

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）  
総括研究報告書

医療事故に関連した研究の方向性と WTP の測定

分担研究者 井出 博生 東京大学医学部附属病院 企画情報運営部 助手

研究要旨

本研究では第一に諸外国における疫学的、社会科学的な研究の展開を整理し、わが国にとって必要な研究範囲を定めることを目的とする。第二に、CVM を用いて医療安全対策の WTP を測定することを目的とした。

医療事故に関するマクロ的な分析に関しては、アメリカからの文献が圧倒的に多いと言える。カナダ、イギリス、ニュージーランドなどの英語圏の諸国からも報告はあるが、質、量共にアメリカの文献はそれらを凌駕している。アメリカで最も大きく発展したのは、医療事故の予防に関する臨床研究である。これらの蓄積は、AHRQ (The Agency for Healthcare Research and Quality) によって 2001 年に *Making Health Care Safer* にまとめられるなどしている。アメリカでは紛争解決に要する時間的、経済的な費用が高騰し、より安価な紛争解決の方法などは切実に求められる環境になっているので、紛争の抑制、新しい紛争解決の方法に関する研究も行われている。

特に 1990 年台以降に増加している紛争解決に関連した研究について、わが国での研究が不足していることが明らかになった。一方で医療事故防止プログラムに関する WTP を調査したが、結果に関しては包括的医療事故防止対策と薬剤事故対策間の差が小さいなどの問題が見られた。

A. 研究目的

諸外国における研究状況を調べておく

ことは、今後の厚生行政における指針および対応を考える際、および学術研究を推進する際に必要不可欠なものである。わが国における医療安全分野の実証研究の蓄積は多くはなく、補うべき領域が多々存在する。例えば主任研究者の研究では、医療事故を解決、保証する手段としての訴訟における賠償額を整理している。この研究によればわが国における賠償額等は交通事故に準じて算定されていることがわかった。同様に医療事故の経済分析、すなわち貨幣価値によって事故の予防策、被害額等を換算することが、比較的軽視されてきたといえる。

しかしながら、この20年の間に諸外国における研究は相当進展してきている。わが国におけるこの分野の研究がミクロレベルのヒューマンエラーを防止するための諸対策の積み上げ等を中心とした研究に偏ってきたが、マクロ的に社会的な費用および便益を計測することも政策立案上は不可欠である。したがって、本研究では第一に諸外国における疫学的、社会科学的な研究の展開を整理し、わが国

にとって必要な研究範囲を定めることを目的とする。

また、第二に医療サービスの経済評価手法の中で、サービスの便益を直接貨幣単位で評価する方法として仮想評価法（CVM, contingent valuation method）が知られる。医療安全対策に関する一般人の支払意思を調べるために、CVMを用いて医療安全対策の便益を測定することを目的とする。

## B. 研究方法

### (1) 先行研究のレビュー

英文および和文の学術論文、書籍をレビューし、諸外国における研究の経緯を整理、大別する。

レビューの結果などを参考として、二年次以降に本研究班で取り組む研究範囲を定める。

### (2) 仮想評価法

母集団は日本に住む40-59歳男女。アンケート調査に当たっては、22万人がモニター登録されている民間のインターネ

ット調査会社の協力を得た。40-59 歳男女会員約 6 万人からランダムに抽出した 4,800 人に対して、2006 年 1 月 17 日にアンケート協力依頼の e-mail を送信した。メール受診者は URL をクリックすると、アンケートを実施する web site に到達でき、画面に直接入力してアンケートに答えることができた。回答者は 1,582 名、回収率は 33% (=1,582/4,800) であった。

基本的属性は、年齢、性別、世帯年収、私的医療保険への加入の有無、入院歴、現在の健康状態、健康に対する意識が質問された。

スコープテスト (scope test) を実施するために、範囲の異なる 2 つの仮想的な医療安全対策に関するテーマ（「包括的な医療事故防止対策」および「薬剤事故防止対策」）を用意した。評価の視点として、事前的保険基盤評価 (ex ante insurance based evaluation) と事後的利用者基盤 (ex post user based valuation) の両方を実施した。また、CVM の妥当性を検証するために、医療安全対策による自己減少効果について、異なる 3 つのレベルの効

