

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

## 医療事故に対する医療機関内における包括的対応マネジメントモデルに関する研究

### —医療事故に際しての患者への情報の提示\*\*—

研究協力者	Charles Vincent	Department of Biosurgery & Technology, Imperial College London,	Professor
研究分担者	藤澤 由和	静岡県立大学経営情報システム研究科	准教授

#### 研究要旨

現在、いくつかの国においては医療事故の情報を提示することに関する法整備に向けた作業が進められているが、医療事故の被害患者への長期的なケアへの関心は依然として低い。確かに医療事故により被害を受けた患者のすべてを医療機関が受け入れることは事実上不可能であるが、仮に患者に対して、役に立つ効果的なケアを提供しようとするのであるならば、医療事故が生じた際に、それにより患者が受けた傷や痛みを十分に理解することが、何にもまして必要なことである。本研究においては、医療事故により被害を受けた患者やその家族の視点を含めた複眼的な視点から、そうした人々に対して、事故情報の提示を含めたケアの在り方およびそこから導き出せる具体的な課題を提示することを目的とする。

最終的に医療事故の情報を患者に適切に提示することは、事故により問題が生じた際における適切な対応の基本かつ最も革新をなすものである。ただし、こうした自己情報の提示などを含めた包括的な対応を、たんに個人の医療従事者に負わせるのではなく、あくまでも組織としての対応を明確かつ、具体的なものとする必要がある。こうした組織的な対応は、いわゆる事後対応的なリスクマネジメントといった考えを越えて、患者と医療従事者、そして組織全体のそれぞれの間での信頼に基づくものであり、そのためにはまさに組織全体が不幸な事案にきちんと向き合える体制の構築が必要となる。

\*\* 本研究は、Charles Vincent, "Patient Safety 2nd Edition" 2010. における検討をもとに取りまとめたものである。

## A. 研究目的

治療の過程で多くの患者が医療事故の被害を受けており、その中には医療行為におけるエラーなどによるものもあることは、これまで多くの者が指摘してきた通りである。患者が受ける被害には、ちょっとした不便や不快感を与えるなどの軽微なものも含まれるが、重篤な障害が残るものや死に至る場合もある。こうした望ましくない結果は、多くの場合、患者に精神的な被害を与えることがあり、それは「心配」や「苦痛」といった軽いものから、「鬱（うつ）状態」や「絶望感」に至ることもある。

医療事故がなぜ起こるのか、そしてどうすればそれを防ぐことができるのかについて検討することは非常に重要であるが、同時に結果として医療事故が患者にもたらす影響にも目を向けることも同様に重要であると考えられる。被害を受けた患者は時に、医療機関やその弁護士などから「嫌悪の対象」として、また、「医療倫理を台無しにしようとする存在」として見られることもある。患者被害に立ち向かうパイオニア的存在である弁護士のArnold Simanowitzは、講演で医師に対して「世間の自分に対する評判を知ったら、きっと皆さんはショックを受けるでしょう」と語っている。

現在、こうした問題に対する変化の兆しとしては、いくつかの国においては法整備に向けた作業がなされつつあることであり、こうした動きは、医療分野における事故情報の提示を正当化する動きの現れでもある。そしてこうしたことは患者やその家族に対するより人間的で思慮深い医療へと向かうための重要な第一歩であると言えるかもしれないが、しかし医療事故の被害患者への長期的なケアへの関心は依然として低く、医療事故から生じた被害に対してのすべての責任を負おうとす

る医療機関はほとんど存在しないのが現状である。医療事故により被害を受けた患者のすべてを医療機関が受け入れることは事実上不可能である。だが仮に患者に対して、役に立つ効果的なケアを提供しようとするのであるならば、医療事故が生じた際に、それにより患者が受けた傷や痛みを十分に理解することが、何にもまして必要なことである。本研究においては、医療事故により被害を受けた患者やその家族の視点を含めた複眼的な視点から、そうした人々に対して、事故情報の提示を含めたケアの在り方およびそこから導き出せる具体的な課題を提示することを目的とする。

## B. 研究方法

本研究では、既存の公開資料の収集およびその分析、さらにそれらのより詳細な理解のために専門家らへのヒアリング調査などに基づき研究を実施した。

また実証的な検討に際しては、個人情報を切り離した形で調査データの二次利用として提供を受けて実施した。

### （倫理面への配慮）

「個人情報の保護に関する法律」（平成17年4月1日全面施行）では、「報道」「著述」「学術研究」の目的で個人情報を取り扱う場合、個人情報取扱い事業者の義務等を定めた規定の適用が除外されているが、その一方でこれらの適用除外分野についても個人情報の適正な取扱いを確保するために必要な措置を自ら講じて公表するよう努めなければならないとされているため、本研究においては、研究代表者の責任のもとで、個別データを扱う際には自主的、自立的にそれらを適切に扱うことが心がけた。

本研究は、調査データの二次利用により研究を実施することから、介入を意図した研究ではない。したがって特定の個人に不利益、もしくは危険性が生じるものではない。また、動物を用いた実験を実施しないため、動物愛護上の配慮に関しても必要としない。

### C. 研究結果

患者側が医療訴訟を行う要因には「説明」や「謝罪」、さらには「再発防止活動」であり、そして時には「補償」などの様々なものが考えられるが、これまでの我々の研究から明らかになった点としては、多くの人々が「自分たちがどんな経験をしたのか」をかかわった医療従事者らに認識して欲しいと願っており、「無視された」と感じることや、「聞き入れてもらえない」という体験は、特に苦痛を伴い、強い不満を感じる経験となり、その後の回復や社会への適応に時間がかかる場合さえもある (Vincent, Young and Phillips, 1994)。

ある患者は「もし正直に話してくれていたなら、もっとうまく向き合えたかもしれない」と語っているが、このことは、もし自分がその立場だったら何を求めるかを考えてみればごく当たり前のことである。しかし少なくとも、これまで多くの医療機関が、被害を受けた患者に対してあまりにもひどい対応に終始してきたことは否定できない事実である。

特に訴訟に際しては、「時間稼ぎ」とも取れる非常に不快な戦略を使ったり、もととなる原因に深くかかわる情報を不正に操作したりといったことが行われてきた事実を完全に否定することはできないのである。いわゆる「第二の外傷」というフレーズは単なる刺激的な言葉ということだけではなく、実際に患者が経験していることを正確に描

