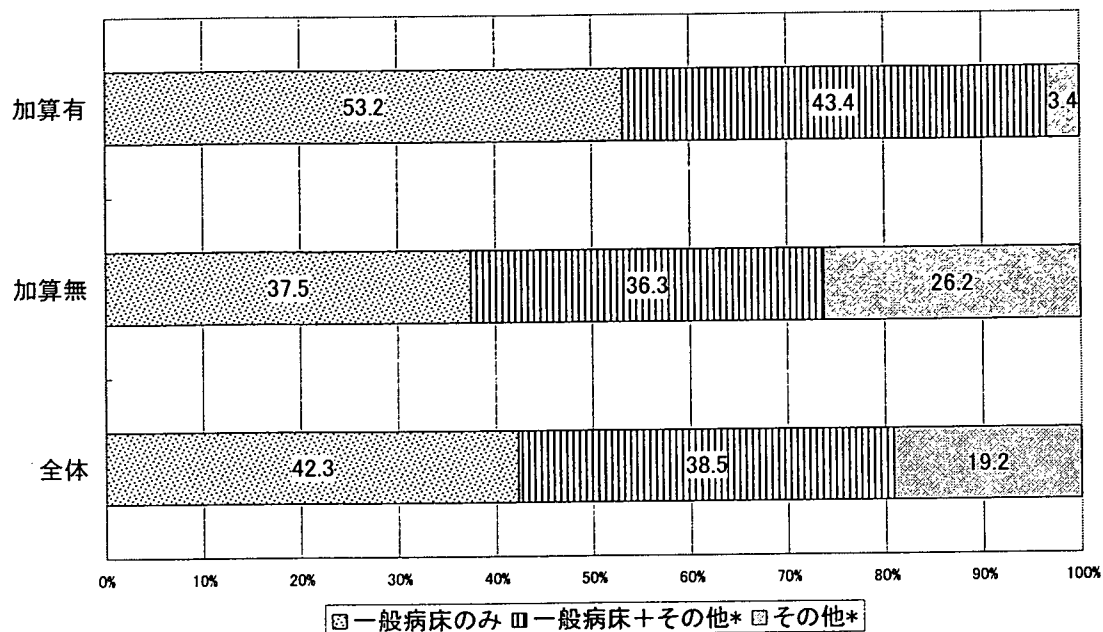


図1 病床の種別(医療安全対策加算の有無別)



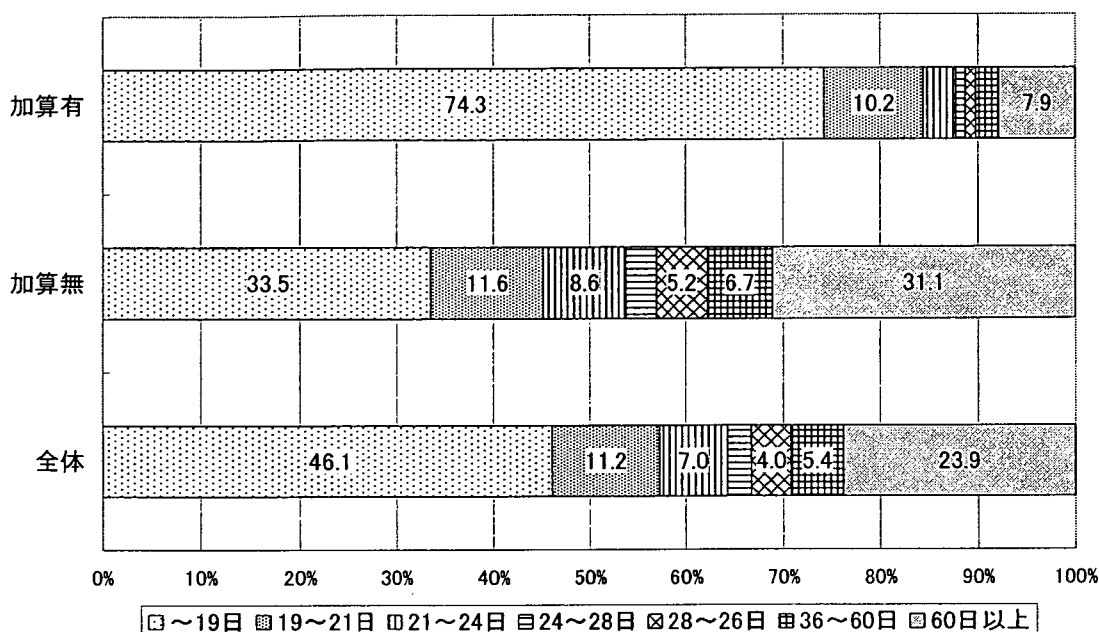
	全体 n=1710		加算無 n=1187		加算有 n=523	
	病院数	割合 (%)	病院数	割合 (%)	病院数	割合 (%)
一般病床のみ	723	42.3	445	37.5	278	53.2
一般病床+その他*	658	38.5	431	36.3	227	43.4
その他*	329	19.2	311	26.2	18	3.4

*:療養病床、介護療養病床、精神病床、結核病床、感染病床

(欠損値除外)

対象病院の平均在院日数を図2に示した。全体では、「～19日」の急性期主体と考えられる病院が46%と半数近くを占める一方で、「60日以上」の長期の病院も24%みられる。医療安全対策加算の取得病院では、平均在院日数の短い病院がより多くなり、未取得病院では、長期の病院の割合が高くなる。

図2 在院日数(医療安全対策加算の有無別)



	全体 n=1693		加算無 n=1171		加算有 n=522	
	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)
~19日	780	46.1	392	33.5	388	74.3
19~21日	189	11.2	136	11.6	53	10.2
21~24日	118	7.0	101	8.6	17	3.3
24~28日	43	2.5	38	3.2	5	1.0
28~26日	67	4.0	61	5.2	6	1.1
36~60日	91	5.4	79	6.7	12	2.3
60日以上	405	23.9	364	31.1	41	7.9