果 (10%、30%、50%) を提示した。

テーマ、視点、効果レベルの組み合わせにより、12 通りの異なるシナリオを作成し、そのうちのひとつをランダムに提示した。それぞれに対する被験者の支払意思額 (WTP、willingness to pay) を、二段階二肢選択法 (double bound dichotomous choice) を用いて推定した。

WTP の平均値を、ノンパラメトリック法およびパラメトリック法により統計的に推定した。前者は、Turnbull 法、後者は Weibull 回帰を用いた。

## C. 研究結果

### 1. 先行研究のレビュー

医療事故に関するマクロ的な分析に関しては、アメリカからの文献が圧倒的に多いと言える。カナダ、イギリス、ニュージーランドなどの英語圏の諸国からも報告はあるが、質、量共にアメリカの文献はそれらを凌駕している。

国別に特徴としては、ニュージーランドなど医療事故報告制度を取り入れている国からは Paterson (2002) など独自の

制度の評価に関する報告などがある。

#### (1) 疫学的研究

よく知られているように、医療事故の疫学的研究はアメリカのニューヨーク州での調査をはじめとして、その後ユタ州・コロラド州でのスタディが行われ、これらと同様の手法によってオーストラリア、ニュージーランドなどでも調査が行われている。Brennan らによるニューヨーク州の調査がよく引用されるが、ニューヨーク州政府の援助によってこの研究が進められたことと、研究者らの問題意識の中に紛争としての医療事故の解決手段についてもフォーカスが及んでいたことについてはあまり触れられていない。

わが国では平成 16 年度より厚生労働科学研究の中で堺らが同様の調査に取り組んでいるところである。堺らは独自の基準を加えてはいるが、調査の方法論は Brennan らの方法に沿ったものであるといえる。堺らは対象、症例数を拡大させながら調査の精度を高めている。この研究における医療事故の発生頻度は、6.4±

1.9%であり、この結果はアメリカにおける二つの調査結果とほぼ同様であると考えられる。

#### (2) 医療事故の予防

アメリカで最も大きく発展したのは、医療事故の予防に関する臨床研究である。これらの蓄積は、AHRQ(The Agency for Healthcare Research and Quality)によって 2001 年に *Making Health Care Safer* にまとめられるなどしている。

防止対策に関しては、原子力や航空といった、安全に関して格別の配慮が求められる産業分野での手法の応用についても研究されており、わが国における医療事故防止に関する研究はむしろ後者の領域における研究が中心である。

医療事故の予防に関連して、どのようなプロフィール（診療科、医師の属性）を持つ者が医療事故を起こしやすいのかに関する分析が行われている。わが国の実際的な状況と同一であるが、アメリカでも産婦人科、外科、麻酔科では医療事故およびその後の訴訟が多く、研究の対

象となる領域は産婦人科が中心となっている。例えば、医師の提訴経験から、その後再び訴訟に至る可能性などを予測することの信頼性に関する研究が行われている。Sloan et al. (1989) では、提訴されたことと医療の質の関係を立証することは難しかったとしている。一方でBovbjerg et al. (1994) は、全体の中では少数であるが過去の訴訟経験はその後の訴訟を予測するのに妥当な統計的測定方法であると結論付けている。

### (3) 紛争解決

不幸にして医療事故が発生した場合、それが negligence によるものであり医療過誤なのか、それとも当時の医療技術や知識の水準から考えて不可避のものであったのかを判断し、何らかの方法で健康被害を補償する必要がある。被害者側と加害者側で同一の事象に対する認識が異なる場合には、紛争解決によることになる。また、医療事故を皆無にすることは難しく、例え皆無にできたとしても、患者などと医療従事者などの認識差によっ

て、紛争が起きることが論理的に考えられる。

アメリカでは紛争解決に要する時間的、経済的な費用が高騰し、より安価な紛争解決の方法などが切実に求められる環境になっている。Kraman et al. (1999) は Veterans Affairs Medical center での対応について紹介している。Lexington では 1987 年に 2 件の判決で 150 万ドル以上を失ってから full disclosure policy をとり、1990 年から 1996 年の間で 88 件の訴訟に対しては年平均 190, 113 ドルを支払うという結果であった。データは明確に提示されていないものの、Lexington とミシシッピ川東岸の 38 施設における 7 年間の実績の比較では、Lexington は訴訟件数に対する支払い金額について比較的少額で済んでいると考えられる。

