

唆された。看護サイドでは、2つの施設で、鎮静スコアとして「Ramsay Scale」を使用しており、うち1病院では、心臓外科患者はRamsay Scale 1～2のレベル、それ以外の患者は3～4のレベルで鎮静することを基準化していた。鎮静・鎮痛状態の患者管理は、ドレーン・チューブ自己抜去防止にとっても重要な要件と考えられることから、「Ramsay Scale」の適用妥当性を検討しつつ、今後、鎮静・鎮痛状態の患者管理基準を統一化していく必要があると考える。

医師と看護師の関係については、いずれの施設も概ね両者の関係性が良好であり、医師と看護師が一同に会する勉強会や運営会議の場を利用し、要望や決定事項について話し合う等の取り組みもみられた。ドレーン・チューブ自己抜去防止においては、患者の状態に応じたドレーン・チューブ類の管理方法や抜去時期等について医師と看護師が細やかに情報や意見の交換を行い、協同して患者管理に取り組む環境が必要不可欠であると考ええる。今回の対象施設では、いずれも自己抜去防止のための医師側の方針については明文化されたものはないとの報告であった。しかし、医師がどのような判断のもとに、いつ、どのようにドレーン・チューブを抜去するかという基準を正確に把握しておくことは、医師・看護師双方にとって重要であると考ええる。診療科によって、あるいは個々の医師によって、それぞれドレーン・チューブの管理方針が異なる場合、看護サイドの観察や判断が曖昧になり、自己抜去リスクが高まる危険性がある。そのため、医師サイドでは、各診療科や各医師におけるドレーン・チューブの管理方針について根拠を挙げて明確化し、一致可能な方針については可能な限り統一化を図ることが必要と考えられる。また、それらの情報を看護サイドと共有し、医療チーム全体で統一されたドレーン・チューブの管理方針に則り、ドレーン・チューブ自己抜去防止に向けて取り組むことが肝要である。

第6章 まとめ：急性期患者におけるドレーン・チューブ自己抜去に

関連する要因と事故防止対策

以上の調査結果のまとめとして、本章では、急性期患者におけるドレーン・チューブ自己抜去に関連する要因と事故防止対策について検討した内容を整理し、包括的なドレーン・チューブ事故防止対策について提言する。

1. 急性期患者におけるドレーン・チューブ自己抜去に関連する要因

- (1) 患者の年齢：50歳代後半以上
- (2) 患者の疾患：術後せん妄を来し易い疾患
(脳外科・脳血管疾患、心臓外科疾患、消化器外科疾患、挿管患者)
- (3) 患者の特徴：気がかりな言動がある (ドレーンやチューブに触れる・引っ張る、抑制帯をすり抜けようとする、ベッド柵をたたく、説明や声かけにうなずくがすぐに同じ行動をとる、頻回にナースコールを押す、問うと“トイレに行く”と訴える、入室前に気もそぞろな印象)
チューブ類への違和感を表出する (挿入部周囲の痛みや違和感を訴える、固定テープの痒みや違和感を訴える・はがそうとする、むせ込みや咳き込みがみられる)
同一体位で身動きが取れない
抑制や吸引をいやがる・暴れる
睡眠パターンの障害がある
- (4) 自己抜去の経験：過去または今回の入院中、1回以上の自己抜去経験がある
- (5) 入室の状況：緊急の入院、緊急の手術があった
- (6) 入室の期間：長期間入室している (気管内挿管の抜管後で夜間せん妄があり週末帰室できない、鎮静後24時間以上たっても呼吸状態不良等で帰室できない、等)

2. 急性期患者におけるドレーン・チューブ自己抜去事故防止対策

- (1) 看護方針：自己抜去防止のための看護方針の基準化
看護管理体制の統一化、等質化を図るためには、口頭での伝達だけではなく、ドレーン・チューブ自己抜去防止のための看護方針を明文化して示す必要がある。
具体的なケア方法としては、必ず2箇所(刺入部とルート部)を止める、点滴交換の際に必ず固定状況も確認する、物理的原理から抜けにくい方向で止める(体内に引き込まれやすいチューブ類は外から引張り気味に固定する等)、抜けるまでの時間をかせぐための工夫をする(チューブ類をタオルで包んだり手腕を枕の上に乗せたりする等)が挙げられる。
- (2) 身体抑制：ICU及び急性期病棟、あるいは院内での身体抑制の基準化
基本的には身体抑制を行わず、看護師が患者のそばを離れるときにのみ必要な部分にだけ実施することが望ましい。鎮静中及び覚醒中は抑制せず、鎮静剤の投与量が減った時点で呼名し、自発呼吸が出てきたら抑制する、小児の場合は、安全上の目的から例外的に抜管までは全ての患児に抑制を行う、2人以上の看護師の目で判断し対処する、等の対策を実施する。
これらのケアを危険なく実施するためには、身体抑制の基準化を遵守するための看護人員

