

## IV. 考察

### 1. 医療安全管理体制の整備状況

分析対象となった 1189 病院のうち、医療安全対策加算を取得しているのは約 30%の病院であった。調査時点で「医療安全対策加算」を算定していない病院のうち、85%の病院では、加算の取得の意向を示しているが、その 4 分の 3 の病院では、要件を満たす見通しが立っていなかった。加算を取得しない主な理由は、病院において、専従の医療安全管理者を確保するだけの人的余裕がないうえ、新たに専従の職員を雇用する財政的余裕もないことがあげられていた。

一方で、比較的小規模の病院においては、当該加算を算定する必要性を感じていない病院も相当の割合で存在していた。これらの病院において医療安全管理活動がどのように実施されているか、また、その活動は同規模の加算取得病院における医療安全管理活動と比してどう評価されるのか等は、今後、病床規模や機能別の医療安全管理体制のあり方を論じていく際のひとつの検討の視点となると考えられる。

### 2. 専従医療安全管理者の配置による効果

専従の医療安全管理者が配置されたことにより医療安全管理体制が改善されたか否かについての病院管理者の認識では、「医療安全管理対策委員会の運営」、「職員研修」、「医療事故・ヒヤリハット事例発生時の初動対応」等の効果が概ね実感されている一方で、「医療事故防止体制」、「患者・家族からの医療安全に対する苦情の減少」、「影響レベルの高い医療事故の減少」のように、効果が認められにくい事項もみられた。

同様の結果は、医療安全管理者を対象に実施したインタビュー調査でも確認されており、例えば、「医療安全管理対策委員会」活動については、当該委員会にて検討する内容が充実し、また、委員会の下に組織されたグループや小委員会により、検討結果を医療現場で活かしていく活動・取り組みが活発に行われるようになった現状がうかがえた。また、「職員研修」に関しても、専従になったことで、研修の企画・評価にじっくりと時間をかけることができるようになり、対象者のニーズに合わせた内容や開催方法を工夫して研修に取り組んでいることも確認された。

一方で、効果が認められにくかった事項のうち、「患者・家族からの医療安全に対する苦情」の受け止めや相談等の機能に関しては、病院側が医療安全管理体制を整備し、積極的に受け止めようとするほど増えていくものであり、苦情や相談が減少するという視点から安全管理活動の効果を捉えることが困難なのではないかと考えられた。また、「影響レベルの高い医療事故」はそもそも稀にしか発生しないものであることから、これについても「減少する」という観点から評価することの困難さが推察された。

今回の調査対象となった病院では、医療安全管理業務への従事の程度が 100%未満である専従医療安全管理者が少なからず含まれていた。そのため、専従の医療安全管理者が配

置されたことによる効果を的確に測定できていない可能性は高い。今後、専従医療安全管理者の配置が進み、専従者による安全管理活動が定常化した時点で、再度効果の測定を行うことが必要であろう。

なお、上述のインタビュー調査においては、医療安全管理者が専従配置されることにより、組織・職員の意識が変わる、安全管理者自身の意識が変わる、時間を十分に使える、取り組みの姿勢が変わる等の変化がみられ、これにより、医療安全管理活動全般への取り組みが強化されることが確認されている。専従者の配置が進められれば、医療安全管理活動全般にわたり、よりよい効果を与えるであろうことが大いに期待できる。

厚生労働科学研究費補助金 医療安全・医療技術評価総合研究事業  
平成 19 年度分担研究報告書

医療安全管理専従者の複数配置の必要性に関する調査

分担研究者 小林美亜 国際医療福祉大学  
分担研究者 坂口美佐 滋賀医科大学医学部附属病院  
研究協力者 中野夕香里 Yukari & Co.  
主任研究者 池田俊也 国際医療福祉大学