(欠損値除外)

機能区分につき、表5に示した。「特定機能病院」は、全体の約3%に過ぎないが、医療安全対策加算取得病院では7%と高くなる。「地域医療支援病院」と「それ以外の臨床研修指定病院」も全体の約37%であるのに対し、加算取得病院では59%となる。一方で、加算未取得病院では、いずれにも該当しない病院が70%以上を占め、全体の約60%を上回っていた。

表 5 機能区分

	全体 n=1694		加算取得無 n=1177		加算取得有 n=517	
	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)
特定機能病院	47	2.7	11	0.9	36	7.0
地域医療支援病院	162	9.5	81	6.9	81	15.7
上記以外の臨床研修指定病院	473	27.6	248	21.1	225	43.5
上記のいずれにも該当なし	1012	59.1	837	71.1	175	33.8

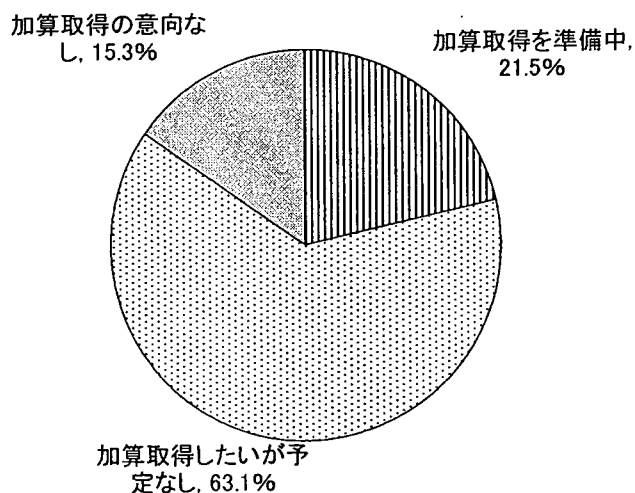
(欠損値除外)

(3) 医療安全管理体制の整備意向

調査時点において、医療安全対策加算を取得していない病院を対象に、取得に向けての意向・予定とその理由について調査した。

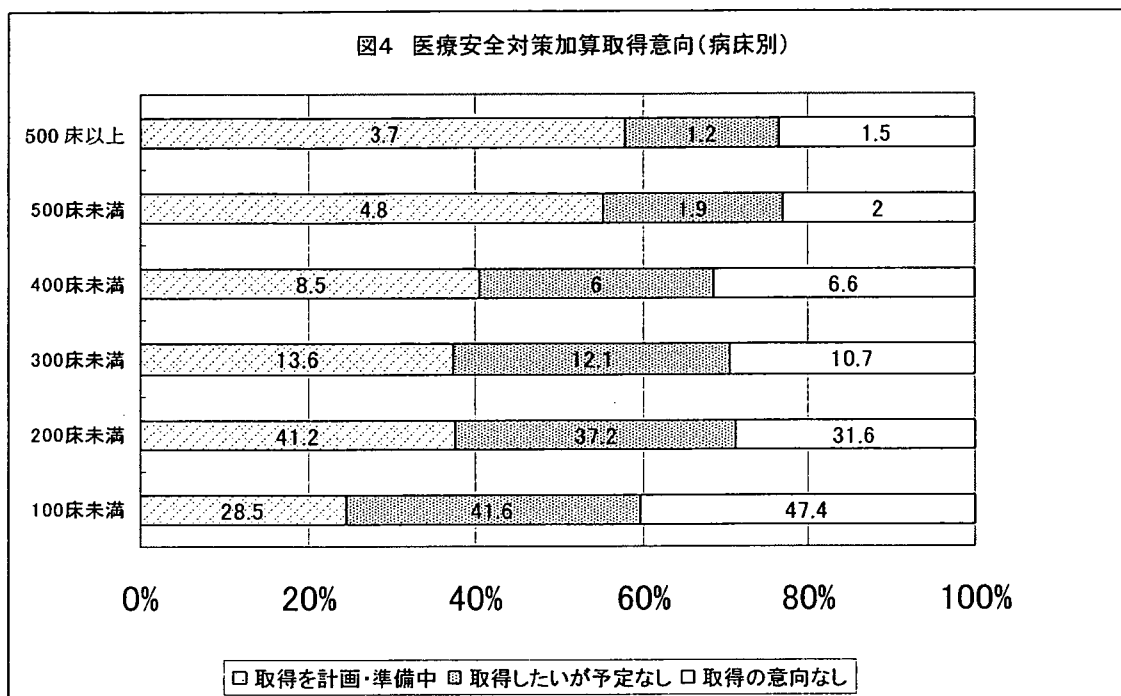
取得意向について、図3に示した。加算の取得を具体的に準備している、または、取得の意向のある病院で全体の約 85%を占めた。しかし、具体的に準備を進めている病院は約 21%に留まった。