を確保することが必須の要件となる。夜勤帯の1対1もしくは1対1.5看護体制を実現すべく、制度の見直しを図る必要がある。

(3) せん妄対策：ICU及び急性期病棟、あるいは院内でのせん妄対策の基準化

せん妄状態に対する医療スタッフの共通認識を図るための判断基準（DSM-IVによるせん妄の診断基準等）を明確にすることが必要である。

せん妄を未然に防ぐためのケア方法としては、せん妄発症や経過に影響を与える要因に働きかけること（散歩に行く、景色が見える位置にベッドを配置する、話をする、家族との面会を長くしてもらう、足浴や洗髪をする、TVやBGMをかける等）、患者のサーカディアンリズムを大切に、昼夜の区別がつけられるような環境作りを心がけること（21時にICU内を消灯して患者のオーバーヘッドライトのみで調整し、BGMを止める等）、手術前の全ての患者に対して入室前訪問を行い、アセスメントを行うこと（必要に応じてスタッフで対策を検討する）等が挙げられる。

(4) 鎮痛・鎮静状態の管理：鎮静・鎮痛状態の患者管理の基準化

鎮痛・鎮静状態に対する医療スタッフの共通認識を図るための判断基準（Ramsay Scale等）を明確にする必要がある。特に、疾患や手術との関係から通常の鎮痛・鎮静管理方法が適用できない心臓外科患者、脳神経外科患者、挿管患者の管理方針を明確化することは重要である。

(5) 医師と看護師の関係：ドレーン・チューブ抜去方針の明確化と共有化

ドレーン・チューブ自己抜去防止においては、患者の状態に応じたドレーン・チューブ類の管理方法や抜去時期等について医師と看護師が細やかに情報や意見の交換を行い、協同して患者管理に取り組む環境が必要不可欠である。医師がどのような判断のもとに、いつ、どのようにドレーン・チューブを抜去するかという基準を正確に把握しておくことは、医師・看護師双方にとって重要であるため、医師サイドでは、各診療科や各医師におけるドレーン・チューブの管理方針について根拠を挙げて明確化し、一致可能な方針については可能な限り統一化を図ることが必要である。また、それらの情報を看護サイドと共有し、医療チーム全体で統一されたドレーン・チューブの管理方針に則り、ドレーン・チューブ自己抜去防止に向けて取り組むことが肝要である。

おわりに

以上、平成 15 年度厚生労働科学研究研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）による『医療事故防止のためのヒヤリ・ハット事例の分析等に関する研究』の分担研究「ドレーン・チューブ類の事故防止に関する研究」の研究成果を報告した。

本研究ではドレーン・チューブ類の事故防止対策の一環として、特に事故発生頻度が高率に認められる急性期の成人患者におけるドレーン・チューブの自己抜去事故に着目し、ドレーン・チューブ自己抜去予測のアセスメントツール開発に向けた調査を実施した。調査の進行に伴い、ドレーン・チューブの自己抜去の関連要因に関する詳細な検討が必要となったことから、臨床現場で簡便に使用でき、かつ妥当性あるアセスメントツールを開発するという当初の目標は達成できなかった。しかしながら、本研究の結果の影響は大きく、緻密にデータをとらなければ危険であるとの専門家からの助言を受けて、研究途中で計画を修正し、臨床現場の実態を調べたことは、最終的には大きな収穫となった。本研究を通して明らかとなった急性期患者におけるドレーン・チューブの自己抜去に関係する多様な要因や事故防止対策を基礎的資料として活用することにより、今後はより現状に即したドレーン・チューブ自己抜去アセスメントツールの開発が可能になるものと考ええる。

謝辞

本研究の実施にあたり、研究の方向性や内容についてご教示下さいました岩崎康孝氏（厚生労働省医政局総務課医療安全推進室長）、新野由子氏（厚生労働省医政局総務課医療安全推進室医療安全対策専門官）、アセスメントツール原案に対して貴重なご意見を下さいました阿部俊子氏（東京医科歯科大学助教授）、川村治子氏（杏林大学保健学部教授）、木村眞子氏（札幌社会保険総合病院看護科長）、寺井美峰子氏（聖路加国際病院リスクマネージャー・ナースマネージャー）、松月みどり氏（日本大学医学部附属板橋病院看護師長）、山田義仁氏（厚生労働省医薬食品局安全対策課）（以上、五十音順）、アセスメントツール原案開発にあたり調査にご協力くださいました病院の看護部長、看護師、患者の皆様方には大変お世話になりました。ここに深く感謝申し上げます。

