

厚生労働大臣 加藤勝信 殿

医療事故調査制度の運用改善及び制度改革 についての要望書

医療情報の公開・開示を求める市民の会
(代表世話人 勝村久司)

医療情報の公開・開示を求める市民の会（以下、当会という）は、1996年に被害者やその家族・遺族、さらに弁護士や医療関係者を含む支援者が中心となり設立された市民団体である。以後、悲惨な薬害・医療被害が繰り返されないこと、真のインフォームド・コンセントが実現されること等を目指して、カルテ・レセプト開示、自治体や国の医療に関する情報の公開等を求めて長年にわたり活動を続けてきた。

この度、2020年9月末をもって、医療事故調査制度が、制度開始から5年を経ることを機に、現行医療事故調査制度の運用の改善及び制度改革を求め、以下の通り要望する。

はじめに

当会は定期的に医療事故に関する相談会を開催するなどして、被害に遭われた方々からの相談を受けており、その中で医療事故調査制度に関わる問題をいくつか把握した。それらの事例を踏まえ、1項以下の要望を行うものである（把握した事例の概要は末尾の「別紙」の通りである）。

1 対象範囲の適正化について

医療事故調査の対象事例は、「医療従事者が提供した医療に起因し、または起因すると疑われる死亡・死産で予期しなかったもの」と定められている（医療法6条の10）。

しかし、我々は、この定義を適切に理解したうえで医療事故調査がなされているのかについて懸念を持たざるを得ない事例を把握している。

(1) 予期可能性

我々が把握している事例のなかには、管理者が予期していたものとして事故調査がなされない、調査開始にあたって強い抵抗を示す事例が多数あった。

例えば、手術における合併症として事前説明されていた症状が発生したものの、その後、同合併症に対する一定の対応がなされ、症状が安定したと当該医療機関自身が判断したが（少なくとも、担当看護師がそう判断していたが）、症状が悪化して死亡した、という事例もあった（事例①）。当該医療機関は、予期していた死亡であったとして、当初院内事故調査を行うことに強い抵抗を示した。遺族がセンターに問い合わせ、当該医療機関に対しても粘り強く働きかけたこともあって、最終的には院内事故調査が開始されたが、院内事故調査の結果は、およそ何ら問題がないと判断するものであった。

しかし、その後なされたセンターの調査では、当該医療機関において、いくつかの局面において「望まれる」対応がとられていなかったことが指摘された。

、事故調査制度が開始するまでに何度も確認されたことであるが、当該疾患や当該手術による死亡の一般的な割合を告げておけば予期していた死亡であり、医療事故調査を行わなくて

も良い、という訳では決していない。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予期していたか否かは判断されねばならない。

したがって、事前の説明書に手術の合併症として挙げていれば全て予期できたものとして調査を行わないとするのではなく、当該事例の具体的経過を踏まえ個別具体的に判断すべきことを改めて周知徹底すべきことを要望する。医療機関が、「入口」の手術前の説明内容と「出口」の死亡事実だけで、予期していたかどうかを判断しないよう、制度の趣旨、内容、調査の対象となる「医療事故」の定義を改めて詳細に説明する機会を設けることを要望する。

(2) 医療起因性

入院中にベッドから転落（しかも、続けて2度転落）したという事例について、医療に起因したものではないとして当該医療機関が調査を行わないというものがあった（事例②）。

しかしながら、医療起因性は、提供した医療に関連のないことが明らかな、具体的には施設の火災や院内で起きた殺人事件などが除外されるに過ぎないと考えるべきである。特に、ベッドからの転落事故などは、ベッドの構造上の改善が必要な可能性も含め、病院において常に課題とされているものであり、かつ、入院時には、転落リスクが、当該患者に投与される医薬品の内容や疾病の内容、治療行為の内容、従前の生活環境等を踏まえ医学的に判断されるのであって、これを事故調査の対象から外すべきではないと考える。

この点、既にセンターが2019年6月に「入院中に発生した転倒・転落による頭部外傷に係る死亡事例の分析」を公表しているところであり、ベッドからの転落事故が事故調査の対象である「医療事故」であるとして、多くの医療機関から報告のなされていることが理解できる。

