

平成 23 年度 厚生労働科学研究費補助金

地域医療基盤開発推進研究事業

医療事故発生後の院内調査の在り方と方法に関する研究

(H23－医療－一般－003)

総括・分担研究報告書

研究代表者 飯田 修平

平成 24 (2012) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告	
医療事故の原因究明体制に関する研究	1
II. 分担研究報告	
医療事故報告書の作成過程についての検討	19
医療事故の原因究明体制に関するヒアリング調査	25
III. 巻末資料	
アンケートの調査項目及び集計結果	27

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

総括研究報告書

医療事故の原因究明体制に関する研究

研究代表者 飯田 修平（社団法人全日本病院協会 常任理事）

研究要旨

重大な医療事故発生後の原因究明体制および方法の標準化は十分になされておらず、検討すべき課題が数多く存在する。そこで本研究では、①縦断的比較と②病床規模別比較の2つの観点より、医療機関が重大な医療事故に遭遇した場合に行う院内事故調査の現況、課題を明らかにすることを目的とした。調査方法は、無記名の自己記入式アンケート調査で、全日本病院協会の会員病院 2,290 病院と非会員病院 1,600 病院を対象とした。回収率は、会員病院が 27.6%（632 病院）、非会員病院が 39.3%（629 病院）、合計 32.4%（1,261 病院）であった。アンケート調査票は、平成 16 年度に実施した先行研究との比較可能性を考慮し、先行研究で作成した調査票を基に作成した。縦断比較研究の主な結果は、①約 20%の病院が 3 年以内に重大な医療事故をしており、その割合は変わらないこと、②医療安全管理の実務担当者を配置している病院の割合が約 20%増加、③原因究明時に事故当事者が「原因究明のメンバーとして参加」する割合が約 10%減少、④「当事者以外に、院内に医療事故に関連した医療分野の専門家がいらないこと」と「事故当事者のケア」に困った割合が約 10%ずつ増加した。病床規模別比較の主な結果は、病床規模の大きい病院ほど、①原因究明時に外部委員を招致している割合が多く、②事故当事者が原因究明メンバーとして参加する割合が高く、③「事故当事者のケア」に困った割合が多かった。病床規模の小さい病院ほど、④原因究明時に「院内に医療安全、事故調査の専門家がいらない」ために困った割合が高かった。医療安全管理者の導入に伴い、医療安全管理及び再発防止活動への関心が高まりつつある。しかし、当事者である当該病院が行う調査の中立性の担保や、最終的な報告書の取りまとめ方法など、依然課題として残されている。こうした問題は規模の小さい病院において顕著である。今後は、必要な人材を紹介できるような病院外の支援体制を構築すること、医療安全管理の専門家の育成・研修などを充実させること等が重要である。

分担研究者

長谷川友紀 東邦大学医学部社会医学
講座 教授
小谷野圭子 練馬総合病院 質保証室
主任
西澤 寛俊 社団法人全日本病院協会
会長

研究協力者

永井 庸次 全日本病院協会理事
藤田 民夫 全日本病院協会愛知県支
部長
森山 洋 おびひろ呼吸器科内科病
院 事務長
藤田 茂 東邦大学医学部社会医学
講座 助教
伊藤 慎也 東邦大学医学部社会医学
講座 大学院

A. 研究目的

米国医学研究所 (Institute of Medicine: 以下、IOM) の「To Err Is Human : 人は誰でも間違える」の刊行を契機に、医療事故や医療安全に対する社会の関心が高まっている。ひとたび医療事故、医療紛争が発生すると、その解決には時間と費用がかかり、被害者のみならず、事故を起こした当事者、他の病院職員、他の患者、地域社会に与える影響が大きい。責任の所在を明らかにすることも必要であるが、医学的知識に基づいた事実究明が迅速に図られ、この知見に基づいて被害者への補償、再発防止策の立案と導入、より安全な医療システムの構築を図るべきである。

院内事故調査は、当該医療事故について最も情報を知りうる立場にある病院内において、最初に行われる活動である。背景要因を含めた原因を明らかにし、再発防止に直接寄与することが期待される。しかし、

医療事故の標準的な院内調査手法は確立されておらず、検討すべき課題が数多く存在する。例えば、当事者である当該病院が行う医療事故調査の中立性の担保、当事者以外での当該診療領域における専門家の確保、根本原因分析 (RCA) などの分析手法に精通した専門家の確保、当事者の人権に配慮したヒアリング方法の習得、知り得た情報の取り扱い、最終的な報告書の取りまとめ方法、法的な取り扱い等が考えられる。

申請者らは先行研究 (平成 16 年度 厚生労働省 医療技術総合研究事業『医療事故発生後の医療機関の対応と紛争解決に関する研究』主任研究者 佐々英達) において、全日本病院協会会員病院を対象にアンケート調査 (506/2,108 より回答) を実施した。そして、①90 病院 (17.8%) が、最近 3 年以内に、患者が死亡、あるいは重篤な後遺障害を残すような医療事故 (重大事故) を経験していること、②重大事故を経験した病院の約 1/3 が法律家など外部の専門家の支援を受けていること、③約 1/3 の病院が院内に医療安全や事故調査の専門家がいなかったために困ったこと、④当事者の医療従事者への支援体制が十分ではないこと、⑤ADR (裁判外紛争解決) に対する期待が大きいことを明らかにした。院内医療事故調査委員会の活動の円滑な推進のためには、医療安全や事故調査の専門家の育成が必要であると考えられる。しかし、重大事故発生後の原因究明体制および方法の標準化は十分になされておらず、検討すべき課題が数多く存在する。また、施設の規模や機能によ

り、医療安全管理体制が大きく異なることが考えられるが、病院の規模別に医療事故の原因究明体制や医療安全管理体制を検討した研究はほとんど無い。

本研究では、①縦断的比較と②病床規模別比較の2つの観点より、医療機関が重大な医療事故に遭遇した場合に行う院内事故調査の現況、課題を明らかにすることを目的とした。①縦断的比較調査では、平成16年度に実施した先行研究との比較可能性を配慮して、調査票は先行研究で作成した調査票を用いて一部改編し、調査対象は先行研究と同様に全日本病院協会の全会員病院を対象とした。これらの調査から、医療事故の原因究明を行う際の問題点や、医療機関が必要としている支援内容について検討した。

B. 研究方法1（縦断的比較について）

全日本病院協会は、主に民間病院から成る全国組織である。調査方法は、郵送法による無記名自記式調査をした。調査対象は、全日本病院協会の全会員病院 2,304 病院のうち 2,290 病院とした。調査対象病院の抽出は、以下の手順で行った。まず、以下の3つの基準のいずれかに該当した77病院（会員14病院、非会員63病院）を調査対象から除外した。3つの基準とは、①日本損害保険協会が東日本大震災の影響により「全損地域」とした地域にある（会員9病院、非会員53病院）、②原発の「計画的避難区域」「緊急時避難準備区域」に指定された地域にある（会員3病院、非会員10病院）、

③休院中（会員2病院）である。本調査では、14病院を除いた会員病院2,290病院を調査対象とした。

主な調査項目は、施設の基本的事項、医療安全管理の状況、医療事故の状況等であった。なお、単一回答の設問に対して複数選択を行った回答は「その他」として分類し、集計した。全ての質問項目、および単純集計結果については巻末資料に示す。なお、本研究で得られた情報は、個人情報保護法および厚生労働省ガイドラインを遵守し、個人情報の取扱いには十分に配慮する。

C. 研究結果1（縦断的比較について）

本調査の回答数は、会員632病院（回収率27.6%；以下H23会員とする）であり、先行研究では506病院（24.0%；以下H16会員とする）であった。回答した医療機関の病床数は、H23会員177.3床（中央値147.0）であり、H16会員の174.8床（中央値130.0）と同様の結果であった。平均在院日数は、H23会員84.0日（中央値18.7）、H16会員132.5日（中央値23.0）であった。病床稼働率は、H23会員86.3%（中央値89.3）、H16会員90.1%（中央値90.9）であった。公益財団法人日本医療機能評価機構による病院機能評価は、H23会員313病院（49.5%）、H16会員177病院（35.0%）がそれぞれ認定を受けていた。最近3年以内に患者が死亡、あるいは重篤な後遺障害を残すような医療事故（以下「重大事故」という）を経験したと回答したのは、H23会員123病院（19.5%）、H16会員90病院（17.8%）であ

った。

(1) 重大事故を経験した病院の特徴

病床規模別に重大事故を経験した病院の割合を見ると、H23 会員は 99 床以下 7.3% (15 病院)、100-299 床 19.1% (64 病院)、300 床以上 48.4% (44 病院) であった。H16 会員は 99 床以下 6.6% (13 病院)、100-299 床 17.7% (41 病院)、300 床以上 48.0% (36 病院) であり、両群ともに病床規模が大きい病院ほど重大事故を経験している割合が多かった。医療安全管理を行うための実務担当者を配置している病院の割合は、H23 会員は 94.2% (113 病院)、H16 会員は 72.2% (65 病院) であった。実務担当者の職務形態に関しては、H23 会員は専従 (他の業務を行わず、医療安全の業務に就業時間の 8 割以上従事している者) 58.4% (66 病院)、専任 (他の業務への従事の有無を問わず、医療安全の業務に就業時間の 5 割以上従事している者) 25.7% (29 病院)、兼任 (専従と専任以外) 64.6% (73 病院)、H16 会員は、専任 23.1% (15 病院)、兼任 95.4% (62 病院) であった (平成 16 年度調査では、「専従」という選択肢が無かった)。実務担当者の配置が一般化していること、専従・専任の割合が増加していることが伺えた。

重大事故を経験した病院のうち、原因究明を行った病院の割合は、H23 会員 97.6% (120 病院)、H16 会員 98.9% (87 病院) であった。平成 23 年度調査において、重大事故の経験件数について訪ねたところ、1 件 57% (70 病院)、2 件 22% (27 病院)、3 件 8% (10 病院) であった。

(2) 原因究明の組織

重大事故の原因究明を、医療安全の担当部署または常設の委員会で行った病院の割合は、H23 会員 37.5% (45 病院)、H16 会員 42.2% (38 病院) であった。一方、臨時に立ち上げた組織で行った病院の割合は、H23 会員 61.7% (74 病院)、H16 会員 51.1% (46 病院) であった。そのうち、外部委員を臨時原因究明組織に招致した病院の割合は、H23 会員 9.2% (11 病院)、H16 会員 5.6% (5 病院) であった。

(3) 外部の専門家の支援

重大事故の原因究明にあたって外部の専門家の支援を受けた病院の割合は、H23 会員 37.5% (45 病院)、H16 会員 33.7% (30 病院) であった。支援を依頼した外部専門家は、両群において「法律家」が最も多く (それぞれ 77.8%; 80.0%)、次いで「医療事故に関連した医療分野の専門家」が多かった (35.6%; 30.0%)。

(4) 事故当事者のかかわり

原因究明における当事者への対応は、両群において「事情聴取に協力」が最も多く、H23 会員 87.5% (105 病院)、H16 会員 78.7% (70 病院) であった。次いで「原因究明のメンバーとして参加」が多かった (28.3%; 38.2%)。H16 会員と H23 会員病院に行った調査結果を比較すると、「事情聴取に協力」してもらった割合が増加し、「原因究明のメンバーとして参加」してもらった割合が減少していた。

(5) 患者・家族のかかわり

原因究明における患者・家族への対応は、

両群において「事情聴取に協力」が最も多く、H23 会員 40.0% (48 病院)、H16 会員 47.2% (42 病院) であった。「原因究明のメンバーとして参加」(2.5% ; 4.5%) および「心理カウンセリングなど支援」(2.5% ; 0%)を行った病院の数は少なかった(図3)。

(6) 事故報告書の公表

事故報告書を作成したと回答した病院の割合は、H23 会員 80.8% (97 病院)、H16 会員 93.3% (83 病院) であった。事故報告書を作成したと回答した病院のうち「外部へ公表している」と回答した病院の割合は、H23 会員 22.7% (22 病院)、H16 会員 21.7% (18 病院) であった。

(7) 原因究明の際に困ったこと

原因究明の際に困ったこととして、「院内に医療安全、事故調査の専門家がない」を挙げた病院が最も多く、H23 会員 35.0% (42 病院)、H16 会員 33.7% (30 病院) であった。次いで、「当事者以外に、院内に医

療事故に関連した医療分野の専門家がない」(20.0%; 12.4%)、「院外の医療安全、事故調査の専門家の支援を得ることが困難であった」(12.5%; 13.5%) を選ぶ病院の割合が多かった。

(8) 事故後の対応で困ったこと

事故後の対応で困ったこととして、「患者、家族のケア」および「当事者のケア」を挙げた病院が最も多かった。「患者、家族のケア」を挙げた病院は、H23 会員 50.8% (61 病院)、H16 会員 49.4% (44 病院) であった。「当事者のケア」を挙げた病院は、H23 会員 47.5% (57 病院)、H16 会員 38.2% (34 病院) であった。次いで多かった回答は、「報告書の内容が訴訟や捜査に与える結果への懸念」(15.8%; 11.2%)、「当事者以外の病院スタッフの士気低下・モラル低下の対策」(21.7%; 18.0%)、「事故被害者以外の患者さんの不安の軽減」(10.8%; 12.4%) であった。