このように紛争の解決にどのような態度で臨むのかについて研究したものの他に、紛争をどの時点で終了させるのかも経済的には重要な問題である。すなわち和解によるのか、判決によるのかということである。被害者にとっては解決まで

の期間が延長することで、訴訟維持費用、追加的な医療を受けるための経済的な保証が確保されないという問題があり、加害者側にとっては紛争が長引くほど敗訴の場合の賠償金が高騰するという問題がある。

その意味では紛争解決手段としての訴訟自体を抑制することが考えられる。

Shapiro et al. (1989) は、Wisconsin Patient Compensation Panel のデータから訴訟を起された医師と、訴訟を起した患者を抽出し、訴訟を起されていない医師のコントロール群を作った上で医師調査を行っている。Shapiro らの目的は、訴訟を抑制するための要因について検討することであり、医師と患者のコミュニケーションが重要であることが示された。

同様の目的の研究は、Hickson et al.

(1992)、Beckman et al. (1994)、Hingorani et al. (1999) などにもつながってゆく。Mazor et al. (2004) は関連の論文をレビューしている。

アメリカでは訴訟の増加、賠償金額の高騰に伴い、医療機関、医療従事者のみ

ならず、保険料の高騰が誘引となって医師の移転、医療提供体制の弱体化につながるものが社会的問題になっている。例えば、Mello et al. (2003) はアメリカ医師会による全米の保険料の高騰を示すデータを引用しながら、ペンシルベニア州での状況に触れてこの問題などに言及している。

また、古くて新しい問題であり、日本でも法律家を中心として検討が続けられているが、紛争解決手段の制度設計に関する研究、および制度改正による影響の測定が行われている。制度設計に関しては、既にハーバードグループの研究でも取り上げられていたが、no-fault rule の導入、訴額の制限、法定外の紛争解決手段などが研究の対象となっている。

## 2. 仮想評価法

事後的利用者基盤における WTP は、包括的医療事故対策の 10% 減少ケースで \$11.43、50% 減少ケースで \$13.26、薬剤事故対策の 10% 減少ケースで \$9.65、50% 減少ケースで \$10.77 であった。

#### D. 考察

先行研究のレビューの結果、特に 1990 年台以降アメリカで研究が増えている、紛争解決に関連した研究について、わが国での研究が不足していることが明らかになった。ただし、英文論文として発表されているものを対象にしているのも、特にアメリカの研究成果に偏っているという点は否めない。また、訴訟社会であり、医療制度も異なるアメリカの事例および研究を直接わが国に適用することには慎重にならなければならない。

今回医療事故防止プログラムに関する WTP を調査したが、このような調査は世界的にも先行事例が少ない。しかしながら、結果に関しては包括的医療事故防止対策と薬剤事故対策間の差が小さいなどの問題が見られた。したがって、この分野において WTP を計測する場合には、調査実施上の工夫が必要である。

#### E. 結論

本研究班では当初主に①医療事故防止

コスト、②裁判などによる紛争解決のコスト、③医療事故が発生することによる評判の低下の可能性（レピュテーションリスク）を計測することにしてきた。初年度の研究では②について明らかにし、また医療過誤裁判などの紛争抑制、紛争解決手段に関する研究分野では米国に比して相当程度の遅れがあることがわかった。

このような状況を鑑みながら、経済評価の可能性を表 5 のように整理した。初年度では仮想評価法により一部社会的な⑥の計測も行った。⑥を計測することの重要性は、事前の防止対策として⑤を実施する際に、社会的に⑤の対策に対する支払意思がどの程度あるのかを明らかにしておく必要があるためである。仮に⑥>⑤であり、⑤の社会的な便益が十分であると評価される場合には、⑤による対策は実施されうる。当然のことながら、医療事故防止対策の総合的な評価については事後的コスト（①～④）と、事前的成本（⑤～⑥）を比較することによって行なわれる。

次年度の研究では、医療事故防止対策の費用便益分析と訴訟抑制の可能性に関する調査を追加することとした。医療事故防止対策に関する費用便益分析に関しては2年次には調査を改良し、精度の高い費用便益分析を行う。また、本邦で実証研究が行われていなかった訴訟抑制の可能性に関する調査を行うこととする。