本研究は、平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）の助成を受けて行われたものである。

文献

- 安藤公子・井上美和子・安田美恵他 (1996). チューブの事故抜去が起こった患者の看護、看護技術、42(9) : 65-68.
- Atkins PM, Mion LC, Mendelson W, et al. (1997). Characteristics and outcome of patients who self-extubate from ventilatory support: a case-control study. *Chest*, 113(5):1429-1430.
- Baer CL (1988). Is there an answer to preventing unplanned extubations?. *Critical care medicine*, 26(6):989-990.
- Betbese AJ, Perez M, Bak E, et al. (1998). A prospective study of unplanned endotracheal extubation in intensive care unit patients. *Critical care medicine*, 26(7):1180-1186.
- Boulain T & the Association des Reanimateurs du Centre-Ouest (1998). Unplanned Extubations in the adult intensive care unit: a prospective multicenter study. *American journal of respirator critical care medicine*, 157:1131-1137.
- Brandstetter RD (1991). Self-extubation. *Chest*, 99(6):1319-1320.
- Chevron V, Menard JF, Richard LC, et al. (1998). Unplanned extubation: Risk factor of development and predictive criteria for reintubation. *Intensive care medicine*, 26(6):1049-1053.
- Chiang AA, Lee KC, Lee JC, et al. (1977). Effectiveness of a continuous quality improvement program aiming to reduce unplanned extubation. *Intensive care medicine*, 3(1):1269-1271.
- Christie JM, Dethlefsen M, Cane RD (1998). Unplanned endotracheal extubation in the intensive care unit. *Journal of clinical anesthesia*, 1(1):289-293.
- Coppolo DP, May JJ (1990). Self-extubations: A 12-month experience. *Chest*, 98(1):165-169.
- 大伍マサヨ (2000). チューブトラブル、月刊ナーシング、20(5) : 172-176.
- Epstein SK, Nevins ML, Chung J. (2000). Effect of unplanned extubation on outcome of mechanical ventilation. *American Journal of Respirator Critical Care Medicine*, 163(7):1755-1756.
- 古家明子・丸山早苗 (1996). 脳室ドレナージの管理のポイント、看護技術、42(9) : 11-16.
- 橋本迪生監修 (2002). 医療事故を未然に防ぐヒヤリ・ハット報告の分析と活用、メヂカルフレンド社.
- 林雅代・曾我部美子・田中菜穂他 (1998). 気管内挿管患者の自己抜管防止に向けての関わりを検討、日本看護学論文集、29 : 169-171.
- 林原比呂子・細川京子・今村亜希子他 (1999). ICUにおける事故防止対策の検討—気管内チューブの自己抜去について、日本救急看護学会雑誌、1(1) : 114.
- 一箭桂子 (1996). 胸腔ドレナージの管理のポイント、看護技術、42(9) : 29-34.
- 泉キヨ子・牧本清子・加藤真由美他 (2001a). 入院高齢者の転倒予測に関するアセスメントツールの開発 (第1報)、金沢大学医学部保健学科つるま保健学会誌、25 : 45-53.
- 泉キヨ子・牧本清子・加藤真由美他 (2001b). 入院高齢者の転倒予測に関するアセスメントツールの開発 (第2報)—3施設 (一般病院・療養型病床群・老人保健施設) の比較、金沢大学医学部保健学科つるま保健学会誌、25 : 55-63.
- 泉キヨ子 (2002). 入院高齢者の転倒予測に関するアセスメントツールの評価、平成12年度～13

年度科学研究費補助金（基礎研究 C(2)）研究成果報告書。

- Kapadia FN (1995). Self-extubations. *Chest*, 108(6):1768-1769.
- Kapadia FN, Bajan KB, Raje KV (2000). Airway accidents in intubated intensive care unit patients: An epidemiological study. *Critical Care Medicine*, 28(3):659-664.
- 加藤節子・藤澤広子・一関美保子他 (1996). 腹腔ドレナージの管理のポイント、看護技術、42(9) : 35-40.
- 川村治子 (2003). ヒヤリ・ハット 11,000 事例によるエラーマップ完全本、医学書院.
- Krieger BP, Ershowsky PF, Becker DA (1989). Evaluation of conventional criteria for predicting successful weaning from mechanical ventilatory support in elderly patients. *Critical Care Medicine*, 17(9):858-861.
- 熊谷由美子・山口あさき (1996). 心嚢ドレナージの管理のポイント、看護技術、42(9) : 23-28.
- Lassence A, Albeeri C, Azoulay E, et al. (2002). Impact of unplanned extubation and reintubation after weaning on nosocomial pneumonia risk in the intensive care unit. *Anesthesiology*, 97(1):148-156.
- Listello D, Sessler C (1994). Unplanned extubation: Clinical predictor for reintubation. *Chest*, 105(5):1496-1503.
- 前田美香・木村しづ江 (2002). ICU で事故を防ぐための点滴ライン・注射・チューブ類の管理、小児看護、25(5) : 540-545.
- Maguire GP, DeLorenzo LJ, Moggio RA (1994). Unplanned extubation in the intensive care unit: a quality-of-care concern. *Critical care nursing quarterly*, 17(3):40-47.
- 松浦よし子・脇田恵美子 (1996). 経皮経肝道ドレナージ (PTBD) の管理のポイント、看護技術、42(9) : 41-46.
- 南川雅子・太田喜久子 (2000). せん妄患者のアセスメントとケア、Emergency nursing、16(7) : 24-27.
- 森真由美・山岡まゆみ (2000). リスクマネジメント泌尿器科での取り組み—カテーテルの事故対策、ウロ・ナーシング、5(1) : 877-880.
- 森脇三重子 (2000). リスクマネジメントの視点に立った呼吸ケア—自己抜去の予防と対策、看護技術、46(15) : 31-34.
- 小倉ひとみ (2000). チューブ類自己抜去をめぐる事故事例、Emergency nursing、13(4) : 36-38.
- Pronovost PJ, Jenckes M, To M, et al. (2002). Reducing failed extubations in the intensive care unit. *Journal on quality improvement*, 28(11):595-604.
- Raskin MC, Davis T (1986). Acute complication of Endotracheal intubation: Relationship to Reintubation, Route, Urgency, and Duration. *Chest*, 89(2):165-167.
- 桜井美枝・辻容子・戸沢礼他 (2001). ICU における与薬・チューブトラブルに対する事故防止を中心に、Heart Nursing、14(11) : 1102-1107.
- 鷹林広美・坂井文江・重田奈美 (1996). 人工呼吸器装着中の緊急時における対応—自己抜去の予防と対処、看護技術、42(11) : 42-44.
- 高橋章子 (1996). ドレナージ療法を受ける患者の看護問題とその対策、看護技術、42(9) : 6-10.
- 田沢由紀子・小野陽子・星野光子 (1996). 硬膜外ドレナージの管理のポイント、看護技術、42(9) : 17-22.
- Tindol GA, DiBenedetto RJ, Kosciuk L (1994). Unplanned extubations. *Chest*, 105(6):1804-1806.
- 塚本幸子・高岡香 (2000). 胃チューブ抜去の原因を知る—安全に関する事故報告書からの検討、兵庫県尼崎病院年報、11 : 98-100.
- 牛島寿美子・松邑恵美子・星野恵美子 (1996). 不穏がみられる患者に対するチューブの自己抜去

