

図表Ⅱ-3-7 主たる診療科

診療科	事例数	%
内科	27	7.2
麻酔科	3	0.8
循環器内科	8	2.1
神経科	4	1.1
呼吸器科	8	2.1
消化器科	21	5.6
血液内科	4	1.1
循環器科	17	4.6
アレルギー科	3	0.8
小児科	12	3.2
外科	53	14.2
整形外科	17	4.6
脳神経外科	19	5.1
呼吸器外科	5	1.3
心臓血管外科	23	6.2
泌尿器科	11	2.9
産婦人科	21	5.6
耳鼻咽喉科	9	2.4
精神科	9	2.4
リハビリテーション科	3	0.8
その他	23	6.2
不明	73	19.6
合計	373	100.0

図表Ⅱ-3-8 警察への届出

届出の有無		死亡	その他	合計
届出あり	事例数	113	38	151
	%	58.9	21.0	40.5
届出なし	事例数	73	131	204
	%	38.0	72.4	54.7
不明	事例数	6	12	18
	%	3.1	6.6	4.8
合計	事例数	192	181	373
	%	100.0	100.0	100.0

図表Ⅱ-3-9 保健所への報告

報告の有無	事例数	%
報告あり	184	49.3
報告なし	172	46.1
不明	17	4.6
合計	373	100.0

図表Ⅱ-3-10 事故の内容^(※)

事故の内容	事例数	%	改善要望 事項を付 した 事例数
転倒・転落による頭蓋内出血・脳挫傷	17	4.6	2
精神病患者の自殺（未遂を含む）	11	3.0	1
不穏患者に鎮静剤投与後の呼吸抑制	10	2.7	2
心電図等モニターアラーム対応遅れ	8	2.2	1
気管切開チューブ 事故抜去または定時の再挿入に伴う事故	8	2.2	1
食事中的食物誤嚥	8	2.2	—
中心静脈カテーテル挿入時の合併症	8	2.2	—
手術時のガーゼ遺残	8	2.2	—
転倒・転落による大腿骨骨折（病的骨折は除く）	8	2.2	—
分娩時の医療事故	7	1.9	2
胸腔ドレーン挿入に関する事故	6	1.6	—
手術時のガーゼ以外の異物遺残	6	1.6	—
抗がん剤投与時の事故（皮下漏出による障害を除く）	5	1.3	2
手術・処置部位間違い（左右）	5	1.3	2
経鼻栄養チューブ挿入時の誤挿入（経管栄養注入中の事故抜去事例は除く）	5	1.3	—
上部消化管内視鏡による腸管穿孔（大腸内視鏡検査による大腸穿孔事例を除く）	5	1.3	—
院内感染（緑膿菌による院内感染事例を除く）	5	1.3	—
術後の呼吸不全	4	1.1	2
術後・処置後の肺血栓塞栓症（疑いを含む）	4	1.1	1
脊椎手術にともなう合併症（麻酔を除く）	4	1.1	—
肝臓等の手術中の門脈、下大静脈損傷	4	1.1	—
胸腔鏡又は縦隔鏡手術時の血管損傷（術中の出血）	4	1.1	—
入浴中の事故	4	1.1	—
他科との連携不足により抗凝固剤の投与量調整や中止が適切に行われなかった事例	3	0.8	3
手術・処置後の血腫による気道閉塞	3	0.8	1
気管カニューレ装着患者の窒息	3	0.8	1

輸液ポンプ使用時の薬剤過量投与事故	3	0.8	—
心臓穿刺に伴う事故	3	0.8	—
不明の急変	3	0.8	—
人工呼吸器作動間違い、酸素供給忘れ	3	0.8	—
人工呼吸器装着患者の気管切開部又は挿管チューブと人工呼吸器回路の接続はずれ（処置に伴う接続外れ、処置後の接続忘れ、誤接続を除く）	3	0.8	1
気管切開後 72 時間以内の気管切開カニューレはずれ、清拭時のカニューレはずれ	3	0.8	—
薬剤副作用検査漏れ（抗がん剤を除く）	2	0.5	1
経尿道的前立腺切除術に伴う合併症	2	0.5	1
転倒・転落による骨折（頭蓋骨・大腿骨以外）	2	0.5	—
骨盤内手術（リンパ節郭清）での腸骨動脈静脈損傷	2	0.5	—
術後の腹腔内出血（婦人科）	2	0.5	—
経皮的冠動脈形成術施行時の心タンポナーデ	2	0.5	—
血管拡張術に伴う事故（心・脳以外）	2	0.5	—
ラジオ波焼灼療法に伴う医療事故	2	0.5	—
気管切開時の事故	2	0.5	—
経口気管挿管チューブの事故抜去	2	0.5	—
人工呼吸器を一時的に外した後、回路を再装着しなかった事例、及びスタンバイモード解除をしなかった事例（最初からスイッチを入れ忘れた事例は除く）	2	0.5	—
ポータブル人工呼吸器関連の事例（患者搬送に伴う事故含む）	2	0.5	—
点滴漏れによる医療事故	2	0.5	—
骨髄穿刺に伴う事故	2	0.5	—
大腸内視鏡検査に伴う事故	2	0.5	—
病理検体の取り違えによる過大な手術	2	0.5	—
ベッド関連の事故（転倒・転落、抑制事例は除く）	2	0.5	—
緑膿菌（MDRP）による院内感染事例	2	0.5	—
精神科病院における患者間の暴力	2	0.5	—
合 計	219	100.0	24

（※）集計対象は、類似する事例が 2 事例以上あるもの

（※）「—」は、改善要望事項に該当する事例がなかったことを表している

Ⅲ 改善要望事項を付した事例の分析

1 改善要望事項を付した事例

担当理事会における認定の判定において、何らかの改善要望事項を付した 41 事例（図表Ⅱ・2・3）について、認定病院に医療安全上の対応を求めた。このうち 38 事例（92.7%）は認定中の病院から、1 事例（2.4%）は条件付認定の病院から、2 事例（4.9%）は留保中の病院から提出された。

改善要望事項を付した事例の概要は、「治療・処置」（手術時の合併症、術中・術後の急変など）が 20 事例（48.8%）、「薬剤」（量・種類の誤りなど）および「療養上の場面」（転倒・転落など）が 7 事例（17.1%）であった。その他は、「ドレーン・チューブ類の使用・管理」が 3 事例（7.3%）、「検査」が 2 事例（4.9%）、「指示出し・伝達過程」が 1 事例（2.4%）などであった（図表Ⅱ・2・4）。

2 改善要望事項の内容

上記の 41 事例には、82 項目の改善要望事項が付された（図表Ⅲ・2・1）。改善要望事項の内容は、「事故防止手順の整備と実践を求める」ものが 60 項目（73.2%）、「医療安全に関する教育訓練の実施を求める」ものが 9 項目（11.0%）、「事故発生時対応や事例分析能力の向上を求める」ものが 7 項目（8.5%）、「説明と同意の改善を求める」ものが 2 項目（2.4%）、「その他」（医療記録の改善を求めるものなど）4 項目（4.9%）であった。