2. 実用新案登録  
なし

3. その他  
なし

#### 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（予定を含む）

##### 2. 特許取得

なし



表 1. 諸外国における医療事故の疫学調査

	調査年	No. of hospitals	No. of records sampled	Incidence of AE	preventability
New York, USA	1984	51	30,121	3.7%	27.6%
Colorado and Utah, USA	1992	28	15,000	2.9%	Colorado; 27.4% Utah; 32.6%
Australia	1992	28	14,000	16.6%	51.2%
New Zealand	1998	13	6,594	12.9%	37.1%
United Kingdom	1999-2000	2	1,014	10.8%	48%
Canada	2000-2001	20	3,745	7.5%	36.9%

表 2. 基本的属性

	n	%
年齢		
40-49	785	49.62%
50-59	797	50.38%
性別		
男	791	50.00%
女	791	50.00%
世帯年収		
100 万円未満	30	1.90%
100 万円以上 200 万円未満	41	2.59%
200 万円以上 300 万円未満	85	5.37%
300 万円以上 400 万円未満	109	6.89%
400 万円以上 500 万円未満	154	9.73%
500 万円以上 600 万円未満	160	10.11%
600 万円以上 700 万円未満	198	12.52%
700 万円以上 800 万円未満	189	11.95%
800 万円以上 900 万円未満	151	9.54%
900 万円以上 1000 万円未満	183	11.57%
1000 万円以上 1500 万円未満	224	14.16%
1500 万円以上 2000 万円未満	38	2.40%

2000 万円以上	20	1.26%
私的医療保険		
加入している	1215	76.80%
加入していない	367	23.20%
健康に対する意識		
健康についてとても関心がある	127	8.03%
健康について関心がある	967	61.13%
どちらとも言えない	429	27.12%
健康についてあまり関心がない	52	3.29%
健康について全く関心がない	7	0.44%
現在の健康状態		
とてもよい	63	3.98%
よい	341	21.55%
ふつう	761	48.10%
やや悪い	364	23.01%
悪い	53	3.35%
入院歴		
0回	771	48.74%
1回	464	29.33%
2回	190	12.01%
3回	74	4.68%
4回	32	2.02%
5回以上	51	3.22%

表 3. サンプルの振り分け

		事故減少率		
		10%	30%	50%
包括的医療事故対策(n=769)	事後的利用者基盤(n=374)	129	124	121
	事前的保険基盤(n=395)	139	123	133
薬剤事故対策(n=813)	事後的利用者基盤(n=421)	143	145	133
	事前的保険基盤(n=392)	135	136	121

表 4. 事後的利用者基盤 WTP

		事故減少率		
		10%	30%	50%
包括的医療事故対策(n=374)	Turnbull 法	\$11.43	\$12.82	\$13.26
	Weibull 回帰	\$10.90	\$13.75	\$13.82
薬剤事故対策(n=421)	Turnbull 法	\$9.65	\$9.31	\$10.77
	Weibull 回帰	\$10.05	\$9.04	\$10.63

表 5. 医療事故に関連したコストなどの計測可能性

		医療事故	訴訟	医療過誤(訴訟によって過誤であると認められたもの)	備考
損失	医療機関	①	②	③	事後の費用 発生による即座の損失はないが、評判の低下による影響(レピュテーションリスク=①)がある 勝訴の場合の賠償額、和解額によって医療事故による損失、訴訟費用が確定する 例えば医療事故によって失われた労働力が生み出したであろう価値が該当する
	患者			③'	
	社会	④			
防止対策		⑤			事前の費用 ⑤と⑥の比較により、防止対策の経済的な妥当性の評価が行なわれる
防止対策のCBA		⑥			

※①～④と⑤～⑥の比較が、医療事故防止対策の総合的な経済的な評価

## Appendix 「医療事故防止プログラム」に関するシナリオ

以下は、「医療事故」についての説明文です。

よくお読みになられた上で、あとの質問にお答えください。

「医療事故」とは、医療行為に関連して、患者が一時的な障害、永久的な障害、または死亡に至ることを意味します。

「医療事故」のうち、医療従事者の不注意や過失で起こった障害・死亡を、「医療過誤」または「医療ミス」といいます。医療従事者に不注意や過失がない場合、たとえば、薬の副作用などによる障害・死亡も、「医療事故」に含まれます。

