科学会、病理学会、 医学放射線学会
 - 看護系学会協議会
 - 病院薬剤師会からの推薦
 - 遺族代表、法律家、有識者
- 個別調査部会との兼任不可
- 当該事例の遺族や病院等との間に直接の利害関係を有する委員は審議から外れる

個別調査部会

構成(約10名)

- 協力学会などの専門学会より推薦された医療専門家
 - 調査支援医2名
 - 審議途中で必要と認めた専門家
 - 地域基幹病院の医療安全管理者(今後の予定)
- 当該事例の遺族や病院等との間に直接の利害関係ない

総合調査委員会と個別調査部会の役割

総合調査委員会

- センター調査報告書として**一定程度の基準(マニュアル)**に則っているか確認する。
- センター調査結果が院内調査結果と**異なる点について、丁寧な説明**がなされているかについて確認する。
- **社会的見地**から報告書の目的に沿っているか確認する。
- **非医療者にも理解されやすい文章**になっているかについて確認する。

個別調査部会

- 当該事例について当該医療機関等の状況を考慮した上で、**医学的、専門的な立場**から具体的な検証を行い、遺族にも理解しやすいセンター報告書案として取りまとめる。

- センター調査報告書は、個別調査部会と総合調査委員会の共同名義で作成する
- 権限等の上下関係はなく、対等の立場で、双方の意見を尊重し、必要な部分を補完することによってセンター調査を遂行する

センター調査協力学会 (69学会)～2024/12

延べ人数 1,982人

1. 日本内科学会(172)
2. 日本外科学会(156)
3. 日本循環器学会(112)
4. 日本病理学会(111)
5. 日本医学放射線学会(111)
6. 日本麻酔科学会(94)
7. 日本心臓血管外科学会(83)
8. 日本消化器外科学会(77)
9. 日本救急医学会(63)
10. 日本消化器病学会(63)
11. 日本産科婦人科学会(62)
12. 日本手術看護学会(62)
13. 日本看護科学学会(56)
14. 日本脳神経外科学会(52)
15. 日本呼吸器学会(52)

(延べ人数50人以上)

部会メンバー(255部会)

5～12名(平均7.8名)除支援医

医学会		
1	一般社団法人 日本外科学会	156
2	一般社団法人 日本内科学会	172
3	一般社団法人 日本病理学会	111
4	特定非営利活動法人 日本法医学会	0
5	一般社団法人 日本アレルギー学会	5
6	公益社団法人 日本医学放射線学会	111
7	一般社団法人 日本医療・病院管理学会	0
8	公益財団法人 日本眼科学会	2
9	一般社団法人 日本感染症学会	26
10	一般社団法人 日本肝臓学会	13
11	一般社団法人 日本救急医学会	63
12	一般社団法人 日本胸部外科学会	0
13	一般社団法人 日本形成外科学会	3
14	一般社団法人 日本血液学会	19
15	特定非営利活動法人 日本血管外科学会	21
16	一般社団法人 日本呼吸器学会	52
17	一般社団法人 日本呼吸器外科学会	26
18	公益社団法人 日本産科婦人科学会	62
19	一般社団法人 日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会	18
20	一般社団法人 日本集中治療医学会	41
21	一般社団法人 日本循環器学会	112
22	一般社団法人 日本消化器外科学会	77
23	一般財団法人 日本消化器病学会	63
24	公益社団法人 日本小児科学会	41
25	一般社団法人 日本小児外科学会	4
26	特定非営利活動法人 日本小児循環器学会	5
27	一般社団法人 日本神経学会	19
28	特定非営利活動法人 日本心臓血管外科学会	83
29	一般社団法人 日本腎臓学会	17
30	一般社団法人 日本腎臓学会	0
31	公益社団法人 日本整形外科学会	47
32	公益社団法人 日本精神神経学会	14
33	一般社団法人 日本透析医学会	11
34	一般社団法人 日本糖尿病学会	3
35	一般社団法人 日本内分泌学会	4
36	一般社団法人 日本脳神経外科学会	52
37	一般社団法人 日本泌尿器科学会	22
38	公益社団法人 日本皮膚科学会	1
39	公益社団法人 日本麻酔科学会	94
40	一般社団法人 日本リウマチ学会	3
41	公益社団法人 日本リハビリテーション医学会	2
42	一般社団法人 日本臨床検査医学会	0
43	公益社団法人 日本臨床腫瘍学会	9
44	一般社団法人 日本老年医学会	18