防止に向けた援助、看護技術、42(9) : 61-64.

Vassal T, Anh NG, Gablillet JM, et al. (1977). Prospective evaluation of self-extubations in a medical intensive care unit. *Intensive care medicine*,3(1):340-342.

Wagner IJ (1998). A sedation protocol to prevent self-extubation. *Chest*,113(5):1439-1430.

渡邊仁美・赤川明美・嘉本賢哉他 (1999). ICU 患者の個別感覚-知覚 (ISP) 行動分類に基づいた自己抜去危険度スコアの作成、日本集中治療医学会雑誌、6(4) : 361-367.

箭内嘉子・金子範子・小林孝子他 (2000). 当救命ICUにおける気管内挿管チューブの自己抜管の現状と分析、日本救急医学会関東地方会雑誌、21(1) : 218-219.

平成 16 年 3 月 20 日

「医療機器管理に関する実態調査票」

貴院について以下の質問にお答えください。当てはまる番号に○をつけるか、() 内に数字または言葉をご記入ください。なお、数値につきましては、平成 16 年 3 月 31 日現在でお答えください。

尚、ご回答は平成 16 年 4 月 20 日迄に、同封した返信用封筒にて事務局宛に返送してください（受取人払郵便物ですので切手貼付は不要です）

はじめにおそれいりますが回答者名及び所属をお願い致します

回答者 _____ 職種 _____

1. 貴院についてお伺いします。

1-1、病院名 _____

1-2、施設の種類についてお答えください。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

- 1) 特定機能病院 2) 臨床研修病院 3) 地域医療支援病院 4) 上記 1 から 3 ま
で以外の病院 5) 有床診療所 6) その他 ()

1-3、設置主体についてお答えください

- 1) 国 2) 都道府県・市町村 3) 公益法人 4) 医療法人 5) その他法人
6) 個人 7) その他 ()

1-4、職員の人数は次のいずれに該当しますか。

- 1) 20 人未満 2) 20 人以上 100 人未満 3) 100 人以上 300 人未満
4) 300 人以上 500 人未満 5) 500 人以上

1-5、貴院の病床数は次のいずれに該当しますか。

- 1) 600 床以上 2) 400 床以上 600 床未満 3) 200 床以上 400 床未満、4) 200
床未満

1-6、貴院の平均外来患者数は次のいずれに該当しますか。

- 1) 1,500 名/日以上 2) 1,000 名以上 1,500 名/日未満
3) 500 名以上 1,000 名/日未満 4) 500 名/日未満

2. 貴院は日本医療機能評価機構又は ISO の認定を取得されていますか。

- 1) 日本医療機能評価機構認定を受けている（取得年月：平成 _____ 年 _____ 月取得）
2) ISO 認定を受けている（取得年月：平成 _____ 年 _____ 月取得）
3) 認定を受けていない

3. つぎに挙げる生命維持管理装置及び治療関連機器保有状況（放射線・薬剤・検体検査関連機器は除く）をご記入下さい。また、下記以外でご使用の機器がありましたら表の空欄に追加記入をお願いします。

治療関連機器種類	保有台数
人工呼吸器	() 台
輸液ポンプ	() 台
シリンジポンプ	() 台
超音波ネブライザー	() 台
低圧持続吸引器	() 台
心細動除去装置	() 台
血液浄化装置（透析・血漿交換等）	() 台
人工心肺装置	() 台
IABP 装置、PCPS 装置等	() 台
麻酔器	() 台
電気メス（レーザー、超音波等含む）	() 台
保育器	() 台
患者モニター（心電・血圧等）	() 台
集中患者監視装置等	() 台
分娩監視装置	() 台
SaO ₂ モニター	() 台
超音波診断装置	() 台
心電計	() 台
	() 台
	() 台
	() 台
	() 台