医療事故	医療従事者の不注意や過失で起こったケース (=医療過誤)
	医療従事者に不注意や過失がない偶発事故(例:薬の副作用、高齢患者の転倒事故、など)

「医療事故」の発生頻度について、日本には正確な統計データがありません。

1990年代の米国における大規模な調査結果によると、入院患者の約3.7% (30人に1人)に「医療事故」が発生していました。「医療事故」で死亡に至ったケースは、入院患者の約0.5%(200人に1人)でした。また、「医療事故」全体のうち、「医療過誤」が約30%、医療従事者に不注意や過失がない偶発事故が約70%でした。

医療事故を防止するためには、医療従事者個人の技術や意識をさらに高めることも重要ですが、医療機関が組織的に事故防止に取り組む必要があります。

ここで、以下のような状況を仮想します。

日本全国すべての病院において、あらゆる医療事故の防止を推進するために、以下のような「医療事故防止プログラム」を導入する、と仮定します。

## 「医療事故防止プログラム」

### (1) 薬剤関連事故の防止対策

薬剤に関連する事故は、医療事故全体の約2割を占める。とくに、投薬ミス（薬の取り違い、過剰投与など）は、以下の方法により予防効果が期待できる。

(i) 手書きの処方せんを廃止し、医師の処方せんの誤りを自動的にチェックして警告を発する「オンライン処方システム」を全面的に導入する。

(ii) 重症患者の多いICU（集中治療室）に薬剤師を常駐させ、医師・看護師とのチーム体制で薬剤事故防止に当たる。

### (2) 患者IDのバーコード化による誤認防止

患者のID（識別番号）をバーコード化し、患者の体から採取した血液や組織標本を入れる検体容器、点滴や輸血のバッグ、患者に処方された薬剤の袋やビン、などをバーコードで標識する。医療従事者はバーコード自動読取装置によって患者IDを確認する。これによって、患者検体の取り違い、輸血ミス、薬品分配ミスなどを効果的に防止する。

### (3) 「ニアミス」報告システム

医療従事者がミスを犯し、事故につながる可能性があったものの、寸前で事故発生が回避されたケースを、「ニアミス」という。「ニアミス」の発生頻度は、事故の数倍といわれる。

こうした「ニアミス」事例を報告するシステムを徹底し、「ニアミス」情報を分析し、原因を究明することによって、医療事故発生を未然に防ぐ対策につなげる。

上記の「医療事故防止プログラム」を全国の病院に導入した場合、すべての医療事故の発生件数が、導入前と比較して全体のP%減少すると仮定します。

(Pは、10%、30%、50%の3通りを、異なる3つのサブグループに提示)

このプログラムを全国の病院に導入するには、人件費やコンピューター・システム導入のコストなど、巨額の費用がかかると考えられます。

(質問 I、質問 II のどちらか一方をランダムに提示)

[質問 I]

(1) 「医療事故防止プログラム」導入に必要な費用が、公的医療保険（健康保険、国民健康保険など）の保険料を増額することによってまかなわれると仮定します。

あなたは、1ヶ月につき保険料をX円、今よりも余計に支払うことに同意されますか？

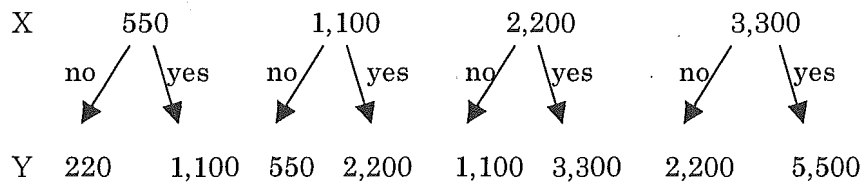
(この質問は、医療事故防止対策の必要性和経済的価値を学術的に評価することが目的です。あくまでも仮定の話であり、実際にこのようなプログラムに対する保険料増額の計画はありませんので、ご安心ください。また、回答には正解も誤答もありません。)

(なお、もしこの金額を負担した場合、あなたが購入できる別の商品やサービスがその金額分だけ減ることを十分考慮してお答えください。)(択一)