したがって、医学的要因とは明らかに別の原因によって招来されたものを除き、事故調査の対象外とはしないことを周知徹底するよう、要望する。

(3) 訴訟や紛争可能性が調査不開始理由にならないこと

我々が把握している事例のなかには、医療過誤が疑われ、提訴がなされた後に当該患者が死亡した為、遺族が事故調査の開始を求めたところ、訴訟が係属していることを理由に、調査を行わない、或いは、行っているかどうかを明らかにしないと回答したものがあった（事例③）。

しかし、医療事故調査を開始する要件は、調査対象となる「医療事故」の定義によって明らかにされており、民事責任の追及（の可能性）が、調査を行わない（中断する）事由とならないことは明白である。

ところが、実際には、民事責任を追及される可能性、紛争となる可能性、訴訟係属を理由として調査を行わないとの対応をとっている医療機関が依然存在する。このことは由々しき事態であり、かような理由で調査を開始しない（調査を中止する）ことは出来ない旨を周知徹底するよう、要望する。

2. 調査について

(1) 調査手法

我々が把握している事例のなかには、どのように事実を認定したのかが明確ではない、特に産科であったために当該医療行為の流れを患者側も認識できているにもかかわらず、全く患者側には事実経過についての事情聴取を行わない、患者側の認識する事実と大きく異なっている、医療機関側の主張する事実のみを前提にして事故調査をするというものがあった（事例④）。

したがって、事故調査の手法に関し留意すべき点につき周知徹底すべきである。特に、前

提となる事実を適切に認定することは極めて重要であるので、その事実関係に争いがある場合には、例えば医療過誤訴訟における臨床経過一覧表等を参考にして、前提となる事実争いがないのか、認定根拠は何か（カルテ記載か、その記載はいつなされたか、医師の説明だけか、遺族らの認識との間に食い違いはないか等）を明記することを周知徹底するよう、要望する。更に評価の前提となる医学的知見の根拠については、文献やガイドラインなどを具体的に示すようにすべきである。また、医学的評価について、調査委員会内部の知見に限定することなく医師会やセンターにも容易に照会できる体制を整えることを要望する。

(2) 調査委員会の構成

当該医療事故に関して、当該医療機関の代理人として対応している弁護士が、その後、調査委員会の構成員として活動するという事例があった（事例⑤）。「中立公正」の意味や、第三者の関与の在り方等については、これまでも議論がなされてきたが、少なくとも、当該医療機関を代表する者、代理する弁護士、直接当該医療行為を行った者は調査委員から外すべきである。現場の実情については、上記以外の当該医療機関の者を構成員に入れる、それら当事者からのヒアリングを充実させることで十分対応できると思われる。

また、外部委員については、形式的には外部の組織に所属しているものの、数年前まで当該医療機関に勤務していた等、実質的には「外部」の目で判断するという機能を果たせないのではないかと危惧される事例もあった（事例④）。したがって、過去の経歴からしても利害関係を疑われない委員が入ることが望ましい旨も周知すべきことを要望する。

(3) 再発防止策の記載

我々が把握している事例のなかには、再発防止策の項目が存在しない報告書があった（事例①）。但し、この事例についてのセンター報告書では、多くの箇所で「～することが望まれる」との記載があった。この点、医療事故調査制度がスタートするまでの議論のなかで、再発防止策を記載すると、その部分だけが過大評価され、当該医療機関がなすべきことをなさなかったと誤解されて責任追及されてしまう恐れがあるので、再発防止策を記載すべきではないという意見を述べる論者がいたところである。

しかし、再発防止策は、当該事例を踏まえ、教訓として、更に医療を充実させる為に記載するものである。そもそも、この記載が、リアルタイムの時点で全て要求し得たものではない旨が十分周知されていないことこそ問題である。

したがって、そのことを報告書にも明記するなどして明らかにし、他方、再発防止策の項目は必ず設けたうえで、検討したが防止策はなかったというのであれば、そのこと自体を記載するよう、周知することを要望する。

3. 調査終了時の遺族への説明について

我々が把握している事例のなかには、事故調査終了後になされる遺族への説明が極めて不十分で、遺族がその内容を正確に理解できないものがあった（事例④及び⑥）。

したがって、遺族に対する説明は、遺族の望む形で行われること、報告書の交付を原則とすること、少なくとも説明した内容を当該患者のカルテに記載することを周知するよう要望する。