歯科医学会		
45	日本歯科医学会	0
46	一般社団法人 日本歯科医学会連合	4
医薬会		
47	一般社団法人 日本医療薬学会	27
看護系学会 協議会		
48	日本運動器看護学会	0
49	公益社団法人 日本看護科学学会	62
50	一般社団法人 日本看護管理学会	29
51	一般社団法人 日本看護技術学会	3
52	一般社団法人 日本看護系学会協議会	0
53	日本看護診断学会	0
54	一般社団法人 日本がん看護学会	7
55	一般社団法人 日本救急看護学会	15
56	一般社団法人 日本クリティカルケア看護学会	32
57	高知女子大学看護学会	0
58	一般社団法人 日本在宅ケア学会	2
59	日本手術看護学会	62
60	一般社団法人 日本循環器看護学会	5
61	一般社団法人 日本小児看護学会	14
62	一般社団法人 日本助産学会	30
63	一般社団法人 日本腎不全看護学会	5
64	一般社団法人 日本精神保健看護学会	5
65	一般社団法人 日本糖尿病教育・看護学会	0
66	一般社団法人 日本放射線看護学会	1
67	日本慢性看護学会	0
68	一般社団法人 日本老年看護学会	19
医療関係関連学会・団体等		
69	一般社団法人 医療の質・安全学会	13
70	公益社団法人 日本診療放射線技師会	3
71	一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会	2
72	公益社団法人 日本臨床工学技士会	31
73	公益社団法人 日本精神科病院協会	4
協力学会登録以外		
74	公益社団法人 日本栄養士会	1
75	一般社団法人 日本癌治療学会	1
76	一般社団法人 日本血栓止血学会	1
77	一般社団法人 日本甲状腺学会	1
78	一般社団法人 日本消化器内視鏡学会	2
79	一般社団法人 日本摂食嚥下リハビリテーション学会	2
80	一般社団法人 日本脳卒中学会	2
81	公益社団法人 日本理学療法士協会	1

機構設立学会 (2010. 4)

(五十音順)