研究要旨

医療安全管理者専従者の配置のあり方について、複数配置のニーズ、複数配置により期待できる効果等の観点から明らかにすることを目的として、質問紙による調査を実施した。専従の医療安全管理者が 1 名のみ配置されている60病院の回答結果を分析したところ、80%の病院では自院において医療安全管理業務を行う際に、現状の体制(専従の医療安全管理者が 1 名)では不十分であると回答していた。医療安全管理専従者が複数配置された場合、情報収集、企画・運営等の業務等の行動・作業に係る業務に関して、高い効果が見込まれていた。一方、他者への働きかけが必要であり、他者の反応によって成果が影響を受けるような業務においては、医療安全管理専従者を複数名配置することだけでは、改善効果があがりにくい可能性も示唆された。

I. 目的

先に実施した「医療安全管理者の配置および役割に関する実態調査」の結果から、多くの病院では専従の医療安全管理者の1名配置のもと、医療安全管理業務を遂行している実態が明らかになった。その一方で、医療安全管理業務の遂行にあたり、専従の医療安全管理者の 1 名配置体制では不十分であるという指摘も聞かれる。そこで、専従の医療安全管理者の配置のあり方について、複数配置のニーズ、複数配置により期待できる効果等の観点から明らかにすることを目的として、追加調査を行った。

II. 方法

1. 対象

先行の「医療安全管理者の配置および役割に関する実態調査」において、追加調査への協力意向を示した 153 病院から、病院属性、医療安全管理者の配置状況等を考慮して抽出し

た 148 病院を対象とした。

## 2. 調査内容

医療安全管理者の配置状況、医療安全管理者の充足についての評価、複数配置により見込まれる改善効果等に関する調査票を作成した(資料 2 参照)。

表 16 調査票の構成

構成	内容	設問数
1 医療安全管理者の状況	配置人数、職種、安全管理業務への従事 の程度、研修の受講等	5
2 医療安全管理者の複数配置の必要性	専従者 1 名配置の適切性、必要専従者 数、複数配置しない理由	3
3 複数配置の効果	22 の研修内容につき、専従者が複数配 置された場合に期待される効果	2

## 調査用紙

設問 1. 現在の専従および専任(医療安全管理業務が 50%以上の方)の医療安全管理者の人数について教えて下さい。また医療安全管理者の方々の役割の種類、職種、安全管理業務への従事の程度、40 時間又は 5 日程度の研修受講に関する項目についてご回答ください。なお、前回にも同様の質問がありましたが、現在の状況を把握するため、再度、質問させて頂いています。ご理解頂き、ご回答の程、よろしくお願ひします。

■専従の医療安全管理者 [ ]名

■専任の医療安全管理者 (医療安全管理業務が 50%以上の方) [ ]名

	役割の種類 (該当番号に○)	職種 (該当番号に○)	安全管理業務への 従事の程度 (割合を記入)	40 時間又は 5 日程 度の研修受講 (該当番号に○)
1 人目	1. 専従 2. 専任	1. 医師 2. 歯科医師 3. 看護師 4. 薬剤師 5. その他 [ ]	全勤務時間のうちの ( ) %程度	1. 受講した 2. 受講していない
2 人目	1. 専従 2. 専任	1. 医師 2. 歯科医師 3. 看護師 4. 薬剤師 5. その他 [ ]	全勤務時間のうちの ( ) %程度	1. 受講した 2. 受講していない
3 人目	1. 専従 2. 専任	1. 医師 2. 歯科医師 3. 看護師 4. 薬剤師 5. その他 [ ]	全勤務時間のうちの ( ) %程度	1. 受講した 2. 受講していない
4 人目	1. 専従 2. 専任	1. 医師 2. 歯科医師 3. 看護師 4. 薬剤師 5. その他 [ ]	全勤務時間のうちの ( ) %程度	1. 受講した 2. 受講していない
5 人目	1. 専従 2. 専任	1. 医師 2. 歯科医師 3. 看護師 4. 薬剤師 5. その他 [ ]	全勤務時間のうちの ( ) %程度	1. 受講した 2. 受講していない

設問 2. 以下は、現在、専従の医療安全管理者が 1 名配置の病院の方のみご回答ください。

Q1. 貴方は、専従の医療安全管理者の配置は 1 名で十分だと思いますか？「2.いいえ」と回答した方は、その理由について記載してください。

1. はい  
2. いいえ( )