4. 病院全体の医療機器の保守点検（修理や安全試験など）を行う医療機器管理室（臨床工学部門、MEサービス部）などの組織はありますか。

- 1) 病院全体で組織されている（部門名称：_____）
- 2) 病院全体ではないが、診療科によっては組織がある（部門名称：_____）
- 3) 組織されていない
- 4) 組織されていないが担当者は決まっている

5. 医療機器管理室（臨床工学部門、MEサービス部）等が組織されている場合のみご回答下さい

5-1、医療機器の保守点検部門の管理者の職種は以下のうちどれですか

- 1) 医師 (2) 臨床工学技士 (3) 事務部門 (4) その他

5-2、貴院の臨床工学技士の人数は何人ですか

1) _____人

5-3、医療機器の点検不備によるヒヤリ・ハット事例はありますか？

- 1) ない 2) 不明 3) 1～10 例/年 4) 10～50 例/年
5) 50 例/年以上

5-4、医療機器の点検不備による事故又は不具合はありましたか？

- 1) あった 2) ない

5-5、故障又は不具合はほどのくらいのありますか？

- 1) ない 2) 不明 3) 1～50 未満件数/年 4) 50～100 未満件数/年
5) 100 件数/年以上

6. 医療機器管理室（臨床工学部門、ME サービス部）等が組織されていない場合のみご

回答下さい

1) 組織する予定である

2) 必要であると考えるが組織する予定はない

3) 必要ではない（理由：_____）

6-1、貴院の臨床工学技士の人数は何人ですか

1) _____人

6-2、医療機器の点検不備によるヒヤリ・ハット事例はありますか？

- 1) ない 2) 不明 3) 1～10 例/年 4) 10～50 例/年 5) 50 例/年以上

6-3、医療機器の点検不備による事故又は不具合はありましたか？

- 1) あった 2) ない

6-4、故障又は不具合はほどのくらいのありますか？

- 1) ない 2) 不明 3) 1～50 未満件数/年 4) 50～100 未満件数/年
5) 100 件数/年以上

7. 前記医療機器の管理状況について次の各質問について下記表にご記入下さい。

1) 各機器の管理責任者について以下の当てはまる番号を表にご記入下さい。

- 1、各部局の医師 2、配備部署の看護師等 3、配備部署の臨床工学技士
4、病院事務部門 5、医療機器中央管理部門 6、その他

2) 各機器の保守点検の担当者について以下の当てはまる番号を表にご記入下さい。

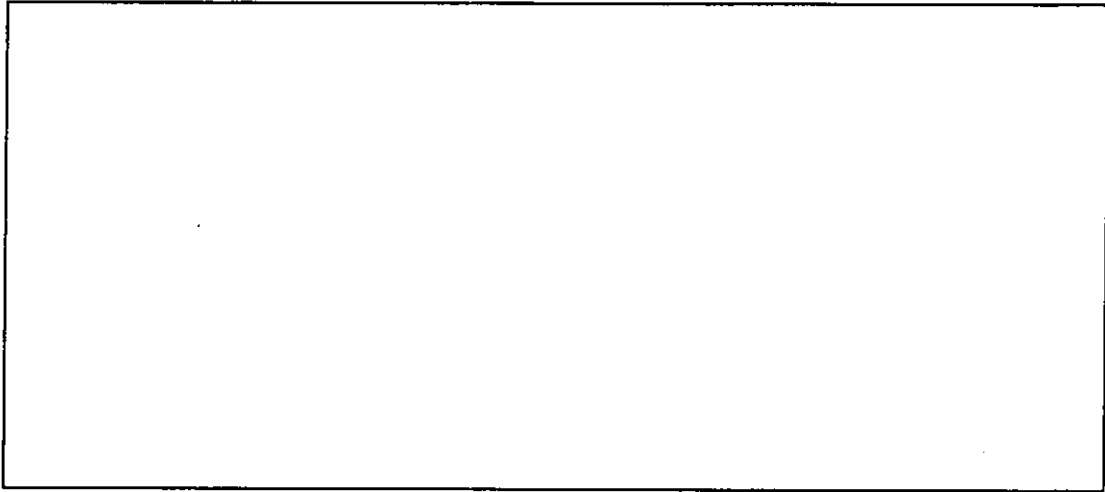
- 1、配備部署の看護師 2、配備部署の臨床工学技士 3、病院事務部門
4、医療機器中央管理室 5、保守点検専門業者へ外部委託 6、納入業者
7、その他