図3 医療安全対策加算 取得の意向



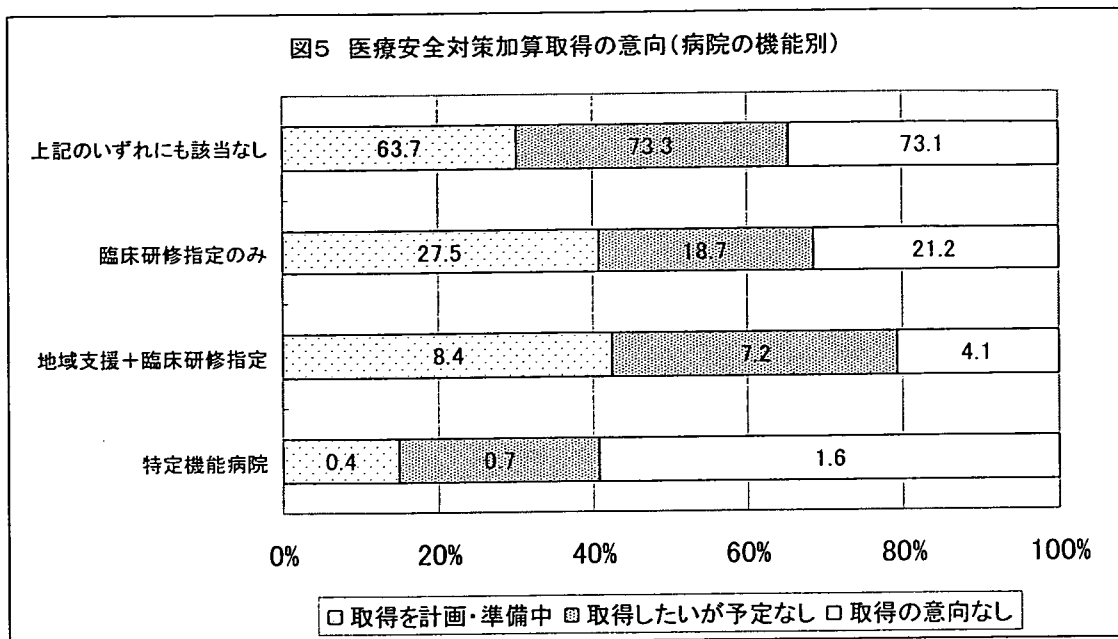
	病院数	割合(%)
加算取得を準備中	275	21.5
加算取得したいが予定なし	807	63.1
加算取得の意向なし	196	15.3

病床数別にみると、取得に向け具体的に準備を進める病院群に比し、取得をしたいが予定はなし、または、取得の意向のない病院群では、規模の小さい病院の割合が高かった。



	取得を計画・準備中 (n=272)		取得したいが予定なし (n=801)		取得の意向なし (n=196)	
	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)
100床未満	77	28.5	333	41.6	93	47.4
200床未満	112	41.2	298	37.2	62	31.6
300床未満	37	13.6	97	12.1	21	10.7
400床未満	23	8.5	48	6.0	13	6.6
500床未満	13	4.8	15	1.9	4	2.0
500床以上	10	3.7	10	1.2	3	1.5

(欠損値除外)

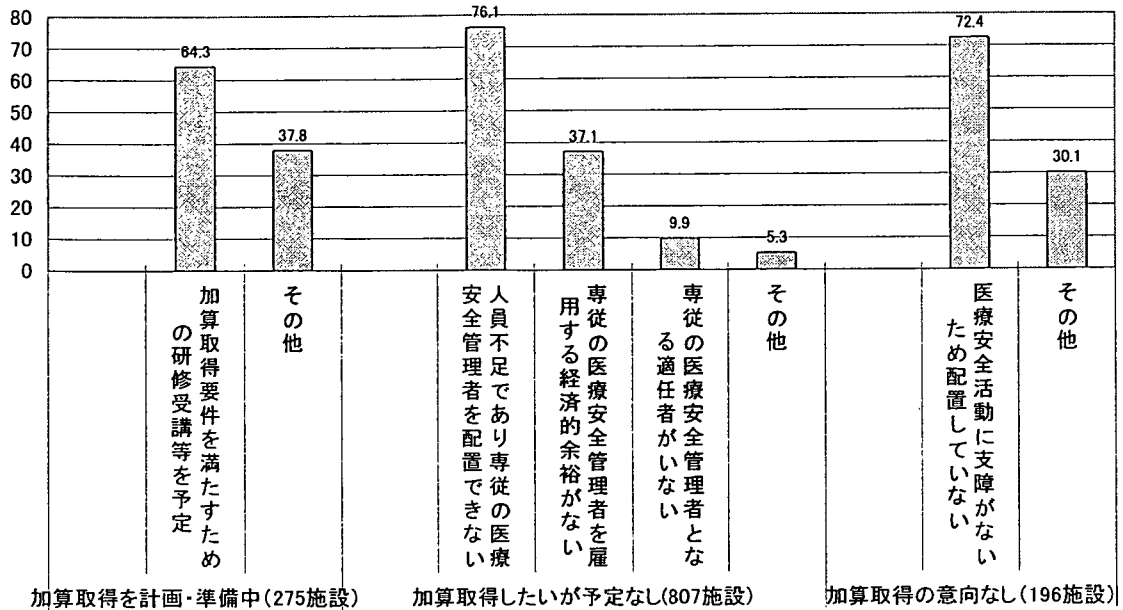


	取得を計画・準備中 (n=273)		取得したいが予定なし (n=801)		取得の意向なし (n=193)	
	病院数	割合 (%)	病院数	割合 (%)	病院数	割合 (%)
特定機能病院	1	0.4	6	0.7	3	1.6
地域支援+臨床研修指定	23	8.4	58	7.2	8	4.1
臨床研修指定のみ	75	27.5	150	18.7	41	21.2
上記のいずれにも該当なし	174	63.7	587	73.3	141	73.1

(欠損値除外)

医療安全対策加算の取得では、専従の医療安全管理者の配置を行うことが必要である。加算取得の準備を進める病院では、275病院中177病院(64%)で医療安全管理者の研修受講を進めていた。加算取得をしたいが、具体的な予定を立てるまでには至っていない807施設において、その理由として多かったのは「人員不足(約76%)」であった。一方で、「適切な人材の不在」をあげる病院も約10%あった。加算の意向はないとする196病院のうち、約72%にのぼる142病院が、専従の医療安全管理者が不在であっても医療安全管理活動には支障がないと回答していた(図6)。

図6 医療安全対策加算を取得しない理由



	病院数	割合(%)
加算取得を計画・準備中(275 施設)		
加算取得要件を満たすための研修受講等を予定	177	64.3
その他	104	37.8
加算取得したいが予定なし(807 施設)		
人員不足であり専従の医療安全管理者を配置できない	614	76.1
専従の医療安全管理者を雇用する経済的余裕がない	299	37.1
専従の医療安全管理者となる適任者がいない	80	9.9
その他	43	5.3
加算取得の意向なし(196 施設)		
医療安全活動に支障がないため配置していない	142	72.4
その他	59	30.1