Q2. 適切に医療安全管理業務を遂行するためには、貴院にとって、何名の専従の医療安全管理者(医療安全管理業務を 100%実施)が必要だと思いますか？ [ ]名

Q3. 貴院において、専従の医療安全管理者を複数配置していない理由について、該当するものに全て☑してください。その他には、その内容をご記入下さい。

- 財源の不足  
人手不足  
適当な人材がない  
複数配置の必要はない  
その他 [ ]

Q4. 専従の医療安全管理者（医療安全管理業務の程度が100%）が複数配置された場合、現状と比較して、どのように変化すると考えるか、その程度について該当する番号に○をつけて下さい。なお、「4. 変わらない」、「5. あまりよくなる」、「6. 全くよくなる」のいずれかに回答した方は、その理由についてもお書き下さい。

業務項目	1. 現状で十分よい 2. とてもよくなる 3. ある程度よくなる 4. 変わらない 5. あまりよくなる 6. 全くよくなる	[4. 変わらない]、「5. あまりよくなる」、「6. 全くよくなる」のいずれかに回答した場合の理由
1. 安全管理委員会・部門の運営	1 2 3 4 5 6	
2. 安全管理のための指針の策定・改訂	1 2 3 4 5 6	
3. 職員参加型(KYT など) 研修の企画・運営	1 2 3 4 5 6	
4. 医療安全に関連した外部講師を招く研修の企画・運営	1 2 3 4 5 6	
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	1 2 3 4 5 6	
6. 研修後の参加者の達成度評価および研修の企画・運営に関する評価と改善	1 2 3 4 5 6	
7. 医療事故およびヒヤリ・ハット事例の収集	1 2 3 4 5 6	
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	1 2 3 4 5 6	
9. 院内巡視による情報収集	1 2 3 4 5 6	
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	1 2 3 4 5 6	
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	1 2 3 4 5 6	
12. RCA 等による事故発生後の原因分析	1 2 3 4 5 6	
13. FMEA 等による危険箇所の特定と事故の発生予防	1 2 3 4 5 6	
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の構築と周知	1 2 3 4 5 6	
15. 対策案実施後の成果評価とそれに基づく改善策の検討・実施	1 2 3 4 5 6	
16. 医療事故対応マニュアルの作成と周知	1 2 3 4 5 6	
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	1 2 3 4 5 6	
18. 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	1 2 3 4 5 6	
19. 機器や薬剤が関与する際、医療機関内の関連部署と製造販売業者に対応を依頼すること	1 2 3 4 5 6	
20. 医療事故に関与した職員の精神的ケア等のサポート	1 2 3 4 5 6	
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	1 2 3 4 5 6	
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	1 2 3 4 5 6	

ご協力頂きましてありがとうございました。

### 3. 調査方法

対象病院の医療安全管理者宛に、調査票を郵送にて、平成 20 年 1 月 25 日付けにて送付した。回答された調査票は、同じく、郵送にて回収し、平成 20 年 2 月 29 日までに回収された調査票を対象として集計・分析を行った。

## Ⅲ. 結果

92 病院から調査票を回収した(回収率 62.2%)。これらの病院について、「医療安全管理者の配置および役割に関する実態調査」の調査結果から病院の概要にあたる部分のデータを結合したうえで、分析を行った。

### 1. 回答病院の状況

#### 1) 規模

対象病院の病床数を表 17 に示した。平均値±標準偏差は 339.3±188.3、最小値～最大値は 33～1,116 床であった。

表 17 病床数

	病院数	割合(%)	再掲	
			病院数	割合(%)
～100 床未満	6	6.7	19	21.1
100～200 床未満	13	14.4		
200～300 床未満	21	23.3	55	61.1
300～400 床未満	21	23.3		
400～500 床未満	13	14.4		
500～600 床未満	7	7.8	16	17.8
600～700 床未満	3	3.3		
700～800 床未満	5	5.6		
800～900 床未満	0	0.0		
900～1000 床未満	0	0.0		
1000 床以上	1	1.1		
合計	90	100.0		
不明	2			