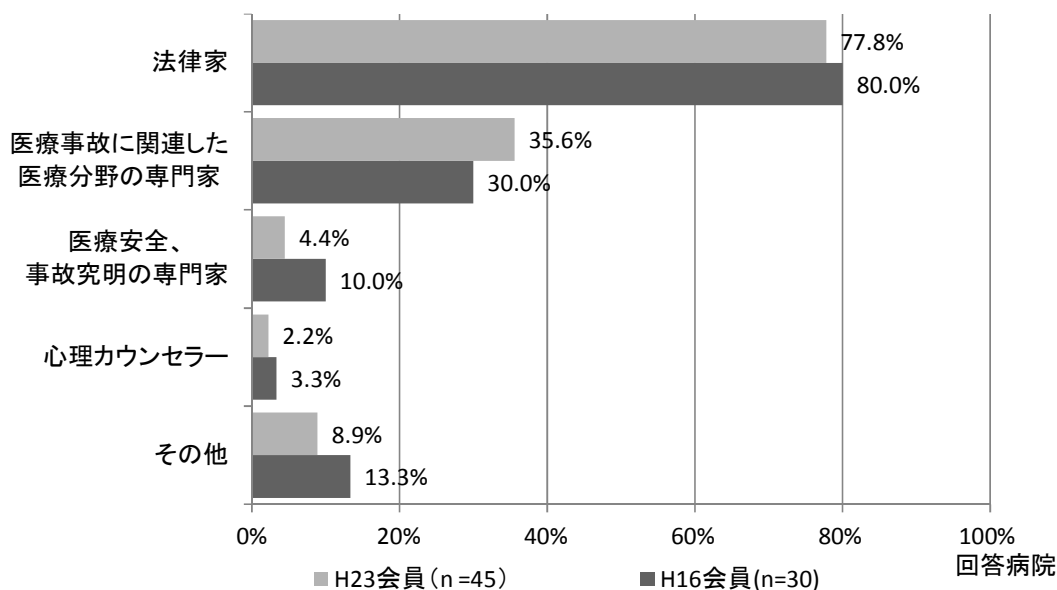


図1 原因究明にあたりどのような外部の専門家の支援を受けましたか

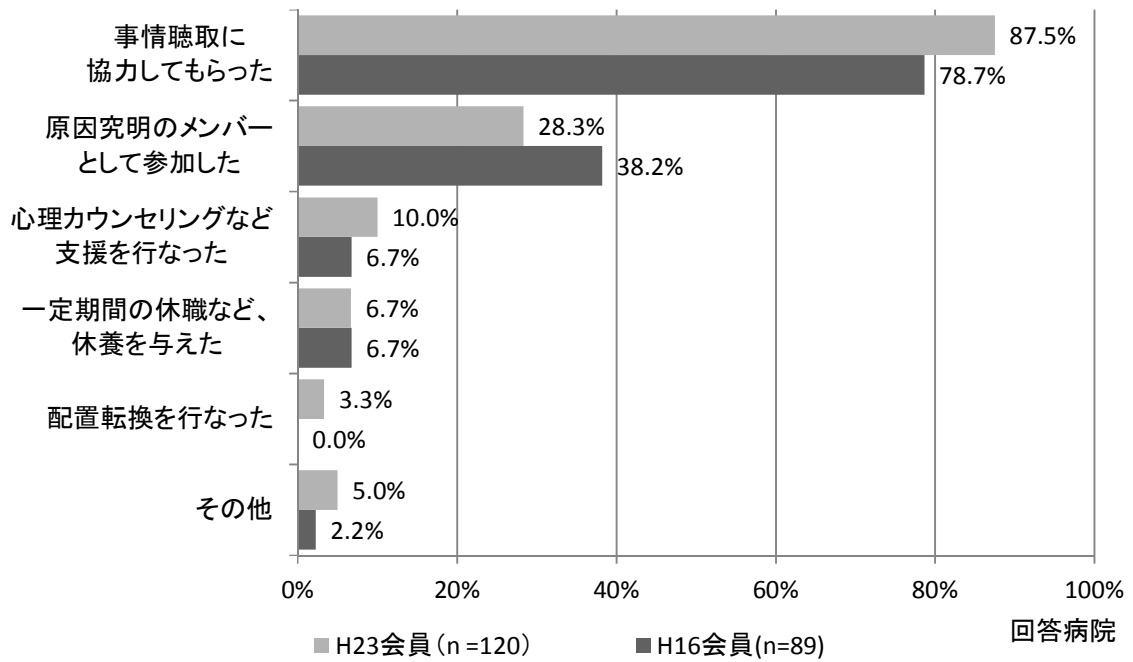


図2 原因究明にあたっての当事者への対応

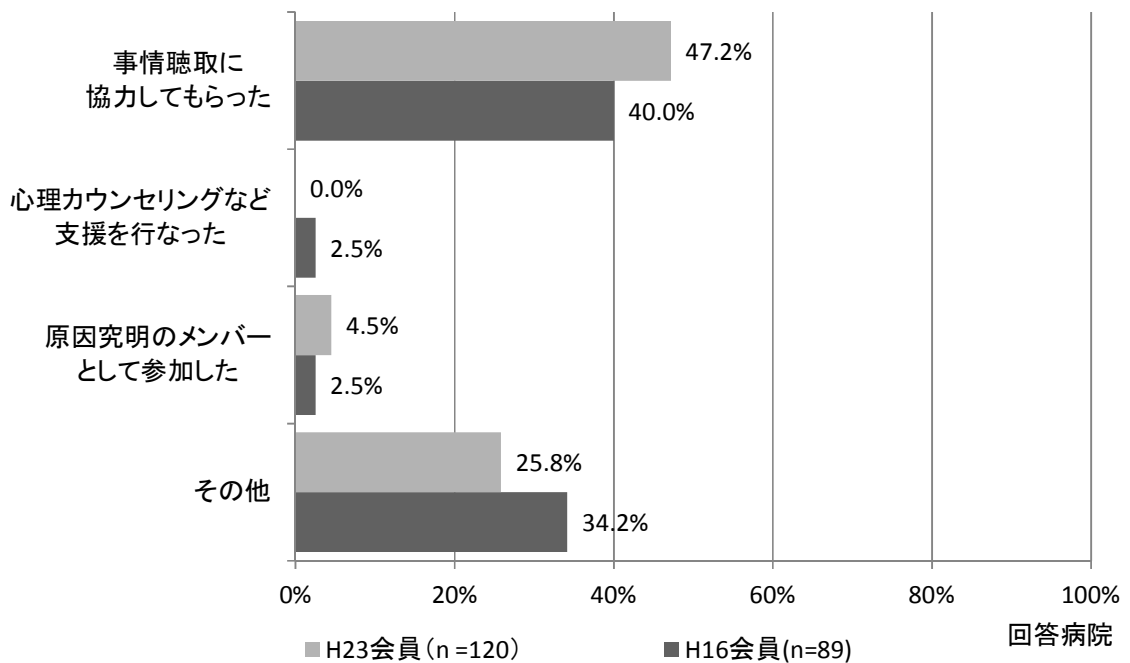


図3 原因究明にあたっての患者・家族への対応

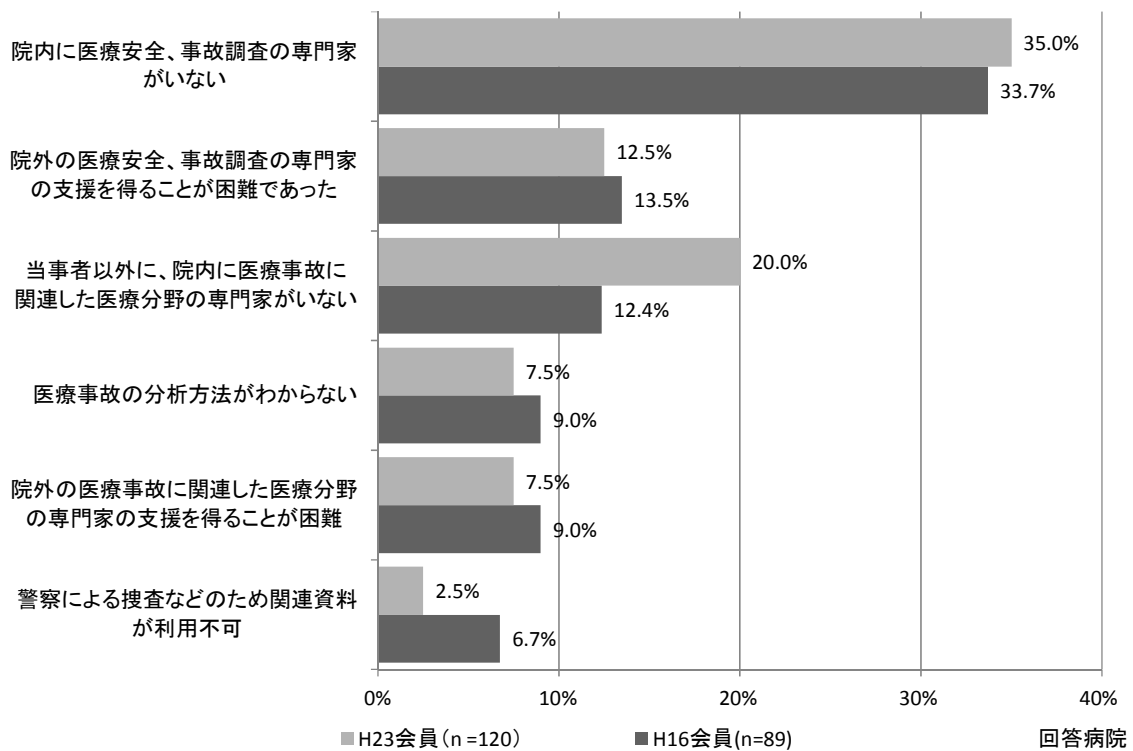


図4 原因究明の際に困ったこと

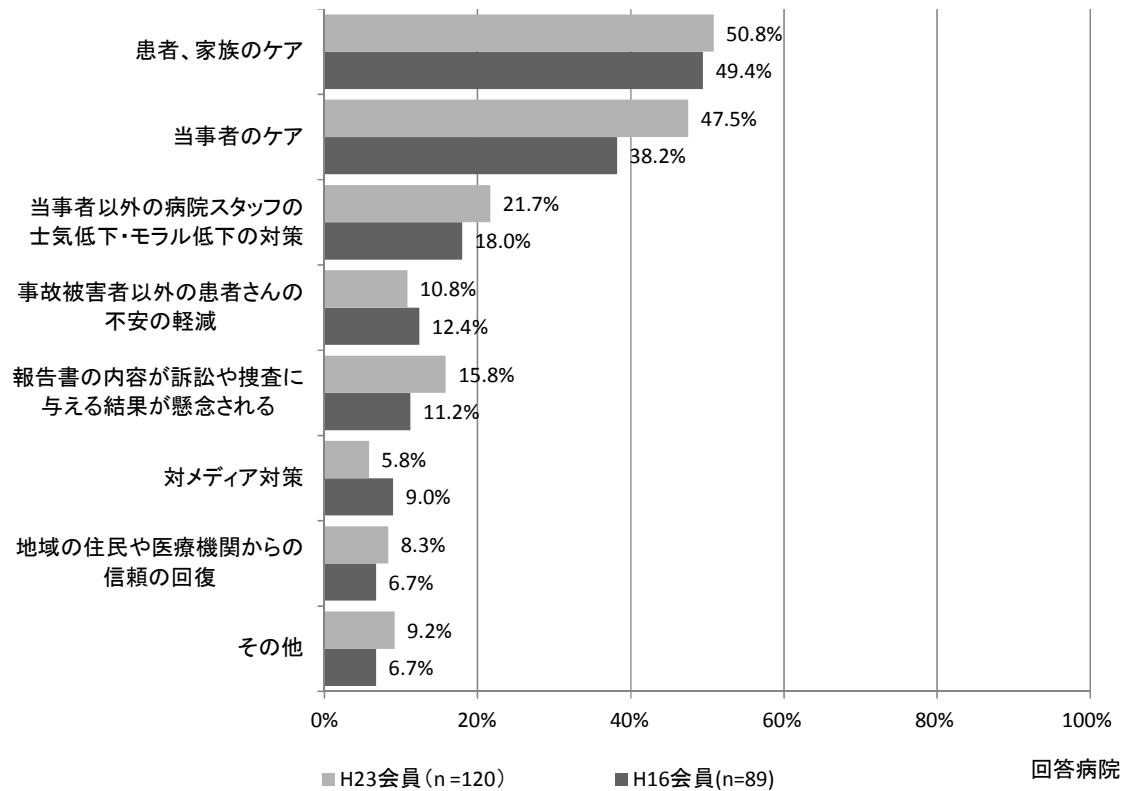


図5 事故後の対応で困ったこと

B. 研究方法 2 (病床規模別比較について)

調査方法は、縦断的比較と同様に郵送法による無記名自記式調査をした。調査対象は、全日本病院協会の全会員病院 2,304 病院のうち 2,290 病院、非会員病院 6,471 病院のうち 1,600 病院であった。調査対象病院の除外基準は、会員病院と非会員病院ともに縦断的比較と同様、3 つの基準のいずれかに該当した 77 病院 (会員 14 病院、非会員 63 病院) を調査対象から除外した。非会員病院の調査対象は、全国の非会員病院を「一般病床数」の規模ごとに層別化し、各層毎に無作為抽出を行った。抽出病院は、100床未満の病院が 450 病院 (10%)、100-299 床が 377 病院 (30%)、300 床以上が 773 病院 (100%) であった。解析は、会員病院と非会員病院のデータを合算し、「一般病床数」が 300 床以上、100-299 床、100 床未満の 3 群を比較検討した。なお、本研究で得られた情報は、個人情報保護法および厚生労働省ガイドラインを遵守し、個人情報の取扱いには十分に配慮する。

C. 研究結果 2 (病床規模別比較について)

本調査の回答数は、300 床以上が 409 病院 (回収率 32.5%)、100-299 床が 309 病院 (24.6%)、100 床未満が 539 病院 (42.9%)、不明が 4 病院であった。解析対象となった医療機関の一般病床数は、300 床以上が平均 490.3 床 (中央値 430.0)、100-299 床が平均 175.5 床 (中央値 164.5)、100 床未満が平均 40.2 床 (中央値 43.0) であった。平均在院日数は、300 床以上が 20.9 日 (中央値 14.4)、

100-299 床が 33.4 日 (中央値 17.0)、100 床未満が 116.6 日 (中央値 23.0) であった。病床稼働率は、300 床以上が 83.4% (中央値 85.0)、100-299 床が 82.1% (中央値 83.6)、100 床未満が 86.2% (中央値 90.0) であった。公益財団法人日本医療機能評価機構による病院機能評価は、300 床以上では 345 病院 (84.4%)、100-299 床では 187 病院 (59.9%)、100 床未満では 176 病院 (32.7%) が認定を受けていた。

医療安全管理を行うための実務担当者を配置している病院の割合は、300 床以上では 405 病院 (99.0%)、100-299 床では 283 病院 (91.3%)、100 床未満では 412 病院 (76.6%) であり、病床規模の大きい病院ほど実務担当者を配置している割合が高かった。実務担当者の職務形態に関しては、300 床以上では、専従 386 病院 (95.3%)、専任 92 病院 (22.7%)、兼任 239 病院 (59.0%) であった (表 1)。100-299 床では、専従 146 病院 (51.6%)、専任 60 病院 (21.2%)、兼任 177 病院 (62.5%) であった。100 床未満では、専従 56 病院 (13.6%)、専任 106 病院 (25.7%)、兼任 312 病院 (75.7%) であった。実務担当者の職種は、専従者に関しては、全ての病床規模群において看護師の割合が最も高かった (表 2)。また、300 床以上の病院では、事務員も専従の実務担当者として配置されている割合が高かった (21.8%)。専任に関しては、300 床以上の病院では、医師 (35 病院; 38.0%)、看護師 (29 病院; 31.5%)、事務員 (33 病院; 35.9%) の割合が最も多く、100-299 床と 100 床未満