Xは、550, 1,100, 2,200, 3,300 のうちひとつをランダムに提示

- 確かに同意する
- まあ同意する
- どちらともいえない
- あまり同意しない
- 全く同意しない

金額Xに対して、「確かに同意する」のみ「yes」、その他の4つを選んだ場合は「no」とみなす。XとYの関係は以下のとおり。



(2) では、1ヶ月につき保険料をY円、今よりも余計に支払うことに同意されますか？(択一)

- 確かに同意する
- まあ同意する
- どちらともいえない
- あまり同意しない
- 全く同意しない

[質問 II]

(1) 「医療事故防止プログラム」導入に必要な費用が、入院患者の自己負担金の増額でまかなわれるとします。もしあなたが入院患者の立場ならば、1回の入院につき自己負担金をX円余計に支払うことに同意されますか？

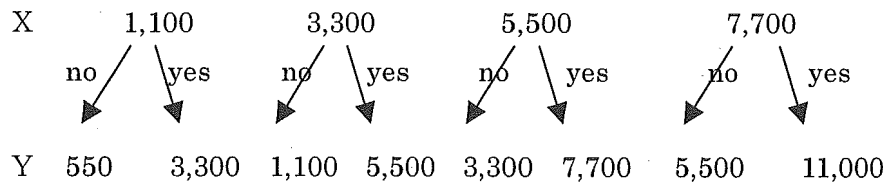
(この質問は、医療事故防止対策の必要性和経済的価値を学術的に評価することが目的です。あくまでも仮定の話であり、実際にこのようなプログラムに対する自己負担金増額の計画もありませんので、ご安心ください。また、回答には正解も誤答もありません。)

(なお、もしこの金額を負担した場合、あなたが購入できる別の商品やサービスがその金額分だけ減ることを十分考慮してお答えください。)

Xは、11,00, 3,300, 5,500, 7,700 のうちひとつをランダムに提示

- 確かに同意する
- まあ同意する
- どちらともいえない
- あまり同意しない
- 全く同意しない

金額Xに対して、「確かに同意する」のみ「yes」、その他の4つを選んだ場合は「no」とみなす。XとYの関係は以下のとおり。



(2)では、1回の入院につき自己負担金をY円余計に支払うことに同意されますか？(択一)

- 確かに同意する
- まあ同意する
- どちらともいえない
- あまり同意しない
- 全く同意しない

(択一)

## Appendix 2. 「薬剤関連事故防止プログラム」に関するシナリオ

以下は、「医療事故」についての説明文です。

よくお読みになられた上で、あとの質問にお答えください。

「医療事故」とは、医療行為に関連して、患者が一時的な障害、永久的な障害、または死亡に至ることを意味します。

「医療事故」のうち、医療従事者の不注意や過失で起こった障害・死亡を、「医療過誤」または「医療ミス」といいます。医療従事者に不注意や過失がない場合、たとえば、薬の副作用などによる障害・死亡も、「医療事故」に含まれます。

医療事故	医療従事者の不注意や過失で起こったケース (=医療過誤)
	医療従事者に不注意や過失がない偶発事故(例:薬の副作用、高齢患者の転倒事故、など)

「医療事故」の発生頻度について、日本には正確な統計データがありません。

1990年代の米国における大規模な調査結果によると、入院患者の約3.7% (30人に1人)に「医療事故」が発生していました。「医療事故」で死亡に至ったケースは、入院患者の約0.5%(200人に1人)でした。また、「医療事故」全体のうち、「医療過誤」が約30%、医療従事者に不注意や過失がない偶発事故が約70%でした。

医療事故を防止するためには、医療従事者個人の技術や意識をさらに高めることも重要ですが、医療機関が組織的に事故防止に取り組む必要があります。

医療事故のうち、薬剤に関連する事故は全体のおよそ約2割と考えられています。薬剤関連事故には、投薬ミス(薬の取り違い、過剰投与、など)も含まれます。

ここで、以下のような状況を仮定します。

日本全国すべての病院において、誤投薬事故を防止するために以下のような「薬剤関連事故防止プログラム」を導入する、と仮定します。

### 「薬剤関連事故防止プログラム」

- ① 手書きの処方せんを廃止し、医師の処方せんの誤りを自動的にチェックして警告を発する「オンライン処方システム」を全面的に導入する。
- ① 重症患者の多いICU(集中治療室)に薬剤師を常駐させ、医師・看護師とのチーム体制で薬剤事故防止に当たる。