認定期間中の病院に改善要望事項を付した場合（38 事例）は、認定状況を「条件付認定」に変更して、条件付認定の期間内（33 事例（86.8%）は 3 ヶ月、5 事例（13.2%）は 6 ヶ月）に改善要望事項へ対応することを求めた。

条件付認定の病院から提出された 1 事例は、他の改善要望事項と同じ期限内で、留保中の病院から提出された 2 事例は、運用要項第 5 に基づく期限内（おおむね留保判定から 2 年まで）での対応を求めた。

41 事例のうち、39 事例（95.1%）に運用要項第 6 に基づく確認審査、または運用要項第 5 に基づく再審査を行い、改善状況を確認したうえで条件付認定を解除し、または新たに認定した。

図表Ⅲ-2-1 改善要望事項の内容

改善要望事項の内容	対応する評価項目 ^(※) の例		改善要望 事項数	%
事故防止手順の整備と実践を求める	2.4.1	患者の安全を確保するための重要な手順が各領域で具体的に確立している	60	73.2
医療安全に関する教育訓練の実施を求める	2.3.3	患者の安全確保のため病院全体で系統的に教育・訓練に取り組んでいる	9	11.0
事故発生時対応や事例分析能力の向上を求める	2.5.1	患者の安全確保の要因を究明し改善対策につなげる体制が確立している	7	8.5
説明と同意の改善を求める	2.2.1	説明と同意を行う体制が確立している	2	2.4
その他			4	4.9
合計			82	100

(※) 病院機能評価 評価項目 Ver4.0

医療安全管理業務のための人的資源の投入と

コストに関する研究

(調査期間：平成 20 年 6 月 6 日から平成 20 年 6 月 23 日)

（財）日本医療機能評価機構の認定病院における 医療安全管理業務のための人的資源の投入とコストに関する研究

分担研究者 寺崎 仁 財団法人日本医療機能評価機構 評価部会員

研究要旨：病院における医療安全管理業務に関わる人的資源について、日本医療機能評価機構の認定病院患者安全推進協議会の会員病院を対象に調査した。調査対象病院は 1,463 施設で、調査票の回収率は 29.8% (436 件) であった。調査に回答した病院の平均病床数は 334.8 床（一般病床 299.8 床）で、医療安全管理業務に携わっているのは、1 病院当たり実数で約 30 名、常勤換算では 5.42 名で対 100 床では 1.61 名の職員が充てられていて、その 44% は看護師である。また小規模病院は、中規模や大規模の病院より対病床数では多くの職員を投入しており、さらに中規模病院から大規模病院になると病床数当たりの職員数は変化しないが、従事する職員の構成として医師の割合が高くなる傾向がある。そして、医療安全管理業務に関わる人件費の総額は、全病院の平均で 1 床当たり年間 11 万円程度、月額で 9 千円前後であり、1 日当たりでは約 300 円になると推計され、日本全体の一般病床と療養病床の合計を 120 万床とすれば、年間で 1,300 億円前後になるものと思われた。

A. 研究目的

横浜市大附属病院で発生した「患者取り違え事件」からちょうど 10 年が経過した。この間、医療法の改正や診療報酬制度における対応などにより、病院での医療安全管理体制の基盤整備は一定程度進んだものと思われる。しかし、医療の安全確保に関わる経費については、それをまかなうだけの財源が病院に十分投入されていないため、昨今の病院経営の厳しさを、さらに悪化させていることは疑う余地のないことであろう。

では、いったいどの程度の人的資源が、個々の病院の医療安全管理業務に投入されているのか、その詳しい調査などは必ずしも十分ではない。そこで今回、日本医療機能評価機構の認定病院患者安全推進協議会の会員病院を対象に調査を実施し、医療安全管理業務への人的資源の投入の状況から、それに要する人件費も推計したので報告する。

B. 研究方法

財団法人日本医療機能評価機構（以下「評価機

構）」の認定病院のうち、患者安全推進協議会（以下「協議会」）の会員病院を対象に、郵送法によるアンケート調査を行った。調査対象になった病院は、平成 20 年 5 月現在の「協議会」の会員病院とし 1,463 施設であった。調査用のアンケート用紙は、評価機構から協議会の会員向けに発送される資料に同封する方法で郵送し、調査票への回答は医療安全管理業務を主に担当している職員が行うよう依頼文を添えた。また、調査票の回収は FAX での送受信によって行うこととした。

調査票の発送は平成 20 年 6 月 6 日に行い、回答期限は同年 6 月 23 日とした。調査した項目は、病院の所在地や病床数など回答病院の属性、および医療安全管理業務に従事している割合を、80% 以上、50～80%、20～50%、20% 以下、の 4 段階で区分して、各区分ごとの職種別職員数を記入するようにした。その集計結果を用いて、医療安全管理業務に要する職員数を職種別に常勤換算し、さらに人事院の資料を用いて民間病院の給与ベースで人件費の算出を試みた。

なお、ここでいう「医療安全管理業務」とは、個々の患者へ安全な医療を提供するための行為そのもの、例えばダブルチェックや指差し確認などのような業務ではなく、「現場の職員に対して医療安全に関する指導・支援、職場巡視、あるいは会議などへの参加を通じて、医療安全を組織的に推進するための活動である」と明示した。また、診療報酬での規定もあるため、感染管理などの業務は含まないことにした。さらに、「医療安全管理業務に関わる職員」についても、どのような役割・立場の職員を指すのかも具体的に例示して調査を行った（スライド1）。

調査における「医療安全管理業務」と「医療安全管理業務に関わる職員」の定義

- 1 「医療安全管理業務」とは
医療安全管理業務とは、個々の患者へ安全な医療を提供するための行為そのもの（例：日常業務における指差し確認、ダブルチェックなど）ではなく、医療安全に関わる職員の間で、支援、指導など、あるいは会議への出席などを通じて、医療安全を組織的に推進するための活動を指します。
なお、今回の調査では、次の業務は含めなくてください。
・感染管理に関する業務、看護管理に関する業務
- 2 「医療安全管理業務に関わる職員」とは
次の方が該当します。
① 医療安全管理者などを兼務している副院長などの役職者
② 医療安全管理室（部門）に所属している職員
③ 医療安全管理室などに所属していないが、医療安全管理委員会のメンバーの職員
④ 上記以外で、病棟など各部署で実質的に医療安全の推進活動を行っている職員
例）外部委託のリスクマネジメント（安全・フィジカル）など
⑤ 医療安全管理責任者（若しくは医療現場安全管理責任者）
⑥ 医療安全管理委員会、医療安全管理推進委員会のメンバーになっている職員のみ
次の方は該当しません。
・院内感染管理責任者（診療報酬上の規定では医療安全管理者が兼任することはできないことになってます）

スライド1

C. 研究結果

1. 回収率および回答病院の属性

アンケート回収数は436件で、配布数1,463に対する調査票の回収率は29.8%である。回答病院全体の平均病床数は336.2床で、ほぼ同じ時期の全国レベルでの1病院当りの平均病床数は183.1床であったので、今回の調査回答病院の病床規模は全国平均の約1.84倍ということになる。また、療養病床と精神科病床を除いた一般病床数だけを見た場合には、今回の調査に回答した病院の病床規模は301.2床である（スライド2）。