写した表現なのである。

被害を受けた患者は皆、それぞれ固有の事情や要望を抱えている。ある患者は医療従事者からの多くの支援を必要としているかもしれないが、別の患者はむしろ家族や友人の援助に頼ることを望むかもしれない。ある患者は主に症状改善のための医療処置を必要としているかもしれないが、また別の患者は心の問題への対応を最優先して欲しいかもしれない。短期的に捉えれば、これらの対応において最も重要な原則は、「患者を信じる」こと、そしてできる限り「誠実」に「事故情報の提示」していくことである。これは、医療事故やそれによる被害について、患者やその家族に事実を打ち明ける必要があるということの意味している。

### 事故情報の提示に向き合う患者と医師の姿勢

BismarkとPatersonが述べているように、医療被害を受けた患者は、過失にかかわった医療従事者にとって、激しく、そして苦痛を伴うジレンマ（二者択一の心の葛藤）の対象となる (Bismark and Paterson, 2005)。患者との接触を避けることでその苦痛から逃れようとすることは自然なことではあるが、医療従事者の対応はその患者の回復に重大な影響を与えるのである。情報が隠されている、あるいは自分を厄介者として扱っていると患者が感じた際には、その後の治療に協力してもらおうことが非常に困難になる。不十分な説明は怒りを増幅し、それが患者の回復に悪影響を及ぼすこともあり得るし、診療を行う医療従事者への不信感へと繋がるかもしれない。そして多くの場合、患者が最も必要としているはずの、回復のための治療を拒むことすら考えられるのである。反対に、誠実な説明と治療の継続への確約は、患者の医療従事者への信頼を高め、両者の関係性を強固にす

るであろう。

医療事故の事故情報の提示の規範は明瞭であり、多くの医療倫理規定に盛り込まれている。そこに示されている、「誠実に」、「包み隠さず」という原則に異論はないであろうが、実際の場面に当てはめて考えると多くの疑問が持ち上がる。例えば、「患者への実害のないちょっとしたミスも事故情報の提示の対象となるのか?」、「すべての深刻な医療事故について、たとえその傷による損傷の大きさを知っても、患者や家族に何のメリットもない場合でも開示すべきなのか?」、「医療事故が頻繁に起こっているという事実を知って、患者が過度な不安を抱くことはないだろうか?」などである。これらは理にかなった疑問であり、医療制度全体の課題として検討が始められている。

これまでに行われた様々な調査から、その人が医療ミスを経験しているかどうかにかかわらず、圧倒的多数の人々がすべての医療ミスを知らせて欲しいと考えている。その多くは「すぐに」知りたいと答えており、25%程度の人々は「病院がすべての状況を把握するまで待つ」と答えている (Hobgood et al., 2002)。大多数の人が、自分に何らかの害が及ぶ可能性のあるすべての医療ミスについて告知して欲しいという強い要望を持っており、何が起こったのか、なぜ起こったのか、回復への治療はどのようなものか、そして再発防止にどのように取り組んでいくのかについて知りたいと答えている (Gallagher et al., 2003)。「もし医療被害に遭ったとしたら」という仮定での調査も数多く行われている。人々の医療ミスに対する見方が、その事故による被害の大きさや、かかわった医療従事者の対応の仕方によってどのように変化するかを、様々な段階 (想定) ごとに調査したものである。そうした調査の結果から、医療ミス

の告知の仕方とそのタイミングは患者の受け止め方に大きな影響を与える要素となることがわかっている。告知の遅れや不十分な事故情報の提示は、病院が提供する医療への評価を低下させる要因となり、かかわった医療従事者への見方や病院の評判にも影響することになる (Cleopas et al., 2006)。

事故情報の提示が的確に行われなかった場合には、患者は別の医師に診てもらおうと考えるかもしれない。それにより訴訟の可能性が高まることもあるだろう。訴訟を起こされた回数が多い産科医とそれほど多くない産科医とを比較した調査では、その差を決めるものは医療の質ではなく、医師の対応や態度であることがわかっており、配慮に欠けた対応やコミュニケーション能力の欠如がそこに大きく影響するのである (Entman et al., 1994; Hickson et al., 1994)。反対に、責任をしっかりと受け止めた上での積極的で共感を持った対応は、患者の医師に対する信頼や尊敬の気持ちを維持し、訴訟を起こそうとする意志を低下させることに繋がる (Schwappach and Koeck, 2004; Mazor et al., 2006)。

医師や医療機関は、医療ミスやそれによる被害について患者が求めている「情報」を低く見積もる傾向がある。これは純粋に見方が違うことに起因する部分もあるが、事故情報の提示の持つ意味とその有用性の解釈の問題である可能性もある。医師に対する調査の結果によると、医師は、患者に被害が及ぶミスの情報を公開すべきであるという点については同意するが、その際に使用する言葉についてはかなり慎重であることがわかっている。これが意味するのは、何が起こったのかという点では事実に基づいて真実を語ってはいるが、「ミス」という言葉は使用しないということである。例えば、「あなたには過剰な量のインシュリンが与

えられました。それにより血糖値が落ちているので、今こうして集中治療室に来ているわけです。」という具合である（Gallagher et al., 2003 p.1004）。もし患者がもっと詳しく知りたければ、なぜそうなったのかについて説明をするであろう。患者への実害はなかったニアミス（ヒヤリ・ハット）の事例の公開についての考え方では、病院側と患者側の捉え方にはさらに大きな差があり、患者の一部と多くの医師の間には、それにより患者に過度の恐怖心を植え付け、信頼関係の無用な失墜へと繋がることを懸念する考えも存在する。

### 事故情報の提示：方針と実践

医療機関は、自らに課せられた事故情報の提示責任について真剣に検討し始めており、医療機関の安全管理責任者や臨床現場の医療従事者らは、医療被害を受けた患者に対する支援や、その後に続く長期的な支援についても検討を始めている。医療事故による健康被害への対応は主に医療従事者らによって行われるが、そのためには上司など周りからのサポートが必要であり、そして医療機関全体がバックアップしていく必要がある。患者の健康被害に対して的確に対応するためには、医療従事者や安全管理責任者の細やかさや勇気に頼るところが大きいのは事実であるが、それと同時に医療機関の管理責任の立場にある者らは、基本原則への遵守の姿勢を打ち出す必要がある。すべての医療機関は、被害を受けた患者への積極的な支援や経過観察をする方針を盛り込んだ、組織としての明確な「指針」が必要である。「誠実な対応」や「事故情報の提示の在り方」を明記した、公にされた指針がない状態で、医療従事者個人に対して「それ」を求めることは極めて非現実的であり、実に不公平な話である。