3) 各機器の修理の担当者について以下の当てはまる番号を表にご記入下さい。

- 1、配備部署の臨床工学技士 2、医療機器中央管理室の臨床工学技士
3、修理業者へ外部委託 3、その他

9. 医療機器の取り扱い教育の方法についてお答えください（複数回答可）
1) 文書通知 2) 説明会 3) 研修 4) その他（ ）
10. 医療機器の取り扱い教育の頻度についてご回答下さい（複数回答可）
1) 機器導入時に行っている
2) 新入職員に対して行っている
3) 定期的に行っている
4) 特にルールはなく随時行っている
11. 医療機器の取り扱い説明書について
1) 取扱説明書は当該機器に常備されている
2) 取扱説明書は部署単位で常備されている
3) 取扱説明書は医療機器管理室等に常備されている
4) 取扱説明書の設置位置等について一定のルールはない
12. 医療機器に取り扱い説明書が常備していなかったことにより発生したヒヤリ・ハット体験がありますか
1) ない 2) ある
13. 簡易取り扱い説明書について
1) 独自の簡易取扱説明書を作成し使用している
2) 業者提供の簡易取扱説明書を使用している
3) 通常の取扱説明書のみで簡易取扱説明書を使用していない
4) その他（ ）
14. 独自の簡易取扱説明書を使用している場合のみお答え下さい
簡易取扱説明書の作成者はどなたですか
1) 部署の看護師
2) 担当医師
3) 部署の臨床工学技士
4) 医療機器管理室
5) 院内安全管理委員会（リスクマネージャー）
6) その他（ ）
15. 医療機器の不具合報告の義務化について
1) 既に報告した事がある
2) 知っていたが報告したことはない
3) 知らなかった
16. 医療機器の耐用年数（使用期限）について
1) 機器毎の年数を定め定期的に更新（破棄及び購入）している
2) 耐用年数は定めていないが随時更新している
3) 修理不能あるいは機能上の問題が発生するまで使用している