## 2)機能

回答病院の在院日数および機能区分は表 18・表 19 の通りである。

表 18 平均在院日数

	病院数	割合(%)
～19 日	70	76.9
19～21 日	9	9.9
21～24 日	2	2.2
24～28 日	0	0.0
28～36 日	0	0.0
36～60 日	3	3.3
60 日以上	7	7.7
合計	91	100.0
不明	1	

表 19 病院の機能(複数回答)

	病院数	割合(%)
特定機能病院	4	4.3
地域医療支援病院	14	15.2
臨床研修指定病院	60	65.2
いずれも該当せず	26	28.3

## 2. 医療安全管理者の配置

回答病院における医療安全管理者の配置状況を調査した。

### 1)1 病院あたりの医療安全管理者数

1 病院あたりの医療安全管理者数(実人数)を表 20 に示す。表の左側には、病院が「専従」、「専任」と判断して回答した数値を、右側には、医療安全管理業務への従事の程度(当該職員の業務全体に占める医療安全管理業務の割合)を「100%」、「50%以上 100%未満」として区分した結果の数値を示した。病院の回答をみると、医療安全管理業務への従事の程度が「100%」については、1 名配置の病院が最も多く、77 病院(83.7%)であった。

「専従」の医療安全管理者を配置していないと回答した病院は、14 病院(15.2%)であった。

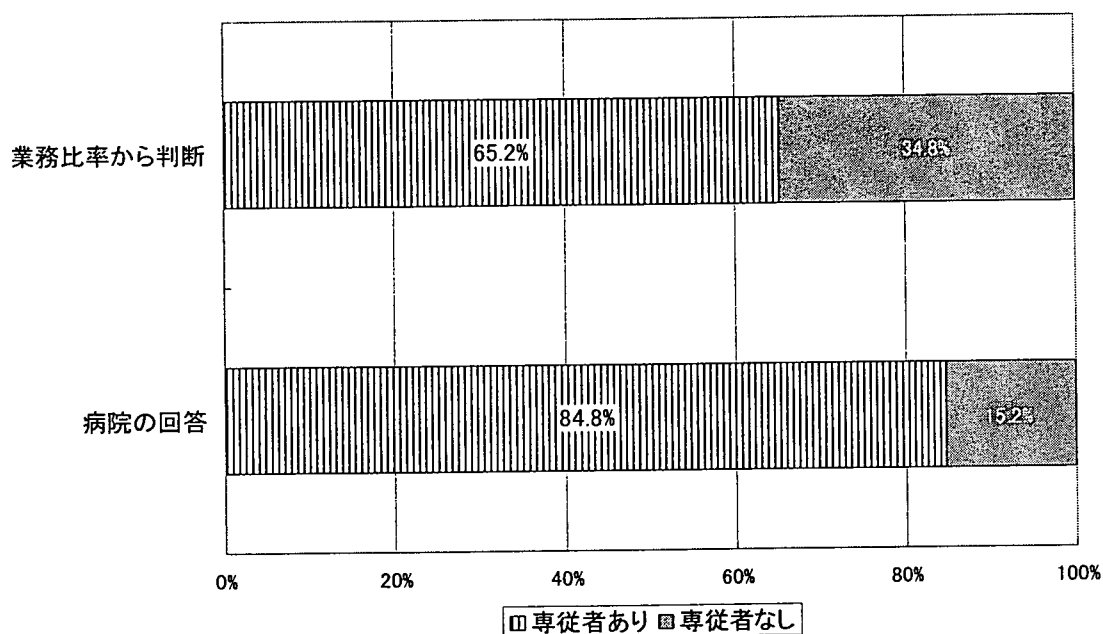
これを、業務比率に従う数値からみると、医療安全管理業務に 100%従事する医療安全管理者の配置数は減少し、医療安全管理業務に 100%従事する医療安全管理者がひとりもない病院は 32 病院(35%)であった。



表 20 医療安全管理者の配置状況

	病院の回答				業務比率に従う			
	専従		専任		安全管理業務 100%		安全管理業務 50%~100%未満	
	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)
0人	14	15.2	71	77.2	32	34.8	57	62
1人	77	83.7	19	20.7	60	65.2	31	33.7
2人	1	1.1	2	2.2	0	0	3	3.3
3人	0	0	0	0	0	0	1	1.1
	92	100	92	100	92	100	92	100