上記の「薬剤関連事故防止プログラム」を全国の病院に導入した場合、薬剤関連事故の発生件数が、導入前と比較して全体のP%減少すると仮定します。(薬剤関連以外の事故については変化が無いと仮定します)

(Pは、10%、30%、50%の3通りを、異なる3つのサブグループに提示)

このプログラムを全国の病院に導入するには、人件費やコンピューター・システム導入のコストなど、巨額の費用がかかると考えられます。

#### 質問 I

(1) 「薬剤関連事故防止プログラム」導入に必要な費用が、公的医療保険（健康保険、国民健康保険など）の保険料を増額することによってまかなわれると仮定します。

あなたは、1ヶ月につき保険料をX円、今より余計に支払うことに同意されますか？

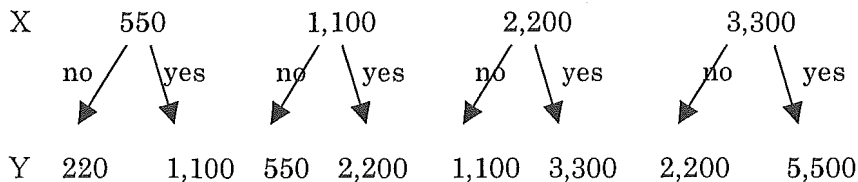
(この質問は、医療事故防止対策の必要性和経済的価値を学術的に評価することが目的です。あくまでも仮定の話であり、実際にこのようなプログラムに対する保険料増額の計画はありませんので、ご安心ください。また、回答には正解も誤答もありません。)

(なお、もしこの金額を負担した場合、あなたが購入できる別の商品やサービスがその金額分だけ減ることを十分考慮してお答えください。)

Xは、550, 1,100, 2,200, 3,300 のうちひとつをランダムに提示

- 確かに同意する
- まあ同意する
- どちらともいえない
- あまり同意しない
- 全く同意しない

金額Xに対して、「確かに同意する」のみ「yes」、その他の4つを選んだ場合は「no」とみなす。XとYの関係は以下のとおり。



(2) では、1ヶ月につき保険料をY円、今より余計に支払うことに同意されますか？

- 確かに同意する
- まあ同意する
- どちらともいえない

- あまり同意しない
  - 全く同意しない
- (択一)

質問 II

(1) 「薬剤関連事故防止プログラム」導入に必要な費用が、入院患者の自己負担金の増額でまかなわれるとします。もしあなたが入院患者の立場ならば、1回の入院につき自己負担金をX円余計に支払うことに同意されますか？

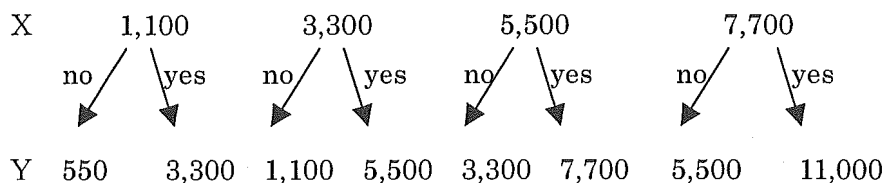
(この質問は、医療事故防止対策の必要性和経済的価値を学術的に評価することが目的です。あくまでも仮定の話であり、実際にこのようなプログラムに対する自己負担金増額の計画もありませんので、ご安心ください。また、回答には正解も誤答もありません。)

(なお、もしこの金額を負担した場合、あなたが購入できる別の商品やサービスがその金額分だけ減ることを十分考慮してお答えください。)

Xは、11,000, 3,300, 5,500, 7,700のうちひとつをランダムに提示

- 確かに同意する
  - まあ同意する
  - どちらともいえない
  - あまり同意しない
  - 全く同意しない
- (択一)

金額Xに対して、「確かに同意する」のみ「yes」、その他の4つを選んだ場合は「no」とみなす。XとYの関係は以下のとおり。



(2) では、1回の入院につき自己負担金をY円余計に支払うことに同意されますか？

- 確かに同意する
  - まあ同意する
  - どちらともいえない
  - あまり同意しない
  - 全く同意しない
- (択一)

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
今村 知明	医療安全と医療経営	医療経営学	医学書院	東京	2006年	259-279

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
今村 知明	医療経営からみた医療事故および必要となる費用に関する研究	厚生指標	第52巻第5号	1-8	2005年