事故情報の提示の方針は多くの国で採用されるようになってきている。アメリカでは、医療機関の認定を行うJoint Commission on Accreditation of Healthcare Organizationsが2001年に発表した認可基準の一部として、病院に対して事故情報の提示を義務付けている。しかし1年が経過した時点で、事故情報の提示を指針に盛り込んでいる医療機関はまだ3分の1程度であると言われている。防ぎようのない医療事故による事案については問題ないが、防ぐことが可能であったと思われる医療事故による事案を公開することには強い抵抗があったためである（Lamb et al., 2003）。しかし2005年には、この数字は69%にまで上昇する（Gallagher, Studdert and Levinson, 2007）。イギリスNational Patient Safety Agencyは、「オープンな医療」を謳う包括的な指針を打ち出しており、強制力はないものの、同様の指針を導入するようイギリスの医療機関へと働きかける大きな刺激となっている。カナダにおいてもCanada Patient Safety Instituteがガイドラインを作成しており、いくつかの州においては患者への謝罪制度が立法化されている（Silversides, 2009）。医療における事故情報の提示は、現実にはほとんど実施されることのない理想郷から、標準的な医療機関における指針へと徐々に変化しつつあるといえる。

中でも最も印象的な取り組みをしているのが、オーストラリアのAustralian Commission on Safety and Quality in Health Careであり、事故情報の提示に関する啓蒙的な患者向けの「解説書」を作成しており、さらに医療従事者向けの教育研修用の資料を作成し配布を行っている。Australian Commission on Safety and Quality in Health Careが打ち出した事故情報の提示基準はよく練り上げられたものであり、広範な内容を

網羅している。事故情報の提示における鍵を握るテーマが数多く盛り込まれており、例えば、「公開性への責務」、「長期に渡るサポート」、「事故調査結果の患者への説明」、「将来の再発防止に向けた取り組みの説明」などがそれらである。ここで特に注目したいのが、事故情報の提示が一回きりの説明としてではなく、一連のプロセスとして語られている点である。深刻な医療被害の場合には、それを解決するにはかなりの時間を要する。それほど大きな被害ではない場合でも、複数回の説明の機会が必要であろうし、回復状況を確認するための面会が必要であろう。最初の説明の際には、もしかすると患者はあまりのショックの大きさに現実を受け入れることが難しいこともあるかもしれないし、そうなのであれば少し時間を空けてじっくり考えてもらい、後日わからない点について質問してもらう必要もある。

もう一つの注目すべき点は、この解説書の中には、不服を申し立てる権利に関する説明が明確になされている点、すなわち、補償を受けることのできる可能性を明記している点である。事故情報の提示は時に、不服の申し立てや訴訟を減らすための手段として捉えられることがある。つまり謝罪をすれば告訴はしないだろうという考え方である。確かに説明や謝罪が十分になされないことが、患者らが法的な手段へと訴えることへの強力な動機付けとなることは事実である (Vincent, Young and Phillips, 1994)。しかしながら、何が起こったのかを知ることはそもそも患者の持つ権利なのである。事故情報の提示によって確かに不服や訴訟は減るかもしれないが、それを目的として行うわけではないし、あるいはそういう意義があるわけでもないのだ。たとえ事故情報を提示しても患者は補償を求めるかもしれないし、ほとん

どの国の法律においては、そのことは患者の権利として保障されているのである。

オーストラリアにおける医療事故に関する情報の提示に関する指針の評価に関しての評価がなされている。具体的には、医療事故に際して、事故情報の提示を実際に経験した、23名の患者とその家族、そして131名の医療従事者に対するインタビュー調査に基づく評価である。調査の対象となった医療事故は、その事故による被害からの回復が比較的短期のもの一部含まれていたが、大部分は深刻な被害をもたらしたケースであった。例えば、薬物の過剰投与が行われたケースが多数あり、数名の患者はその医療事故が原因で無用の死を遂げている。事故情報の提示のプロセスの意義を理解し評価している家族は、支えてくれた医療従事者に非常に感謝していたが、一部の家族は、医療機関側との意見の対立があったことや、部分的にしか非を認めず謝罪の言葉を出し渋る医療機関側の対応などをあげている。またこうしたケースにおいて、患者と家族の多くは、その医療事故にかかわった医療従事者と「話をしたい」と答えており、もし会えないときには非常に「失望する」との見解を示している。

また医療従事者への調査においては、患者への事故情報を提示する話し合いの場は、非常に「難しい経験」ではあるが、「価値があった」という意見が大勢を占めている。同様の問題に対する患者側の意見は、その結果に必ずしも満足してはいないものの、医療機関側との話し合いに参加したことに「後悔はしていない」というものであった。その話し合いの問題点として挙げられたものの多くは、かかわったすべての人にとって事故情報の提示のプロセスが初めての経験であり、そしてプロセスがまだ開発途上であることに起因している

といえた。また医療従事者は、患者に対して事故情報の提示やその説明を行うプロセスに「曖昧な」部分があると感じていることが多いのだが、そのプロセスを支えるサポート体制や、知見、そしてトレーニングの方法に関しては進歩がみられる。これまでの研究の知見から言えることは、研究者らがこうしたプロセスをさらに具体化し、患者と医療機関の両者間の事故情報の提示の話し合いをより実のあるものにするために、必要不可欠なポイントを整理することを通して、医療従事者にとって非常に重要な仕組みとなる。

### 事故情報の提示に立ちはだかる壁

医療事故によって苦しむ、あるいは傷害を負った患者に対して、事故に関する情報を提示して積極的に支援する取り組みをしようとする、それに対して慎重な考え方を持つ者らから、それによって生じる問題点についての指摘を受けることもあると考えられる。概して医療従事者はオープンな医療を目指したいと考えている。しかし医療機関内部における反対意見、患者からの不服の申し立てや訴訟、メディアからの非情な中傷、患者やその家族の怒りや辛らつな言葉などについて不安を感じているのである。医療事故が生じた際にそれを患者に伝えることは倫理上当然の義務ではあるのだが、訴訟やメディアから注目されることへの恐れがその意欲を著しく損なう可能性がある。

これ以外にも解決しなければならない実践上の問題は多数存在する。大きな問題点の一つが、すべての事故を完全に開示する場合にかかる「時間」である。事故の大きさと患者の被害の程度によっては、それにかかる時間（期間）は膨大となる可能性がある。また、そのケースごとにどのような事故情報の提示が適当なのかを検討する必要がある