調査回答病院の病床規模別でみた構成であるが、99床以下が9.2%、100～199床22.9%、200～499

床47.6%、500床以上20.3%であり、200～499床規模の病院がほぼ半数を占めている。また、開設主体別の構成は、国公立11.9%、公的21.4%、医療法人49.5%、その他16.5%で、医療法人立の病院が回答病院の約半数を占めたが、全国の状況と比べて医療法人の構成割合が15ポイント程度低くなっている。したがって、今回の調査は、わが国の病院の平均的な状況に比べて、病床規模が大きく、また国公立や公的病院の状況がより強く反映された結果であることに留意する必要がある。なお、回答病院の所在地を地方ブロック別でみると、「関東」と「中部」がそれぞれ約20%を占めており、「九州・沖縄」と「近畿」が各15、6%前後であった。

アンケートへの回答は、医療安全管理部門に所属していて病院の安全管理業務を主に担当している人が行うように依頼したが、回答者の職種構成は、看護師が76.6%を占め、続いて事務系職員8.9%、医師6.5%、薬剤師4.8%であり、3/4以上が看護職による回答であった。

アンケートの実施概要

- アンケートの実施時期
平成20年6月6日配布 6月23日回答締切(FAX)
- 回収数(回収率)
配布数 1463病院
回収数 436件(回収率 29.8%)
- 回答病院の平均病床数
稼働病床数 平均 336.2床(一般病床 301.2床)

※全国1病院当たりの平均病床数
183.1床(平成20年3月末現在)

スライド2

2. 医療安全管理業務に関わる人的資源

医療安全管理業務に従事する人数を、その業務に従事する時間の割合別に「80%以上」「50～80%」「20～50%」「20%以下」に4区分して、それぞれの合計職員数を職種別に記入するよう求めた。回収された調査票436件のうち、人数記載欄

に記入のなかった3件を除き有効回答数は433件で、1病院当たりの平均病床数は334.8床（うち一般病床299.8床）であった。

全体平均では、医療安全管理業務に「80%以上」従事する者は、実数では1.22名、同じく「50～80%」0.73名、「20～50%」4.02名、「20%以下」24.36名で、合計30.33名であった（スライド3）。それを、「80%以上」従事する者は、80～100%の中間の90%従事するものとみなして、常勤換算においては0.90を乗じることとし、以下同様に「50～80%」は0.65、「20～50%」は0.35、「20%以下」は0.10をそれぞれ乗じることとした。

その結果、1病院当たり常勤換算では合計で5.42名の職員が医療安全管理業務に従事しており、職種の内訳は、医師1.16名、薬剤師0.34名、看護師2.40名、他の医療職0.78名、事務系等0.74名であった。

つまり、今回調査した病院の平均的な数値としては、一般病床数が300床前後、療養病床などそれ以外の病床を約35床、合計で約335床を有する病院において、医療安全管理部門に専従者が1名前後配置され、それを含めて常勤換算では約5.4名の人的資源を医療安全管理業務に充てていることになる。また、その職種構成は前述したような内訳であり、4割以上を看護職員が占めていて、次いで医師が約2割程度の割合になっている。

医療安全管理業務に関わる職員の状況(1) (全体平均)

N=433病院		平均病床数 334.8床 (人)				
医療安全管理業務の割合	医師	薬剤師	看護師	他の医療職	事務系等	合計
80%以上 (常勤換算率0.90)	0.08 (0.07)	0.06 (0.05)	0.74 (0.67)	0.09 (0.08)	0.25 (0.22)	1.22 (1.10)
50-80% (常勤換算率0.65)	0.18 (0.12)	0.07 (0.04)	0.27 (0.18)	0.08 (0.05)	0.13 (0.08)	0.73 (0.47)
20-50% (常勤換算率0.35)	0.89 (0.31)	0.30 (0.11)	1.80 (0.63)	0.60 (0.21)	0.44 (0.15)	4.02 (1.41)
20%以下 (常勤換算率0.10)	6.59 (0.66)	1.33 (0.13)	9.29 (0.93)	4.36 (0.44)	2.79 (0.28)	24.36 (2.44)
合計	7.74 (1.16)	1.76 (0.34)	12.10 (2.49)	5.13 (0.78)	3.69 (0.74)	30.33 (5.42)

スライド3

3. 病床規模別の安全管理に関わる人的資源

医療安全管理業務に関わる人的資源の状況を病院規模別に見てみると、99床以下の区分では病院数が40施設であったが、平均病床数が74.7床で、おおむね全て兼務者であるが実数で合計14名前後、常勤換算では2.47名の職員が医療安全管理業務に従事しており、その職種構成は医師0.29名、薬剤師0.22名、看護師1.08名、他の医療職0.55名、事務系等0.33名である（スライド4）。

医療安全管理業務に関わる職員の状況(2) (99床以下)

N=40病院		平均病床数 74.7床 (人)				
医療安全管理業務の割合	医師	薬剤師	看護師	他の医療職	事務系等	合計
80%以上 (常勤換算率0.90)	0.03 (0.02)	0.05 (0.05)	0.18 (0.16)	0.03 (0.02)	0.03 (0.02)	0.30 (0.27)
50-80% (常勤換算率0.65)	0.05 (0.03)	0.03 (0.02)	0.25 (0.16)	0.18 (0.11)	0.08 (0.05)	0.58 (0.37)
20-50% (常勤換算率0.35)	0.23 (0.08)	0.23 (0.08)	1.00 (0.35)	0.33 (0.11)	0.25 (0.09)	2.03 (0.71)
20%以下 (常勤換算率0.10)	1.58 (0.16)	0.78 (0.08)	4.08 (0.41)	2.98 (0.30)	1.73 (0.17)	11.13 (1.11)
合計	1.88 (0.29)	1.08 (0.22)	5.50 (1.09)	3.50 (0.55)	2.08 (0.33)	14.03 (2.47)

スライド4

同様に、100～199床の区分に入る病院数は99施設であるが、平均病床数が151.0床で、やはり安全管理部門には専従者が確保されていないところも少なくなく、実数の合計では16名前後の職員が医療安全管理業務に従事している。しかし、99床以下の病院と比べて人的資源投入の増加率は18%程度で、常勤換算でも合計2.89名で0.42名と17%しか増えていない（スライド5）。

一方、200～499床の規模の病院数は206施設で、平均病床数は329.0床になり、安全管理部門に1名程度の専従者が確保されるようになる。実数では病院全体で28名前後で、常勤換算にするところの専従者を含めて全職種合わせて5.05名の人的資源が安全管理業務に投じられている。そして、全体の約5割が看護職で占められているが、医師も、それ以下の規模では実数でも2～3名であったのが6名近くになり、常勤換算でも0.90

名と、ほぼ1名分の要員が当該業務に割かれていることになる(スライド6)。

医療安全管理業務に関わる職員の状況(3) (100 - 199床)