では、看護師の割合が最も多かった(71.7%; 84.9%)。

(1) 重大事故を経験した病院の特徴
最近3年以内に患者が死亡、あるいは重篤な後遺障害を残すような医療事故(以下「重大事故」という)を経験したと回答したのは、300床以上では260病院(63.6%)、100-299床では91病院(29.4%)、100床未満では64病院(11.9%)であった。重大事故を経験した病院のうち、原因究明を行った病院の割合は、300床以上では254病院(97.7%)、100-299床では89病院(97.8%)、100床未満では62病院(96.9%)であった。医療安全管理を行うための実務担当者を配置している病院の割合は、300床以上では253病院(99.6%)、100-299床では86病院(96.6%)、100床未満では50病院(80.6%)であり、病床規模の大きい病院ほど実務担当者を配置している割合が高かった。実務担当者の職務形態に関しては、300床以上では、専従250病院(96.5%)、専任69病院(26.6%)、兼任168病院(64.9%)であった(表3)。100-299床では、専従62病院(70.5%)、専任20病院(22.7%)、兼任51病院(58.0%)であった。100床未満では、専従14病院(26.9%)、専任13病院(25.0%)、兼任35病院(67.3%)であった。実務担当者の職種を見ると、専従に関しては、全て

の病床規模群において看護師の割合が最も高かった(表4)。また、300床以上の病院では、事務員も専従の実務担当者として配置されている割合が高かった(24.4%)。専任に関しては、300床以上の病院では、医師(23病院; 33.3%)、事務員(29病院; 42.0%)の割合が最も多く、100-299床と100床未満では、看護師の割合が最も多かった(65.0%; 92.3%)。最近3年以内の重大事故の経験件数については、300床以上が平均3.6件(中央値2.0)、100-299床が平均1.5件(中央値1.0)、100床未満が1.9件(中央値1.0)であった。

(2) 原因究明の組織

重大事故の原因究明を、医療安全の担当部署または常設の委員会で行った病院の割合は、300床以上では48病院(18.5%)、100-299床では26病院(28.6%)、100床未満では30病院(46.9%)であった。一方、臨時に立ち上げた組織で行った病院の割合は、300床以上では207病院(79.6%)、100-299床では61病院(67.0%)、100床未満では31病院(48.4%)であった。このうち、外部委員を臨時原因究明組織に招致した病院の割合は、300床以上では82病院(31.2%)、100-299床では19病院(20.9%)、100床未満では2病院(3.1%)であった。

表1 病床規模別の専従、専任、兼任の実務担当者数(全データ)

	100床未満 (n = 412)		100-299床 (n = 283)		300床以上 (n = 405)	
	n	%	n	%	n	%
専従	56	13.6%	146	51.6%	386	95.3%
専任	106	25.7%	60	21.2%	92	22.7%
兼任	312	75.7%	177	62.5%	239	59.0%

表2 病床規模別の実務担当者の職種(全データ)

	100床未満		100-299床		300床以上	
	n	%	n	%	n	%
専従	(n = 56)		(n = 146)		(n = 386)	
医師	4	7.1%	1	0.7%	8	2.1%
看護師	42	75.0%	133	91.1%	361	93.5%
薬剤師	4	7.1%	6	4.1%	26	6.7%
事務員	1	1.8%	5	3.4%	84	21.8%
その他	6	10.7%	6	4.1%	20	5.2%
専任	(n = 106)		(n = 60)		(n = 92)	
医師	23	21.7%	14	23.3%	35	38.0%
看護師	90	84.9%	43	71.7%	29	31.5%
薬剤師	12	11.3%	12	20.0%	17	18.5%
事務員	9	8.5%	12	20.0%	33	35.9%
その他	17	16.0%	11	18.3%	15	16.3%
兼任	(n = 312)		(n = 177)		(n = 239)	
医師	155	49.7%	104	58.8%	203	84.9%
看護師	250	80.1%	122	68.9%	120	50.2%
薬剤師	150	48.1%	81	45.8%	149	62.3%
事務員	145	46.5%	74	41.8%	118	49.4%
その他	141	45.2%	68	38.4%	102	42.7%

表3 病床規模別の専従、専任、兼任の実務担当者数(事故経験あり)

	100床未満 (n = 52)		100-299床 (n = 88)		300床以上 (n = 259)	
	n	%	n	%	n	%
専従	14	26.9%	62	70.5%	250	96.5%
専任	13	25.0%	20	22.7%	69	26.6%
兼任	35	67.3%	51	58.0%	168	64.9%

表4 病床規模別の実務担当者の職種(事故経験あり)

	100床未満		100-299床		300床以上	
	n	%	n	%	n	%
専従	(n = 14)		(n = 62)		(n = 250)	
医師	0	0.0%	0	0	6	2.4%
看護師	12	85.7%	58	93.5%	235	94.0%
薬剤師	1	7.1%	2	3.2%	17	6.8%
事務員	0	0.0%	2	3.2%	61	24.4%
その他	1	7.1%	3	4.8%	16	6.4%
専任	(n = 13)		(n = 20)		(n = 69)	
医師	2	15.4%	6	30.0%	23	33.3%
看護師	12	92.3%	13	65.0%	19	27.5%
薬剤師	1	7.7%	4	20.0%	10	14.5%
事務員	1	7.7%	4	20.0%	29	42.0%
その他	2	15.4%	5	25.0%	10	14.5%
兼任	(n = 35)		(n = 51)		(n = 168)	
医師	17	48.6%	37	72.5%	144	85.7%
看護師	28	80.0%	32	62.7%	85	50.6%
薬剤師	19	54.3%	26	51.0%	109	64.9%
事務員	15	42.9%	25	49.0%	84	50.0%
その他	13	37.1%	22	43.1%	75	44.6%

(3) 外部の専門家の支援

重大事故の原因究明にあたって外部の専門家の支援を受けた病院の割合は、300床以上では138病院(53.1%)、100-299床では35病院(38.5%)、100床未満では20病院(31.3%)であった(図6)。支援を依頼した外部専門家は、全ての病床規模において「法律家」が最も多く(71.4%から85.0%)、次いで「医療事故に関連した医療分野の専門家」が多かった(37.1%から63.0%)。全ての病床規模において、「医療事故に関連し

た医療分野の専門家」および「心理カウンセラー」に依頼した割合は非常に低かった(0.0%から8.6%)。

(4) 事故当事者のかかわり

原因究明における当事者への対応は、全ての病床規模において「事情聴取に協力」が最も多く、300床以上では224病院(86.2%)、100-299床では77病院(84.6%)、100床未満では55病院(85.9%)であった(図7)。次いで「原因究明のメンバーとして参加」が多かった。特に、300床以上で

は 105 病院 (40.4%) と「原因究明のメンバーとして参加」してもらう割合が高かった。

(5) 患者・家族のかかわり

原因究明における患者・家族への対応は、全ての病床規模において「事情聴取に協力」が最も多く、300床以上では86病院(33.1%)、100-299床では38病院(41.8%)、100床未満では28病院(43.8%)であった(図8)。300床以上の病院は、100-299床および100床未満の病院と比べて、「事情聴取に協力」してもらう割合が約10%少なかった。一方、「原因究明のメンバーとして参加」および「心理カウンセリングなど支援を行なった」の割合は、全ての病床規模において低かった(0.0%から5.0%)。

(6) 事故報告書の公表

事故報告書を作成したと回答した病院の割合は、300床以上では197病院(75.8%)、100-299床では74病院(81.3%)、100床未満では52病院(81.3%)であった。事故報告書を作成したと回答した病院のうち「外部へ公表している」と回答した病院の割合は、300床以上では54病院(27.4%)、100-299床では18病院(24.3%)、100床未満では19病院(36.5%)であった。

(7) 原因究明の際に困ったこと

原因究明の際に困ったこととして、「院内に医療安全、事故調査の専門家がない」

を挙げた病院が最も多く、300床以上では72病院(27.7%)、100-299床では29病院(31.9%)、100床未満では23病院(35.9%)であった(図9)。次いで、「当事者以外に、院内に医療事故に関連した医療分野の専門家がない」、「院外の医療安全、事故調査の専門家の支援を得ることが困難であった」を選ぶ病院の割合が多かった。全体的に病床規模の小さい病院において、原因究明の際に困ったことが多かった。

(8) 事故後の対応で困ったこと

事故後の対応で困ったこととして、「患者、家族のケア」および「当事者のケア」を挙げた病院が最も多かった(図10)。「患者、家族のケア」の回答割合は、300床以上では136病院(52.3%)、100-299床では47病院(51.6%)、100床未満では36病院(56.3%)であった。「当事者のケア」の回答割合は、300床以上では135病院(51.9%)、100-299床では41病院(45.1%)、100床未満では28病院(43.8%)であった。次いで多かった回答は、「当事者以外の病院スタッフの士気低下・モラル低下の対策」、「報告書の内容が訴訟や捜査に与える結果への懸念」であった。病床規模の大きい病院ほど、「当事者のケア」に困ったと回答した割合が多かった。反対に、100床未満の病院は「事故被害者以外の患者さんの不安の軽減」に困ったと回答する割合が多かった。