第1回 全国医学部長病院長会議患者安全推進委員会・
日本医療安全調査機構 意見交換会

専門分析部会と再発防止委員会

医療事故調査機構でのセンター調査で集まった同一事故の症例を、専門家が集まり専門分析部会となり、医療事故再発防止のための提言を作成する



専門分析部会 部会員

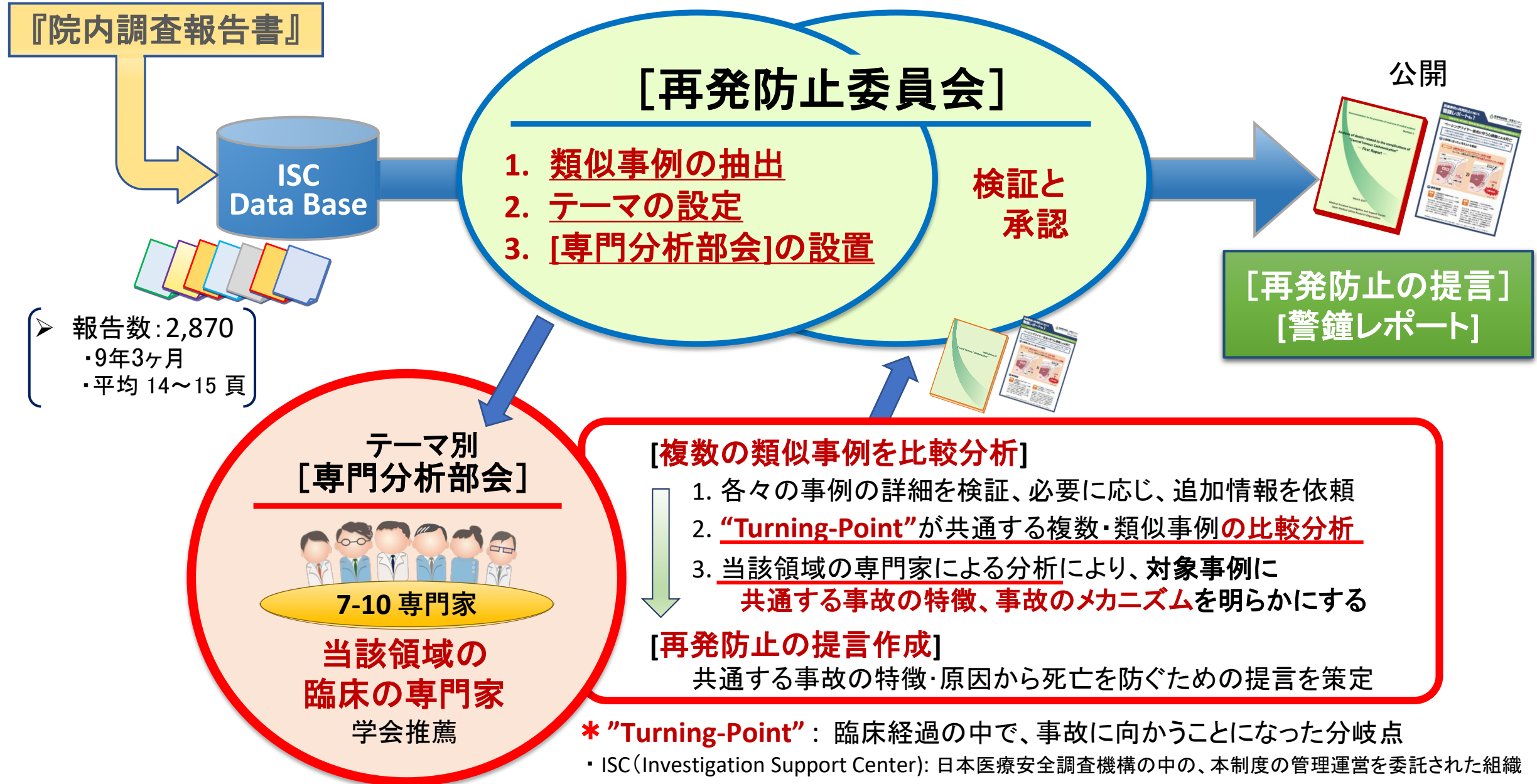
部会長	関 沢 明 彦	公益社団法人 日本産科婦人科学会	公益社団法人 日本産婦人科医会
部会員	安 達 久 美 子	一般社団法人 日本助産学会	
	池 田 智 明	公益社団法人 日本産科婦人科学会	公益社団法人 日本産婦人科医会
	櫻 井 淳	一般社団法人 日本救急医学会	
	鈴 木 恵 子	公益社団法人 日本助産師会	
	鈴 木 真	一般社団法人 医療の質・安全学会	
	照 井 克 生	公益社団法人 日本麻酔科学会	
	橋 井 康 二	公益社団法人 日本産科婦人科学会	公益社団法人 日本産婦人科医会
	長 谷 川 潤 一	公益社団法人 日本産科婦人科学会	公益社団法人 日本産婦人科医会
	濱 口 欣 也	公益社団法人 日本産科婦人科学会	公益社団法人 日本産婦人科医会

利益相反
医療事故調査・支援センターは、専門分析部会 部会員が自己申告した本提言書の内容に関する利益相反の状況を確認した。

再発防止委員会 委員

委員長	松 原 久 裕	地方独立行政法人 さんむ医療センター 疾病予防センターセンター長
副委員長	後 信	九州大学病院 医療安全管理部 部長・教授
委 員	荒 井 康 夫	北里大学未来工学部 大学院未来工学研究科 准教授
	上 野 道 雄	公益社団法人 福岡県医師会 参与
	加 藤 良 夫	宗法律事務所 弁護士
	隈 丸 拓	横浜市立大学データサイエンス研究科 教授
	児 玉 安 司	新屋総合法律事務所 弁護士
	小 松 原 明 哲	早稲田大学理工学術院 創造理工学部経営システム工学科 教授
	坂 井 浩 美	公益社団法人 東京都看護協会 教育部 次長
	坂 井 喜 郎	公益社団法人 日本精神科病院協会 理事
	寺 井 美 峰 子	公益財団法人 田附興風会 医学研究所北野病院 看護部長
	原 真 純	帝京大学医学部附属溝口病院 病院長
	藤 原 慶 正	公益社団法人 日本医師会 常任理事
	布 施 明 美	公益社団法人 日本助産師会 理事
	舟 越 亮 寛	一般社団法人 日本病院薬剤師会 常務理事
	松 井 豊	独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 医療機器安全対策・基準部 医療安全情報管理課 課長補佐
	松 本 守 雄	一般社団法人 日本医学会連合
	門 司 達 也	公益社団法人 日本歯科医師会 理事
	矢 野 真	日本赤十字社 総合福祉センター
	山 口 育 子	認定NPO法人 ささえあい医療人権センターCOML 理事長