だろう。極端な話をすれば、小さな問題であれば、オープンで誠実な対応は10秒程度の実事確認で事足りるのかもしれない。反対に深刻なケースでは、数ヶ月にも及ぶ一連の話し合いが必要となる場合もあるだろう。事故情報の提示と長期に渡るサポートが一生継続するような患者もいるかもしれないのである。

解決しなければならないもう一つの問題は、誰が情報公開の話し合いの席に着くべきなのかという点である。現在のところ、事故情報の提示は医師と患者の間で行われるものと考えられることが多いだろうが、多くの看護師はそれらのプロセスから自分たちが除外されていると感じており、事故情報の提示は事故にかかわった医療チーム全体から発信されるものとみなされるべきだと考えていることがわかっている (Shannon et al., 2009)。その試金石となるのはもちろん、患者やその家族に対して誠実であるかどうかだ。重大な医療事故直後の最初の説明の際にはおそらく、一人か二人程度の担当者によって、静かな環境で気持ちに配慮しながら行われるのがベストであろう。そしてその後で、もっと大人数が参加しての話し合いを持つことが必要となるであろう。

情報はそれほど多くはないが、少なくとも、事故情報の提示を積極的に推進してきた医療機関が訴訟により大変な状況に陥っているということはないことだけは確かである。それどころか反対に、そうした取り組みは順調に進んでおり、他の医療機関にも同じ取り組みをするよう呼びかけている現状にある。アメリカのある医療機関では、1987年に事故情報の提示の指針を掲げ、弁明が可能な患者からの申し立てへと対応すること、そして、もし深刻な医療ミスがあった場合には病院から申し出てミスを認めることの両方について、もっと



積極的に取り組むことを決意した。この賞賛に値する倫理姿勢は、その後数年間で、患者が医療ミスの起こったことすら気づいていなかった5件の事案について、和解成立へと道を開くものであった。こうした個別の事案はあるにせよ全体で見ると、この医療機関が事故情報を患者に提示するという指針を発表してから生じた補償関連の費用はそれほど大きなものではなく、同規模の医療機関とほとんど変わらない (Kraman and Hamm, 2002)。ミシガン大学の関連医療機関では、事故情報の提示の方針を打ち出した5年後には、訴訟の頻度が大幅に減ったと報告している。年間の訴訟費用は300万ドルから100万ドルに減少し、訴訟の数自体も50%減少したとされる (Clinton and Obama, 2006)。

### 医療事故や被害を患者に打ち明ける

若い医師や看護師らに、事故による深刻な被害を患者に打ち明けさせるとか、長期に及ぶ被害を受けた患者と向き合うような重荷を背負わせるようなことを行わせるべきではない。若い医療従事者を同席させることはよくあるが、多くの場合はベテランの医師が患者や家族と話し合いを行うことになる。そうであってもやはり、医療従事者であるならばキャリアがどの程度であろうとも、「二つの理由」から事故情報の提示の原則を理解しておくことが重要である。

一つ目の理由は、いつかはその原則を実際の場面で活用しなければならなくなるからであり、それは考えているよりも近い将来かもしれないからである。もっと重要な点は、勤務を始めたばかりの若い医療従事者であっても、本人はそう捉えていないかもしれないが、すでに医療事故と対峙しているのである。必要以上に痛みを与える注射処

置、感染症の長引く治療、患者に恐怖を与える処置の仕方、これらはすべてある意味では、患者にとって「望ましくない出来事」なのであり、それを患者が予期していなかった場合にはなおさらである。患者の声に耳を傾けること、辛抱強く説明すること、そして何が起こったのかを正直に打ち明けること、これらの原則はすでに適用できるし、今後もっと深刻な事故と対峙したときに有用な基礎能力となるであろう。

何か問題が起きた際に医療従事者は、患者やその家族のために問題の解決へと導く道筋を探し、隠し事をせず誠実にその状況に向き合わなくてはならない。理由もなくそれらの話し合いの席に着くことを避けたり、時間に遅れたりすることは、何か隠し事をしていることを示しているようなものである。キャリアの豊富な医療従事者からは、実際に何が起こったのかについて包括的で明確な説明がされる必要がある。最初の面談では、その患者の治療にかかわった医療従事者も参加して構わない。患者とその家族は、説明されたことについてよく考えるための時間が必要であり、後日もう一度話し合いの場を持ち、そこで質問する機会を与える必要がある。患者や家族はその事故について聞かされたショックで呆然としていて、多くの情報をすぐに理解できないかもしれないことを忘れてはならない。その後、数週間から数ヶ月に渡って複数回の話し合いの場を持つべきであろう。当然ではあるが、医師が患者に様々な種類の悪い知らせを伝えなければならないときにも、やはり同じような配慮が必要である (Finlay and Dallimore, 1991)。

患者やその家族が失望するような結果を伝えて話し合いをしていくことは簡単なことではない。そうであっても、もし患者や家族への配慮や共感

を持って対応ができれば、そこでのコミュニケーションは両者間の信頼関係を保ち、起こってしまった問題への適応を助けることができるだろう。これらの難しい対応が必要な話し合いと直面する医療従事者をサポートするために、James PichertとGerald Hicksonはガイドラインを示している(Pichert and Hickson, 2001)。このガイドラインはかなり深刻な医療事故の被害者への対応を想定しているため、そこで示されている原則は、患者をケアしていく中で起こりうる予期せぬあらゆる問題において適用できると考えられる。

#### D. 考察

医療事故が重大な問題を生じせしめた場合、その事象の認識と話し合いが、まずは最初の段階であることはこれまで述べてきた通りである。それと同時に患者、家族、医療従事者らのより長期的なニーズに関してもまた考慮する必要があるといえる。

繰り返しになるが、傷ついた患者との面談における共通のテーマは、医療従事者らが患者の悩みの深さを理解していなかったという点にある。医療事故により問題を生じ、激しい痛みを放置され、重度の抑うつ状態になり時に自殺行為に及んだ患者らが存在するのである。また身体的問題への対処に関しては多大な努力が払われてきた一方で、精神的な問題は比較的軽視されてきたといえよう。医療安全管理者、医療従事者、及びその他患者にかかわっている人々は、患者の状態が「悪化する」ことを恐れずに基本的な問いを発するべきである。その問いに関する最も重要な部分は、抑うつ、不安、怒り、屈辱、裏切り、信頼の喪失などの感情にかかわるものであり、いずれも傷ついた患者が頻繁に経験するものなのである。