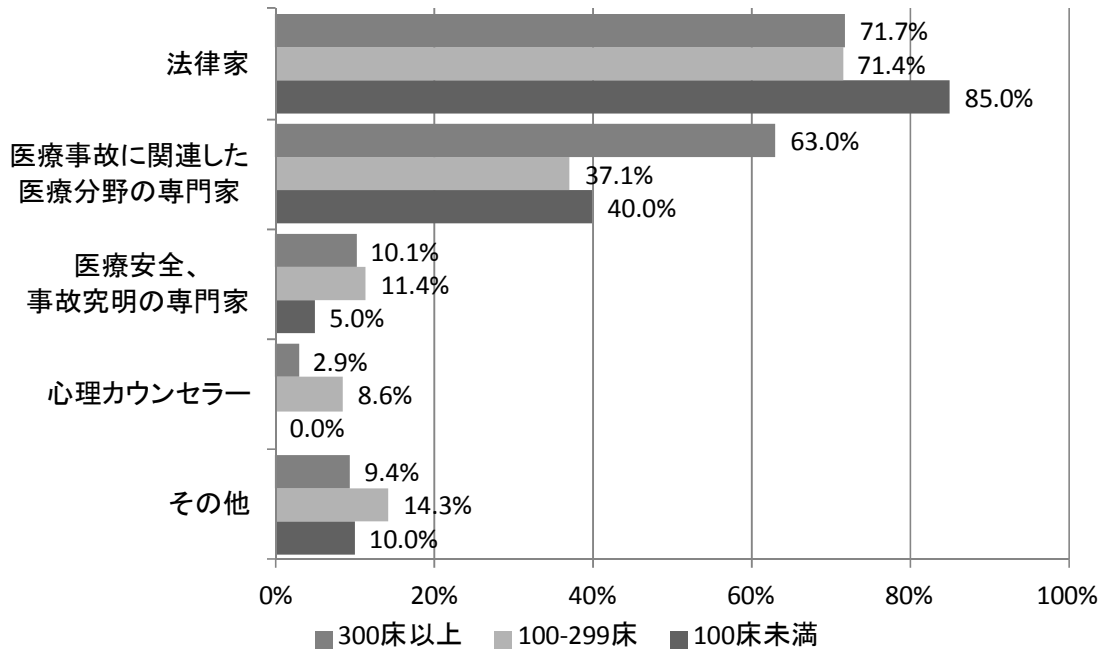


図6 原因究明にあたりどのような外部の専門家の支援を受けましたか

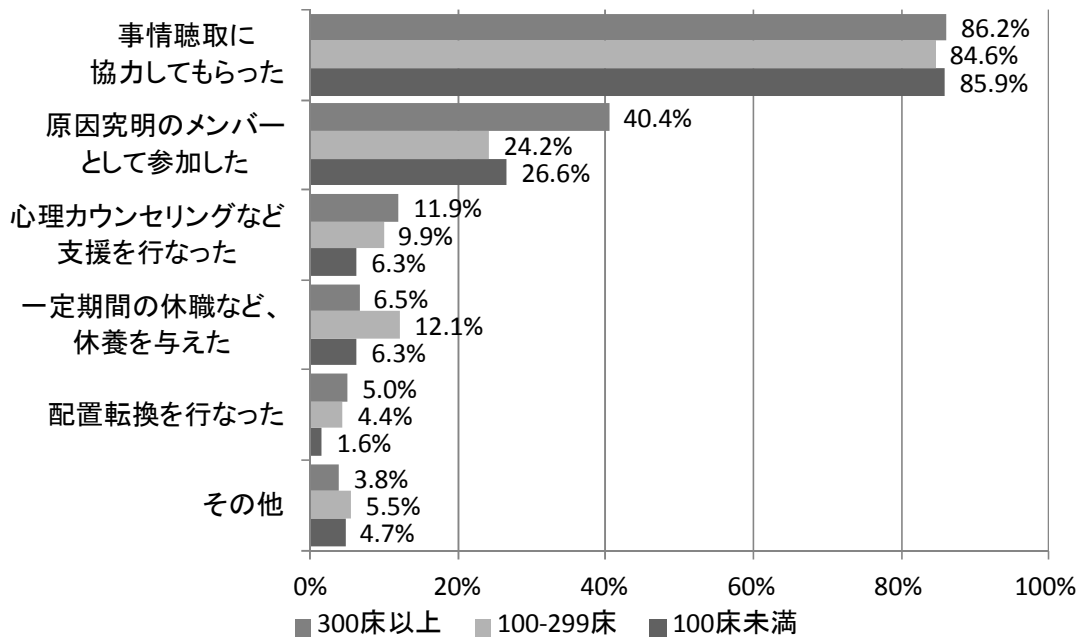


図7 原因究明にあたっての当事者への対応

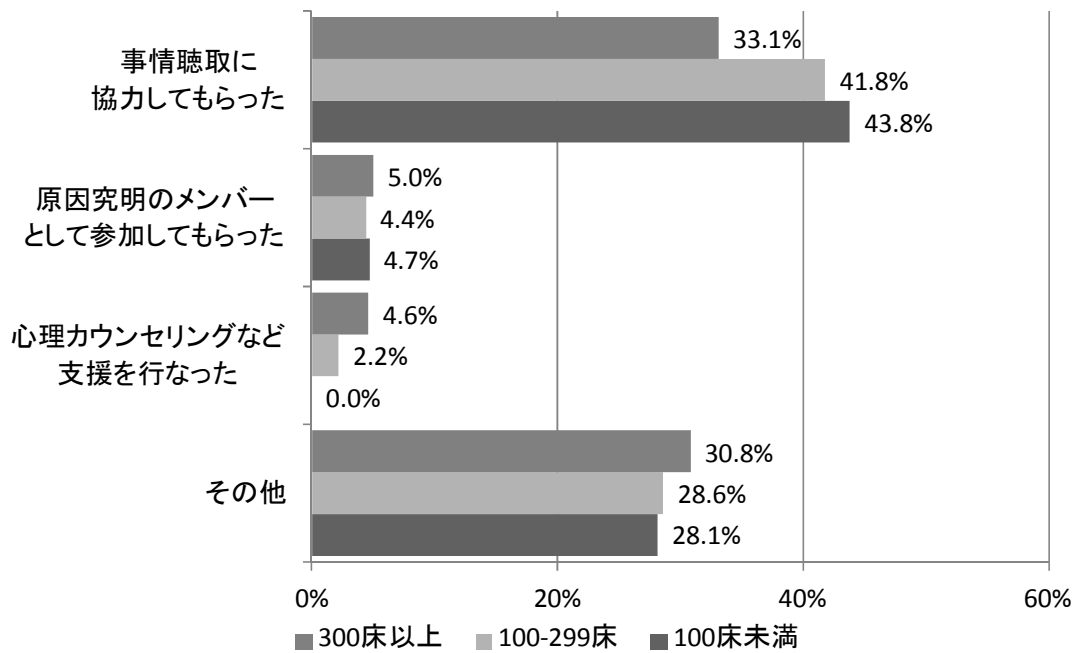


図8 原因究明にあたっての患者・家族への対応

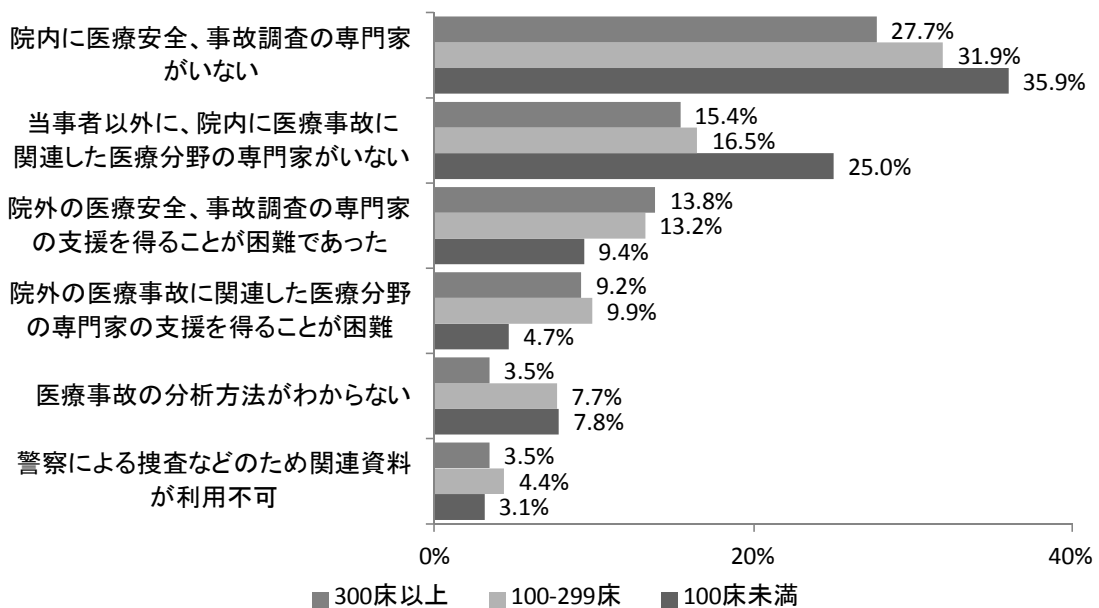


図9 原因究明の際に困ったこと

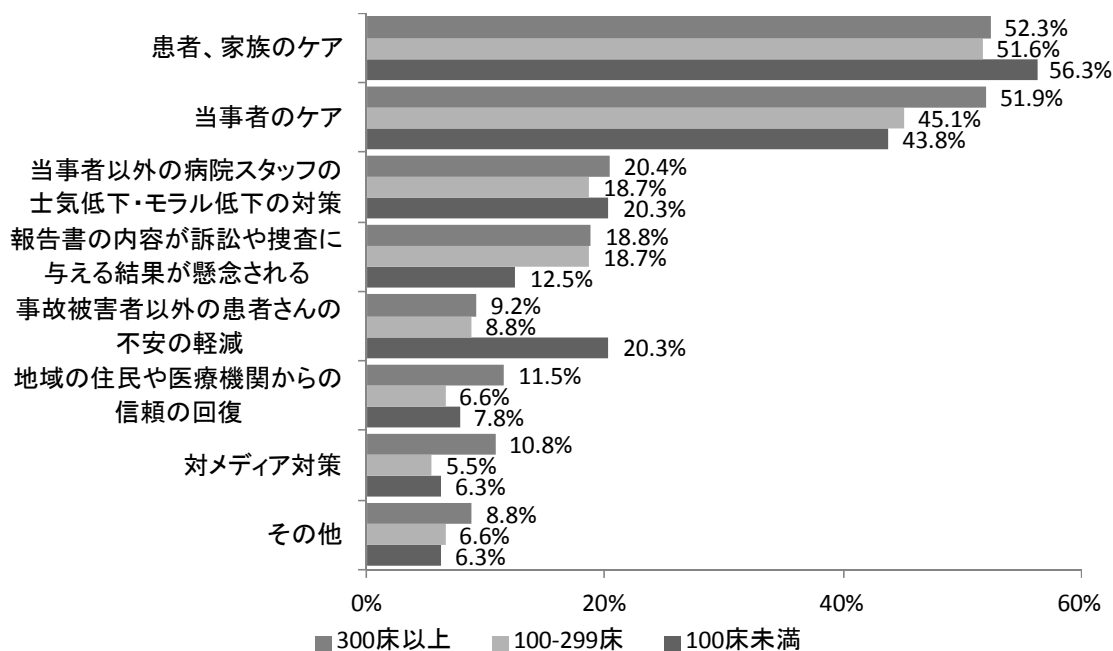


図10 原因究明の際に困ったこと

D. 考察（縦断比較と病床規模別比較）

1. 縦断比較研究の考察

(1) 主要な結果

縦断比較研究の主な結果は、以下のとおりである。

- ① 重大事故を経験した病院の割合は、約20%で変化がなかった。この割合は病床規模大きな病院でより高い傾向にあった。
- ② 医療安全管理を行うための実務担当者を配置している病院の割合が、平成16年度と比べて約20%増加していた。
- ③ 原因究明における事故当事者への対応として、平成16年度と比べて「事情聴取に協力」してもらう割合が約10%増加したのに対して、「原因究明のメンバーとして参加」してもらう割合が10%

減少していた。

- ④ 重大医療事故を経験したほとんどの病院が重大医療事故の原因究明を行っているが、事故報告書を作成している病院は平成16年度と比べて約10%減少していた。
- ⑤ 事故後の対応として「当事者以外に、院内に医療事故に関連した医療分野の専門家がないこと」と「事故当事者のケアに困ったこと」がそれぞれ約10%増加した。

(2) 原因究明の組織体制

重大事故の原因究明に際しては、常設組織だけではなく、臨時組織を設けた病院数が多かった。これは医療事故原因究明のメンバーとして、常設の医療安全管理委員の他に、医療事故の関係者、医療事故に関連

した医療分野の専門家などを加えることで、より詳細かつ専門的な原因分析を行っていることが考えられる。また、月に1回程度行われる常設委員会とは別に、臨時の会議を複数回行っていることが考えられる。しかし、臨時組織に院外メンバーを原因究明委員として加えている病院は一部であり、平成16年度と同様に院外メンバーの招致が困難であることが考えられる。約30%の病院が、原因究明の際に外部の専門家の支援を受けていたが、その80%が法律家であり、原因究明の手助けというよりは、医事紛争に対する法的な助言を期待したものであると考えられる。こうした傾向は平成16年度の調査結果と同様である。

原因究明の際に困ったこととしては、「院内に医療安全、事故調査の専門家がないこと」、「当事者以外に、院内に医療事故に関連した医療分野の専門家がないこと」が多く挙げられた。当事者以外に、院内に医療事故に関連した医療分野の専門家がないと回答した病院は以前と比べて増加しており、原因究明のメンバーに医療事故に関連した分野の専門家を加えることで、より有効な原因究明・再発防止を目標とする病院が増えていると考えられる。

一方で、平成16年度と同様に必要な人材を欠いた状態で重大事故の原因究明が行われていることが示唆される。一部の大規模病院をのぞいて、特定の医療分野の専門家を複数雇用することや、医療安全や事故調査に関する専従の専門家を得ることは困難であると考えられる。一部の病院では、事

故原因究明のメンバーとして外部専門家を招くことで、調査の透明性と分析の客観性を担保しているようである。しかし、こうしたケースは少数であり、外部の支援をえている場合においても、院長など病院の人脈を中心に外部専門家を得ている可能性が高く、透明性、客観性に問題を有し、また最適な人材を得ていない可能性が指摘される。また、特殊な手技・手術による医療事故の場合、専門家同士が顔見知りであるケースも多く、外部の専門家を招致することが困難である。原因究明の組織の中に患者や家族を参加させている病院もわずかながら認められ(3病院)、これはきわめて高い透明性を担保する方法であるとも考えられる。今後は、外部の専門家に協力を要請するような組織文化の醸成、必要な人材を紹介できるような病院外の支援体制の構築が検討される必要がある。また、医療事故の様態、患者・家族側の意向や心理状態などにもよるが、患者や家族の原因究明の組織への参加の方法についても、今後検討する必要がある。

(2) 事故報告書の公表

重大事故の事故報告書は多くの病院で作成されているが、平成16年度と比べて事故報告書を作成している病院は10%程度減少しており、事故報告書を外部に公表している病院は平成16年度と同程度であった。ほぼすべての病院が原因究明を行っている事から、外部に報告するような事故報告書というよりもむしろ、院内で再発防止に取り組むための資料として作成するケースが増

えたことが考えられる。報道されたような医療事故については、社会的責任を果たすため、そして地域やその他の患者達の信頼回復のためにも、事故報告書の公表が有形無形の力により要求される場合がある。しかし、それ以外の重大事故に関しては、必ずしも公表にいたっていない。どのような事例をどのような方法で、どのような基準に基づいて公表するのか明確にする必要があり、統一された規準が定められることが望ましい。

(3) 事故当事者の職員のケア

事故後の対応では、事故当事者の職員のケアに困ったとする病院が、以前と比べて多く認められた。事故当事者への対応として、心理カウンセリングなどの支援や配置転換などの対策を行った病院は依然として少なく、医療安全管理者や上司による声かけなどが主として行われていることが考えられる。また、事故当事者には事情聴取にのみ参加してもらい、原因究明のメンバーから除外するなどの配慮をとる病院が増えている。これらの結果は、安全管理の専門家を導入したために、事故当事者の心理状態に気づきやすい体制が整ってきたことが原因とも考えられるだろう。今後は、医療事故に関わる人の心の問題を解決する専門家や、そのような専門家を育てるための教育・研修も活発化させる必要があると考えられる。

2. 病床規模別比較の考察

病床規模別比較の主な結果は、以下の 6

点である。1 点目に、一般病床規模の大きい病院ほど重大事故を経験している割合が多く、専従の医療安全管理者を配置している割合が多かった。2 点目に、病床規模の大きい病院ほど、原因究明時に臨時組織を立ち上げており、外部委員を原因究明組織に招致している割合が多かった。3 点目に、病床規模の大きい病院では、医療事故の当事者に原因究明のメンバーとして参加してもらう割合が高かった。4 点目に、病床規模の大きい病院では、患者家族に事情聴取に協力してもらう割合が低かった。5 点目に、病床規模の小さい病院ほど、原因究明時に「院内に医療安全、事故調査の専門家がない」ために困ったと回答する割合が高かった。6 点目に、病床規模の大きい病院ほど「事故当事者のケア」に困ったと回答する割合が高かった。

一般に病床規模の大きい病院ほど、重大な医療事故を経験している割合が多いが、専従の医療安全管理者の配置、原因究明時における外部委員の招致など、医療安全管理および再発防止への体制整備が行われていることが考えられる。一方、病床規模の小さい病院では、重大な医療事故を経験している割合は少ないものの、専従の医療安全管理者を配置することは難しく、原因究明時に外部委員を招致することは困難である事が伺える。また、「院内に医療安全、事故調査の専門家がないこと」や「当事者以外に、院内に医療事故に関連した医療分野の専門家がないこと」などが問題点になっており、必要な人材を欠いた状態で重

大事故の原因究明が行われていることが示唆される。こうしたことから、病床規模の小さい病院においては、原因究明時に必要な人材を紹介できるような病院外の支援体制の構築が急務である事が考えられる。

E. 結論

診療報酬改定により医療安全対策加算が導入されたことで、多くの病院が専従または専任の医療安全管理者を導入した。医療安全に対する関心が高まるとともに、これまではあまり重要視されなかった事象が、問題点として取り上げられるようになった。しかし、問題点の改善・解決にまでは至っておらず、当事者である当該病院が行う調査の中立性の担保や、最終的な報告書の取りまとめ方法なども、依然課題として残されている。また、病床規模の小さい病院で

は、専従の医療安全管理者を配置し、外部の専門家を招致すると言ったことは困難であり、中小規模の病院において、医療事故の原因究明や再発防止は課題の多いことが考えられる。今後は、原因究明時に必要な人材を紹介できるような病院外の支援体制を構築すること、医療安全管理の専門家を育てるための教育・研修などを活発化させること等が重要であると考えられる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

医療事故報告書の作成過程についての検討

研究要旨

本調査では、無記名の自記式アンケート調査を実施し、各病院で作成した重大な医療事故の調査報告書に含まれる情報などを明らかにすることを目的とした。調査対象は、全日本病院協会の全会員病院 2,304 病院のうち 2,290 病院、非会員病院 6,471 病院のうち 1,600 病院である。調査項目は、①医療事故報告書に含めた情報、②事故報告書の扱いについて、③事故報告書の作成にかかった期間の 3 点である。回答数は 1261 病院（32.4%）であり、そのうち最近 3 年以内に重大な医療事故を経験し、原因究明及び報告書作成を行い、解析の対象としたのは 299 病院である。医療事故報告書に含まれる情報に関しては、ほぼ全ての病院において医療事故の概要を記載していた。一方で、(1) 当事者・関係者の匿名化の程度、(2) 事故調査委員会の匿名化の程度、(3) 過失の有無等の有責判断、(4) 再発防止策の実施状況および評価方法などについては、病院間で一定の傾向は認められず、標準的な手法がまだ確立していないことがうかがえた。医療事故報告書の取り扱いに関しては、およそ 30%の病院が、警察、日本医療機能評価機構の事故防止センター、保健所、地方自治体等に届出を行っていた。最後に、医療事故報告書の完成までの期間に関しては、およそ 40%の病院が 1 ヶ月以内、およそ 70%の病院が 3 ヶ月以内に報告書を作成していた。医療事故の概要に関しては、ほぼ全ての病院が事故報告書に記載していた。一方で、それ以外の情報の記載や報告書の届出に関しては病院毎に異なっていた。今後は、どのような情報を医療事故報告書に含めて、どのような基準に基づいて公表するのかなどを明確にする必要があり、統一された規準を定めることが望ましい。

分担研究者

長谷川友紀 東邦大学医学部社会医学講座 教授
小谷野圭子 練馬総合病院 質保証室 主任
西澤 寛俊 社団法人全日本病院協会 会長

研究協力者

永井 庸次 全日本病院協会理事
藤田 民夫 全日本病院協会愛知県支部長
森山 洋 おびひろ呼吸器科内科病院 事務長
藤田 茂 東邦大学医学部社会医学講座 助教
伊藤 慎也 東邦大学医学部社会医学講座 大学院