(複数回答)

(4) 専従医療安全管理者配置の効果

調査時点に医療安全対策加算を取得している病院を対象に、専従の医療安全管理者を配置したことによる効果について、医療安全管理業務別(16項目)に、病院管理者がどのように認識しているかを調査した(表6・図7)。

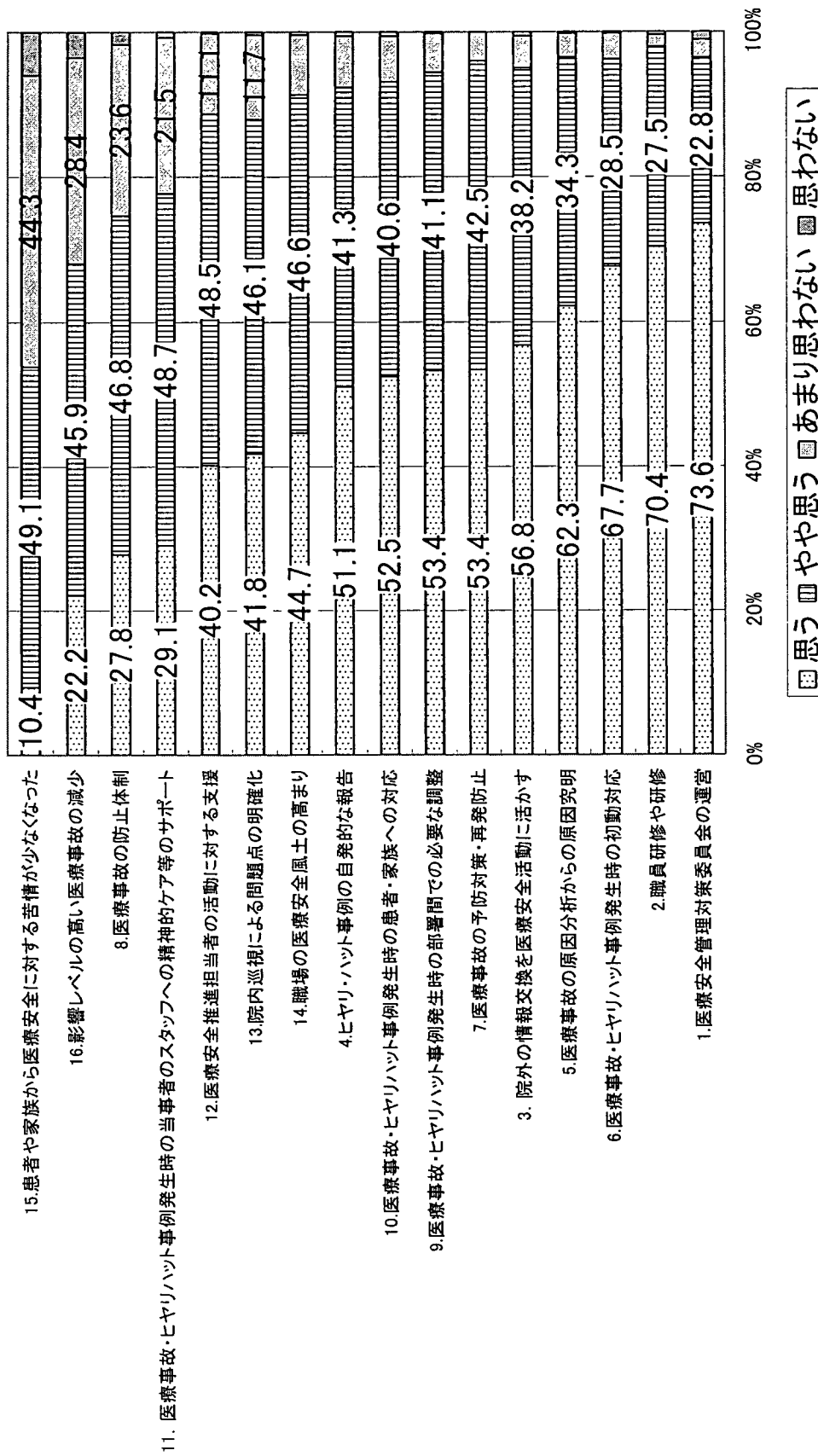
「1. 医療安全管理対策委員会の運営」、「2. 職員研修」、「6. 医療事故・ヒヤリハット事例発生時の初動対応」では、効果があったと評価する病院が 70%程度であり、専従の医療安全管理

者が配置された効果が多くの病院で認められているが、「8.医療事故の防止体制」、「15. 患者や家族から医療安全に対する苦情が少なくなった」、「16.影響レベルの高い医療事故の減少」、「11. 医療事故・ヒヤリハット事例発生時の当事者のスタッフへの精神的ケア等のサポート」では効果を認める病院は30%未満に留まっている。

表6 専従医療安全管理者配置の効果 (上段:病院数、下段:割合(%))

	専従の医療安全管理者の配置により改善効果があったと			
	思う	やや思う	あまり思わない	思わない
1.医療安全管理対策委員会の運営	384 73.6	119 22.8	13 2.5	6 1.1
2.職員研修や研修	368 70.4	144 27.5	9 1.7	2 0.4
3. 院外の情報交換を医療安全活動に活かす	297 56.8	200 38.2	23 4.4	3 0.6
4.ヒヤリ・ハット事例の自発的な報告	266 51.1	215 41.3	37 7.1	3 0.6
5.医療事故の原因分析からの原因究明	325 62.3	179 34.3	17 3.3	1 0.2
6.医療事故・ヒヤリハット事例発生時の初動対応	354 67.7	149 28.5	19 3.6	1 0.2
7.医療事故の予防対策・再発防止	279 53.4	222 42.5	21 4.0	0 0
8.医療事故の防止体制	145 27.8	244 46.8	123 23.6	9 1.7
9.医療事故・ヒヤリハット事例発生時の部署間での必要な調整	278 53.4	214 41.1	28 5.4	1 0.2
10.医療事故・ヒヤリハット事例発生時の患者・家族への対応	274 52.5	212 40.6	33 6.3	3 0.6
11. 医療事故・ヒヤリハット事例発生時の当事者のスタッフへの精神的ケア等のサポート	152 29.1	254 48.7	112 21.5	4 0.8
12.医療安全推進担当者の活動に対する支援	210 40.2	253 48.5	58 11.1	1 0.2
13.院内巡視による問題点の明確化	218 41.8	240 46.1	61 11.7	2 0.4
14.職場の医療安全風土の高まり	233 44.7	243 46.6	43 8.3	2 0.4
15.患者や家族から医療安全に対する苦情が少なくなった	54 10.4	200 49.1	229 44.3	34 6.6
16.影響レベルの高い医療事故の減少	113 22.2	234 45.9	145 28.4	18 3.5