図10 専従の医療安全管理者の配置状況



	病院の回答		業務比率*に従う	
	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)
専従者あり	78	84.8	60	65.2
専従者なし	14	15.2	32	34.8

\*業務比率において「100%」と回答した者を専従者とみなした。

## 2) 医療安全管理者の状況

各病院に配置されている医療安全管理者につき、役割(組織的な位置づけ)、職種、医療安全管理業務への従事状況等を調査した。

### (1) 役割

92 病院に配置されている医療安全管理者数の総数は 105 名であった。これらの医療安全管理者の医療安全管理業務への従事の程度を「100%」、「50～100%」、「50%未満」に区分した。

医療安全管理業務への従事の程度の内訳は、「100%」、「50～100%」、「50%未満」の順に、60 名(57.7%)、39 名(37.5%)、5 名(4.8%)であった。なお 1 名は業務への従事の程度は不明であった。

### 2) 職種

職種別には、「看護師」が 91 名(88%)を占めた。続いて、「医師」が 4 名(3.9%)、「薬剤師」は 5 名(4.9%)、「その他」が 3 名(5%)であった。職種別の医療安全管理業務への従事の程度は、表 21 に示した。

表 21 職種別の医療安全管理業務への従事の程度

	100%		50～100%未満		50 未満	
	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
医師	0	0.0	3	7.7	1	20.0
歯科医師	0	0.0	0	0.0	0	0.0
看護師	56	94.9	33	84.6	2	40.0
薬剤師	3	5.1	2	5.1	0	0.0
その他	0	0.0	1	2.6	2	40.0
合計	59	100.0	39	100.0	5	100.0
不明	1		0			

### (3) 研修の受講状況

40 時間または 5 日間の研修の受講状況については、95%の医療安全管理者が受講していた。

表 22 研修の受講状況

	人数	割合(%)
受講した	94	94.9
受講していない	5	5.1
合計	99	100.0
不明	6	

表 23 医療安全管理業務への従事の程度別の研修の受講状況

	100%		50～100%未満		50%未満	
	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
受講した	56	98.2	36	97.3	2	40.0
受講していない	1	1.8	1	2.7	3	60.0
合計	57	100.0	21	100.0	5	100.0
不明	3		0		0	

### 3. 複数配置の必要性

調査時点で、専従の医療安全管理者が1名のみ配置されている病院を対象として、現状の評価と複数配置の必要性、見込まれる効果を調査した。以後の分析では、医療安全管理専従者が1名配置されている60病院のみの回答を使用した。

#### 1) 1名配置の評価

自院において医療安全管理業務を行う際に、現状の体制(専従の医療安全管理者が1名)で十分であるか否かについては、81.5%が不十分であると回答した。

表 24 専従の医療安全管理者は1名で十分であるか

	病院数	割合(%)
1名で十分である	10	18.5
1名では十分でない	44	81.5
合計	54	100

「1名では十分でない」と判断した理由は表 25 に示した。オーバーワークの理由が最も多かった。

表 25 「1名では十分でない」と判断した理由

理由	病院数	不十分と回答した48人に対する割合(%)
オーバーワーク	23	47.9
(再掲)事務作業が多い	9	18.8
(再掲)事故発生時に対応	2	4.2
多職種の専門知識が必要	9	18.8
(再掲)医師が必要	3	6.3
(再掲)感染管理の視点	1	2.1
(再掲)機器管理の視点	1	2.1
不在時に対応できない	4	8.3
相談相手、励ましあう	4	8.3
1人だとストレス大	3	6.3
複数の視点が必要	2	4.2

病院の基本属性別の結果を表 26 に示した。病床規模については、200床未満の病院群では、「十分ではない」と評価する回答が全体の約64%であるのに対し、200～500床未満、500床以上と規模が大きくなるに従い、約83%、約91%と増加している。また、病院の機能区分別にみると、特定機能病院、地域医療支援病院、臨床研修指定病院といった特定の機能を有する病院群で、これらに該当しない病院群よりも、「十分ではない」と評価する回答が多い。