A. 研究目的

院内事故調査は当該医療事故について最も情報を知りうる立場にある当該病院内において、最初に行われる活動であり、背景要因を含めた原因を明らかにし、再発防止に直接寄与することが期待される。しかしながら、事故調査委員会をどのような形で設置し、具体的にどのように運営するかなどに関しては、最近研究が行われるようになったばかりであり、日本では標準的な手法はいまだに開発されていない。

申請者らの先行研究（平成16年度厚生労働省医療技術総合研究事業「医療事故発生の医療機関の対応と紛争解決に関する研究」）では、公表された16の医療事故院内分析報告書の分析を行い、患者情報の匿名化、事故概要の記載、分析手法、過失の有無の判断、謝罪、再発防止の提言等に大きな差異があり、標準化されていない可能性が示唆された。また、平成21年度に行われた「診療行為に関連した死亡の調査分析に従事する者の育成及び資質向上のための手法に関する研究」（厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業；研究代表者：木村哲）では、医療者、病院医療安全管理者、司法家、医療事故被害者など立場の異なるメンバーによる院内事故調査のあり方に関する多角的議論を通して、院内事故調査のあり方に関するガイドライン作成が行われている。しかし、各病院で作成された医療事故報告書の多くは公表されていない。また、大規模かつ包括的に医療事故報告書を評価し、その調査結果を公表し

ている研究はほとんど無く、作成された報告書にはどのような情報が含まれているのか、報告書はどのくらいの期間をかけて作成されたのか、報告書作成に関する詳細は明らかになっていない。そこで、本調査では、3,890病院を対象に無記名の自記式アンケート調査を実施し、各病院で作成した重大な医療事故の調査報告書に含まれる情報などを明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

全日本病院協会は、主に民間病院から成る全国組織である。調査方法は、郵送法による無記名自記式調査であった。調査対象は、全日本病院協会の全会員病院2,304病院のうち2,290病院、非会員病院6,471病院のうち1,600病院であった。調査対象病院の抽出は、以下の手順で行った。まず、以下の3つの基準のいずれかに該当した77病院（会員14病院、非会員63病院）を調査対象から除外した。3つの基準とは、①日本損害保険協会が東日本大震災の影響により「全損地域」とした地域にある（会員9病院、非会員53病院）、②原発の「計画的避難区域」「緊急時避難準備区域」に指定された地域にある（会員3病院、非会員10病院）、③休院中（会員2病院）である。次に、全国の非会員病院を「一般病床数」の規模ごとに層別化し、各層毎に無作為抽出を行った。抽出病院は、100床未満の病院が450病院（10%）、100-299床が377病院（30%）、300床以上が773病院（100%）であった。本調査では、上記の手順で調査対象を抽出

し、全会員病院 2,290 病院、および非会員病院 1,600 病院を調査対象とした。

解析対象は、①最近 3 年以内に、患者が死亡し、あるいは重篤な後遺障害を残すような医療事故を経験し、その事例に関して②医療事故の原因究明を行ない、③事故報告書を作成した病院とした。調査項目は、事故報告書に含めた情報（謝罪・追悼、事故の要約、事故発生日、事故報告書の作成日など；詳細は表 1 参照）報告書に記載すべきであったと考える情報、事故報告書の扱いについて、事故報告書の作成にかかった日数であった。なお、本研究で得られた情報は、個人情報保護法および厚生労働省ガイドラインを遵守し、個人情報の取扱いには十分に配慮する。

C. 研究結果

本調査の回答数は、会員 632 病院（回収率 27.6%）、非会員 629 病院（39.3%）の合計 1261 病院（32.4%）であった。そのうち、最近 3 年以内に重大な医療事故を経験した病院は 415 病院（32.9%；415/1261 病院）で、さらに原因究明を行った病院は 405 病院（97.6%；405/415 病院）、事故報告書を作成した病院は 322 病院（79.5%；322/405 病院）であった。事故報告書を作成した 322 病院のうち、調査票のすべての設問のうち半分以上に回答しなかった 23 病院を解析対象から除外した。したがって、299 病院を解析の対象とした。解析対象とした医療機関の病床数は 427.7 床（中央値 372）、平均在院日数は 36.2 日（中央値 15.5）、病床稼働

率は 84.5%（中央値 85.9）であった。

各病院が報告書に記載した情報および、記載すべきであったと考える項目の結果について表 1 に記載する。90%以上の病院が報告書に記載した情報は、①事故の発生日、②事故の要約、③患者の年齢または年代、④患者の病名または手術内容、⑤事故報告書の作成日、⑥事故の原因や問題点、⑦患者の性別、⑧事故の経過（事実関係を時系列に整理したもの）、⑨患者の転帰の 9 項目であった。80-90%の病院が報告書に記載した情報は、①再発防止策・改善策・提言、②当事者・関係者の職員の職種、③患者の氏名、④事故前および事故後の患者・家族への説明内容の 4 項目であった。

65%未満の病院が報告書に記載した情報は、①事故調査委員会の開催日時、②当事者・関係者の職員の氏名、③当事者・関係者の職員の経験年数、④過失の有無、⑤事故調査委員の所属と氏名、⑥患者・家族等への謝罪・哀悼の意、⑦後日、再発防止策の実施状況と効果を評価する方法、⑧事故の公表に対する患者・家族の承諾の 8 項目であった。

報告書に記載しなかったが、記載すべきであったと思う項目がある病院数は 181 病院（60.5%）であった。そのうち、報告書に記載すべきであったと思う項目は、①後日、再発防止策の実施状況と効果を評価する方法（19.3%）、②事故の公表に対する患者・家族の承諾（16.0%）、③患者・家族等への謝罪・哀悼の意（11.0%）、④事故調査委員の所属と氏名（7.7%）⑤当事者・関係

者の職員の経験年数（6.6%）などであった。

作成した事故報告書の取り扱いについては、30%以上の病院が、警察、日本医療機能評価機構事故防止センターに届出をした（表2）。20-30%の病院が、解剖（司法・行政・病理解剖）を行い、保健所、地方自治体に届出を行い、事故の公表に対する患者・家族の承諾を得ていた。20%未満の病院が、厚生労働省地方厚生局への届出、記者会見・報道発表、病院のホームページ上

での公表、文部科学省への届出を行っていた。事故の発生から院内事故調査委員会による事故報告書の完成までにかかった日数を図1に示す。1カ月未満で完成した病院が最も多く39.8%（119病院）、1カ月以上～3カ月未満31.4%（94病院）、3カ月以上～半年未満16.1%（48病院）、半年以上～1年未満6.4%（19病院）、1年以上2.0%（6病院）であった。

表1 医療事故報告書に含めた情報および含めるべきであったと考える情報

	報告書に含めた情報 (n = 299)		報告書に含めるべきだった情報 (n = 181)	
	n	%	n	%
事故の発生日	299	100.0%	0	0.0%
事故の要約	296	99.0%	3	1.7%
患者の年齢または年代	291	97.3%	1	0.6%
患者の病名または手術内容	291	97.3%	2	1.1%
事故報告書の作成日	290	97.0%	1	0.6%
事故の原因や問題点	288	96.3%	2	1.1%
患者の性別	286	95.7%	1	0.6%
事故の経過(事実関係を時系列に整理したもの)	285	95.3%	2	1.1%
患者の転帰	278	93.0%	3	1.7%
再発防止策、改善策、提言	267	89.3%	7	3.9%
当事者・関係者の職員の職種	266	89.0%	1	0.6%
患者の氏名	245	81.9%	0	0.0%
事故前および事故後の患者・家族への説明内容	244	81.6%	6	3.3%
事故調査委員会の開催日時	193	64.5%	9	5.0%
当事者・関係者の職員の氏名	169	56.5%	1	0.6%
当事者・関係者の職員の経験年数	168	56.2%	12	6.6%
過失の有無	165	55.2%	8	4.4%
事故調査委員の所属と氏名	164	54.8%	14	7.7%
患者・家族等への謝罪・哀悼の意	126	42.1%	20	11.0%
後日、再発防止策の実施状況と効果を評価する方法	88	29.4%	35	19.3%
事故の公表に対する患者・家族の承諾	57	19.1%	29	16.0%

表2 医療事故報告書の取り扱いについて(n = 299)

	n	%
警察への届出	105	35.1%
日本医療機能評価機構事故防止センターへの届出	100	33.4%
解剖(司法・行政・病理解剖)	80	26.8%
保健所への届出	78	26.1%
地方自治体への届出	75	25.1%
事故の公表に対する患者・家族の承諾を得る	68	22.7%
厚生労働省地方厚生局への届出	36	12.0%
記者会見・報道発表	27	9.0%
病院のホームページ上での公表	21	7.0%
文部科学省への届出	7	2.3%

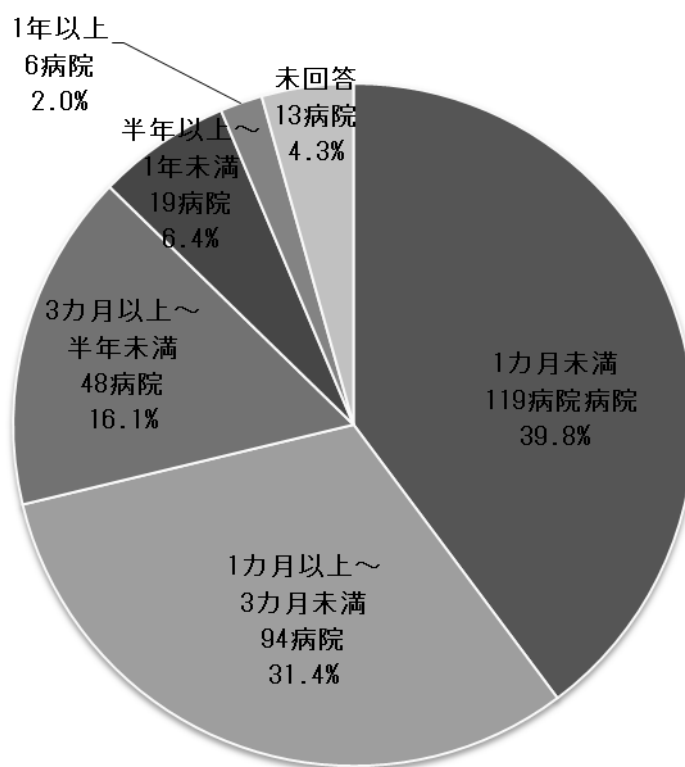


図1 事故の発生から院内事故調査委員会による医療事故報告書の完成までにかかった日数

D. 考察 と E. 結論

本調査では、3,890 病院を対象にアンケート調査を実施し、①医療事故報告書に含まれる情報、②作成した報告書の取り扱い、③事故発生から事故報告書の完成までにかかった期間の 3 点について調査を行った。まず、医療事故報告書に含まれる情報に関しては、(1) 医療事故の概要、(2) 患者の情報、(3) 再発防止策に関する情報は、ほぼ全ての病院において医療事故報告書に記載をしていた。一方で、(1) 当事者・関係者の匿名化の程度、(2) 事故調査委員会の匿名化の程度、(3) 過失の有無等の有責判断、(4) 再発防止策の実施状況および評価方法などについては、病院間で一定の傾向は認められず、標準的な手法がまだ確立していないことが伺えた。再発防止策・改善策に関しては、ほぼ全ての病院において報告書に明記していたが、その実施状況及び評価方法を記載している病院はおよそ 30%であり、医療事故報告書に含めるべき情報であったと回答する病院の割合が最も

多かった。次に、医療事故報告書の取り扱いに関しては、およそ 30%の病院が、警察、日本医療機能評価機構の事故防止センター、保健所、地方自治体等に届出を行っていた。

報告書の取り扱い方法は病院間で異なっており、どのような基準に基づいて公表するのかを明確にする必要があり、統一された規準が定められることが望ましい。

最後に、医療事故報告書の完成までの期間に関しては、およそ 40%の病院が 1 ヶ月以内、およそ 70%の病院が 3 ヶ月以内に報告書を作成していた。病床規模の大きい病院が主な調査対象であったことから、報告書のひな形があったり、報告書の作成経験のある人が複数いたことなどが考えられる。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

医療事故の原因究明体制に関するヒアリング調査

研究要旨

本調査では、重大な医療事故を経験したことがある医療施設を対象にヒアリング調査を実施することで、医療事故の原因究明に関するより詳細な内容を明らかにすることを目的とした。なお、調査は現在実施途中であるため、本年度の報告書では調査概要についてのみ報告をする。

分担研究者

長谷川友紀 東邦大学医学部社会医学講座 教授

小谷野圭子 練馬総合病院 質保証室主任

西澤 寛俊 社団法人全日本病院協会 会長

研究協力者

永井 庸次 全日本病院協会理事

藤田 民夫 全日本病院協会愛知県支部長

森山 洋 おびひろ呼吸器科内科病院 事務長

藤田 茂 東邦大学医学部社会医学講座 助教

伊藤 慎也 東邦大学医学部社会医学講座 大学院

る立場にある当該病院内において、最初に行われる活動であり、背景要因を含めた原因を明らかにし、再発防止に直接寄与することが期待される。しかし、医療事故の標準的な院内調査手法は確立されておらず検討すべき課題が数多く存在する。

申請者らは大規模なアンケート調査を通して、各医療施設における医療事故の原因究明体制を明らかにすることを試みた。しかし、医療事故という繊細な内容であるために、アンケート調査のみによって詳細を明らかにするのは限界がある。そこで本調査では、重大な医療事故を経験したことがある医療施設を対象にヒアリング調査を実施することで、医療事故の原因究明に関するより詳細な内容を明らかにすることを目的とした。なお、調査は現在実施途中であるため、本年度の報告書では調査概要についてのみ報告をする。

A. 研究目的

2006年の医療法の改正により、医療の安全確保から有床施設において医療安全委員会を開催することが義務づけられた。重大な医療事故が発生した場合に、各医療施設では速やかな原因究明、再発防止策の立案および実施が必要となった。院内事故調査は当該医療事故について最も情報を知ろう

B. 研究方法

調査方法は、半構造化面接法とした。調査対象病院は、3,890 病院を対象にアンケート調査を実施し、調査票の文末においてヒアリング調査への協力を募った。ヒアリング調査に協力すると回答した病院のうち、以下の 6 項目に配慮して対象病院を抽出した。①病院の基本属性（病床数、在院日数など）、②専従安全管理者の有無、③過去 3 年以内の重大事故経験の有無、④重大事故の原因究明状況、⑤メディエーターの有無、⑥事故報告書の作成状況。

訪問調査者は、医療安全・医療事故の専門家、社会調査の専門家、医師などによって構成した。調査対象者は、病院管理者、医療安全管理者、当該事故の当事者等であった。調査は、各病院にあらかじめ趣旨、質問項目を提示し、各病院において研究グループが実施した。主な調査項目は、①医療事故の概要、②原因究明の組織、③当事者（医療者・患者・家族）の聞き取り調査、④原因究明で困ったこと、⑤事故の原因分析方法、⑥報告書作成において困ったこと、⑦必要な支援の 7 項目であった。医療事故の概要については、あくまで院内調査体制について検討することが主目的であり、それに支障がない程度に説明を求め、当事者（患者、医療者、その他）を含め、プライバシーについては厳守することを説明した。