傷ついた患者は、配偶者、家族、友人、同僚、医師、地域組織など多くから支援、慰め及び実用的な援助を受ける。特に重要な支援は、治療に関与する医師、看護師、その他、医療従事者によるものであろう。関連した医療従事者らが同じケアを提供し続け、罪悪感や困惑により、患者から離れてしまわないことが大切である。痛ましい事故に関与した医療従事者らの共感や悲しみから、多くの患者は安らぎを得るのである。

#### E. 結論

医療事故の情報を患者に適切に提示することは、事故により問題が生じた際における適切な対応の基本かつ最も革新をなすものであると考えられる。ただし、こうした自己情報の提示などを含めた包括的な対応を、たんに個人の医療従事者に負わせるのではなく、あくまでも組織としての対応を明確かつ、具体的なものとする必要がある。こうした組織的な対応は、いわゆる事後対応的なりスクマネジメントといった考えを越えて、患者と医療従事者、そして組織全体のそれぞれの間での信頼に基づくものであり、そのためにはまさに組織全体が不幸な事案にきちんと向き合える体制の構築が必要となる。

#### 【参考文献】

- 1) Vincent, C., Young, M. and Phillips, A. (1994) Why do people sue doctors? As study of patients and relatives taking legal action. *Lancet*, 343, 1609-1613.
- 2) Bismark, M. and Paterson, R. (2005) 'Doing the right thing' after an adverse event. *The New Zealand Medical Journal*, 118(1219), U1593.
- 3) Hobgood, C., Peck, C.R., Gilbert, B. et al.

- (2002) Medical errors - what and when: what do patients want to know? *Academic Emergency Medicine*, 9(11), 1156-1161.
- 4) Gallagher, T.H., Waterman, A.D., Ebers, A.G. et al. (2003) Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *Journal of the American Medical Association*, 289(8), 1001-1007.
  - 5) Cleopas, A., Villaveces, A., Charvet, A. et al. (2006) Patient assessments of a hypothetical medical error: effects of health outcome, disclosure, and staff responsiveness. *Quality and Safety in Health Care*, 15(2), 136-141.
  - 6) Entman, S.S., Glass, C.A., Hickson, G.B. et al. (1994) The relationship between malpractice claims history and subsequent obstetric care. *Journal of the American Medical Association*, 272(20), 1588-1591.
  - 7) Hickson, G.B., Clayton, E.W., Entman, S.S. et al. (1994) Obstetricians' prior malpractice experience and patients' satisfaction with care. *Journal of the American Medical Association*, 272(20), 1583-1587.
  - 8) Schwappach, D.L. and Koeck, C.M. (2004) What makes an error unacceptable? A factorial survey on the disclosure of medical errors. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(4), 317-326.
  - 9) Mazor, K.M., Reed, G.W., Yood, R.A. et al. (2006) Disclosure of medical errors: what factors influence how patients respond? *Journal of General Internal Medicine*, 21(7), 704-710.
  - 10) Lamb, R.M., Studdert, D.M., Bohmer, R.M. et al. (2003) Hospital disclosure practices: results of a national survey. *Health Affairs*, 22(2), 73-83.
  - 11) Gallagher, T.H., Studdert, D. and Levinson, W. (2007) Disclosing harmful medical errors to patients. *The New England Journal of Medicine*, 356(26), 2713-2719.
  - 12) Silversides, A. (2009) Empathy and understanding down under. *Canadian Medical Association Journal*, 181(8), E180.
  - 13) Shannon, S.E., Foglia, M.B., Hardy, M. and Gallagher, T.H. (2009) Disclosing errors to patients: perspectives of registered nurses. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 35(1), 5-12.
  - 14) Kraman, S.S. and Hamm, G. (2002) Risk management: extreme honesty may be the best policy. *Annals of Internal Medicine*, 131(12), 963-967.
  - 15) Clinton, H.R. and Obama, B. (2006) Making patient safety the centerpiece of medical liability reform. *The New England Journal of Medicine*, 354(21), 2205-2208.
  - 16) Finlay, I. and Dallimore, D. (1991) Your child is dead. *British Medical Journal*, 302, 1524-1525.
  - 17) Pichert, J. and Hickson, G. (2001) Communicating risk to patients and families, *Clinical Risk Management*, 2nd edn (ed. C.A. Vincent), BMJ Publications, London, pp. 263-282.
- F. 健康危険情報  
とくになし
- G. 研究発表  
1. 論文発表

とくになし

2. 学会発表

とくになし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

とくになし

2. 実用新案登録

とくになし

3. その他

とくになし

医療事故に対する医療機関内における包括的対応マネジメントモデルに関する研究  
—院内事故調査委員会の運営指針に関する研究—

研究分担者	相馬 孝博	榊原記念病院	副院長
研究代表者	高橋 英夫	名古屋大学医学系研究科	准教授

研究要旨

近年、医療事故に対して客観性が担保された形での医療機関が自ら自律的な検討を行い、ならびにその社会的な説明責任をも果たしうる基盤作りが厚生労働行政なかでも医療安全に係る政策の必須課題となっていることは言うまでもない。そこで、本研究においては、上記の課題に対応すべく「自律的」かつ「透明性」を高めた院内事故調査委員会のあり方に関してその具体的、かつ現実的な運営指針の検討を行った。

A. 研究目的

本研究においては、昨今、厚生労働行政において求められている医療安全対策の現状と課題を鑑み、自律的、かつ社会的な説明責任を果たしうる院内医療事故調査委員会のあり方に関する具体的な方策をエビデンスに基づき検討し、その運営指針についての提言を行うことを目的とした。

こうした観点からの取り組みには、諸外国、なかでも米国において顕著であり、たとえば JCAHO においてはこうした一連の医療安全への取り組みを、院内のルーティンとすることを既に奨励している。その一方で、わが国においては、医療組織における内部統制やピアレビューなどの、いわゆる「自律的」な内部活動が貧弱であることが指摘されており、

こうした「自律的」内部活動と「透明性」を高めた活動に焦点を当て、その具体的、かつ現実的なあり方を提示する点において、これまでの医療安全研究とは異なる特色とその独自性を有していると考えられる。なお本研究申請に先立ち、研究代表者はこれまで患者が死亡に至った事例に関して、診療科の枠を越えた病因死因検討会を開催し、院内での警鐘的事例の分析を行ってきた。またこうした知見に基づき発生事例に応じて検討会のカテゴリー化を思案し、その効果的、かつ現実可能性を加味した展開を試行してきた。さらに類似の試みを各分担研究者も行っており、本研究においてはこうした知見を網羅的に検証し、諸外国の動向をも踏まえ、さらに実証調査のエビデンスに基づき、わが国の医療提供体制