N=99病院		平均病床数 151.0床 (人)				
医療安全管理業務の割合	医師	薬剤師	看護職	他の医療職	事務系等	合計
80%以上 (常勤換算率0.90)	0.15 (0.14)	0.64 (0.04)	0.16 (0.42)	0.08 (0.07)	0.05 (0.05)	0.79 (0.71)
50-80% (常勤換算率0.65)	0.65 (0.03)	0.63 (0.02)	0.12 (0.09)	0.63 (0.02)	0.04 (0.02)	0.27 (0.19)
20-50% (常勤換算率0.35)	0.27 (0.10)	0.16 (0.06)	0.74 (0.20)	0.29 (0.14)	0.23 (0.08)	1.81 (0.62)
20%以下 (常勤換算率0.10)	2.07 (0.21)	0.94 (0.09)	1.85 (0.48)	3.71 (0.37)	2.11 (0.21)	13.68 (1.37)
合計	2.85 (0.47)	1.17 (0.21)	6.17 (1.24)	4.22 (0.60)	2.43 (0.36)	16.55 (2.89)

スライド5

医療安全管理業務に関わる職員の状況(4) (200 - 499床)

N=206病院		平均病床数 329.0床 (人)				
医療安全管理業務の割合	医師	薬剤師	看護職	他の医療職	事務系等	合計
80%以上 (常勤換算率0.90)	0.04 (0.04)	0.05 (0.05)	0.77 (0.69)	0.08 (0.07)	0.20 (0.18)	1.16 (1.04)
50-80% (常勤換算率0.65)	0.23 (0.15)	0.10 (0.06)	0.24 (0.15)	0.05 (0.02)	0.13 (0.09)	0.75 (0.49)
20-50% (常勤換算率0.35)	0.62 (0.22)	0.28 (0.10)	1.76 (0.62)	0.64 (0.22)	0.45 (0.16)	3.75 (1.31)
20%以下 (常勤換算率0.10)	4.95 (0.49)	1.28 (0.13)	8.77 (0.88)	4.37 (0.44)	2.74 (0.27)	23.11 (2.21)
合計	5.84 (0.90)	1.71 (0.34)	11.54 (2.34)	5.15 (0.77)	3.53 (0.70)	27.77 (5.05)

スライド6

500床以上の規模の院数は85施設で、平均病床数が681.0床になり、安全管理部門に看護職1名の専従者の他に、それ以外の職種がさらに1名程度専従職員として確保されている。そして実数では、病院全体で約60名の職員が医療安全管理業務に携わっており、常勤換算にするとこの専従者を含めて合計10.49名もの職員数が医療安全管理業務に投じられていることになる。また職種構成についても、常勤換算で4.46名(42.5%)を看護職が占めているが、医師も2.96名(28.2%)とその比率を高めており、実数で見ると看護職にほぼ匹敵する20名前後の医師が医療安全管理業務に

関わっている。このことは、大規模病院と中小規模の病院とでは、医療安全管理業務への人的資源の投入の仕方に関して、質的に大きな差異のあることを示唆しているものと思われた(スライド7)。

医療安全管理業務に関わる職員の状況(5) (500床以上)

N=85病院		平均病床数 681.0床 (人)				
医療安全管理業務の割合	医師	薬剤師	看護職	他の医療職	事務系等	合計
80%以上 (常勤換算率0.90)	0.13 (0.11)	0.09 (0.08)	1.25 (1.13)	0.15 (0.13)	0.68 (0.61)	2.30 (2.07)
50-80% (常勤換算率0.65)	0.26 (0.17)	0.07 (0.04)	0.23 (0.35)	0.16 (0.10)	0.25 (0.10)	1.27 (0.83)
20-50% (常勤換算率0.35)	2.55 (0.89)	0.55 (0.19)	3.48 (1.22)	0.84 (0.29)	0.74 (0.20)	8.15 (2.85)
20%以下 (常勤換算率0.10)	17.86 (1.79)	2.16 (0.22)	17.74 (1.77)	5.59 (0.56)	4.15 (0.41)	47.50 (4.75)
合計	20.80 (2.96)	2.86 (0.53)	23.00 (4.46)	6.74 (1.09)	5.82 (1.45)	59.22 (10.49)

スライド7

4. 100床当りの安全管理業務に関わる人的資源さて、病床規模別の単純な比較から目を転じて、100床当たりで医療安全管理業務に投じられている人的資源の状況を分析してみると、いくつかの特徴を見て取ることができる(スライド8)。例えば、99床以下の病院では、それ以上の規模の病院と比べて100床当たりでは、常勤換算の合計で2倍前後の人的資源を投じており、「規模の経済」とでも言えるような傾向、つまり規模が大きくなると効率が良くなり、その結果、投じられる資源が相対的に少なくて済むような傾向が見られた。

医療安全管理業務に関わる職員の状況(6) (病床規模別・職種別・常勤換算)

病床数	平均病床数	100床当りの常勤換算人数(常勤換算)					合計	
		医師	薬剤師	看護職	他の医療職	事務系等		
全庁	433	336.2	0.95	0.10	0.71	0.23	0.22	1.61
99床以下	40	74.7	0.39	0.29	1.44	0.73	0.44	3.30
100-199床	99	151.0	0.31	0.14	0.82	0.40	0.24	1.91
200-499床	206	329.0	0.27	0.10	0.71	0.23	0.21	1.54
500床以上	85	681.0	0.43	0.08	0.66	0.16	0.21	1.54

100床当りの常勤換算では、
99床以下の病院では他の2倍程度の要員を充てており、
大規模病院ほど全体に占める医師の比率が高まる傾向

スライド8

一方、200床を超えると、病床当たりの人的資源の変化は小さくなって「規模の経済」は働かなくなり、むしろ職種の構成に変化が見られるようになる。例えば、中規模から大規模の病院になると、医師以外の職種は人的支援に占める割合は減じる傾向にあるが、医師だけはその割合を急激に高める傾向が認められた。

5. 安全管理業務に要する人件費

ところで、医療安全管理業務に投じられている人的資源の状況、特に職種別に常勤換算した結果が得られているのであれば、それに職種ごとの標準報酬額を乗じることで、医療安全管理に係る人的コストを算出することができる。そこで、職業別の給与については、人事院が国家公務員の給与水準の勧告のために民間の事業所の給与実態を毎年調査しており、病院に関しても職種別の給与が平均年齢とともに明らかにされている¹⁾。

それによれば、平成20年4月の調査では、手当を除く医師の毎月の給与は、平均年齢40.0歳で840,111円、以下同様に薬剤師34.9歳306,651円、看護師34.9歳288,586円であった。その他の医療職については、検査技師、放射線技師、栄養士、理学療法士、作業療法士のデータをそのまま単純平均して、平均年齢35.1歳296,499円とし、また事務系等の職員は、事務職(係員)短大卒のデータ、平均年齢34.3歳261,343円を用いた。