17. 医療事故防止の目的で医療機器管理上困難だと思われることはどのようなことですか。
具体的にご記入ください。



ご協力ありがとうございました。
貴院でも「控」が必要な場合は、貴院にてコピーのうえ保管して頂ければ幸甚です。

尚、回収されました本調査票に病院名、回答者、所属の記入がある場合は、追って本研究報告書を送付させていただきます。

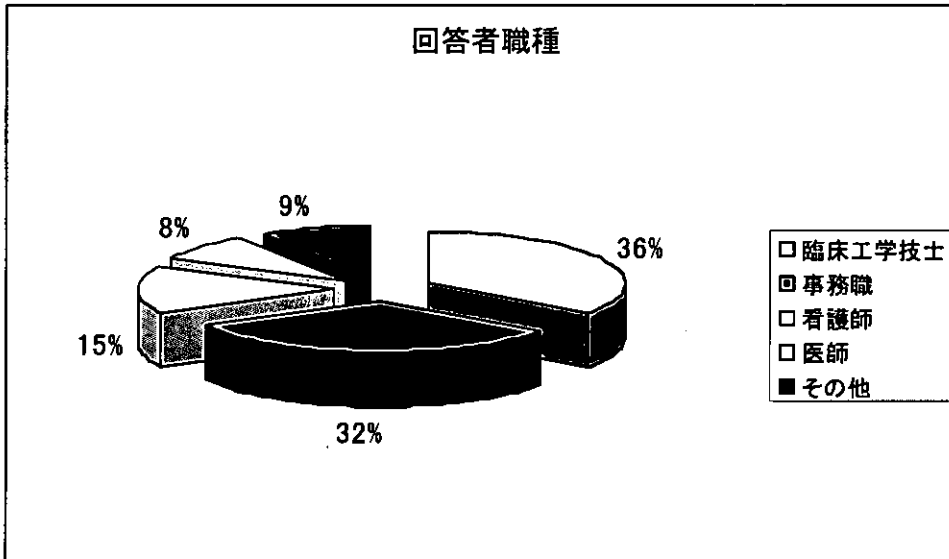
平成15年度

医療機器に関する実態調査

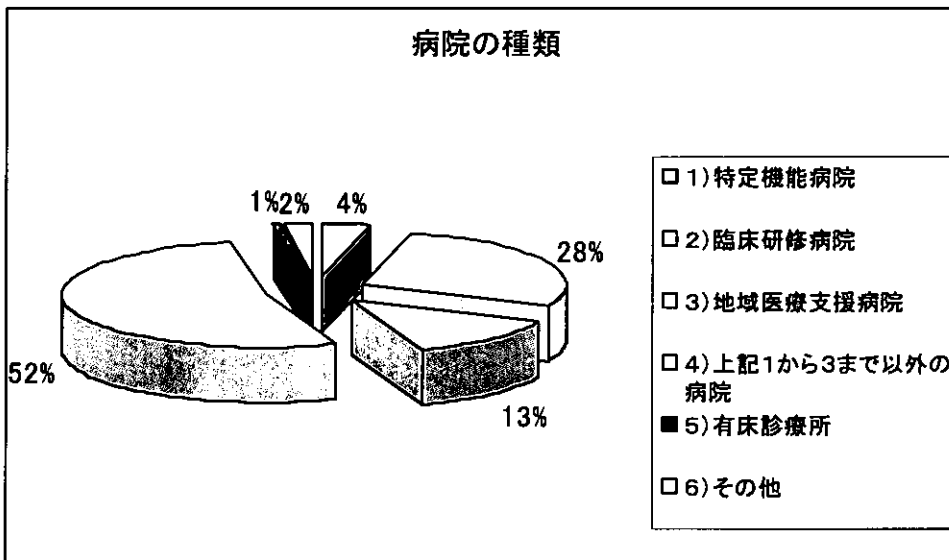
集計結果

回答者の職種

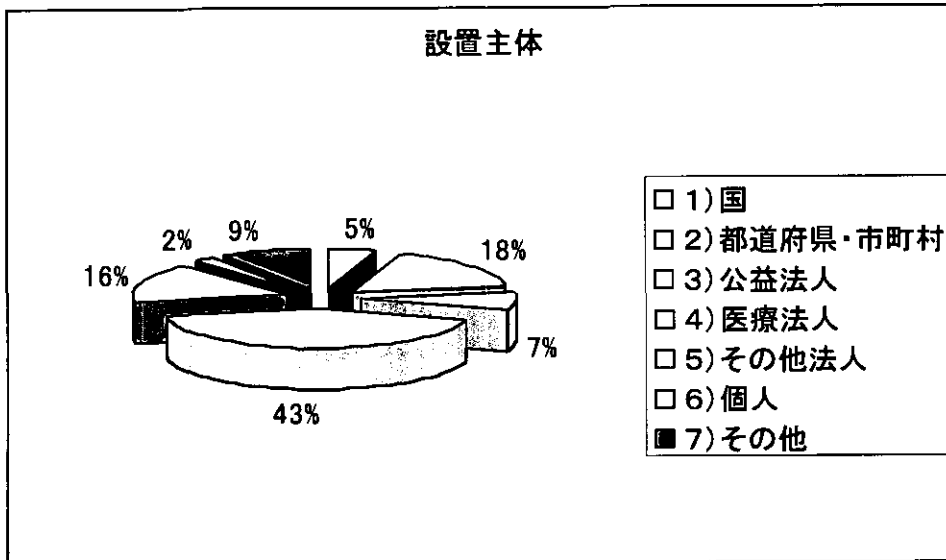
臨床工学技士	109
事務職	101
看護師	47
医師	26
その他	29
未記入	11



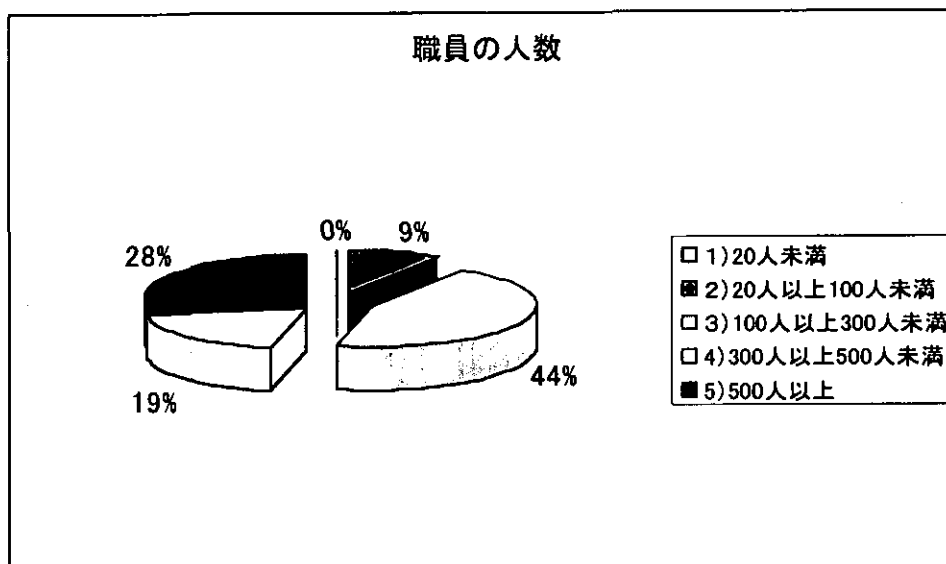
1-2, 施設の種類についてお答えください。	310
1) 特定機能病院	12
2) 臨床研修病院	86
3) 地域医療支援病院	40
4) 上記1から3まで以外の病院	163
5) 有床診療所	2
6) その他	7



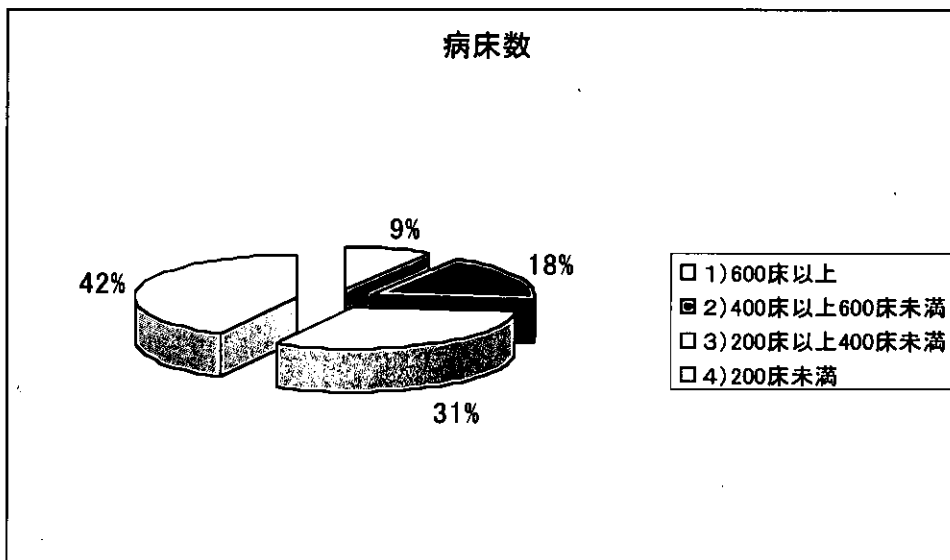
1-3、設置主体についてお答えください	322
1) 国	16
2) 都道府県・市町村	58
3) 公益法人	23
4) 医療法人	137
5) その他法人	51
6) 個人	7
7) その他	30