また、遺族が、当該調査が院内事故調査であるのか、センターの事故調査であるのかさえ理解できていないものもあった（事例⑥）。その事例では、当該医療機関が、事故調査制度について具体的な説明をなさず、また、院内事故調査に不満がある場合にはセンターに対して改めて事故の調査を求められることについて説明をしていなかった。その際、医療事故調査に関するリーフレットを渡すだけで、医療機関が事故調査の内容を説明しないことも問題である（事例④及び⑥）。医療機関はリーフレットを渡すだけでなく個別具体的に事故調査について説明すべ

きであることを周知するよう要望する。

なお、リーフレットは小さな文字でメリハリなく書かれているので、市民には分かりにくい。したがって、院内事故調査が終了した段階での説明は遺族が希望する方法で行うよう努めなければならないこと、院内事故調査とセンター調査の2つの調査の違いをわかりやすく説明し、があり、遺族がセンター調査を依頼することができることなど、重要なポイントについては、強調する形に改めるよう要望する。

4. 医療事故調査・支援センターの制度改革の提言

以上は、我々が把握した問題事例を踏まえ、現行の医療事故調査制度を前提として、主として、その運用の改善を要望したところであるが、同制度を公正に運用し、医療安全の実を挙げるためには、医療事故調査・支援センター（以下「調査・支援センター」という。）の権限及び機能の拡充等の制度改革が必要不可欠と考える。そこで、以下においては、5年を経た医療事故調査制度の改革について提言する。

(1) 【提言 1】

遺族等から相談があった場合において、センター合議をしたうえで、「医療事故として、報告及び院内調査の実施を推奨する」か否か等の結果を当該遺族等及び当該医療機関に伝達する制度に改革すべきである。

【提言の理由】

現行の制度では、遺族等が医療機関に対して、医療事故調査の実施を要望したところ、当該医療機関が「医療事故」に該当しないとして、調査を実施しようとしなかった場合において、遺族等が調査・支援センターにその旨の相談したとき、同センターは、相談内容等を医療機関に伝達することになっている（厚生労働省医政局総務課長通知・平成28年6月24日）。このように、単に遺族等の相談内容を伝達するだけでは、当該医療機関が、当該事案が「医療事故」に該当するか否かを再検討することは少なく、本来は調査が実施されるべき「医療事故」であったとしても、院内調査がされないまま放置されることになってしまう。

この点、現在、医療機関が、調査・支援センターに対し、当該事案が「医療事故」に該当するか否かを相談した場合には、同センターは、医療機関に対する支援として、同センターの複数の専門家らにより合議を行い、「医療事故として報告を推奨する」か否か等の結果を医療機関に助言として伝えている（「センター合議」という。）

そこで、遺族等から相談があった場合においても、センター合議をしたうえで、「医療事故として、報告及び院内調査の実施を推奨する」か否か等の結果を当該遺族等及び当該医療機関に伝達する制度に改革すべきである。

(2) 【提言 2】

医療機関がセンター合議に基づく助言に反して、医療事故として報告をせず、医療事故調査を実施しなかった場合には、調査・支援センターは、指導、勧告等を行うこととする。これに対して、医療機関がその指導、勧告等にも応じなかった場合には、同センターは、当該医療機関名を公表する等の措置を講じることができるようにすべきである。

【提言の理由】

調査・支援センターの2019年年報によると、2019年には、医療機関が、同センターに対し、当該事案が「医療事故」に該当するか否かを相談した場合において、同センターがセンター合議をし、「医療事故として報告を推奨する」という結果を医療機関に助言した37件のうち16件（43.2%）は、上記助言にもかかわらず、医療事故として報告されなかったという。

このように、医療機関は、センター合議に基づく助言に反して、医療事故調査を実施しなかったとしても、何の制裁等も受けることもなく、多くの事例が調査されないまま放置されているのである。

そこで、医療機関が、センター合議に基づく助言に反して、医療事故として報告をせず、医療事故調査を実施しなかった場合には、調査・支援センターは、指導、勧告等を行い、医療機関がその指導、勧告等にも応じなかった場合には、当該医療機関名を公表する等の措置を講じることができるようにすべきである。

なお、上述(1)の制度改革をした場合に同様に、当該医療機関が、センター合議に基づく伝達に反して、医療事故として報告をせず、医療事故調査を実施しなかった場合には、調査・支援センターは、指導、勧告等を行い、当該医療機関がその指導、勧告等にも応じなかった場合には、当該医療機関名を公表する等の措置を講じることができるようにすべきである。