この月額支給額を年収に換算するには、ボーナスの支給実態である4.5か月分を足して16.5倍すれば良いので、これを先に求めた職種別の常勤換算した人数を掛け合わせた。それによれば、全体の平均では病床数約340床で、1病院当たり年間で35,825,069円と算出された(スライド9)。

これを病床規模別に見てみると、99床以下の病院では1病院当たり平均病床数74.7床で年間14,375,351円、同じく100~199床では平均病床数151.0床で18,015,835円(スライド10)、また同様に200~499床では平均病床数329.0床で32,141,434円、および500床以上では平均病床数681.0床で76,556,165円と計算された(スライド11)。

医療安全管理に要する人的費用(2) (病床規模別)

調査対象病院の医療安全管理に要する年間の人的費用(99床以下の病院) (円)						
医療安全管理業務別の割合	医師	薬剤師	看護師	他の医療職	事務系等	合計
80%以上(標準)0.0%	311,691	227,088	749,963	110,079	97,024	1,496,844
50~80% (標準)30.65%	400,910	82,321	773,771	556,402	210,218	2,073,211
20~50% (標準)40.35%	1,091,019	398,405	1,665,584	586,492	377,314	4,093,464
20%以下(標準)40.1%	3,193,238	392,130	1,940,380	1,465,439	743,848	6,715,035
合計	4,027,258	1,100,494	5,130,698	2,678,498	1,428,403	14,375,351

調査対象病院の医療安全管理に要する年間の人的費用(100~199床の病院) (円)						
医療安全管理業務別の割合	医師	薬剤師	看護師	他の医療職	事務系等	合計
80%以上(標準)0.0%	1,890,250	193,591	1,991,243	355,799	196,007	4,617,290
50~80% (標準)30.65%	405,060	99,662	375,162	96,362	113,249	1,138,494
20~50% (標準)40.35%	1,523,175	285,208	1,228,990	691,531	350,635	3,880,744
20%以下(標準)40.1%	2,870,379	475,309	2,208,689	1,813,596	910,345	8,378,907
合計	6,528,864	1,044,169	6,003,999	2,907,578	1,570,236	18,015,835

スライド10

医療安全管理に要する人的費用(1)

平成20年度人事院勧告の資料に基づき算出した職種別年収(民間病院)

人員数	医師	薬剤師	看護師	他の医療職 ¹⁾	事務系等 ²⁾
平均年齢	40.0	34.9	34.9	35.1	34.3
毎月支給される給与(手当を含む)	840,111	306,651	288,586	296,499	261,343
年収(平均)	13,861,832	5,059,742	4,761,669	4,892,234	4,312,160

¹⁾他の医療職は、検査技師・放射線技師・栄養士・理学療法士・作業療法士(標準)の平均年収を指す。²⁾事務系等(事務職)短大卒

調査対象病院の医療安全管理に要する年間の人的費用(全体の平均) (円)

医療安全管理業務別の割合	医師	薬剤師	看護師	他の医療職	事務系等	合計
80%以上(標準)0.0%	1,030,009	271,555	3,174,810	303,847	961,335	6,891,948
50~80% (標準)30.65%	1,632,580	226,296	837,661	268,271	360,006	3,311,814
20~50% (標準)40.35%	4,306,388	121,852	3,000,616	1,021,063	661,169	9,111,106
20%以下(標準)40.1%	9,137,363	679,406	4,422,018	2,193,059	1,202,667	17,570,523
合計	16,106,431	1,299,106	11,433,104	3,803,203	3,185,183	35,825,069

スライド9

医療安全管理に要する人的費用(3) (病床規模別)

調査対象病院の医療安全管理に要する年間の人的費用(200~499床の病院) (円)						
医療安全管理業務別の割合	医師	薬剤師	看護師	他の医療職	事務系等	合計
80%以上(標準)0.0%	845,093	248,162	3,337,742	363,358	791,200	5,295,572
50~80% (標準)30.65%	2,059,462	319,304	736,210	169,803	367,371	3,692,150
20~50% (標準)40.35%	2,991,060	490,009	2,936,748	1,097,190	681,363	8,196,370
20%以下(標準)40.1%	6,856,895	648,433	4,174,581	2,139,728	1,182,704	15,002,342
合計	12,492,471	1,706,908	11,195,280	3,770,107	3,022,638	32,141,434

調査対象病院の医療安全管理に要する年間の人的費用(500床以上の病院) (円)						
医療安全管理業務別の割合	医師	薬剤師	看護師	他の医療職	事務系等	合計
80%以上(標準)0.0%	1,659,458	413,979	6,396,878	650,448	2,646,008	10,626,825
50~80% (標準)30.65%	2,354,935	254,239	1,653,097	506,901	700,726	5,438,899
20~50% (標準)40.35%	12,349,632	965,951	5,795,168	1,439,873	1,114,791	21,605,414
20%以下(標準)40.1%	24,762,272	1,092,444	8,446,551	2,735,303	1,788,558	38,825,037
合計	41,026,296	2,696,612	21,251,653	5,931,429	6,250,181	76,556,165

スライド11

さらに、病床規模別に算出された金額を、平均病床数で割って1病床当たりの年間の金額を計算してみると、小規模病院が192,441円と最も高くなり、200～499床が97,694円で一番低い金額で2倍以上の開きがあった。また、全体平均の1病床当たりの年間費用は106,464円で、わが国の病院における医療安全管理業務に投じられている人件費は、1床当たり年間で約11万円、月額にすれば9千円前後、日額換算では300円程度になるのではないかと思われた(スライド12)。そして、日本全体の一般病床と療養病床の合計を約120万床とすれば、年間で1,300億円前後相当する金額になると推計された。

医療安全管理に要する人的費用(4) (病床規模別1年間の費用)

	病院数	平均病床数	安全管理人件費 (年間1病院当たり)	安全管理人件費 (年間1床当たり)
全体	430	334.8	35,825,069	106,464
99床以下	40	74.7	14,375,351	192,441
100-199床	99	151.0	18,015,835	119,310
200-499床	206	329.0	32,141,434	97,694
500床以上	85	681.0	76,556,165	112,417

※病床数が未記入であった1施設は算計から除外してある

病院の医療安全管理に関わる人件費は
1床当たり年間約11万円(1ヶ月では9千円前後)

スライド12

D. 考察

医療安全確保のための体制整備については、医療法改正により平成14年からすべての病院と有床診療所に対して義務付けられている。また、特定機能病院と臨床研修病院に対しては、平成15年より専任の医療安全管理者の配置を含めた、一層充実した体制の整備が求められている。

一方、そのような体制整備のための財源の手当ては極めて不十分なものであり、平成18年度の診療報酬改定において、医療安全に関する専門教育を受けた看護師、薬剤師等を専従者として配置するなどの条件を満たせば、1入院につき50点

(500円)の「医療安全対策加算」が新たに算定できるようになり、DPC適用病院にも医療安全管理対策加算見合いの医療機関関係係数として0.0013(現在は0.0015)を加えることが認められるようになった。