『再発防止策』策定の手順



報告事例の分析と再発防止策の作成

■ これまでに公表した「医療事故の再発防止に向けた提言」

2017年3月～2024年12月まで(7年9か月)

※英

公表年	号数	テーマ	公表年	号数	テーマ
2017	1	中心静脈穿刺合併症-第1報-※	2020	11	肝生検
2018	2	急性肺血栓塞栓症※		12	胸腔穿刺
	3	注射剤によるアナフィラキシー※	2021	13	胃瘻造設・カテーテル交換
	4	気管切開術後早期の気管切開チューブ逸脱・迷入		14	カテーテルアブレーション
	5	腹腔鏡下胆嚢摘出術	2022	15	薬剤の誤投与※
	6	栄養剤投与目的に行われた胃管挿入		16	頸部手術に起因した気道閉塞※
2019	7	一般・療養病棟における非侵襲的陽圧換(NPPV)及び気管切開下陽圧換(TPPV)	2023	17	中心静脈カテーテル挿入・抜去-第2報(改訂版)-※
	8	救急医療における画像診断		18	股関節手術を契機とした出血
	9	入院中に発生した転倒・転落による頭部外傷	2024	19	肺動脈カテーテル(第1部開心術編/第2部検査編)
2020	10	大腸内視鏡検査等の前処置		20	血液検査パニック値



報告事例の分析と再発防止策の作成

■ 医療事故の再発防止に向けた『警鐘レポート』(2024年創刊)

- ・目的：迅速な注意喚起
- ・内容：報告された事例を分析し、原因や対応策の要点をイラスト付きで 簡潔にまとめる。
- ・分量：A4サイズ表裏1枚
- ・作成期間：半年程度

No.1 ペーシングワイヤー抜去に伴う心損傷による死亡(2024年11月)

医療事故の再発防止に向けた

医療事故調査・支援センター

2024年11月発行

2024年11月発行

心臓血管外科、集中治療科、特定行為に係る看護課、開心術後の患者に關する医療安全委員の報告へ

医療事故の再発防止に向けた警鐘レポートNo.1

心臓手術で心表面に留置した一時的体外式ペースティングワイヤーを抜去した際、心臓傷により心室内出血をきたし、大量出血のため死亡した事例が3例報告されています。

ペースティングワイヤー抜去に伴う心臓傷による死亡

心臓傷に至ったと考えられる要因

心臓手術で心表面に留置した一時的体外式ペースティングワイヤーを抜去した際、心臓傷により心室内出血をきたし、大量出血のため死亡した事例が3例報告されています。

心臓傷に至ったと考えられる要因

心臓傷に至らないために

死亡を回避するために

事例概要

事例1

事例2

医療事故調査・支援センター

医療事故の再発防止に向けた警鐘レポートNo.1

No.2 注射剤の血管内投与後に発症したアナフィラキシーによる死亡(2025年3月)