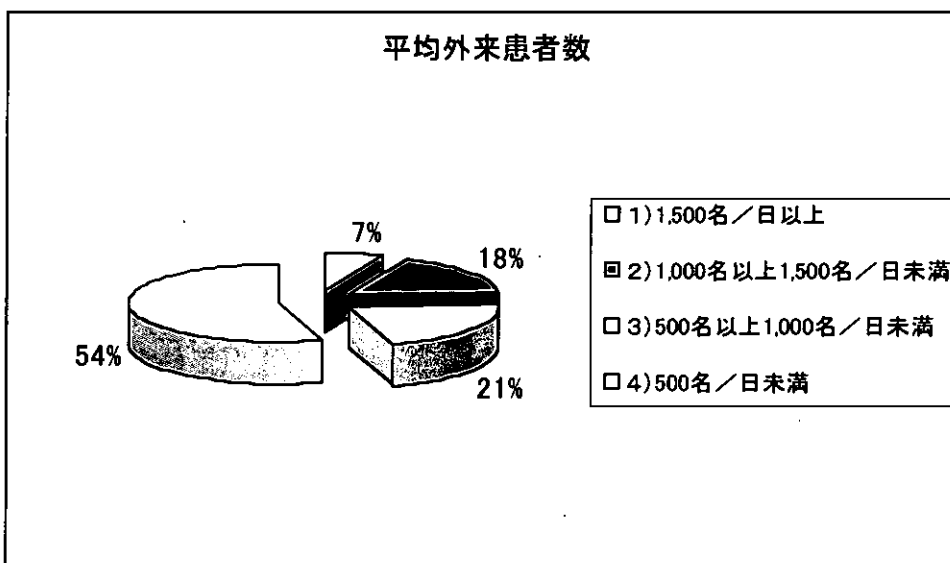
1-4、職員の人数は次のいずれに該当しますか。	323
1) 20人未満	0
2) 20人以上 100人未満	30
3) 100人以上 300人未満	143
4) 300人以上 500人未満	61
5) 500人以上	89



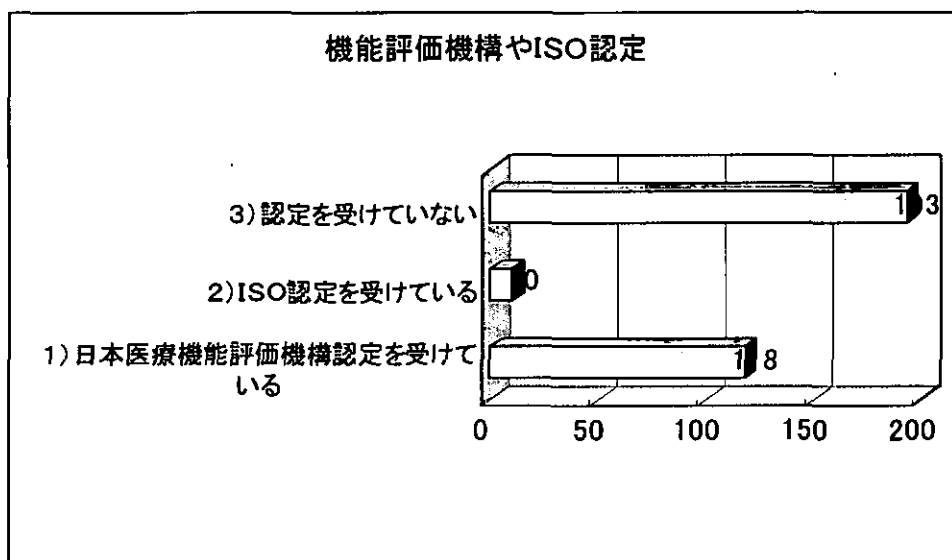
1-5、貴院の病床数は次のいずれに該当しますか。	0
1) 600床以上	28
2) 400床以上 600床未満	58
3) 200床以上 400床未満	101
4) 200床未満	136



1-6、貴院の平均外来患者数は次のいずれに該当しますか。	0
1) 1,500名/日以上	21
2) 1,000名以上 1,500名/日未満	57
3) 500名以上 1,000名/日未満	68
4) 500名/日未満	177



2. 貴院は日本医療機能評価機構又はISOの認定を取得されていますか。	0
1) 日本医療機能評価機構認定を受けている	118
2) ISO認定を受けている	10
3) 認定を受けていない	193



0台	7
1~5	113
6~10	64
11~15	48
16~20	22
21~25	12
26~30	9
31~35	5
36~40	7
41台以上	12