(3)【提言 3】

遺族等または医療機関からの相談により、センター合議をしたうえで、「医療事故として、報告及び院内調査の実施を推奨する」と判断した場合において、当該医療機関が、報告及び院内調査を実施しないときは、調査・支援センターが、独自に事故調査を実施できるようにすべきである。その調査結果は、遺族等及び医療機関に報告するものとする。

【提言の理由】

現行制度においても、医療事故が発生した医療機関の管理者又は遺族は、医療機関の管理者が医療事故として調査・支援センターに報告した事案については、同センターに対して調査の依頼ができる（医療法6条の17）。

しかし、現行制度では、医療機関が、医療事故として報告をしなかった場合には、調査・支援センターは、医療事故調査をすることができない。

そこで、遺族等または医療機関からの相談により、センター合議をしたうえで、「医療事故として、報告及び院内調査の実施を推奨する」と判断した場合において、当該医療機関が、報告及び院内調査を実施しないときは、調査・支援センターが、独自に事故調査を実施できるようにすべきである。

(4)【提言 4】

医療機関による院内調査と調査・支援センターによる調査が実施された場合において、双方の調査結果に相違があったときには、同センターは、当該医療機関に対し、上記相違点等に関し、補充の院内調査を実施し、その結果を同センター及び遺族等に報告することを指導、勧告できるようにすべきである。

【提言の理由】

院内調査と調査・支援センターによる調査の双方が実施され、例えば、院内調査では医療行為に特に問題はないとされたが、センター調査では改善を求める事項があるという結果になったような場合には、再発防止措置を講じるには、再度院内調査が実施される必要がある。双方の調査結果に相違があるのに、そのまま放置されるようなことがあってはならない。

(5)【提言 5】

調査・支援センターが再発防止・医療安全のために有意義と判断した報告書については、個人や医療機関等が特定されないように配慮したうえで、要約版を公表するシステムを創設すべきである。

【提言の理由】

現在、調査・支援センターは、収集した院内調査報告書を整理・分析して、再発防止策と

して、提言をまとめ、公表しているが、個別の院内調査報告書及び調査・支援センターが実施した調査報告書は一切公表されていない。

個別の院内調査報告書及び調査・支援センターが実施した調査報告書も、再発防止・医療安全のために有意義な情報が含まれており、国民が共有することが望ましいと考えられる。

そこで、まず、調査・支援センターが再発防止・医療安全のために有意義と判断した報告書については、個人や医療機関等が特定されないように配慮したうえで、要約版を公表するシステムを創設すべきである。なお、医療機関によっては、院内事故調査の報告書の概要を個人情報に留意した上で公表している。このように、自主的に院内事故調査の報告書の概要を報告している医療機関があることは高く評価したい。

調査・支援センターは、医療機関に対し、院内事故調査の報告書の内容を公表することを推奨し、医療事故の調査結果を広く共有することが医療安全を推進するうえで有意義であることを改めて周知徹底すべきである。

5. 広報の充実について

当会は、医療事故調査制度の開始から1年以上経った2017年2月11日～12日に「医療事故調査制度ホットライン」を実施した。関西を中心に約60件の電話相談があり、その内11件が医療を受けていた患者の死亡事例で、かつ、全てが医療事故調査制度の開始以降の事故だった。ホットラインに電話をかけてきた遺族にとっては全て予期せぬ死亡事例であったが、全ての事例で、医療機関からは、事故調査制度に関する説明さえ一切なく、遺族は制度自体を知らないままだった。「医療事故調査制度ホットライン」という名称だったが、「医療事故」というキーワードに反応し、藁にもすがる思いで相談をされてきた遺族がほとんどだった。

そもそも、当会はボランティア団体であるために電話相談に応じるにも限界があり、「ホットライン」の実施についての告知は極めて限定的にしており、電話相談の件数は、まさに氷山の一角と考えられる。したがって、現状では、多くの遺族は、この制度を知らないために、医療機関に対して、事故調査を行うよう要望すること自体出来ないでいるはずである。

国は、医療事故調査制度についての国民への広報をもっと充実させるべきであり、例えば、「医療事故」のキーワードを打ち込んでインターネットで検索すれば、厚生省の医療事故調査制度に関するHPがトップに表示されるようにするなどの工夫をするべきである。

また、厚生労働省のHPの医療事故調査制度の解説のページは、Q&Aの内容を含めて、5年前からほとんど更新されておらず、かつ、医療機関に向けた解説に偏っており、国民に対する広報の視点が欠如していると言わざるを得ない。