また、本研究で取り扱う個人情報は、個人情報保護法および厚生労働省ガイドラインを遵守し、情報の取扱いには十分に配慮する。

C. 研究結果

アンケートの回答病院は、1,261 病院（回答率 32.4%）であった。そのうち、ヒアリング調査に協力すると回答した病院は、100 病院であった。これらの病院のうち、6 つの病院を抽出してヒアリング調査を実施した（現在、調査継続中）。調査対象病院の所在地域は、関東地方が 2 病院、中部地方が 2 病院、九州地方が 2 病院であった。一般病床数は、200-400 床が 2 病院、400-500 床が 2 病院、500 床以上が 2 病院であった。

D. 考察 と E. 結論

本調査は、現在調査の途中である。次年度の報告書において、分析結果を報告する予定である。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

●医療安全管理・医療紛争解決に関するアンケート

<回答者について>

本調査にご回答いただく方の院内でのお立場をお教えください。

	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)	
	人数	%	人数	%
(1)院長	32	5.1%	22	3.5%
(2)副院長	17	2.7%	40	6.4%
(3)看護部長	62	9.8%	32	5.1%
(4)事務長	213	33.7%	60	9.5%
(5)専従もしくは専任の医療安全管理者	181	28.6%	369	58.7%
(6)その他	101	16.0%	99	15.7%
未回答	26	4.1%	7	1.1%

<施設の基本的な事項>

1-1.病床数

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	平均値	中央値	平均値	中央値	平均値	中央値
病床数	177.3	147.0	370.8	332.0	174.8	130.0
一般	135.6	88.0	356.9	327.5	127.2	69.5
療養	87.8	60.0	73.4	50.0	87.8	60.0
その他	96.3	55.5	54.5	40.0	63.3	4.0

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
99床以下	205	32.4%	68	10.8%	197	38.9%
100-299床	335	53.0%	169	26.9%	232	45.8%
300床以上	91	14.4%	389	61.8%	75	14.8%
未回答	1	0.2%	3	0.5%	2	0.4%

1-2.病床稼働率

1-3.平均在院日数

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	平均値	中央値	平均値	中央値	平均値	中央値
病床稼働率	86.3	89.3	82.3	84.6	90.1	90.9
在院日数	84.0	18.7	44.0	15.7	132.5	23.0

→区分別の病床稼働率

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
50%未満	6	0.9%	11	1.7%	8	1.6%
50-59%	11	1.7%	15	2.4%	5	1.0%
60-69%	28	4.4%	48	7.6%	16	3.2%
70-79%	90	14.2%	126	20.0%	38	7.5%
80-89%	187	29.6%	246	39.1%	136	26.9%
90%以上	299	47.3%	168	26.7%	291	57.5%
未回答	11	1.7%	15	2.4%	12	2.4%

→区分別の在院日数

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
10日未満	28	4.4%	18	2.9%	14	2.8%
10-19日	311	49.2%	468	74.4%	157	31.0%
20-29日	81	12.8%	41	6.5%	130	25.7%
30-39日	23	3.6%	12	1.9%	33	6.5%
40-49日	17	2.7%	8	1.3%	11	2.2%
50日以上	147	23.3%	65	10.3%	136	26.9%
未回答	25	4.0%	17	2.7%	25	4.9%

1-4.施設機能としてもっともあてはまるもの一つを選んでください。

	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)	
	人数	%	人数	%
(1)高度医療機能	1	0.2%	66	10.5%
(2)地域医療の中核的な機能	218	34.5%	370	58.8%
(3)特定領域の専門医療機能	119	18.8%	74	11.8%
(4)高齢者などの長期療養機能	150	23.7%	35	5.6%
(5)その他	110	17.4%	70	11.1%
未回答	34	5.4%	14	2.2%

1-5.開設主体はなんですか。

※項目の変更により、回答が存在しない場合「—」を挿入

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 504)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)国・独立行政法人	2	0.3%	94	14.9%	5	1.0%
(2)公的医療機関	16	2.5%	214	34.0%	6	1.2%
(3)社会保険関係団体	3	0.5%	21	3.3%	—	—
(4)社会医療法人	54	8.5%	15	2.4%	—	—
(5)社会福祉法人	16	2.5%	28	4.5%	—	—
(6)学校法人	5	0.8%	29	4.6%	—	—
(7)医療法人	473	74.8%	139	22.1%	417	82.7%
(8)公益法人	26	4.1%	15	2.4%	28	5.6%
(9)その他の法人	28	4.4%	54	8.6%	18	3.6%
(10)個人	9	1.4%	11	1.7%	30	6.0%
未回答	0	0.0%	9	1.4%	—	—

1-6.日本医療機能評価機構による認定を受けていますか。

※項目の変更により、回答が存在しない場合「—」を挿入

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)はい	313	49.5%	398	63.3%	177	35.0%
(2)いいえ	283	44.8%	193	30.7%	280	55.3%
(3)過去に受けていたが、現在は受けていない	36	5.7%	33	5.2%	—	—
2005年3月までに受審する予定	—	—	—	—	36	7.1%
未回答	0	0.0%	5	0.8%	13	2.6%

2.救急医療体制には参加していますか。(複数回答)

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)救急告示	294	46.5%	371	59.0%	224	44.3%
(2)救命救急	16	2.5%	111	17.6%	7	1.4%
(3)輪番制	272	43.0%	248	39.4%	190	37.5%
(4)不参加	176	27.8%	110	17.5%	157	31.0%

3.年間退院患者数および死亡退院患者数はそれぞれ何人ですか。

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	平均値	中央値	平均値	中央値	平均値	中央値
退院患者数	2246.4	825.0	6514.0	5036.5	1548.4	663.5
死亡退院患者数	119.3	76.0	300.6	230.0	90.1	50.0
死亡退院率 ¹	4.9%	9.2%	4.4%	4.6%	5.8%	7.5%
死亡退院率 ²	14.5%	7.1%	10.0%	4.7%	12.5%	6.8%

¹ 【全病院の死亡退院の合計】 ÷ 【全病院の退院数の合計】 = 死亡退院率¹

² ① 【各病院の死亡退院】 ÷ 【各病院の退院数】 = 【各病院の死亡退院率】

② Σ (【各病院の死亡退院率】) ÷ 【病院数】 = 死亡退院率²

4.卒前・卒後教育の状況について

(1)医育機関

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)はい	60	9.5%	162	25.8%	35	7%
(2)いいえ	478	75.6%	349	55.5%	387	76%
未回答	94	14.9%	118	18.8%	84	17%

(2)臨床研修指定病院

	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)	
	人数	%	人数	%
基幹型臨床研修病院	76	12.0%	289	45.9%
協力型臨床研修病院	101	16.0%	178	28.3%
研修協力施設	73	11.6%	53	8.4%
いいえ	335	53.0%	130	20.7%

(3)学会指定研修施設

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)はい(5学会以上)	77	12.2%	306	48.6%	52	10.3%
(2)はい(1~4学会)	139	22.0%	83	13.2%	105	20.8%
(3)いいえ	339	53.6%	168	26.7%	295	58.3%
未回答	77	12.2%	72	11.4%	54	10.7%

<医療安全管理>

1-1.医療安全管理に関する指針がありますか。

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)ある	630	99.7%	624	99.2%	498	98.4%
(2)ない	2	0.3%	1	0.2%	5	1.0%
未回答	0	0.0%	4	0.6%	3	0.6%

1-2.指針には以下の事柄が含まれていますか。(複数回答)

※1-1に「ある」と回答した場合に回答

※項目の変更により、回答が存在しない場合「—」を挿入

	H23				H16	
	会員 (n = 630)		非会員 (n = 624)		先行研究 (n = 498)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)医療安全管理に関する基本的な考え方	625	99.2%	620	99.4%	494	99.2%
(2)医療安全管理の体制確保のための委員会規約	620	98.4%	617	98.9%	485	97.4%
(3)医療事故発生時の対応方法	621	98.6%	618	99.0%	492	98.8%
(4)医療事故・インシデントに関する報告の様式	621	98.6%	605	97.0%	491	98.6%
(5)各部門ごとの安全管理のためのマニュアル整備	555	88.1%	569	91.2%	435	87.3%
(6)医療安全の責任者	612	97.1%	607	97.3%	—	—
(6)事故防止の責任者	—	—	—	—	475	95.4%

1-3.指針を病院職員に周知させるために行っていることは何ですか。(複数回答)

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 498)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)特に周知していない	30	4.7%	32	5.1%	28	5.6%
(2)職員全員に配布	86	13.6%	105	16.7%	91	18.3%
(3)各診療科、部門ごとに配布し供覧	493	78.0%	499	79.3%	398	79.9%
(4)診療科長、部門の長のみに周知	60	9.5%	34	5.4%	52	10.4%
(5)その他	110	17.4%	176	28.0%	74	14.9%

2-1.医療安全管理を行うための実務担当者は配置していますか。

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)配置している	524	82.9%	580	92.2%	312	61.7%
(2)配置していない	99	15.7%	44	7.0%	190	37.5%
未回答	9	1.4%	5	0.8%	4	0.8%

2-2.実務担当者の人数と職種を教えてください。

※2-1 で「配置している」と回答した場合に回答

(1)専従の実務担当者について

	会員 (n = 524)		非会員 (n = 577)		会員 (n = 165)		非会員 (n = 422)		
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	
0人	23	4.4%	14	2.4%					
1人	144	27.5%	312	54.1%					
2人	16	3.1%	61	10.6%					
3人	1	0.2%	25	4.3%					
4人	2	0.4%	12	2.1%					
5人	1	0.2%	5	0.9%	医師	4	2.4%	9	2.1%
6人	0	0.0%	3	0.5%	看護師	137	83.0%	397	94.1%
7人	0	0.0%	3	0.5%	薬剤師	10	6.1%	26	6.2%
9人	0	0.0%	1	0.2%	事務員	15	9.1%	74	17.5%
未回答	337	64.3%	144	25.0%	その他	12	7.3%	20	4.7%

(2)専任の実務担当者について

	H23				H16	
	会員 (n = 524)		非会員 (n = 577)		先行研究 (n = 312)	
	人数	%	人数	%	人数	%
0人	28	5.3%	40	6.9%	34	10.9%
1人	82	15.6%	94	16.3%	41	13.1%
2人	21	4.0%	17	2.9%	6	1.9%
3人	3	0.6%	8	1.4%	2	0.6%
4人	5	1.0%	5	0.9%	4	1.3%
5人	3	0.6%	3	0.5%	1	0.3%
6人	4	0.8%	1	0.2%	0	0.0%
7人	1	0.2%	2	0.3%	0	0.0%
8人	0	0.0%	1	0.2%	1	0.3%
9人	1	0.2%	1	0.2%	0	0.0%
10人	1	0.2%	1	0.2%	1	0.3%
25人以上	2	0.4%	0	0.0%	0	0.0%
未回答	373	71.2%	407	70.5%	222	71.2%

	会員 (n = 123)		非会員 (n = 133)	
	人数	%	人数	%
医師	26	21.1%	45	33.8%
看護師	97	78.9%	62	46.6%
薬剤師	15	12.2%	24	18.0%
事務員	16	13.0%	36	27.1%
その他	22	17.9%	21	15.8%

(3)兼任の実務担当者について

	H23				H16	
	会員 (n = 524)		非会員 (n = 577)		先行研究 (n = 312)	
	人数	%	人数	%	人数	%
0人	6	1.1%	10	1.7%	1	0.3%
1人	120	22.9%	90	15.6%	76	24.4%
2人	42	8.0%	45	7.8%	43	13.8%
3人	26	5.0%	35	6.1%	23	7.4%
4人	17	3.2%	31	5.4%	11	3.5%
5人	19	3.6%	31	5.4%	17	5.4%
6人	13	2.5%	13	2.3%	8	2.6%
7人	15	2.9%	15	2.6%	6	1.9%
8人	14	2.7%	6	1.0%	13	4.2%
9人	6	1.1%	12	2.1%	8	2.6%
10人	17	3.2%	13	2.3%	17	5.4%
11人	12	2.3%	8	1.4%	9	2.9%
12人	12	2.3%	7	1.2%	11	3.5%
13人	6	1.1%	4	0.7%	7	2.2%
14人	6	1.1%	5	0.9%	6	1.9%
15人以上	40	7.6%	40	6.9%	34	10.9%
未回答	153	29.2%	215	37.3%	22	7.1%

	会員 (n = 365)		非会員 (n = 355)	
	人数	%	人数	%
医師	190	52.1%	254	71.5%
看護師	270	74.0%	201	56.6%
薬剤師	168	46.0%	197	55.5%
事務員	167	45.8%	155	43.7%
その他	155	42.5%	140	39.4%

3-1.医療安全管理体制の確保のための委員会の委員は何人ですか。

	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)	
	人数	%	人数	%
0-5 人	8	1.3%	9	1.4%
6-10 人	127	20.1%	102	16.2%
11-15 人	194	30.7%	177	28.1%
16-20 人	159	25.2%	151	24.0%
21-25 人	69	10.9%	87	13.8%
26-30 人	23	3.6%	40	6.4%
31 人以上	31	4.9%	50	7.9%
未回答	21	3.3%	13	2.1%
平均値	16.2		18.5	
中央値	15.0		16.0	

3-2.委員会のメンバーにはどのような職種の方が入っていますか。(複数回答)

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 503)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)院長	481	76.1%	367	58.3%	345	68.6%
(2)副院長	360	57.0%	490	77.9%	293	58.3%
(3)各診療科・各部門ごとの安全管理の長	549	86.9%	530	84.3%	446	88.7%
(4)専従の安全管理担当者	163	25.8%	411	65.3%	—	—
(5)専任の安全管理担当者	196	31.0%	161	25.6%	131	26.0%
(6)その他	167	26.4%	215	34.2%	86	17.1%

4.医療安全管理体制の確保のための部署は設置していますか。

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)設置している	299	47.3%	498	79.2%	128	25.3%
(2)設置していない	327	51.7%	127	20.2%	376	74.3%
未回答	6	0.9%	4	0.6%	2	0.4%

5-1.医療安全管理を目的とした院内報告は実施していますか。

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)実施している	624	98.7%	624	99.2%	495	97.8%
(2)実施していない	6	0.9%	5	0.8%	10	2.0%
未回答	2	0.3%	0	0.0%	1	0.2%

5-2.報告対象について教えてください。

※5-1 で「実施している」と回答した場合に回答

	H23				H16	
	会員 (n = 624)		非会員 (n = 624)		先行研究 (n = 495)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)医療事故	7	1.1%	13	2.1%	5	1.0%
(2)インシデント	23	3.7%	24	3.8%	27	5.5%
(3)医療事故とインシデントの両方	583	93.4%	583	93.4%	463	93.9%
未回答	11	1.8%	4	0.6%	0	0.0%