図7 専従医療安全管理者の配置による改善効果



病院管理者が回答した専従の医療安全管理者の配置効果について、因子分析を行ったところ、3因子が抽出された(表7)。第1因子は、院内巡視や医療事故の防止体制や予防対策などの項目が含まれていたことから、「医療事故防止や事例発生時における院内支援体制」とした。第2因子は、ヒヤリ・ハット事例の自発的な報告や職員研修などの項目があげられていたことから、「院内の情報共有と安全文化の醸成」とした。第3因子は、苦情や医療事故の減少に関することであったため、「医療事故および医療安全に関する苦情の減少」とした。

表7 改善傾向による業務の分類 (主因子法(バリマックス回転))

	第1因子	第2因子	第3因子
9.医療事故・ヒヤリハット事例発生時の部署間での必要な調整	0.622	0.247	0.177
13.院内巡視による問題点の明確化	0.610	0.253	0.185
12.医療安全推進担当者の活動に対する支援	0.591	0.242	0.202
7.医療事故の予防対策・再発防止	0.578	0.334	0.184
11. 医療事故・ヒヤリハット事例発生時の当事者のスタッフへの精神的ケア等のサポート	0.536	0.219	0.293
8.医療事故の防止体制	0.477	0.242	0.305
2.職員研修や研修	0.324	0.680	0.073
1.医療安全管理対策委員会の運営	0.195	0.641	0.149
3. 院外の情報交換を医療安全活動に活かす	0.354	0.588	0.114
4.ヒヤリ・ハット事例の自発的な報告	0.197	0.549	0.257
15.患者や家族から医療安全に対する苦情が少なくなった	0.226	0.142	0.758
16.影響レベルの高い医療事故の減少	0.308	0.190	0.646
寄与率	20.084	16.499	11.810
累積寄与率	20.084	36.583	48.393

第1因子：医療事故防止や事例発生時における院内支援体制

第2因子：院内の情報共有と安全文化の醸成

第3因子：医療事故および医療安全に関する苦情の減少

次に各項目について、「1 思う」を3点、「2 やや思う」を2点、「3 あまり思わない」を1点、「4 思わない」を0点として、各因子の合計得点を算出した。そして、各因子の合計得点を病床種別（表8）、機能区分別（表9）、病床数別（表10）、医療安全管理者数別（表11）のそれぞれについて比較を行った。

病床の種類別における各因子の合計得点について、「第1因子：医療事故防止や事例発生時における院内支援体制」、「第2因子：院内の情報共有と安全文化の醸成」、「第3因子：医療事故および医療安全に関する苦情の減少」のそれぞれにおいて有意差は認められなかった。

表8 病床種別にみた各因子の合計得点比較

	病床の種類	N	平均値	標準偏差	最小値	最大値	Kruskal Wallis 検定
第1因子	一般病床のみ	271	13.61	2.95	4	18	ns
	一般病床+その他	220	13.75	2.81	7	18	
	その他	18	12.44	3.96	7	18	
	合計	509	13.62	2.93	4	18	
第2因子	一般病床のみ	271	10.27	1.82	0	12	ns
	一般病床+その他	225	10.38	1.85	0	12	
	その他	18	9.72	1.81	6	12	
	合計	514	10.30	1.83	0	12	
第3因子	一般病床のみ	264	3.34	1.43	0	6	ns
	一般病床+その他	218	3.39	1.33	1	6	
	その他	18	3.78	1.56	2	6	
	合計	500	3.38	1.39	0	6	

機能区分においては、「第1因子：医療事故防止や事例発生時における院内支援体制」、「第2因子：院内の情報共有と安全文化の醸成」において有意差が認められた。いずれも特定機能病院において合計得点が高かった。

表 9 機能区別にみた各因子の合計得点比較

	機能区分	N	平均値	標準 偏差	最小値	最大値	Kruskal Wallis 検定
第 1 因子	特定機能病院	41	15.27	2.68	9	18	p<0.001
	地域支援+臨床研修指定	87	13.84	2.90	8	18	
	臨床研修指定のみ	270	13.77	2.80	7	18	
	上記のいずれにも該当なし	105	12.42	3.01	4	18	
	合計	503	13.62	2.94	4	18	
第 2 因子	特定機能病院	41	11.56	0.74	9	12	p<0.001
	地域支援+臨床研修指定	87	10.25	1.90	0	12	
	臨床研修指定のみ	272	10.34	1.72	5	12	
	上記のいずれにも該当なし	108	9.76	2.10	0	12	
	合計	508	10.30	1.83	0	12	
第 3 因子	特定機能病院	39	3.49	1.47	1	6	ns
	地域支援+臨床研修指定	85	3.49	1.42	0	6	
	臨床研修指定のみ	266	3.39	1.39	0	6	
	上記のいずれにも該当なし	104	3.19	1.35	0	6	
	合計	494	3.37	1.39	0	6	

病床数別においても、同様に、「第 1 因子：医療事故防止や事例発生時における院内支援体制」、「第 2 因子：院内の情報共有と安全文化の醸成」において有意差が認められた。病床数が多いと合計得点が高い傾向にあった。