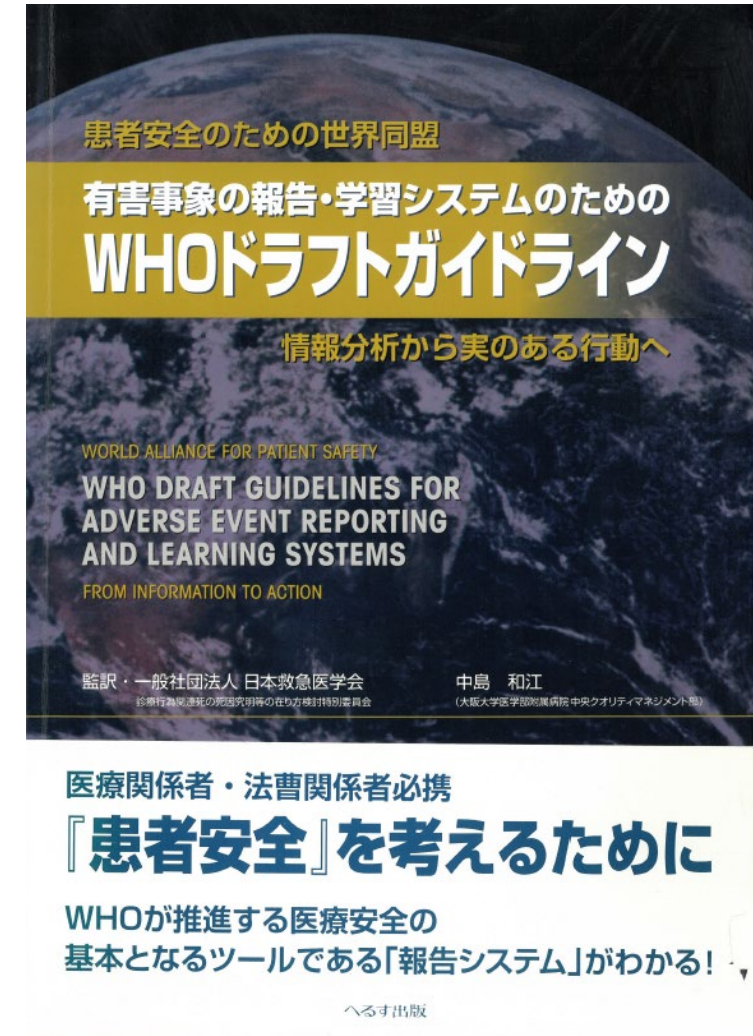
[illegible]

医療は複雑系でヒューマンエラーを防ぐことは困難

- 社会技術システムと呼ばれる医療、航空、鉄道等の産業では刻々と変化する状況の中で、人々は絶えず周囲の環境に適応し続けながら、職業上求められる機能を果たしている。この様にダイナミックに変化し続けるタイプの複雑なシステム（複雑適応系）で行われることは、設計通りに厳密に制御したりするには限界がある（中島和江 JJE 2017）。
- 医療従事者が引き起こすヒューマンエラーを完全に無くすことは困難であり、ヒューマンエラーを重大な事故に繋げないためのシステムを構築すること（システムアプローチ）が必要である。

WHOモデル（世界標準）

- WHOは医療事故対応を「報告→分析→学習→改善」というサイクルで捉える。
特徴：非懲罰・独立性・匿名性・システム重視
→ 目的は責任追及ではなく再発防止
- 懲罰があると報告されなくなり、医療事故を防ぐための分析が出来ず、学習や改善のサイクルに繋がらないことをWHOはよく解っている



現在の日本の医療事故調査制度では

- 医療法・施行規則により医療事故調査制度が整備。
WHOモデルに近いが、医師法21条(警察届出)と刑事責任が並存。
→ 医療安全ルートと刑事ルートが同時に存在
- 現場での判断フロー
 - ① 予期されていた死亡か
YES → 医療事故に該当しない可能性
NO → 医療事故
 - ② 犯罪性の有無
NO → 医療事故調査のみ
YES → 警察へ届出(医師法21条:異常死の届け出)
 - ③ 過失の程度
軽微 → 民事(無過失補償で減少するのか?)・行政
重大 → 刑事責任

イギリスの制度との比較

- イギリスのコロナー制度（中世からある）
 - 報告制度が独立した公的機関で報告内容は法的に保護
 - ・ 刑事は例外的 → 報告文化が維持され、学習が進む
- 日本との違い
 - 日本：報告と訴訟が近い → 非懲罰性の問題が未解決
 - 英米：報告は保護される → 安全文化が機能

まとめ

- 日本での医療事故調査制度は設立してから10年あまりが経過した。
- 提供した医療に起因した管理者が予期しなかった死亡を医療事故と定義し、この制度の下で院内事故調査、管理者や遺族の必要に応じてセンター調査、症例の分析を通して再発防止策の確立を行ってきた。
- センター調査に医療安全の専門家がもっと関与する仕組みの確立、医療事故調査報告書の裁判利用の問題、医療事故調査をWHOが提言するような非懲罰・システム重視として学習と改善のシステムにしていく等の、検討すべき課題がある。
- 国民の理解を得る努力がキーとなると感じる（私見）。