表 26 専従 1 名体制の評価: 病院属性別

①規模

	200 床未満		200～500 床未満		500 床以上	
	病院数	割合 (%)	病院数	割合 (%)	病院数	割合 (%)
1 名で十分である	4	36.4	5	16.7	1	9.1
1 名では十分でない	7	63.6	25	83.3	10	90.9
合計	11		30	100	11	100

②在院日数

	～19 日		20～59 日		60 日以上	
	病院数	割合 (%)	病院数	割合 (%)	病院数	割合 (%)
1 名で十分である	8	18.6	2	25.0	0	0
1 名では十分でない	35	81.4	6	75.0	3	100
合計	43	100	8	100	3	100

③機能

	特定機能病院		地域医療支援病院または臨床研修指定病院		いずれも該当せず	
	病院数	割合 (%)	病院数	割合 (%)	病院数	割合 (%)
1 名で十分である	0	0	6	15.4	4	33.3
1 名では十分でない	3	100	33	84.6	8	66.7
合計	3	100	39	100	12	100

## 2) 専従の医療安全管理者の必要数

自院において適切に医療安全管理活動を行うためには、専従の医療安全管理者は何名必要であるか、について調査した。結果を以下に示す。ここで、回答には、「2～3名」といった幅をもった数値も数件みられたが、これらについては、便宜上、上位値を当てはめて集計に供した。有効回答 57 のうち、必要人数について、「2名(現状+1名)」とする回答が 33 と 63.5% で最も多かった。「3名(21.2%)」がこれに続いた。一方で、「1名(現状のまま)」という回答も 8 名(15.4%)みられた。

表 27 必要と考える専従の医療安全管理者数

	病院数	割合(%)
1名	8	15.4
2名	33	63.5
3名	11	21.2
合計	52	100
不明	2	

## 3) 複数配置をしていない理由

「1名では不十分」としながらも、複数配置せず、専従の医療安全管理者 1 名体制である理由については 83.3% が「人手不足」をあげ、半数近くが「財源の不足」と回答した。両者は相互に関係することを考慮すれば、十分な数のマンパワーを確保できるだけの財源が用意されることがまずは求められていると考えられる。

表 28 複数配置をしない理由

	病院数	割合(%)
財源の不足	29	53.7
人手不足	45	83.3
適当な人材がない	12	22.2
複数配置の必要はない	10	18.5
その他	13	24.1