において妥当である提案を行うことをその目的とする。

## B. 研究方法

本研究においては、各研究者や医療機関における担当者との議論を踏まえ、提言を作成する上で基礎的な情報となる事故調査委員会の基本要件と必須機能の抽出、委員会の複数カテゴリレベルの設定、医療機関を対象とした質的調査の実施と量的調査の準備、指針原案に関する研究班内外における最終的な意見調整を踏まえ、最終的な指針（案）の作成を行った。

（倫理面への配慮）

本研究において用いる情報に関しては、それにより特定の個人が把握されることは一切ない。また、特定の医療機関などが特定されることもないことから、特段、倫理面への配慮は生じないものと考えられた。

## C. 研究結果

本指針は大きく3つに分けて構成されている。最初に院内における臨床病理検討会や病因死因検討会を基盤にした調査検討方法（仮称A型委員会）について、次にいわゆる重大事故を念頭に外部委員の参画を求める調査検討方法（仮称B型委員会）について記載し、さらにB型委員会の検討対象となりうる医療事故の例を付記している。

いずれの委員会も主たる目的は再発防止と医療の質と安全の向上にあるが、特にB型委員会では、専門性、中立性、公平性、透明性を一層確保するために外部委員の参画を求めている。

## 1. A型委員会（仮称）

（ここで挙げる2つの委員会の名称としては、前者については主として臨床病理検討会や病因死因検討会の枠組みを基本にして、医療の不幸な結果を検討するための活動を念頭に定めることとし（例：患者有害事象検討会）、後者については、今後発足が想定される国の第三者機関との提携も念頭に定めることとする。）

### 1. 本委員会の目的

1. 1. 本委員会は、死亡症例等（回避可能であった合併症を含む）の原因究明と、再発防止、医療の質・安全の向上のための改善提案を行い、個人の責任を追及する場としない。

### 2. 対象事例

2. 1. 医療における予期しない結果のうち、死亡又は重篤な後遺障害をもたらした事例。

2. 2. 2. 1. に該当しない事例においても、医療安全管理者又は医療機関の管理者等の最高意思決定機関である合議体が委員会による調査の必要を認めた事例（いわゆる警鐘的事象）。

註：患者あるいは家族等である当事者から調査の求めがあった場合には、本項の合議にかける。

2. 3 医療機関は、上記合議体が作成した議事録を保存する。

### 3. 委員

3. 1. 検体の分析結果や解剖結果等（以下、検体分析結果等）を医療安全管理者が入手完了してから1週間以内に委員の選任を行う。ただし剖検のミクロ所見報告を待つ必要はない。

3. 2. 必ず医師と看護師を含む多職種の特

門家から選定し、医療機関の管理者が任命する。

3. 3. 必ず1名以上の、事故調査についての経験を有するか事故調査についての教育訓練を受けた者を含むこととし、委員長を除いて4名から9名で構成する。

3. 4. 医療機関の管理的立場にある副院長等は委員に加わることができる。当該医療機関の管理者（病院長）は委員には加わらない。

3. 5. 議論に際し、必要な専門家の人員が医療機関内に十分に存在しない場合は、他の医療機関又は地域職域団体又は学会等から、事故調査についての経験を有するか又は教育訓練を受けた者等の外部委員の派遣を求め任命する。

3. 6. 当該事故等に関係した当事者は委員となることはできない。委員会が必要と判断した時は、同席のうえ委員の質問に答え発言することができる。

3. 7. すべての委員は、患者情報をはじめ事故に関係した者の情報も含め、委員会の内容すべてに対して守秘義務を負う。

#### 4. 委員長

4. 1. 委員長は、本委員会委員の互選あるいは医療機関の管理者等が指名する。

4. 2. 委員長は議論の司会と報告書作成等の事務を執り行う。

4. 3. 委員長は議論の開始に先立ち、当事者個人の責任を迫及する目的でないことを確認し、委員が互いに議論の中で上下関係等に影響されないよう配慮を行う。

4. 4. 委員長は必要に応じてオブザーバの参加を許可することができる。当然オブザーバも守秘義務を負う。

4. 5. 委員長は、非医療者の外部委員に対

し、随時医学的な基礎知識に関する参考資料を提示するなどして、議論への参加を支援する。

なお同外部委員から、前提となるべき医学・医療についての知見等に関し質問がなされた時は、個別に回答することを妨げない。

#### 5. 調査資料

5. 1. 医療安全管理者又は医療機関の管理者は、検体分析結果等を含む事前調査の内容を整理し、当事者からの事情聴取を行い、診療経過表等の資料を取りまとめ、議論開始の4日前までに委員全員に配布する。

5. 2. 当事者からの聞き取りは必須であり、委員会の場合でも行うことができる。

5. 3. 患者あるいは家族等である当事者からの事情と意見も資料として医療安全管理者が聴取する。協力を拒否された場合はその限りでない。

#### 6. 時間

6. 1. 議論は徹底的に行うことを旨とするが、1回2時間を目処とし、2回以上開催する場合の開催間隔は3週間以内を目処とし、議論の不足は稟議（りんぎ）法で埋め合わせる。

#### 7. 内容

7. 1. 今後、同じような不幸な事例の発生することを如何にして避けられるかという視点から議論を行う。

7. 2. 経過の説明、問題点の列挙から始め、根本原因の迫及、再発防止策およびシステムの改善の提言へと議論を進める。

7. 3. 根本原因の追求は、既存の分析方法であればその手法を問わない。

## 8. 報告書

8. 1. 委員全員が記載事項を確認あるいは修正して承諾した上で、委員長が認証し、議論の終了後すみやかに医療機関の管理者に提出する。

8. 2. 問題点全てについて根本原因を分析し、各々について再発防止策の提案を記載する。

8. 3. 医療安全管理者は患者あるいは家族等である当事者に報告書を手交あるいは送付し、内容の解説を行うことを原則とする。

8. 4. 当事者及び患者あるいは家族等である当事者が報告書の公表に同意した場合、医療機関の管理者は、報告書の記載事項から個人を特定できる情報を全て削除した上で、これを公開する。