表 10 病床数別にみた各因子の合計得点比較

	病床数	N	平均値	標準偏差	最小値	最大値	Kruskal Wallis 検定
第 1 因子	200 床未満	80	12.70	3.16	4	18	p<0.05
	500 床未満	284	13.71	2.86	7	18	
	500 床以上	145	13.97	2.86	8	18	
	合計	509	13.62	2.93	4	18	
第 2 因子	200 床未満	81	9.89	1.77	5	12	p<0.01
	500 床未満	286	10.27	1.86	0	12	
	500 床以上	147	10.57	1.77	5	12	
	合計	514	10.30	1.83	0	12	
第 3 因子	200 床未満	78	3.51	1.38	0	6	ns
	500 床未満	276	3.42	1.39	0	6	
	500 床以上	146	3.23	1.38	0	6	
	合計	500	3.38	1.39	0	6	

専従・専任の医療安全管理者数別における各因子の合計得点について、「第1因子：医療事故防止や事例発生時における院内支援体制」、「第2因子：院内の情報共有と安全文化の醸成」、「第3因子：医療事故および医療安全に関する苦情の減少」のそれぞれにおいて有意差は認められなかった。

表 11 専従・専任の医療安全管理者の数別にみた各因子の合計得点比較

	専従・専任の医療安全管理者の数	N	平均値	標準偏差	最小値	最大値	Kruskal Wallis 検定
第1因子	1	429	13.58	2.99	4	18	ns
	2	34	13.56	2.36	8	18	
	3	17	14.53	2.18	11	18	
	4	10	15.50	2.07	11	18	
	5	2	10.00	4.24	7	13	
	合計	492	13.63	2.93	4	18	
第2因子	1	433	10.24	1.88	0	12	ns
	2	35	10.51	1.70	5	12	
	3	17	11.00	0.79	10	12	
	4	10	11.20	1.32	9	12	
	5	2	9.50	0.71	9	10	
	合計	497	10.30	1.84	0	12	
第3因子	1	422	3.39	1.38	0	6	ns
	2	34	3.15	1.18	0	6	
	3	16	3.44	1.41	1	6	
	4	10	4.20	1.99	0	6	
	5	2	1.00	1.41	0	2	
	合計	484	3.38	1.39	0	6	

3) 専従・専任の医療安全管理者の回答の分析

(1) 医療安全管理者の状況

i) 配置人数および職種

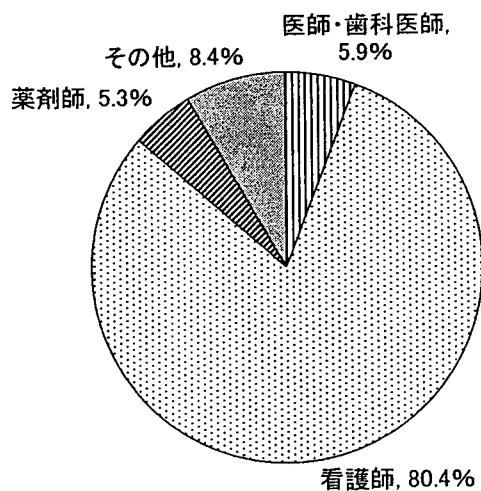
専従・専任の医療安全管理者の配置状況について表 12 に示した。回答病院に配置されていた全医療安全管理者 713 名の職種は、看護師が 573 人と 80%以上を占めた。医師・歯科医師と薬剤師はそれぞれ、約 6%、約 8%に過ぎなかった。

表 12 専従・専任の医療安全管理者の職種

	1人目	2人目	3人目	4人目	5人目	合計	
	人数	人数	人数	人数	人数	人数	割合(%)
医師・歯科医師	27	8	4	2	1	42	5.9
看護師	511	44	13	3	2	573	80.4
薬剤師	24	9	2	2	1	38	5.3
その他	17	20	12	7	4	60	8.4
合計	579	81	31	14	8	713	100.0

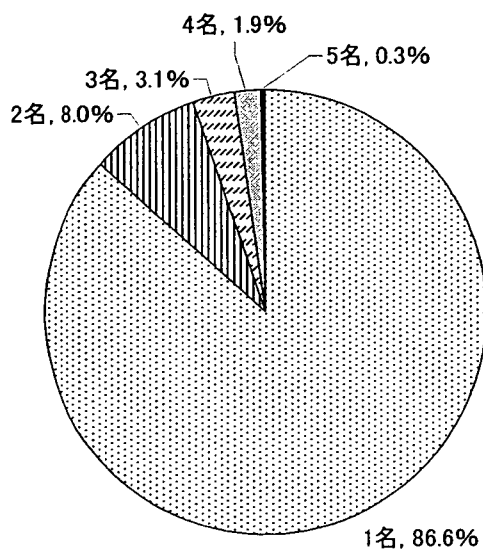
(欠損値除外)

図8 専従・専任の医療安全管理者の職種



専従・専任の医療安全管理者の1病院あたりの配置人数を表14に示した。1人のみを配置していた病院が506病院で約87%を占めた。2人を配置する病院も約8%みられた。一方で、4～5名の医療安全管理者を置く病院が13病院(2.2%)みられた。

図9 1病院あたりの医療安全管理者数



	病院数	割合(%)
1名	506	86.6
2名	47	8.0
3名	18	3.1
4名	11	1.9
5名	2	0.3

(欠損値除外)

平均値±標準偏差:1.2±0.6、中央値(最小値～最大値):1(1-5)

*:安全管理業務への従事の程度に関わらず、病院が「専従」または「専任」と回答したもの

ii) 医療安全管理業務への従事の状況

医療安全管理業務への従事の程度を、当該職員の全労働に占める割合により調査した。安全管理業務への従事の程度が「100%(業務の全てが安全管理業務)」である医療安全管理者がいる病院は333病院であり、いずれの医療安全管理者も、その安全管理業務割合が100%に満たない病院は210病院であった。