## 4. 複数配置の効果

次に、専従の医療安全管理者が複数配置された場合、医療安全管理業務がどのように変化すると考えられるか、22 の業務項目につき、それぞれ評価を行った。

### 1) 現在の状況

「1 現状で十分よい」と回答する割合は、いずれの項目でも数%であり、専従の医療安全管

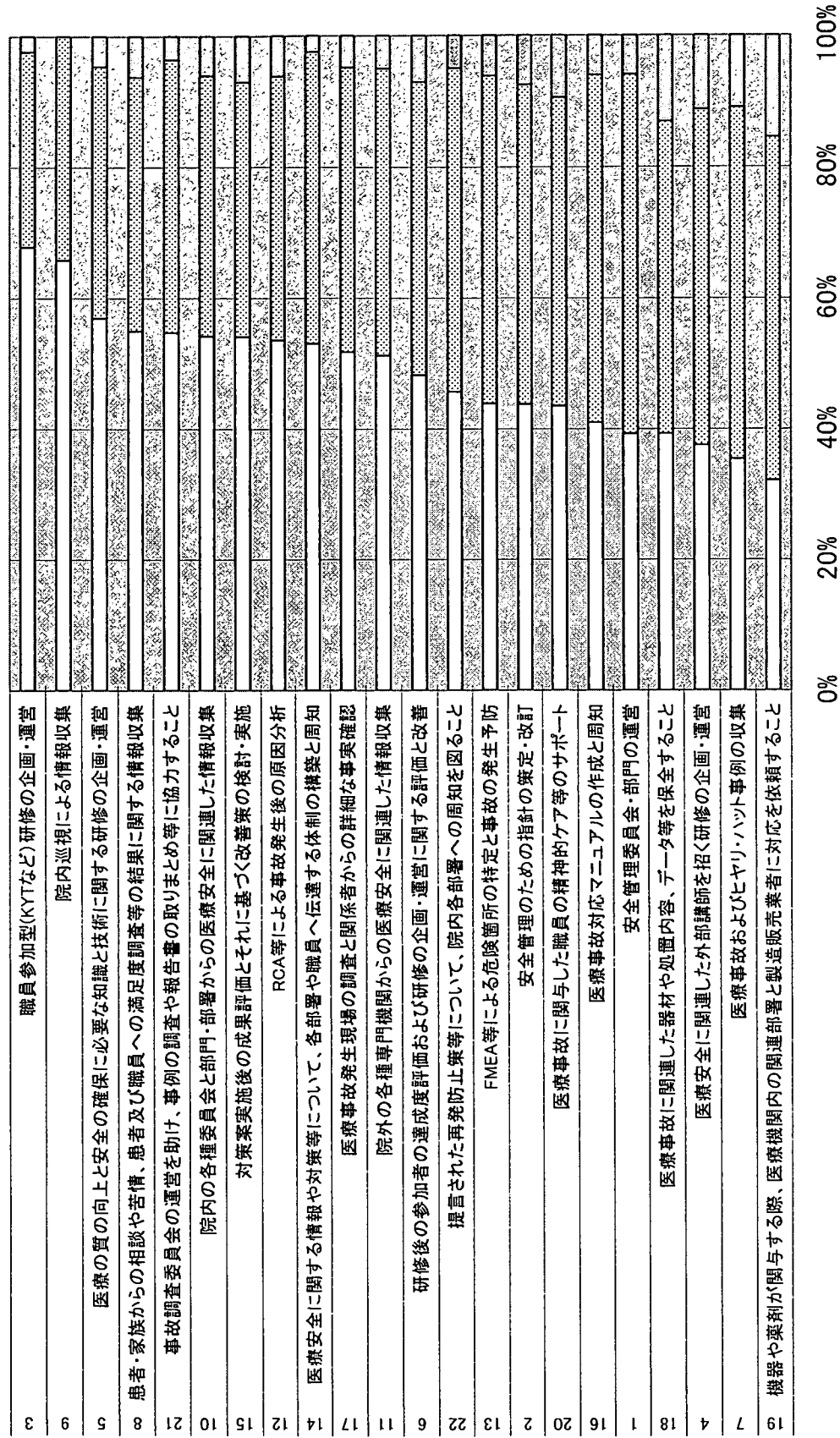
理者が 1 名のみ配置された体制下においては、医療安全管理業務の全般にわたって、十分に対応できていない可能性があることが示唆された(表 29)。

## 2)期待される効果

これに対し、医療安全管理者が複数名配置された場合に、期待される効果について、「変わらない」とする回答は、いずれの項目でも概ね 10%以下であり、専従の医療安全管理者を 1 名から 2 名以上に増員することにより、医療安全管理活動全般にわたり、改善効果が期待できると考えられた(表 29)。

「とてもよくなる」と回答した割合の高低により、業務内容を検討すると、情報収集、企画・運営等の業務等の行動・作業に係る業務においては、他の項目よりも高い効果が見込まれている一方、他の職員、外部講師、業者等の他者への働きかけが必要であり、また、他者の反応によって成果が影響を受けるような業務においては、専従の医療安全管理者を複数名配置することだけでは、改善効果があがりにくい可能性も示唆された(図 11)。