制度開始から5年が経ち、実際に事故調査がなされた内容をHPに網羅するなどして、例えば、どのようなケースが「予期していた」と言えるのか、言えないのかについても、これまで以上に具体的に示すことが可能であるはずだ。そのような努力が、医療事故の再発防止を願う遺族や医療機関の助けになり、その結果が、医療の質と患者安全の向上につながるのである。厚生労働省のホームページ等で一般国民向けに制度をわかりやすく解説することを要望する。

おわりに

医療事故調査制度よりも早く2009年に創設された産科医療補償制度は、原因分析委員会が、同種の事故を繰り返すおそれのある医療機関を個別に指導するなど当該医療機関の事故の再発防止の機能を有し、また、再発防止委員会が、多くの原因分析報告を元に医療者が学習すべき再発防止策を提言するなどして、全国の医療機関における事故の再発防止の機能を有している。ところが医療事故調査制度は、産科医療補償制度でいうところの後者の機能しか担えていない。そもそも、産科医療補償制度は、対象範囲の事例をほぼすべて原因分析できているが、医療事故調査制度は、それができていない上に、そもそも対象事例が十分に報告されておらず把握できていない。

また、産科医療補償制度は制度開始6年目には見直しの議論を経て対象範囲を拡大し、さらに本日、二度目の制度見直しの議論を開始した。医療事故調査制度も、運営改善の議論は現状の制度下で運営を担う調査・支援センターに委ねる部分があるとしても、医療法に基づく制度であるのだから、制度改革の議論は、医療安全推進室を持つ厚生労働省自らがすぐに着手すべきである。医療事故の再発防止と患者安全の推進、医療の質の向上を願い、以上を要望する。

(別紙) 事例集

① 当該結果を予期していたとして一度は調査を拒否されたが、センター調査に至った事例

患者がステージⅠAの胃癌と診断され、腹腔鏡下幽門側胃切除の手術を受けたが、経口摂取再開後、縫合不全と判断された。その結果、ドレナージが実施されたが、十分な効果は得られず、ドレナージの位置変更等の対応が求められる状況であった。しかし、病院はドレナージの位置変更は不要、経過観察によっても問題がないと判断した。また、その後、当該患者に貧血の進行が認められ、意識を消失し転倒することもあったが、そのイベントについても速やかに回復したと判断された。かような状況のなか患者は呼吸停止となり、死亡するに至った。

本件については、院内事故調査の対象となる死亡事例であったかどうか自体が争われた。事故直後、遺族は本制度を知らなかったが、後日、たまたま医療関係者の友人と話す中で本制度を知り、制度について調べて当該病院に申し出たら、病院幹部が集まって面会し、事故調査をすると明言。しかし、後日、病院長が「予期していた」と判断したので事故報告は取り下げることにする、と病院より連絡があった。遺族は納得できず、センターに連絡を取るなどして、当該病院に対する粘り強い交渉を重ねた結果、最終的には院内事故調査がなされたものの、報告書において「検討を重ねた結果、本件は事故調査報告には該当しないとの結論に至った。」「術後偶発症とそれに伴う合併症により不幸な転機をたどった」と記載された。

ところが、その後なされたセンター調査（この調査が、本制度のセンター調査の第一号である）の結果には、院内事故調査の結果との間に多々「違い」がみられた。センターの報告書では各所において「～をすることが望まれた」との記載があり、本件の具体的な経過を踏まえれば、「望まれる」判断や対応がなされないまま当該患者が死亡したと言える。

② 医療に起因していないとして調査が行われなかった事例

糖尿病と診断された患者が指導入院した翌日ベッドから転落した（この時点ではベッドに柵は一切設置されていなかった）。しかし、病院は転落事故後改めて当該患者の転落危険評価をせず、2点柵の設置しか対応をしなかった。その2日後患者は再度ベッドから転落し、転落後意識不明の状態に陥り、その後のCT検査から重篤な脳挫傷と診断され、回復することなく、死亡した。病院は、本件は医療事故調査の対象となるケースではないとして事故調査を実施しない、但し別途院内で検討した結果病院に過失はなかったと判断した、その検討内容は明らかにしないと回答している（現在、訴訟係属中である）。