8. 5. 医療機関の管理者は、必ず同意の有無を付して、報告書を必要な関係諸団体に提出する。

## 2. B型委員会（仮称）

### B1. B型委員会の目的

B1. 1. B型委員会は、より一層の専門性、中立性、公平性、透明性を確保するため、外部視点を導入して医療事故を分析する必要がある場合に設置される。

### B2. 対象事例

B2. 1. 医療における予期しない結果のうち、死亡又は重篤な後遺障害をもたらした事例であって、結果を回避できたのではないかと考えられたもの。

B2. 2. 医療安全調査委員会への届出対象

### 事例

B2. 3. その他医療安全管理者又は医療機関の管理者等の最高意思決定機関である合議体が外部視点を加えた議論が必要と決したもの。

B2. 4. 医療機関は上記合議体が作成した議事録を保存する。

### B3. 委員

B3. 1. 事故発生後速やかにB型委員会の設置を決する。その後1週間を目処に外部委員の選任を行う。

B3. 2. 本委員会の設置は直ちにこれを公表し、選任された外部委員の氏名を公開する。

B3. 3. 3～5名の専門家である外部委員と、外部委員と同人数以内の内部委員にて構成する。

B3. 4. 専門家である外部委員は、予め協力を依頼した学会あるいは職域団体等から医師と看護師を含む多職種の医療の専門家の派遣を受け、医療機関の管理者が任命する。

B3. 5. 医療の専門家である外部委員の他に、可能な限り医療機関の管理者が指名した医療事故に関する業務を取り扱ってきた経験を有する法曹関係者と事故調査に関する知見を有する有識者を外部委員に加える。

B3. 6. 医療機関と直接の利害関係のある者は外部委員となることはできない。

B3. 7. 当該医療機関の医療安全管理者は内部委員として参加し、委員長の事務を補佐する。

B3. 8. 3. 7. に同じ。

### B4. 委員長

B4. 1. 4. 1. に同じ。



B4. 2. 4. 2. に同じ.

B4. 3. 4. 3. に同じ.

B4. 4. 4. 4. に同じ.

B4. 5. 4. 5. に同じ.

B4. 6. 委員長は、患者あるいは家族等である当事者の総意による求めがあった場合は、必ず議論の内容を一般に公開する.

#### B5. 調査資料

B5. 1. 5. 1. に同じ.

B5. 2. 委員会は、原則として事故当事者等からの聞き取りを行う.

B5. 3. 5. 3. に同じ.

B5. 4. 必要に応じて医療安全管理者に対して調査の追加を求め、あるいはB型委員会自らが調査を追加することができる.

#### B6. 日程および費用

B6. 1. 開催日程等は委員の議論によって定める.

B6. 2. 委員の選任から6ヵ月以内の報告書提出を目処に議論を行う.

B6. 3. B型委員会が議論および調査のために必要とした費用は医療機関がこれを支払う.

#### B7. 内容

B7. 1. 7. 1. に同じ.

B7. 2. 7. 2. に同じ.

B7. 3. 7. 3. に同じ.

B7. 4. 調査は患者・患者家族への説明を前提として実施し、事故調査委員会の設置、調査の進捗の概要、また調査結果について適宜患者・患者家族へ説明を行う.

#### B8. 報告書

B8. 1. 8. 1. に同じ.

B8. 2. 8. 2. に同じ.

B8. 3. 8. 3. に同じ.

B8. 4. 8. 4. に同じ.

B8. 5. 8. 5. に同じ.

以下は、医療機関内の合議体が医療事故調査の対象とするかどうかの理解を促す例として提供するものである。常に新しい事例の発生する分野であり、リストに掲載されていない多くの事例についてもしばしば検討の対象とされなければならないことに留意されたい。

<米国質フォーラム（NQF）の警鐘事象（Never Event）より抜粋>

1. （手術関連の例） 間違った部位への手術・間違った患者への手術・手技が間違った手術・体内遺残異物・ASA クラス I 患者の周術期死亡,
2. （機器関連の例） 汚染された薬品や機器による死亡または重篤な傷害・目的外使用の機器による死亡または重篤な傷害・血管内の空気塞栓による死亡または重篤な傷害,
3. （患者擁護関連の例） 誤った家族の元に返された乳幼児・無断離院4時間以上に起因した死亡または重篤な傷害・院内自殺または自殺企図による重篤な傷害,
4. （マネジメント関連の例） 投薬エラーによる死亡または重篤な傷害・異型輸血による死亡または重篤な傷害・低リスク出産時の母体死亡・入院患者の低血糖による死亡または重篤な傷害・核黄疸新生児の死亡または重篤な傷害,
5. （環境関連の例） 電気ショック療法によ

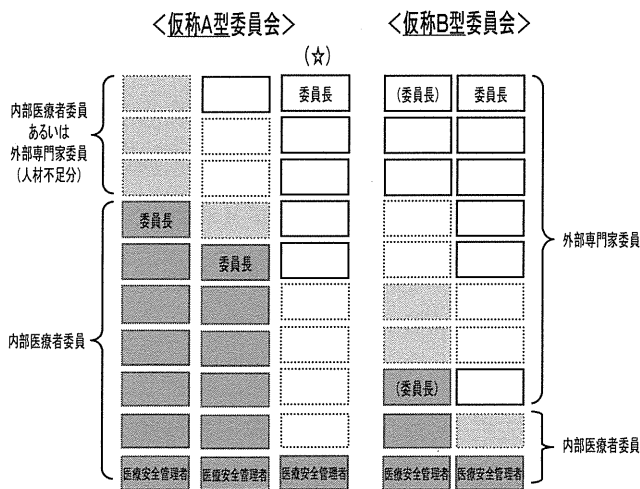
る死亡または重篤な傷害・医療用ガスの誤りまたは汚染・治療中の火傷による死亡または重篤な傷害・転倒転落による死亡・拘束に起因した死亡または重篤な傷害、など。

<本研究班からの追加>

6. 検体を取り違えた医療行為による死亡または重篤傷害
7. 放射線過量照射による死亡または重篤傷害
8. チューブ・ドレーン類の誤留置・迷入や、隣接臓器損傷による死亡または重篤傷害
9. (財)医療機能評価機構から発出される警報などの対象となった事例。

医療機関内の合議体には当然ながら医療安全活動の経験のない者も含まれる。判断の一助になることを期待する。

## 院内事故調査委員会の類型



- \* いずれのタイプの委員会でも1人以上の事故調査経験者が参加することを必須とする。
- \* 委員会は、病院長の委嘱を受けて設置され、報告書は病院長宛に作成される  
(→委員には管理的立場の者が加わることができるが、病院長は原則的に委員とならない。)
- \* (★)は、小病院で十分な数の内部医療者委員が確保できなかった場合などを想定している。