「専従」の意味合いを厳格に捉え、安全管理業務に100%従事するものと定義してみると、

医療安全対策加算を取得している病院のうち、専従の医療安全管理者を配置する病院は約60%である実態が把握された。

また、医療安全管理業務への従事の程度を用いて常勤換算値から、医療安全管理者の配置数をみると、1施設あたりの配置数は 0.88 ± 0.56 (平均値±標準偏差)人となり、最も少ない病院では0.01人、最も多い病院で4.5人(中央値=1人)であった。

(2) 医療安全管理者配置の効果

専従・専任の医療安全管理者に医療安全管理者の配置によって、改善効果があったと思われる程度についてたずねた。いずれの項目でも医療安全対策加算を取得している病院において、より高い改善効果がみられ、22項目中6項目では、両者の間に統計的に有意な差が認められた。差が認められた6項目については表13に示した。全結果については表14に示した。

表13 加算取得の有無群において効果の程度について差が認められた業務

-
- 1.安全管理委員会・部門の運営
 - 2.安全管理のための指針の策定・改訂
 - 3.職員参加型(KYTなど)研修の企画・運営
 - 4.医療安全に関連した外部の専門家などを講師として招く研修の企画・運営
 - 9.院内巡視による情報収集
 - 19.医療事故発生時、機器や薬剤が関与している場合は、医療機関内の関連部署と製造販売業者に連絡し、対応を依頼すること
-

表 14 医療安全管理者が配置されたことによる効果 (上段:病院数 下段:割合(%))

	加算有					加算無					正確確率
	関わり	改善・改善傾向	以前から良く不変	改善が望まれるが不変	悪化・悪化傾向	関わり	改善・改善傾向	以前から良く不変	改善が望まれるが不変	悪化・悪化傾向	
1.安全管理委員会・部門の運営	489	324 66.3	133 27.2	32 6.5	0	84	48 57.1	24 28.6	12 14.3	0	p<0.05
2.安全管理のための指針の策定・改訂	489	337 68.9	110 22.5	42 8.6	0	82	44 53.7	28 34.1	10 12.2	0	p<0.05
3.職員参加型(KYT など)研修の企画・運営	481	309 64.2	80 16.6	92 19.1	0	78	40 51.3	22 28.2	16 20.5	0	p<0.05
4.医療安全に関連した外部の専門家などを講師として招く研修の企画・運営	474	226 47.7	176 37.1	71 15	1 0.2	74	26 10.3	24 12	24 25.3	0	p<0.01
5.医療の質の向上と安全の確保に必要な知識と技術に関する研修の企画・運営	481	291 60.5	110 22.9	80 16.6	0	80	45 56.3	15 18.8	20 25	0	Ns
6.研修後の参加者の達成度評価および研修の企画・運営(例:研修時間やプログラム内容)に関する評価を行い、それに基づいて改善すること	464	212 45.7	73 15.7	178 38.4	1 0.2	67	21 31.3	8 11.9	38 56.7	0	Ns
7.医療事故およびヒヤリ・ハット事例の収集	495	324 65.5	144 29.1	27 5.5	0	84	52 61.9	21 25	11 13.1	0	Ns
8.患者・家族からの相談や苦情、患者及び職員への満足度調査等の結果に関する情報収集	422	158 37.4	128 30.3	136 32.2	0	65	16 24.6	26 40	23 35.4	0	Ns
9.院内巡視による情報収集	487	320 65.7	78 16	89 18.3	0	70	31 44.3	14 20	25 35.7	0	p<0.01
10.院内の各種委員会と部門・部署からの医療安全に関連した情報収集	488	308 63.1	95 19.5	85 17.4	0	79	41 51.9	19 24.1	19 24.1	0	Ns
11.院外の各種専門機関からの医療安全に関連した情報収集	478	303 63.4	112 23.4	61 12.8	2 0.4	77	38 49.4	22 28.6	17 22.1	0	Ns
12.RCA 等による事故発生後の原因分析	442	211 47.7	66 14.9	163 36.9	2 0.5	62	20 32.3	11 17.7	31 50	0	Ns
13.FMEA 等による危険箇所の特定と事故の発生予防	357	93 26.1	52 14.6	210 58.8	2 0.6	50	9 18	5 10	36 72	0	Ns
14.医療安全に関する情報や対策等について、各部署や職員へ伝達する体制を構築し、周知を図ること	491	339 69	90 18.3	61 12.4	1 0.2	84	45 53.6	24 28.6	15 17.9	0	Ns

15. 対策実施後の成果評価を行い、それに基づいて改善策を検討・実施	478	239	74	165	0	77	35	12	30	0	Ns
		50	15.5	34.5	0		45.5	15.6	39	0	
16. 緊急の報告を要する医療事故等の範囲や、勤務時間内および勤務時間外における医療事故発生時の報告体制等を盛り込んだ対応マニュアルを作成し、院内各部署に周知すること	488	273	155	60	0	82	39	32	11	0	Ns
		55.9	31.8	12.3	0		47.6	39	13.4	0	
17. 医療事故発生現場の調査と関係者からの詳細な事実確認	479	301	126	52	0	75	41	23	11	0	Ns
		62.8	26.3	10.9	0		54.7	30.7	14.7	0	
18. 医療事故発生時に、医療事故に関連した器材や処置内容、データ等を保全すること	446	223	132	91	0	74	26	27	21	0	Ns
		50	29.6	20.4	0		35.1	36.5	28.4	0	
19. 医療事故発生時、機器や薬剤が関与している場合は、医療機関内の関連部署と製造販売業者に連絡し、対応を依頼すること	453	240	165	48	0	68	26	29	13	0	p<0.05
		53	36.4	10.6	0		38.2	42.6	19.1	0	
20. 医療事故に関与した職員の精神的ケア等のサポート	420	129	90	201	0	66	15	16	35	0	Ns
		30.7	21.4	47.9	0		22.7	24.2	53	0	
21. 事故調査委員会の運営を助け、事例の調査や報告書の取りまとめ等に協力すること	439	242	126	70	1	67	29	22	16	0	Ns
		55.1	28.7	15.9	0.2		43.3	32.8	23.9	0	
22. 提言された再発防止策等について、院内各部署への周知を図ること	477	315	97	64	1	81	42	27	12	0	Ns
		66	20.3	13.4	0.2		51.9	33.3	14.8	0	