5-3.報告件数は年間おおよそ何件ですか。

	会員		非会員	
	平均値	中央値	平均値	中央値
(1)医療事故報告件数	110.6	15.0	140.1	19.0
(2)インシデント報告件数	534.5	297.0	1268.0	896.0

5-4.報告された事例の分析を行っていますか。

	H23				H16	
	会員 (n = 624)		非会員 (n = 624)		先行研究 (n = 493)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)行っている	454	72.8%	507	81.3%	364	73.8%
(2)行っていない	129	20.7%	91	14.6%	115	23.3%
未回答	41	6.6%	26	4.2%	16	3.2%

→どのような手法をお使いですか。(複数回答)

	H23				H16	
	会員 (n = 454)		非会員 (n = 507)		先行研究 (n = 364)	
	人数	%	人数	%	人数	%
RCA	190	41.9%	269	53.1%	43	11.8%
SHELL	146	32.2%	178	35.1%	120	33.0%
その他	172	37.9%	199	39.3%	145	39.8%

→年間、おおよそ何件を分析の対象としていますか。

	会員		非会員	
	医療事故	インシデント	医療事故	インシデント
平均値	30.3	109.6	18.3	111.1
中央値	6.0	20.0	5.0	18.0

5-5.報告された情報をどのように活用していますか。(複数回答)

※5-1で「実施している」と回答した場合に回答

	H23				H16	
	会員 (n = 624)		非会員 (n = 624)		先行研究 (n = 495)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)内容について院内で組織的に検討	528	84.6%	560	89.7%	426	86.4%
(2)定期的に頻度・パターンなどについて集計	446	71.5%	482	77.2%	357	72.4%
(3)事例を基に職員の教育・研修	443	71.0%	472	75.6%	338	68.6%
(4)事例を基にマニュアル・事例集を作成	310	49.7%	379	60.7%	245	49.7%
(5)外部機関・専門家と共同して分析	21	3.4%	48	7.7%	31	6.3%

5-6.生じやすい医療事故等についてリスクアセスメントを実施していますか。

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)行なっている(院内のほとんどの業務、部署について)	173	27.4%	217	34.5%	145	28.7%
(2)行なっている(院内の一部の業務、部署について)	339	53.6%	327	52.0%	258	51.0%
(3)行なっていない	101	16.0%	64	10.2%	92	18.2%
未回答	11	1.7%	16	2.5%	11	2.2%

5-7.日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業に参加していますか。

	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)	
	人数	%	人数	%
	(1)はい(医療事故、インシデントの双方を報告している)	58	9.2%	128
(2)はい(医療事故の報告のみをしている)	55	8.7%	99	15.7%
(3)はい(インシデントの報告のみをしている)	38	6.0%	80	12.7%
(4)いいえ	466	73.7%	310	49.3%
未回答	7	1.1%	7	1.1%

6.医療安全管理に関する教育・研修の現状について(複数回答)

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 489)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)担当者が設置されている	490	77.5%	526	83.6%	371	75.9%
(2)教育プログラムがある	263	41.6%	300	47.7%	162	33.1%
(3)予算が確保されている	146	23.1%	238	37.8%	165	33.7%
(4)教育・研修の教材が作成されている	173	27.4%	196	31.2%	133	27.2%

7-1.貴院として、医療安全のために特に重要と考えられる事項は何ですか。(複数回答)

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)指針の整備	280	44.3%	257	40.9%	227	44.9%
(2)医療安全管理のための委員会の実施	348	55.1%	301	47.9%	240	47.4%
(3)医療安全管理を目的とした報告	397	62.8%	359	57.1%	286	56.5%
(4)医療安全管理に関する教育・研修	577	91.3%	581	92.4%	459	90.7%
(5)医療安全に配慮した医薬品、医療器具などの提供	345	54.6%	377	59.9%	255	50.4%
(6)その他	52	8.2%	84	13.4%	45	8.9%

7-2.貴院で安全確保のための方策を実施するにあたっての問題点は何ですか。(複数回答)

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)人員が確保できない	374	59.2%	381	60.6%	247	48.8%
(2)時間がない	342	54.1%	317	50.4%	259	51.2%
(3)財源がない	169	26.7%	217	34.5%	87	17.2%
(4)取組み方法がわからない	70	11.1%	65	10.3%	53	10.5%
(5)その他	91	14.4%	92	14.6%	79	15.6%

8-1.病院の経営理念・目標等を明文化していますか。

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)明文化している	574	90.8%	599	95.2%	442	87.4%
(2)明文化していない	53	8.4%	27	4.3%	59	11.7%
未回答	5	0.8%	3	0.5%	5	1.0%

8-2.経営理念・目標・その他の文章の中に、院内の医療安全管理が位置付けられていますか。

※8-1で「明文化している」と回答した場合に回答

	H23				H16	
	会員 (n = 574)		非会員 (n = 599)		先行研究 (n = 442)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)位置付けられている	397	69.2%	462	77.1%	282	63.8%
(2)位置付けられていない	149	26.0%	110	18.4%	150	33.9%
未回答	28	4.9%	27	4.5%	10	2.3%

9-1.過去 1 年以内に、外部機関による医療安全に関する教育・研修を、貴院の幹部や医療安全の実務担当者が受けましたか。

	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)	
	人数	%	人数	%
(1)はい	575	91.0%	580	92.2%
(2)いいえ	52	8.2%	46	7.3%
未回答	5	0.8%	3	0.5%

9-2.その医療安全に関する教育・研修を主催している団体は何でしたか。(複数回答)

	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)	
	人数	%	人数	%
(1)病院団体	220	34.8%	223	35.5%
(2)医師会	204	32.3%	142	22.6%
(3)看護協会	341	54.0%	344	54.7%
(4)薬剤師会	38	6.0%	52	8.3%
(5)行政	217	34.3%	195	31.0%
(6)学会	119	18.8%	207	32.9%
(7)企業	99	15.7%	117	18.6%
(8)その他	58	9.2%	106	16.9%

10-1.外部機関への医療事故報告の義務化についてはどう思われますか。

※先行研究では、設問が「義務化」ではなく「制度化」であった。

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)賛成	131	20.7%	160	25.4%	140	27.7%
(2)どちらかといえば賛成	344	54.4%	350	55.6%	251	49.6%
(3)どちらかといえば反対	118	18.7%	98	15.6%	84	16.6%
(4)反対	28	4.4%	11	1.7%	18	3.6%
未回答	11	1.7%	10	1.6%	13	2.6%

10-2.外部機関への医療事故報告を円滑に推進するために重要だと思うものは。(複数回答)

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)医療機関・報告者の匿名化 (個別名称を公表しない)	447	70.7%	483	76.8%	318	62.8%
(2)医療機関・報告者の免責	323	51.1%	354	56.3%	244	48.2%
(3)報告者が当該医療機関内で不利益を 被らないような保護	475	75.2%	468	74.4%	386	76.3%
(4)医療機関・報告者に対する報酬の支 払	30	4.7%	34	5.4%	26	5.1%
(5)外部機関による報告された内容につ いての的確な分析と防止策の提示	456	72.2%	493	78.4%	391	77.3%
(6)外部機関からの支援 (専門職の派遣、教育など)	302	47.8%	348	55.3%	259	51.2%
(7)その他	16	2.5%	20	3.2%	8	1.6%

11-1.患者が死亡した医療事故のうち、意図的な事例や明らかに過失のある事例を警察に届け出ることについてどう思われますか。

	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)	
	人数	%	人数	%
(1)賛成	309	48.9%	339	53.9%
(2)どちらかといえば賛成	244	38.6%	212	33.7%
(3)どちらかといえば反対	54	8.5%	52	8.3%
(4)反対	20	3.2%	14	2.2%
未回答	5	0.8%	12	1.9%

11-2.患者が死亡した医療事故のうち、偶発的な事例や過失の有無が明らかでない事例を警察に届け出ることについてどう思われますか。

	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)	
	人数	%	人数	%
(1)賛成	114	18.0%	91	14.5%
(2)どちらかといえば賛成	177	28.0%	167	26.6%
(3)どちらかといえば反対	225	35.6%	217	34.5%
(4)反対	112	17.7%	140	22.3%
未回答	4	0.6%	14	2.2%

※先行研究でのみ調査した設問

医療事故を起こした場合に警察に届け出ることについてどう思われますか。

	先行研究 (n=506)	
	人数	%
(1)賛成	129	25%
(2)どちらかといえば賛成	207	41%
(3)どちらかといえば反対	117	23%
(4)反対	27	5%
未回答	26	5%

11-3.これまでに貴院で発生した医療事故について警察に届出をしたことがありますか。

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)ある	161	25.5%	315	50.1%	77	15.0%
(2)ない	449	71.0%	298	47.4%	392	77.0%
未回答	22	3.5%	16	2.5%	37	7.0%

11-4.医療事故が起きた場合、医療側の過失の有無に関わりなく、公的な保険により速やかに被害者の補償を行う「無過失補償制度」の導入について、どう思われますか。

	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)	
	人数	%	人数	%
	(1)賛成	304	48.1%	298
(2)どちらかといえば賛成	252	39.9%	248	39.4%
(3)どちらかといえば反対	46	7.3%	47	7.5%
(4)反対	12	1.9%	9	1.4%
未回答	18	2.8%	27	4.3%

12.貴院の医療安全管理活動により、医療安全の確保に効果があったと思われる事例がありましたら、下の例にならってその内容をお教えてください。

別紙に要約

<医療事故等>

1.最近 3 年以内に、患者さんが死亡し、あるいは重篤な後遺障害を残すような医療事故を経験しましたか。

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)はい	123	19.5%	292	46.4%	90	17.8%
(2)いいえ	498	78.8%	333	52.9%	405	80.0%
未回答	11	1.7%	4	0.6%	11	2.2%

→医療事故の件数

※1.3 年以内に医療事故の経験の有無に「はい」と回答した場合に回答

	会員 (n = 123)		非会員 (n = 292)	
	人数	%	人数	%
1 件	70	57%	132	45%
2 件	27	22%	56	19%
3 件	10	8%	23	8%
4 件	4	3%	17	6%
5 件	0	0%	10	3%
6 件	1	1%	3	1%
7 件	1	1%	5	2%
8 件	1	1%	1	0%
9 件	0	0%	2	1%
10 件	0	0%	4	1%
11 件以上	1	1%	17	6%
未回答	8	7%	22	8%

2-1.医療事故の原因究明を行ないましたか。

※1.3 年以内に医療事故の経験の有無に「はい」と回答した場合に回答

	H23				H16	
	会員 (n = 123)		非会員 (n = 292)		先行研究 (n = 88)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)はい	120	97.6%	285	97.6%	89	98.9%
(2)いいえ	3	2.4%	7	2.4%	0	0.0%
未回答	0	0.0%	0	0.0%	1	1.1%

→原因究明の件数

※1.3年以内に医療事故の経験の有無に「はい」と回答し、2-1.原因究明の実施に「はい」と回答した場合に回答

	会員 (n = 120)		非会員 (n = 285)	
	人数	%	人数	%
1件	61	51%	117	41%
2件	21	18%	44	15%
3件	9	8%	22	8%
4件	3	3%	15	5%
5件	0	0%	5	2%
6件	0	0%	3	1%
7件	0	0%	4	1%
8件	0	0%	3	1%
9件	0	0%	1	0%
10件	0	0%	1	0%
11件以上	1	1%	9	3%
未回答	25	21%	61	21%

2-2.原因究明はどのような組織で行ないましたか。

※1.3年以内に医療事故の経験の有無に「はい」と回答し、2-1.原因究明の実施に「はい」と回答した場合に回答(一部複数回答が見られた)

	H23				H16	
	会員 (n = 120)		非会員 (n = 285)		先行研究 (n = 89)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)医療安全の担当部署のみ	12	10.0%	9	3.2%	6	6.7%
(2)医療安全委員会など常設の組織	28	23.3%	44	15.4%	31	34.8%
(3)医療事故究明を目的に臨時に設けられた委員会など(院内メンバーのみから構成される)	53	44.2%	110	38.6%	26	29.2%
(4)医療事故究明を目的に臨時に設けられた委員会など(院内、院外のメンバーから構成される)	8	6.7%	69	24.2%	9	10.1%
(5)その他	19	15.8%	52	18.2%	17	19.1%

2-3.原因究明にあたって外部の専門家の支援を受けましたか。

※1.3年以内に医療事故の経験の有無に「はい」と回答し、2-1.原因究明の実施に「はい」と回答した場合に回答

	H23				H16	
	会員 (n = 120)		非会員 (n = 285)		先行研究 (n = 89)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)はい	45	37.5%	148	51.9%	30	33.7%
(2)いいえ	73	60.8%	134	47.0%	55	61.8%
未回答	2	1.7%	3	1.1%	4	4.5%

→それはどのような方ですか。(複数回答)

※1.3年以内に医療事故の経験の有無に「はい」と回答し、2-1.原因究明の実施に「はい」と回答し、2-3.専門家の支援の有無に「はい」と回答した場合に回答

	H23				H16	
	会員 (n = 45)		非会員 (n = 148)		先行研究 (n = 30)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)医療安全、事故究明の専門家	2	4.4%	16	10.8%	3	10.0%
(2)医療事故に関連した医療分野の専門家	16	35.6%	90	60.8%	9	30.0%
(3)法律家	35	77.8%	104	70.3%	24	80.0%
(4)心理カウンセラー	1	2.2%	6	4.1%	1	3.3%
(5)その他	4	8.9%	16	10.8%	4	13.3%

2-4.原因究明にあたって当事者への対応(複数回答)

※1.3年以内に医療事故の経験の有無に「はい」と回答し、2-1.原因究明の実施に「はい」と回答した場合に回答

	H23				H16	
	会員 (n = 120)		非会員 (n = 285)		先行研究 (n = 89)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)事情聴取に協力してもらった	105	87.5%	250	87.7%	70	78.7%
(2)原因究明のメンバーとして参加した	34	28.3%	110	38.6%	34	38.2%
(3)心理カウンセリングなど支援を行なった	12	10.0%	32	11.2%	6	6.7%
(4)一定期間の休職など、休養を与えた	8	6.7%	24	8.4%	6	6.7%
(5)配置転換を行なった	4	3.3%	14	4.9%	0	0.0%
(6)その他	6	5.0%	12	4.2%	2	2.2%

2-5.原因究明にあたって患者・家族への対応(複数回答)

※1.3年以内に医療事故の経験の有無に「はい」と回答し、2-1.原因究明の実施に「はい」と回答した場合に回答

	H23				H16	
	会員 (n = 120)		非会員 (n = 285)		先行研究 (n = 89)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)事情聴取に協力してもらった	48	40.0%	104	36.5%	42	47.2%
(2)原因究明のメンバーとして参加してもらった	3	2.5%	17	6.0%	4	4.5%
(3)心理カウンセリングなど支援を行なった	3	2.5%	11	3.9%	0	0.0%
(4)その他	41	34.2%	83	29.1%	23	25.8%