院内事故調査委員会 運営指針作成班 0903

## D. 考察

医療の結果（アウトカム）は常に患者に幸せをもたらすものとは限らない。予期しない不幸な結果の中には、患者取り違え手術のように予防可能な医療事故もあれば、不可抗力による医療事故もある。予防可能な原因は、除去されるべき一種の疾病ともいえる。事故原因を究明し再発を防止するための努力は、医療のプロフェッショナルに課せられた責務である。

国民の死因の確定とそのための死亡時医学検索は、歴史的に見て広く一般的な、国民に対する国家の古くからの義務であり、わが国では主として医師という職業集団に対してその事務が委任されている。また優れた医療機関においては、従来から日常診療の中で、臨床病理検討会（CPC: Clinico-Pathological Conference）や病因死因検討会（M&M: Morbidity & Mortality Conference）が医学と医療の進歩を目的となされてきた。しかし、我国の多くの医療機関においては、これらの活動は今日なお十分には展開されているとはいえない。

これまで我が国において臨床病理検討会や病因死因検討会ならびに医療事故事例の原因究明と再発防止に向けた営みが組織的に必ずしも十分に行われてこなかったのは、根源的には、医療が必ずしも患者中心のものとはなっておらず、ピア・レビュー（同業者評価）による「医療のアウトカム評価」と医療事故から学ぶ「安全の組織文化」が育まれてこなかったことに起因しているほか、資源投下不足による現場の窮状があり、さらに事故を調査することが現場にとって深刻かつ新たな負担をもたらすだけと受け止められていたことが指摘できよう。

臨床病理検討会や病因死因検討会ならびに医

療事故調査委員会の活動について、その具体的な利点を明確にすることなく、医療機関の経営幹部等が、繁忙を極める現場の医療従事者に対して、労力を要する医療事故調査活動を強いたとしても「安全文化」が醸成されていくことは望めない。

また、現在の複雑な医療システムの中にあつては、少なくない医療事故事例の原因究明と再発防止が医師だけの力では実行不可能であり、患者自身やその家族をも含めて、医療機関内外の関係者全ての組織的協力の下に進められなければ、好ましい結果に至ることはないことも自明である。

他方、医療機関等にとっても、問題の全てを個人に帰責するだけでは原因究明と効果的な再発防止の実行は不可能であり、「誰が起こしたのか」ではなく「何が起きたのか」を中心に据えた医療事故調査活動への転換が必要であり、後者のアプローチはすでに世界的な標準となつてきている。

医療事故調査活動は、むしろ組織としての医療機関等が、患者・遺族だけでなく現場の医療従事者に対しても責任を果たすもので、組織やシステムの問題として、これに取り組むのである。医療事故調査を普及させるためにも、行政や医療機関等は医療事故調査活動の必要性和有益性について現場の医療従事者から理解を得られるよう努めなければならない。また医療従事者等は患者の身に思いがけず生じた不幸な出来事（とりわけ回避が可能であったはずの不幸な出来事）と正面から向き合つて検討することが必要である。

以上の点を踏まえ本指針は、各医療機関において質改善活動の機能を高め、説明責任（アカ

ンタビリティ）を担保するため、個別に作成されるべき院内におけるアウトカム検討ないし事故調査のための規則を作成するにあつて、それを担う組織がどう構成され、どのような対象事例に対して、如何なる手続きの下に議論が進められるかについて、一定の方向性を提示し、各医療機関内に於ける検討を容易にすることに對して寄与すべく提案をするものである。

## E. 結論

本指針はその主たる目的を各々の医療機関の提供する医療の質と安全の向上とし、合わせて有効な再発防止策を全国的あるいは国際的に共有し、以て医療に対する不安の軽減に資することを想定している。医療機関内の事情に通じた院内の医療従事者を中心にして、また必要に応じて広く院外専門家の協力の下に、原因分析と対策立案を行うべきものとして設計している。

B型委員会は、本来日常的にA型委員会を適切に開催している医療機関においてはじめて可能な営みであり、A型委員会の延長線上にあるものである。特に専門性、中立性、公平性、透明性を一層確保することの目的に加えて、患者あるいはその家族に対し、医療における予期しない結果についての説明責任を尽くすことも重視している。

医療機関内規則の検討の実務においては、本指針以外にも、「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針-医療安全管理者の質の向上のために-」（厚生労働省医療安全対策会議 医療安全管理者の質の向上に関する検討作業部会、平成19年3月）等との整合性に留意されたい。

また、患者あるいはその家族の心情に対して

はもちろん、医療機関内の当事者の心情に格段の配慮の為される必要のあることについても留意されるようお願いしたい。

当研究班の検討の中で、医療事故等調査に関与する医療安全管理者の負担が大きいことが指摘された。行政及び医療機関の管理者にあっては、医療事故等調査に従事する専従の職員が十分存在する必要があることについて留意され、職員確保のためのしかるべき費用と、専従の人員に対する教育・訓練の機会を提供されたい。

なお、法的な過失の評価は法律家を交えた別途の院内組織等で検討されるべきであって、医療事故調査報告書に記載されるべきものではない。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 相馬孝博：院内検討によるピアレビューの重要性。日本外科学会雑誌(113)臨時増刊号3：13-14, 2012.
- 相馬孝博：手術室の患者安全—総論(ノンテクニカルスキルの観点から見て)—。麻酔増刊(61)日本麻酔科学会第59回学会講演特集号：S183-188, 2012.
- 相馬孝博, 円谷彰：外科医のノンテクニカルスキルについて。医療の質・安全学会誌7(4): 395-399, 2012.

##### 2. 学会発表

- 相馬孝博：安全推進のための院内レベルのピアレビュー。第112回日本外科学会

定期学術集会。2012年4月13日, 千葉(特別講演)。

- 相馬孝博：医療安全と感染制御。第86回日本感染症学会総会ICD講習会。2012年4月26日, 長崎(特別講演)。
- 相馬孝博：手術室の医療安全。第29回日本呼吸器外科学会総会安全セミナー。2012年5月17日, 秋田(特別講演)。
- 相馬孝博：WHO患者安全カリキュラムを現場教育に生かす。第7回医療の質・安全学会学術集会。2012年11月23日, 埼玉(共催セミナー)。
- 相馬孝博：患者中心の医療安全-自他ともに見つめ直す外科医の振る舞い-。第74回日本臨床外科学会総会。2012年11月30日, 東京(招請講演)

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

とくになし

##### 2. 実用新案登録

とくになし

##### 3. その他

とくになし