図 11 複数配置により期待される効果



□2ともよくなる □3ある程度よくなる □4変わらない



表 29 複数配置により期待される効果

業務項目		複数配置による業務の変化									
		病院数					割合				
		1 現状で十分よい	2 ともよくなる	3 ある程度よくなる	4 変わらない	1 現状で十分よい	2 ともよくなる	3 ある程度よくなる	4 変わらない		
1	安全管理委員会・部門の運営	87	3	33	46	5	3.4%	39.3%	54.8%	6.0%	
2	安全管理のための指針の策定・改訂	86	6	35	39	6	7.0%	43.8%	48.8%	7.5%	
3	職員参加型(KYT など)研修の企画・運営	87	3	57	25	2	3.4%	67.9%	29.8%	2.4%	
4	医療安全に関連した外部講師を招く研修の企画・運営	87	7	30	41	9	8.0%	37.5%	51.3%	11.3%	
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	87	1	49	33	4	1.1%	57.0%	38.4%	4.7%	
6	研修後の参加者の達成度評価および研修の企画・運営に関する評価と改善	87	2	41	38	6	2.3%	48.2%	44.7%	7.1%	
7	医療事故およびヒヤリ・ハット事例の収集	87	5	29	44	9	5.7%	35.4%	53.7%	11.0%	

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	85	5	44	31	5	5.9%	55.0%	38.8%	6.3%
9	院内巡視による情報収集	87	5	54	28	0	5.7%	65.9%	34.1%	0.0%
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	87	4	45	33	5	4.6%	54.2%	39.8%	6.0%
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	87	7	41	35	4	8.0%	51.3%	43.8%	5.0%
12	RCA等による事故発生後の原因分析	84	2	44	33	5	2.4%	53.7%	40.2%	6.1%
13	FMEA等による危険箇所の特定と事故の発生予防	83	1	36	41	5	1.2%	43.9%	50.0%	6.1%
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の構築と周知	86	5	43	36	2	5.8%	53.1%	44.4%	2.5%
15	対策案実施後の成果評価とそれに基づく改善策の検討・実施	87	2	46	33	6	2.3%	54.1%	38.8%	7.1%
16	医療事故対応マニュアルの作成と周知	87	4	34	44	5	4.6%	41.0%	53.0%	6.0%
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	87	4	43	36	4	4.6%	51.8%	43.4%	4.8%
18	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	86	2	33	40	11	2.3%	39.3%	47.6%	13.1%
19	機器や薬剤が関与する際、医療機関内の関連部署と製造販売業者に対応を依頼すること	87	3	27	44	13	3.4%	32.1%	52.4%	15.5%

20	医療事故に関与した職員の精神的ケア等のサポート	87	2	37	40	8	2.3%	43.5%	47.1%	9.4%
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	86	2	46	35	3	2.3%	54.8%	41.7%	3.6%
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	86	5	37	40	4	5.8%	45.7%	49.4%	4.9%

期待される改善効果について、病院の規模との関係を検討した(表 30)。研修の企画・運営、データや情報の収集、院内への情報の周知等のように、規模が大きくなるとそれに比して、働きかけの対象となる人の数や情報の量が増えると思われる業務項目については、複数配置による効果が期待できる可能性があることが示された。

表 30 病床規模別にみた改善効果  
(「とてもよくなる」「ある程度よくなる」と回答した割合)

業務項目	病床数		
	200床未満	200～500床未満	500床以上
安全管理委員会・部門の運営	87.5	96.1	93.3
安全管理のための指針の策定・改訂	80	95.8	93.3
職員参加型(KYT など)研修の企画・運営	93.8	98	100
医療安全に関連した外部講師を招く研修の企画・運営	81.3	89.4	93.3
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	94.1	94.2	100
研修後の参加者の達成度評価および研修の企画・運営に関する評価と改善	94.1	92.2	93.3
医療事故およびヒヤリ・ハット事例の収集	73.3	92	93.3
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	92.3	94.1	92.9
院内巡視による情報収集	100	100	100
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	87.5	94	100
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	87.5	97.9	92.9
RCA 等による事故発生後の原因分析	87.5	95.9	93.3
FMEA 等による危険箇所の特定と事故の発生予防	87.5	95.9	93.3
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の構築と周知	93.3	98	100
対策案実施後の成果評価とそれに基づく改善策の検討・実施	94.1	94.1	93.3
医療事故対応マニュアルの作成と周知	87.5	96	93.3
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	82.4	98	100
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	70.6	92	100
機器や薬剤が関与する際、医療機関内の関連部署と製造販売業者に対応を依頼すること	70.6	88.2	100
医療事故に関与した職員の精神的ケア等のサポート	94.1	88.2	93.3
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	94.1	98	93.3
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	100	96	86.7