2-6.事故報告書は作成しましたか。

※1.3年以内に医療事故の経験の有無に「はい」と回答し、2-1.原因究明の実施に「はい」と回答した場合に回答

	H23				H16	
	会員 (n = 120)		非会員 (n = 285)		先行研究 (n = 89)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)はい	97	80.8%	225	78.9%	83	93.3%
(2)いいえ	18	15.0%	52	18.2%	1	1.1%
未回答	5	4.2%	8	2.8%	5	5.6%

→外部へ公表していますか。

※1.3年以内に医療事故の経験の有無に「はい」と回答し、2-1.原因究明の実施に「はい」と回答し、2-6.事故報告書の作成に「はい」と回答した場合に回答

	H23				H16	
	会員 (n = 97)		非会員 (n = 225)		先行研究 (n = 83)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)外部へ公表している	22	22.7%	65	28.9%	18	21.7%
(2)外部へ公表はしていない	69	71.1%	153	68.0%	61	73.5%
未回答	6	6.2%	7	3.1%	4	4.8%

2-7.原因究明の結果について患者・家族へ説明しましたか。

※1.3年以内に医療事故の経験の有無に「はい」と回答し、2-1.原因究明の実施に「はい」と回答した場合に回答

	H23				H16	
	会員 (n = 120)		非会員 (n = 285)		先行研究 (n = 89)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)はい	93	77.5%	243	85.3%	77	86.5%
(2)いいえ	17	14.2%	27	9.5%	6	6.7%
未回答	10	8.3%	15	5.3%	6	6.7%

2-8.原因究明全般にあたって困ったことは何ですか。(複数回答)

※1.3年以内に医療事故の経験の有無に「はい」と回答し、2-1.原因究明の実施に「はい」と回答した場合に回答

	H23				H16	
	会員 (n = 120)		非会員 (n = 285)		先行研究 (n = 89)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)院内に医療安全、事故調査の専門家がいない	42	35.0%	81	28.4%	30	33.7%
(2)当事者以外に、院内に医療事故に関連した医療分野の専門家がいない	24	20.0%	47	16.5%	11	12.4%
(3)院外の医療安全、事故調査の専門家の支援を得ることが困難であった	15	12.5%	39	13.7%	12	13.5%
(4)院外の医療事故に関連した医療分野の専門家の支援を得ることが困難であった	9	7.5%	26	9.1%	8	9.0%
(5)医療事故の分析方法がわからない	9	7.5%	12	4.2%	8	9.0%
(6)警察による捜査、裁判所による証拠保全などのため関連資料が利用できない	3	2.5%	1	0.4%	6	6.7%
(7)報告書の内容が訴訟や捜査に与える結果が懸念される	19	15.8%	55	19.3%	10	11.2%
(8)当事者のケア	57	47.5%	146	51.2%	34	38.2%
(9)患者、家族のケア	61	50.8%	158	55.4%	44	49.4%
(10)当事者以外の病院スタッフの士気低下・モラル低下の対策	26	21.7%	57	20.0%	16	18.0%
(11)事故被害者以外の患者さんの不安の軽減	13	10.8%	32	11.2%	11	12.4%
(12)地域の住民や医療機関からの信頼の回復	10	8.3%	31	10.9%	6	6.7%
(13)対メディア対策	7	5.8%	30	10.5%	8	9.0%
(14)その他	11	9.2%	22	7.7%	6	6.7%

<裁判外紛争解決>

1.裁判外紛争解決は医療における紛争解決手法として有用であるとお考えですか。

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)有用である	210	33.2%	240	38.2%	153	30.2%
(2)どちらかといえば有用である	314	49.7%	292	46.4%	244	48.2%
(3)どちらかといえば有用でない	52	8.2%	45	7.2%	36	7.1%
(4)有用でない	9	1.4%	9	1.4%	11	2.2%
未回答	47	7.4%	43	6.8%	62	12.3%

2.医療紛争解決を実施する仕組みとしてはどのようなものが適切だと思いますか。

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)現行の裁判制度がよい	26	4.1%	16	2.5%	8	1.6%
(2)医療専門の裁判制度を設けるのがよい	283	44.8%	242	38.5%	187	37.0%
(3)裁判外紛争解決を設け、通常の裁判とどちらかを選択できるのがよい	252	39.9%	277	44.0%	231	45.7%
(4)その他	10	1.6%	30	4.8%	20	4.0%
未回答	61	9.7%	64	10.2%	60	11.9%

3.医療紛争が起きた際、当事者である患者と医療者の対話を促進する役割を担う者(モデレーターなど)を配置していますか。

	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)	
	人数	%	人数	%
(1)配置している	171	27.1%	180	28.6%
(2)配置していない	426	67.4%	422	67.1%
未回答	35	5.5%	27	4.3%

4.それはどのような立場の方ですか。(複数回答)

※3.対話促進者を「配置している」と回答した場合に回答

	会員 (n = 171)		非会員 (n = 180)	
	人数	%	人数	%
(1)院長	30	17.5%	10	5.6%
(2)副院長	18	10.5%	16	8.9%
(3)看護部長	27	15.8%	7	3.9%
(4)事務長	90	52.6%	36	20.0%
(5)師長または主任看護師	17	9.9%	22	12.2%
(6)事務部の事務員	20	11.7%	47	26.1%
(7)相談窓口の職員	36	21.1%	49	27.2%
(8)専従または専任の医療安全管理者	40	23.4%	74	41.1%
(9)顧問弁護士	50	29.2%	16	8.9%
(10)当事者とは無関係の患者代表	0	0.0%	0	0.0%
(11)外部の専門家	0	0.0%	2	1.1%
(12)その他	17	9.9%	19	10.6%

5.医療紛争が起きた際、当事者である患者と医療者の対話を促進する役割を担う者(メディエーターなど)は、どのような立場の者がふさわしいと思いますか。(複数回答)

	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)	
	人数	%	人数	%
(1)院長	94	14.9%	37	5.9%
(2)副院長	60	9.5%	51	8.1%
(3)看護部長	113	17.9%	60	9.5%
(4)事務長	199	31.5%	91	14.5%
(5)師長または主任看護師	58	9.2%	84	13.4%
(6)事務部の事務員	39	6.2%	78	12.4%
(7)相談窓口の職員	142	22.5%	191	30.4%
(8)専従または専任の医療安全管理者	212	33.5%	227	36.1%
(9)顧問弁護士	343	54.3%	135	21.5%
(10)当事者とは無関係の患者代表	36	5.7%	56	8.9%
(11)外部の専門家	97	15.3%	135	21.5%
(12)その他	26	4.1%	66	10.5%

●事故報告書の項目および作成上の注意点に関するアンケート

1.事故報告書の中に以下の情報は含まれていますか。(複数回答)

※1.3年以内に医療事故の経験の有無に「はい」と回答し、2-1.原因究明の実施に「はい」と回答し、2-6.事故報告書の作成に「はい」と回答した場合に回答

	会員 (n = 97)		非会員 (n = 225)	
	人数	%	人数	%
(1) 患者・家族等への謝罪・哀悼の意	36	37.1%	90	40.0%
(2) 事故の要約	91	93.8%	207	92.0%
(3) 事故の発生日	93	95.9%	208	92.4%
(4) 事故報告書の作成日	92	94.8%	199	88.4%
(5) 患者の氏名	84	86.6%	162	72.0%
(6) 患者の年齢または年代	91	93.8%	201	89.3%
(7) 患者の性別	89	91.8%	198	88.0%
(8) 患者の病名または手術内容	87	89.7%	205	91.1%
(9) 当事者・関係者の職員の氏名	61	62.9%	109	48.4%
(10) 当事者・関係者の職員の職種	85	87.6%	182	80.9%
(11) 当事者・関係者の職員の経験年数	46	47.4%	122	54.2%
(12) 事故の経過(事実関係を時系列に整理したものの)	89	91.8%	197	87.6%
(13) 患者の転帰	80	82.5%	199	88.4%
(14) 事故前および事故後の患者・家族への説明内容	75	77.3%	170	75.6%
(15) 事故の原因や問題点	87	89.7%	201	89.3%
(16) 過失の有無	42	43.3%	124	55.1%
(17) 再発防止策、改善策、提言	81	83.5%	186	82.7%
(18) 後日、再発防止策の実施状況と効果を評価する方法	42	43.3%	46	20.4%
(19) 事故調査委員の所属と氏名	51	52.6%	113	50.2%
(20) 事故調査委員会の開催日時	55	56.7%	138	61.3%
(21) 事故の公表に対する患者・家族の承諾	15	15.5%	42	18.7%

→事故報告書に含めた項目の数

	会員 (n = 97)		非会員 (n = 225)	
	人数	%	人数	%
1-3	0	0%	1	0%
4-6	0	0%	1	0%
7-9	1	1%	3	1%
10-12	9	9%	14	6%
13-15	30	31%	66	29%
16-18	36	37%	88	39%
19-21	17	18%	35	16%
未回答	4	4%	17	8%

2.上記の中で、記載すべきであったとお考えのものはありますか。

	会員 (n = 97)		非会員 (n = 225)	
	人数	%	人数	%
(1)ない	57	58.8%	124	55.1%
(2)ある	28	28.9%	61	27.1%
未回答	12	12.4%	40	17.8%

→記載すべきであったと考える項目(複数回答)

	会員 (n = 28)		非会員 (n = 61)	
	人数	%	人数	%
(1) 患者・家族等への謝罪・哀悼の意	8	28.6%	12	19.7%
(2) 事故の要約	2	7.1%	1	1.6%
(3) 事故の発生日	0	0.0%	0	0.0%
(4) 事故報告書の作成日	1	3.6%	0	0.0%
(5) 患者の氏名	0	0.0%	0	0.0%
(6) 患者の年齢または年代	0	0.0%	1	1.6%
(7) 患者の性別	0	0.0%	1	1.6%
(8) 患者の病名または手術内容	1	3.6%	0	0.0%
(9) 当事者・関係者の職員の氏名	1	3.6%	0	0.0%
(10) 当事者・関係者の職員の職種	1	3.6%	0	0.0%
(11) 当事者・関係者の職員の経験年数	4	14.3%	8	13.1%
(12) 事故の経過(事実関係を時系列に整理したもの)	0	0.0%	2	3.3%
(13) 患者の転帰	2	7.1%	1	1.6%
(14) 事故前および事故後の患者・家族への説明内容	3	10.7%	3	4.9%
(15) 事故の原因や問題点	1	3.6%	1	1.6%
(16) 過失の有無	3	10.7%	5	8.2%
(17) 再発防止策、改善策、提言	4	14.3%	3	4.9%
(18) 後日、再発防止策の実施状況と効果を評価する方法	9	32.1%	26	42.6%
(19) 事故調査委員の所属と氏名	7	25.0%	7	11.5%
(20) 事故調査委員会の開催日時	4	14.3%	5	8.2%
(21) 事故の公表に対する患者・家族の承諾	14	50.0%	15	24.6%

3.その事故報告書の事例について、以下のことをしましたか。(複数回答)

	会員 (n = 97)		非会員 (n = 225)	
	人数	%	人数	%
(1) 事故の公表に対する患者・家族の承諾を得る	13	13.4%	55	24.4%
(2) 病院のホームページ上での公表	2	2.1%	19	8.4%
(3) 記者会見・報道発表	3	3.1%	24	10.7%
(4) 警察への届出	34	35.1%	71	31.6%
(5) 保健所への届出	22	22.7%	56	24.9%
(6) 地方自治体への届出	19	19.6%	56	24.9%
(7) 厚生労働省地方厚生局への届出	4	4.1%	32	14.2%
(8) 文部科学省への届出	1	1.0%	6	2.7%
(9) 日本医療機能評価機構事故防止センターへの届出	21	21.6%	79	35.1%
(10) 解剖(司法・行政・病理解剖)	17	17.5%	63	28.0%

4.事故の発生から院内事故調査委員会による事故報告書の完成まで何日かかりましたか。(複数回答)

	会員 (n = 97)		非会員 (n = 225)	
	人数	%	人数	%
~1ヵ月未満	52	53.6%	68	30.2%
1ヵ月以上~3ヵ月未満	22	22.7%	72	32.0%
3ヵ月以上~半年未満	10	10.3%	38	16.9%
半年以上~1年未満	6	6.2%	13	5.8%
1年以上	2	2.1%	4	1.8%
未回答	5	5.2%	30	13.3%

設問 12. 貴院の医療安全管理活動により、医療安全の確保に効果があったと思われる事例がありましたら、下の例にならってその内容をお教えてください。

■ 看護

- ✓ 誤接防止機能付ラインの導入でラインの誤った接続がなくなった。
- ✓ 入浴後に酸素を流し忘れがあったが、酸素使用中の人は流量の札を置くようにし、帰宅後、酸素の流し札を外すことにより忘れなくなった。
- ✓ すべての部署の体重計をデジタル体重計に変更したことにより、患者の転倒防止につながった。
- ✓ ベッドからの転落、転倒が重大な問題であったが、①転倒、転落マニュアルの整備と、②要警戒患者へ離床センサーを活用することにより減少させることができた。
- ✓ バーコード付リストバンド導入による3点チェックにより輸液注射の注射の患者確認がなくなった。

■ 薬剤

- ✓ 人員の増員により、ダブルチェックが強化された。
- ✓ 規格の一番大きい薬剤（同種薬剤中）に印を明示することにより（処方箋に）調剤ミスがなくなった。
- ✓ 「1患者1トレイ」「内服カード」の導入により薬剤払い出し時の確認がなくなった。
- ✓ 注射薬入力時、「警告薬が選択されました」と表示されるようになり、注入時に注意喚起が図られるようになった。
- ✓ 入院時持参薬の薬剤師の介入方法を明確にしたシステムを作成し、入院時持参薬の確認が向上した。

■ その他

- ✓ シリンジポンプに関して、3桁まで設定できるものから2桁までのものに切り替えた。また、タッチ式でなく、ダイヤル式に切り替えたことで、注入速度ミスが減った。
- ✓ 麻薬管理票、麻薬金庫内での管理を1患者1トレイにしたことにより、誤投与（過剰・過少）が少なくなった
- ✓ 酸素ボンベ使用時間換算表を作成し、投与中の残量不足を防いでいる。
- ✓ 自己血保存バックのバーコード化による管理、誤った返血の防止の開始
- ✓ 便検体貼布ラベル表示の変更により便検体容器間違いが減少した。
- ✓ アナフィラキシーショック対応シート作成により、早期対応が可能となり、重篤な状態に陥る事例が減った。
- ✓ 手術後、レントゲン撮影による異物確認方法を強化し、未然に防いでいる。
- ✓ 呼吸器のバッテリー搭載を示す色表示。どこからでも見える呼吸器の稼働状況表の作成
- ✓ 安全手帳を作成し、危険手技、危険薬などの周知と迅速な確認に役立てている
- ✓ 防水型心電図モニターへの変更で入浴リハビリ中のモニタリングが出来るようになった。