しかし、このような加算を算定できるのは、かなりの規模の病院に限られているうえに、500床規模の急性期病院でも年額にして500万円前後の収入にしかならないため、医療安全に関わるコストは昨今の病院経営の厳しさをさらに悪化させている。とりわけ、医療法など法令で規定する「体制整備」は、言うなれば人的資源の投入を伴うものであり、規模の大小に関わらず、また医療安全管理業務の専従者の有無に関係なく、個々の病院では病院全体で多くの職員が医療安全管理業務に多少なりとも従事するようになっている。

そのような現実を踏まえれば、診療報酬での医療安全対策加算はきわめて微々たるコストしか補填しておらず、特に中小の病院については何らの費用も保障していないのは、適正な病院経営の維持をますます難しくして、結果として医療提供の継続を非常に困難にさせている。

今回の調査では、医療安全管理業務に従事している割合に応じて、80%以上、50～80%、20～50%、20%以下に4段階に区分して、職種別の実人数を記入させることで実情を把握した。さらに、それを各区分の中央値で常勤換算するという、かなり概算的な計算式で人的資源の投入について把握し、さらに民間病院の職種別給与から人件費の算出を試みた。

その結果、小規模から中規模の病院までは、規模の拡大に伴って投じている医療安全管理業務の人的資源は病床当たりで見ると減少するが、中規模以上になると減少傾向は止まる一方で、医師が関わる割合が急激に高まり、その影響で人件費としては上昇する傾向を示すことが明らかとなった。

このような傾向は、病床規模の区分の仕方によ

って異なってくると思うが、医療安全管理に投じている人的資源の状況から見ると、個々の患者に提供される医療サービスのリスク管理が、小規模病院から500床前後の病院までは量的な増大であり、500床を超えて大規模病院に至る過程では、リスク管理において質的な変化が生じているものと思われる。言葉を変えれば、小規模病院から中規模病院に至る過程では、病床数の増加は機能の高まりではなく拡がりを伴うものであり、一方で中規模病院から大規模病院に至る過程においては、規模の拡大が機能の高まりを伴ってくることを意味することなのかもしれない。

ところで、今回調査した病院全体の平均値として、医療安全管理業務に投じている人件費の概算は、稼働病床1床当たり年間約11万円で、1月あたりでは9千円前後、日額では300円程度になると推計されたが、この金額をこれまでの先行研究との対比で検討してみる。しかし、このような医療安全に関するコスト調査は研究事例が少なく、今中らが厚生労働科学研究によって、平成17年度と18年度に実施した報告がほぼ唯一のものと思われる。

平成17年度の調査²⁾は、6施設の病院で調査しており、医療安全に関する費用は1床当たり1日417～1,412円であり、その内の人件費の割合は17.5～48.5%であったとしている。平成18年度の調査³⁾は、全国の臨床研修病院(単独型と管理型)1,039病院を対象に行っており、418病院(回収率40.2%)から回答が得られている。その結果によれば、全体平均では入院患者1人1日当たり907円の医療安全コストが投じられていて、病床規模別では200～399床の区分が最高額で1,112円、800床以上が最低額の610円であった。しかし、特定機能病院に限って見た場合にはそれが1,005円に増加するとしている。

今回行った調査では、医療安全管理業務に要する人件費には病床規模別に一定の傾向が認められ、

全体平均では1床当たり1日約300円と算出された。この金額は、平成18年度に行われた今中らの先行研究と比べて、1/2～1/3前後に過ぎないかなりの少額な費用になっているが、今中らの調査は、「医療の安全・質に関するコスト調査研究」として、医療安全だけではなく感染管理業務を含むものであり、医薬品の管理、および医療機器の保守点検など、薬剤師や臨床工学技士の本来業務、さらには廃棄物処理までも含むコストとして算出されている。

したがって、大きな費用として計上されている主なものは「医薬品の安全管理」で入院患者1人1日当たり347.6円、「医療機器の保守点検」113.1円となっており、これだけで全体のほぼ半分を占めている。この他に、「感染制御」関連の38.7円と「廃棄物処理」の84.5円なども加えた費用として、前述の金額が示されているのである。つまり、先行研究では薬剤師の病棟業務や臨床工学技士の本来の日常業務、あるいは感染管理や廃棄物処理に関わる費用も含めたコストとして算出されており、今回調査したような「医療安全管理業務」に限った人件費だけを取り出して見ると、一部の感染管理業務を含むが合計121.6円に過ぎなかった。今回われわれが行った調査では、入院患者1人1日当たりではなく1床1日当たりで計算したが、病床利用率による補正をとしても2～3割の範囲に留まるので、金額が先行研究の約2.5倍に達しているのは、調査の精度が相当に異なっているのか、あるいは医療安全にかかわる人件費を過少、もしくは過大に推計してしまっている可能性がある。

本研究によって得られた人的資源の投入コストは、かなり概算的な計算式で算出した金額であるので、調査の精度としての信頼性は、必ずしも十分に担保できるものではないと思われる。しかし、医療安全管理業務に限った人的資源の投入状況を、その業務に従事する割合を職種別にかかり細かく

把握することで、比較的簡便な手法にもかかわらず一定程度明確な数値として、医療安全に関する人件費としての金額を具体的に示すことができたと考えている。そしてこの金額は、本研究課題で同様の調査を、個別費用の積み上げ方式でかなり詳細に行った結果とほぼ近似しており、病院の医療安全管理業務に要する人件費コストについては、その現状をおおむね把握できたのではないかと思っている。

E. 結論

病院における医療安全管理業務に関わる人的資源について、日本医療機能評価機構の認定病院患者安全推進協議会の会員病院を対象に調査した。その結果、病院の医療安全管理業務に関わる人件費は、平均で1床1日当たり約300円になると推計された。

[参考文献]

- 1) 平成20年人事院勧告・資料－民間給与関係－、平成20年8月、人事院
- 2) 中央社会保険医療協議会、診療報酬調査専門組織分科会・医療機関のコスト調査分科会資料（平成18年4月17日）
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/04/dl/s0417-5c.pdf>
- 3) 中央社会保険医療協議会、診療報酬調査専門組織分科会・医療機関のコスト調査分科会資料（平成19年6月18日）
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0618-8c.pdf>

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし。

2. 学会発表

- (1) 寺崎 仁：病院機能評価で診療管理の立場から見えてくるわが国の看護（シンポジウム－看護サービスの評価と展開－）。第12回日本看護管理学会年次大会，東京，2008,8.
- (2) 寺崎 仁，大道 久，他3名：病院の医療安全管理のための人的資源と地域ネットワークに関する研究－認定病院患者安全協議会の会員病院へのアンケート調査－。第46回日本医療・病院管理学会学術総会，静岡，2008,11.
- (3) 寺崎 仁，大道 久，遠矢雅史，他3名：急性期病院における医療安全管理コストにかかる実証研究（第三報）－多施設における研究フレームワークの適用－。第46回日本医療・病院管理学会学術総会，静岡，2008,11.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