③ 訴訟係属を理由として調査が行われず、センターの指導も不十分だった事例

患者が脳血管塞栓術後、強度の脳腫脹からの重度低酸素脳症及び脳死状態に至り、その後、敗血症で死亡した。診療記録には、「治療を行ったことが影響していることは間違いない」「想定外の脳浮腫が起きた為このような状態になった」「原因は不明である」などの記載があるにもかかわらず、病院側は、患者死亡前に提訴がなされていた為、「現在訴訟中の為、訴訟代理人を通さなくては、調査を行っているかも含めて何もお答えは出来ない」と回答した（院内事故調査を開始する際には、遺族にその旨伝えるので、院内事故調査は行っていないものと解される）。また、遺族はセンターに対し、当該医療機関に調査を行うよう指導して欲しい旨要望

したが、センターからは「伝える」との回答しかされなかった。

④ 院内事故調査の開始時、調査時、調査終了時において種々の問題が認められた事例

何度も吸引分娩がなされ、娩出後赤ちゃんが死亡した。事故後、遺族から何度も交渉を求める中で、病院は「これまでの事故では、ほかの方は、説明をしたら皆、納得してくださったのですが、何度説明しても納得してもらえないなら、客観的な事故調査委員会をします」と述べた。但し、医療事故調査制度に関する説明はなく、3つ折のリーフレットを渡されたのみであった。更に事実経過の大幅な間違いを何度指摘しても無視して事故調査がなされた。病院側が作成する院内事故調査報告書における事実経過は、被害者の記憶と大きく異なっていた。特に、実際は何度も繰り返された吸引分娩やクリステルの回数がほとんどなされていなかったかのような記載になっていることを再三指摘したが、結局、病院側が主張する一方的な事実経過だけによって、事故調査は行われた。また、調査委員はほとんどが院内の人間であり、3名の外部委員も、病院と何らかの関係のある者ばかりであった。

更に事故調査終了後、概要の書かれたものが送られてきたが、わずか2枚だった。納得できない旨を伝えたが、次に送られてきたのは5枚程度で、説明会を求めて、ようやく全14ページの報告書が手渡された。

⑤ 院内事故調査委員会の公正さが疑われる事例

深頸部縦隔感染症に罹患していた患者に対し、病院がエコー検査やCT検査を行ったうえで、抗生物質を3日分処方して帰宅させたところ、その日の晩に患者が死亡した。患者死亡後、遺族の依頼した弁護士が調査を行い、検討結果（病院の対応に問題が存する旨の結論を得たこと）を前提に病院に通知したところ、その後、院内事故調査委員会が立ち上げられた。

しかし、遺族側代理人に対して、当該医療機関の代理人として回答した弁護士も調査委員となり、調査の結果当該医療機関には問題がなかったと判断した、との結論を出した。

⑥ 遺族が院内事故調査とセンター調査の違いを理解できなかった事例

旅行先で頭痛になり救急搬送となった患者が、旅行先の医療機関での検査の結果、異常はなく投薬治療により頭痛は改善し帰宅となった。原因は片頭痛と判断されたがこの時の検査で偶然、未破裂脳動脈が発見された。後日、診療情報提供書を持参し地元の病院で診察。当該病院での検査の結果脳卒中ガイドラインに基づき、くも膜下出血予防の為手術を推奨していると言われる。余命年数が長い程、年々破裂のリスクが高くなり、破裂した場合にはくも膜下出血となり生存率は3分の1で残りは合併症により後遺症が残るか死亡すると説明される。治療としては動脈瘤の位置からしてもコイル塞栓術に適していて、治療のしやすい部位であり、侵襲性が低く一週間程度の入院で済みますと説明される。コイル塞栓術を受けたが、術中に血管損傷によりくも膜下出血となり意識が回復することなく2週間後に死亡した。

遺族がネット等で医療事故について色々調べた結果、院内事故調査制度を知り、調査を病院側に強く要請した結果、医療事故調査が実現した。但し、開始時に医療事故調査制度に関する具体的な説明はなく、3つ折りのリーフレットが渡されたのみであった。その後丸一年待たされて、調査結果が渡される際に内容が読み上げられた。全く納得できない内容だったが、それが院内調査であって、不服があれば更にセンター調査を依頼できる旨の説明はなかった。その為遺族は、それがセンター調査であると勘違いさせられ、医療事故調査制度に基づく調査の結果なのだから不満があっても、これ以上どうしようもないと認識してしまった。その認識の誤りについては、当会に相談があるまで、1年以上続いていた。

以上