2. 医療安全管理者に対するグループインタビュー調査

1) 調査対象

上述の、医療安全管理者へのアンケート調査の回答において、追加調査への協力意向を示した病院は、153 病院であった。これらの病院から、地域、規模、機能等考慮して抽出した 40 病院にグループインタビューへの協力依頼状を発送、了解の得られた 6 病院の医療安全管理者を対象にグループインタビューを実施した。対象病院の概要は以下の通りである。

表 15 グループインタビュー対象病院の概要

所在地	東京都(1) 神奈川県(2) 群馬県(1) 富山県(1) 大阪府(1)
病床数	200 床未満(1) 200～500 床未満(4) 500 床以上(1)
診療科	内科・外科等(5) 精神科・神経科(1)

インタビューでは、冒頭にアンケート調査の暫定的な集計結果を提示し、医療安全管理者が配置されることにより特に改善効果が認められた業務、逆に効果が顕著ではなかった項目をとりあげ、どのような点で改善が進んだか、なぜ改善が進んだ(改善ができなかった)と考えるか、等を自由に話してもらった。

2) インタビュー結果

(1) 専従の医療安全管理者が配置され(医療安全対策加算を取得し)どのような変化があったか？

安全管理業務に十分な時間を費やせるようになり、じっくりと業務に取り組めるようになったと評価されている。このことにより、たとえば、職員研修の企画や評価を綿密に行うことができた等具体的な活動を深めることにつながっているようである。また、病院組織や職員の医療安全管理に対する意識が高まり、協力的な姿勢が強化されることにより、安全管理活動が行いやすくなったと回答が多く聞かれた。

医療安全対策加算を取得し、専従として位置づけられたことは、医療安全管理者自身のモチベーションにも寄与している。何らかの成果を出さなければと意欲的な姿勢になるばかりでなく、部門横断的な視点、総合的な視点をもって取り組む等、安全管理者としての技量の向上という側面での効果も確認された。反面、組織の中で明確に位置づけられたことで、院内の行き場のない業務、予想外の仕事までもがまわってくるようになるなど、「安全」という包括的かつ多面的な概念から来る難しい側面も垣間見られた。

(2) 医療安全管理対策委員会についてはアンケート調査でも良好に実施されているとの結果がでていますが、具体的にはどのような取組みがなされているか？

委員会の開催頻度は変化していないが、インシデント/アクシデントの発生状況を把握する

だけでなく、具体的な対策を講じるための検討内容が充実している。また医療安全管理対策委員会の下に小委員会や検討グループを組織し医療安全管理活動の実践につなげている等、機能が向上している。

(3) 職員の研修への取り組みによい変化は見られるか？

研修の企画、実施状況の把握や結果のフォローに時間をかけることができるようになったため、受講しやすいプログラムの作成や、効果の見極めをよりの確にできるようになった。

(4) 医療事故防止対策に関連して、具体的な活動実績があがっているか。

救急部門の体制の見直し、人工呼吸器の使用基準の見直し等の事例があげられた。運用基準の作成・見直しや機器の選択等を行う際には、自院の現状を注意深く分析することが必要であるが、院外に参照データや報告が多数存在する場合も少なくなく、それらを活用することで成果をあげた事例も紹介された。

一方、病院で発生頻度の高い転倒・転落事故については、アセスメントを行いリスク管理することも大切だが、患者側の要因の影響も大きく、防止対策を講じても不可避である側面もあり、発生時に重篤な状態にならないような配慮、工夫や発生時の適切な対応体制を準備することが肝要であることが確認された。

(5) 安全管理活動により、インシデント・レポートの提出状況にはよい変化があったか？

インシデント・レポートの提出は、報告体制の整備状況（様式の作成、基準の明確化、提出方法の工夫、医療安全管理者による働きかけ等）、職員の意識、インシデントの発生状況により影響される。さらに、インシデントの発生は、患者の状態と安全管理活動により影響を受けているため、インシデント・レポートの提出件数の多寡や変動をみて、安全管理活動の効果を短絡的に評価することはできない。今回のインタビュー調査でも、提出状況の変化には、病院間でまちまちであった。報告制度が適切に機能しているか否かは、提出件数からのみ判断するのではなく、内容に気を配り、たとえば、同じような事例が続いていないか、などを確認することも必要である。

(6) 影響レベルの高いアクシデントの発生防止の効果は確認できているか？

重大なレベルのアクシデントは、発生すれば影響が大きいですが、発生頻度は高くないため、発生率を見て防止対策の効果を確認することが難しいが、防止対策については、他院の経験や研究結果を適用することができる場合が多い。防止の手立てのひとつとして、医療現場から、誤りを起こす選択肢を極力除去することが重要である。

(7) 専従の医療安全管理者を複数配置することにより、医療安全管理活動は促進されるか？

病床の規模や機能によって効果が異なる。また、各部門の専門的な人材が適切に整備され

ているかいないかによって、医療安全管理者の業務範囲やレベルは大きく影響を受ける。さらに、医療安全管理業務には事務的な作業も多く含まれている。医療安全管理業務をサポートする専任の事務職員が配置されるとよい。

医療安全管理機能が適切に維持されるような病院のサポート体制も準備されるとよい。人材登用のプランやキャリアパスの中での位置づけも一考の余地がある。

(8)40 時間の研修は医療安全管理業務を行うにあたり有用なものであったか？

主催者や講師により講義の内容やレベルはまちまちである。また、研修の内容が実際のニーズと合致していないと感じる部分もあり、研修の内容はどのように定められたのか疑問に思う点があった。医療安全管理者向けの継続研修もあるとよい。