病院の医療安全管理に係る人的資源と研修機会に関する調査

財団法人日本医療機能評価機構 事業推進部

本調査は、厚生労働科学研究費補助金「医療事故防止のために必要となる費用に関する調査研究」(主任研究者 大道 久)の予備調査として、各病院の医療安全管理に関する人的資源と研修等の機会に関する状況を調査するものです。調査結果は、第1回地域フォーラム(7月19日開催)で一部発表するとともに、患者安全推進ジャーナル誌上などに掲載します。回答は、医療安全管理室に所属している、貴院で医療安全管理業務を主に担当している方にお願ひいたします。回答は下記の番号宛にFAXで6月23日までに送信してください。ご協力をお願いいたします。

Q1. 病院の概要についてお答えください。

所在地(都道府県名のみで結構です): _____
 開設者種別(○で囲む): 国公立 公的(行政法人等を含む) 医療法人 個人 その他
 稼働病床数 _____ 床(内訳: 一般 _____ 床 療養 _____ 床 精神 _____ 床 その他 _____ 床)
 回答者職種(○で囲む): 医師 薬剤師 看護職 他の医療職 事務系等

Q2. 医療安全管理業務に関わる職員(→次頁の「別紙」*1 参照)の人数と勤務の状況についてご記入ください。 (総勤務時間に占める医療安全管理業務(→次頁の「別紙」*2 参照)の割合で区分してください)

医療安全管理業務	医師	薬剤師	看護職	他の医療職	事務系等
80%以上	名	名	名	名	名
50-80%	名	名	名	名	名
20-50%	名	名	名	名	名
20%以下	名	名	名	名	名

Q3. 院外の研修会などへの参加についてお尋ねします。専門団体等が実施している、医療安全管理業務を主に担当する職員を対象にした研修等の案内や情報は、医療安全管理業務を主に担当する職員に十分に提供されていますか。

a. 十分に提供されている b. やや不十分 c. かなり不十分 d. 全く不十分

Q4. 医療安全管理業務を主に担当する職員が「Q3」に挙げたような研修等を受講する機会は十分に確保されていますか。

a. 十分に確保されている b. やや不十分 c. かなり不十分 d. 全く不十分

Q5. 「Q4」で「b.」「c.」「d.」と回答した方のみお答えください。機会が「やや/かなり/全く不十分」なのはどのような理由によりますか。(複数回答可)

a. 日常業務が多忙で時間が取れない b. 案内や情報が少ない c. 休日を使わなくてはならない
 d. 病院が負担する費用面での制約 e. 参加する本人が負担する費用面での制約 f. 病院の許可を得るのが難しい
 g. 希望する内容のものが少ない h. 場所が遠い i. その他()

Q6. 医療安全管理業務を主に担当する者同士の地域での横のつながり(ネットワーク)はありますか。

a. ある b. ない c. わからない

Q7. 「Q6」で「a. ある」と回答した場合にはその概要と具体的な活動を、「b. ない」「c. わからない」と回答した場合は地域のネットワークの必要性と期待する役割について、下の欄に自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

差し支えなければご記入ください。施設名: _____ 回答者: _____

お問い合わせ先: 日本医療機能評価機構 事業推進部 横山容子

TEL 03-5217-2326 または協議会ウェブメール

提出期限 2008年6月23日(月)必着 FAX 03-5217-2331

医療安全管理に関する費用調査結果について

(調査期間：平成 21 年 1 月 20 日から平成 21 年 3 月 19 日)

医療安全管理に関する費用調査結果について

分担研究者 遠矢 雅史 財団法人日本医療機構評価機構 評価事業部（副部長）

研究要旨：本研究の目的は、病院における医療安全管理者等の業務実態、医療安全に関する研修の実施状況、医療安全関連の苦情・クレームへの対応や紛争解決の支援状況、院内暴力・暴言への対応等、医療安全管理に関する業務量を把握すると共に、その業務量に人件費単価を乗じて医療安全管理に関する費用（安全に配慮した機器・設備費用、薬剤や用品費用除く）を算出して、医療安全管理に向けた費用投入、概ね医療安全管理に必要な人件費部分について考え方を明確にしようとするものである。調査対象は、財団法人日本医療機能評価機構の認定証を取得し、さらに認定病院患者安全推進協議会の会員になった病院 1514 施設とし、843 病院（回答率約 56%）から回答を得た。

調査結果から業務量を推定し、その業務量に人件費単価を乗じて算出した医療安全管理に関する費用は、1 病院（平均 314 床）年間約 7400 万円、100 床当たり 1 か月約 223 万円、1 床当たり 1 日約 734 円であった。また、病院の規模や機能の違いにより、医療安全管理に関する費用の投入に差があり、特に先行研究で確認できなかった小規模病院（20 から 99 床、n = 90）の医療安全管理に関する費用は、平均年間約 3390 万円、100 床当たり 1 ヶ月約 443 万円、1 床当たり 1 日約 1455 円で、規模が小さい病院ほど相対的に大きな負担となっていることが確認された。

A. 研究目的

本研究の目的は、病院における医療安全管理者等の業務実態、医療安全に関する研修の実施状況、医療安全関連の苦情・クレームへの対応や紛争解決の支援状況、院内暴力・暴言への対応等、医療安全管理に関する業務量を把握すると共に、その業務量に人件費単価を乗じて医療安全管理に関する費用（安全に配慮した機器・設備費用、薬剤や用品費用除く）を算出して、医療安全管理に向けた費用投入、概ね医療安全管理に必要な人件費部分について考え方を明確にしようとするものである。

医療安全の確保は、医療における重要且つ基本的な課題のひとつであり、一層の資源投入が必要であると考えられるが、診療報酬の伸びは抑えられ、医療安全確保に振り向けられる予算や資源は少なからず制約があることが推測される。限られた予算や人材の中で効果的且つ効率的に医療安全の確保が求められるところで

あるが、医療安全管理に関する資源の投入状況を把握した調査・研究は国内・国外ともに非常に少ない。先行研究として今中雄一（2007 年）「医療における安全・質確保のための必要資源の研究」¹⁾がある。同研究は、全国の単独型あるいは管理型臨床研修病院 1039 施設を対象として回答を得られた 399 施設を分析しているが、病院を規模別に見た場合、比較的大規模病院に偏った調査であり、特に 20 床から 99 床の病院群は対象とされておらず、100 床から 199 床の病院群についても分析対象は 31 施設のみであった。日本の 20 床から 199 床の病院数は約 6100 施設あり全病院数の約 7 割を占めている現状からも、同研究結果から小規模病院における医療安全管理費用を一般化することは難しく、より多くの小規模病院を取り上げる必要がある。

また、同調査は、調査項目として①安全管理の組織体制②安全管理にかかわる委員会・会合③安全管理に係る組織的なラウンド④感染制

御の組織体制⑤感染制御に係る委員会・会合⑥安全管理・感染制御に特化した院内研修⑦研修のための院外支払い費用⑧インシデント報告収集・分析等について⑨組織的な病院感染サーベランス⑩医薬品の安全管理に係る活動などを設定し、必要原価を算出している。必要原価は全体で1患者1入院973円であるという結果であったが、項目別の必要原価でもっとも高かった「医薬品の安全管理に係る活動」(337円、全体の35%)の調査内容を見ると、薬剤師業務の「薬歴管理」や「処方内容に関する院内の疑義照会」などが含まれている。これらの業務が「医療安全管理」のための業務なのか、そもそも薬剤師として当然行われるべき一般的日常業務なのかについては議論のあるところであり、医療安全管理に関する調査する項目としては、広く定義して項目を設定している恐れがある。

そこで本研究では、「医療安全管理業務」の定義を、個々の患者へ安全な医療を提供するための行為そのもの(例:日常業務における指差確認やダブルチェックなど)を含まず、医療安全に関する現場職員の支援、現場巡視、会議への出席などを通じて医療安全を組織横断的に推進するための活動、とし、医療安全管理に関する業務量を把握するための調査項目を設定した。

以上、これらにより、日本の病院の規模、機能に応じた医療安全管理に必要な費用、概ね人件費部分について考え方を明確し、今後の政策立案に資する成果となることを目指す。

B. 研究方法

調査対象は、財団法人日本医療機能評価機構の認定を取得した病院2556施設のなかから認定病院患者安全推進協議会の会員病院となった1514施設とし、郵送によるアンケート調査を实

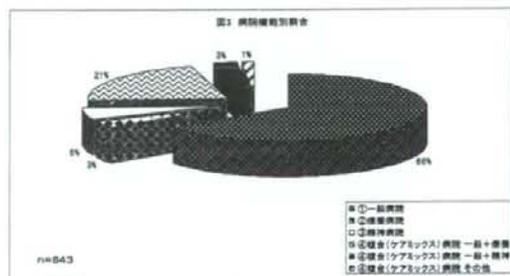
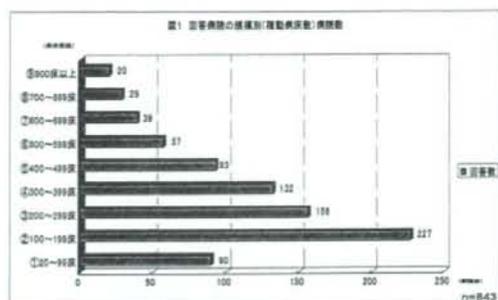
施した。調査期間は平成21年1月20日から平成21年3月19日である。内容は、医療安全管理に関する業務量を把握するもので、特に専従の医療安全管理者などが医療安全関連の苦情・クレーム対応や訴訟対応に多くの時間を費やしている可能性が指摘されており、それらを把握するために、医療安全管理部門の業務を①事故防止のための業務(現場巡視、院内外の情報収集、院内調整、手順作成、事故事例分析、研修会参加など)、②事故発生時の対応業務(当該事故の情報収集、各種連絡、関係部署・職員からの情報収集、会議準備・出席、当事者ケアなど)③紛争解決支援業務(各部門・部署での解決困難事案に対するの支援、患者・家族や職員への対応などによる対話促進のための活動で訴訟になった場合の業務は含まない)④訴訟対応業務⑤その他業務、に分けて項目を設定した。また、苦情・クレーム対応や院内暴力の対応について、医療安全管理部門以外に組織全体として対応している部門や担当者については、別途項目を設定して把握した(詳細は別紙アンケート調査票参照)。医療安全管理に関する費用の算出については、アンケート結果を集計して業務量を把握し、人件費単価をその業務量に乗じて医療安全管理に関する費用を算出した。人件費の単価は、人事院から平成20年8月に発表された国家公務員給与概要⁹⁾を用いた。

C. 研究結果

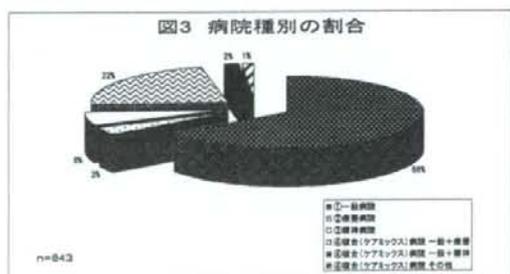
1. 回答病院の概要

回答病院数は、843病院(回答率55.8%)であった。回答病院を規模別(図1)に見た場合、稼働病床数100~199床の病院が225病院と最も多く、全体の26%を占めていた(図2)。続いて200~299床規模が156病院、300~399床規模が132病院と多く、1~99床の90病院を合わせた20床から399床の病院が全体の約

72%を占めた。

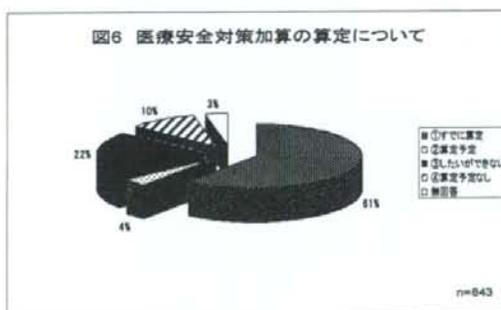
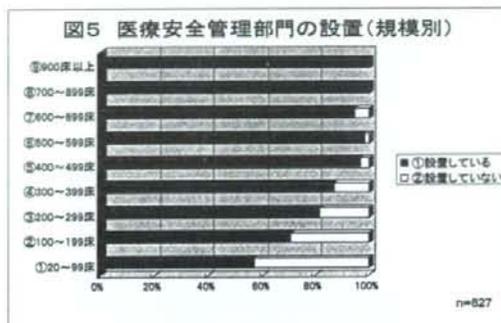
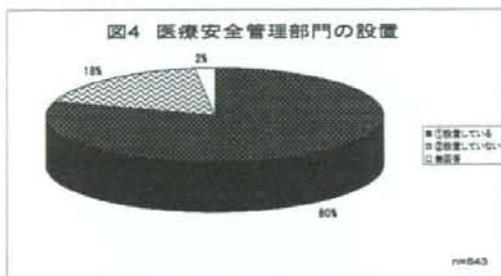


また、回答病院の機能別(図3)については、一般病院が66%を占めており、「一般病床+療養病床」のケアミックス型病院が22%、精神科病院が約6%、療養病院が約3%であった。尚、一般病院の定義は、全病床数における一般病床の割合が80%以上とした。療養病院、精神科病院についても同様に全病床数における当該病床の割合が80%以上とし分類した。



医療安全管理部門(室)の設置について、80%の病院が部門を設置している(図4)が、規模別に見た場合、20から99床の病院(n=90)については約57%程度に留まっており、図5にあるように小規模病院ほど部門の設置がなされていない現状が確認された。また、医療安全対策加算の算定

について、「すでに算定している」とする病院が61%で最も多く、続いて「算定したいが出来



ない」22%、「算定予定なし」10%、「算定予定」4%であった。医療安全対策加算の算定について規模別に見た場合(図7)、小規模病院、20から99床については、約46%の病院が「算定したいができない」と回答しており、100から199床の病院については約32%、200から299床の病院については28%となっている。その主な理由は、医療安全を確保するためにはできれば専従の職員を配置が望ましいと考えているものの、「人的余裕がない」、「算定額だけではとても費用が出せない」などの意見が複数あった。