

XI 医療事故発生時の対応

1 事故発生時の報告ルート

事故発生時の報告ルートが、「規定で明らかになっている」病院は、調査病院の53.6%にあたる1431病院であった。また、38.5%・1027病院は「習慣で決まっている」としており、「あいまいである」としたのは4.0%・106病院に過ぎない〈統計表176〉。

事故時の報告ルートについて、規定がなく、単に習慣に従い処理している病院は、中小規模病院に多く、従って設置主体別にみて「医療法人」「個人」「市町村」で多いという結果になっている〈統計表177〉。

2 責任を問われた看護職員への措置

看護職員が医療事故で法的責任を問われるような立場にたたされたとき、病院としてどのような援助措置がとられるかを調査している。

医療に対する患者側のニーズや期待が多様化し、

患者の要求水準が高まるにともない、医療過誤訴訟が増加する可能性がある。これらの場合に備えて病院として万全の準備をすることが、医療スタッフと患者に対する病院の社会的責任であろう。

調査病院の22.2%にあたる594病院では、「特に病院としては何も準備していない」と回答している。設置主体別にみて、「個人」「医療法人」では、このような病院の比率が高くなっている〈統計表178〉。なお、調査病院の31.3%・835病院は無回答であった。

「弁護士の手配・弁護士費用の支払い」を行なう病院は543病院・20.3%、「民事上の賠償金・示談金の支払い」を行なう病院は515病院・19.3%である。

「その他」の措置をとると回答した病院が537病院・20.1%ある。自由記述の内容からみて、そのほとんどは病院として医療過誤に対する損害賠償責任保険に加入していることをさす。

XII 看護管理体制

昭和59年「看護体制の改善に関する報告書」に添付された「病院看護管理指針」によると、「病院が十分に機能していくためには、各部門の運営機構が整備されている必要がある。病院が患者の療養生活の場として機能するうえで、最も深いか

わりをもつ看護部は、その中で明確に位置付けられ、必要な予算についても確保されていなければならない。

看護部の責任者として看護部長（総看護婦長）が任ぜられ、看護部門の責任を負うとともにその

権限は尊重されなければならない」とされ、看護部門が診療部門、事務部門とともに病院管理の3本の柱として独立して院長に直属している組織図が示されている。「厚生省では昭和25年からすでにこの組織を示している。」（「病院看護機能評価マニュアル」より）

看護部長の責任と権限として、「看護部長は病院の管理運営のための諸会議に参画する。また、看護部門の人事管理、業務管理、労務管理、健康管理、職員教育及び事故防止等に関し、看護部長としての責任と権限」をもち、病院長に対して意見を述べることを、看護部長は他部門との連絡調整を図ること」などを明示している（前掲指針）。

看護部門の組織や機能を組織内の位置づけ、婦長人事、参加、予算の面から把握すると同時に、看護部長自身が考える看護管理上の課題を扱った。

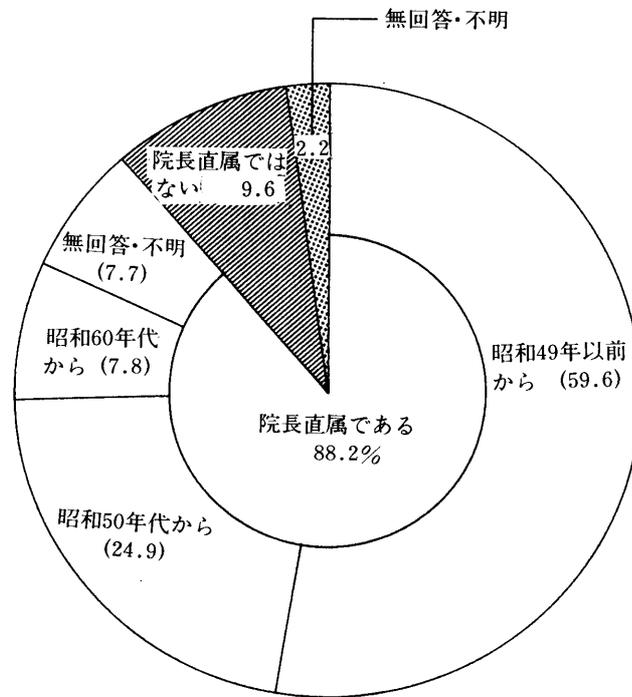
1 看護組織の位置づけ

「貴病院で、病院の組織として、診療部門、事務部門と同様、看護部門も院長直属ですか」と問うたところ、88.2%は「院長直属」であったが、256病院（9.6%）は「院長直属ではない」と回答してきた（図35）。

設置主体別にみると、特に「厚生連」において、「院長直属ではない」という割合が21.1%と高かった（統計表181）。

許可病床数別にみると、小規模病院ほど「院長直属ではない」病院の割合がやや高くなるが「49床以下」の病院でも13.3%にとどまった（統計表180）。ただし、今回の調査対象からもれた病院（会員のいない病院）や回答を寄せなかった病院の中には、院長直属となっていないところも多い

図35 看護部門の位置づけ



()は「院長直属である」を100とした%

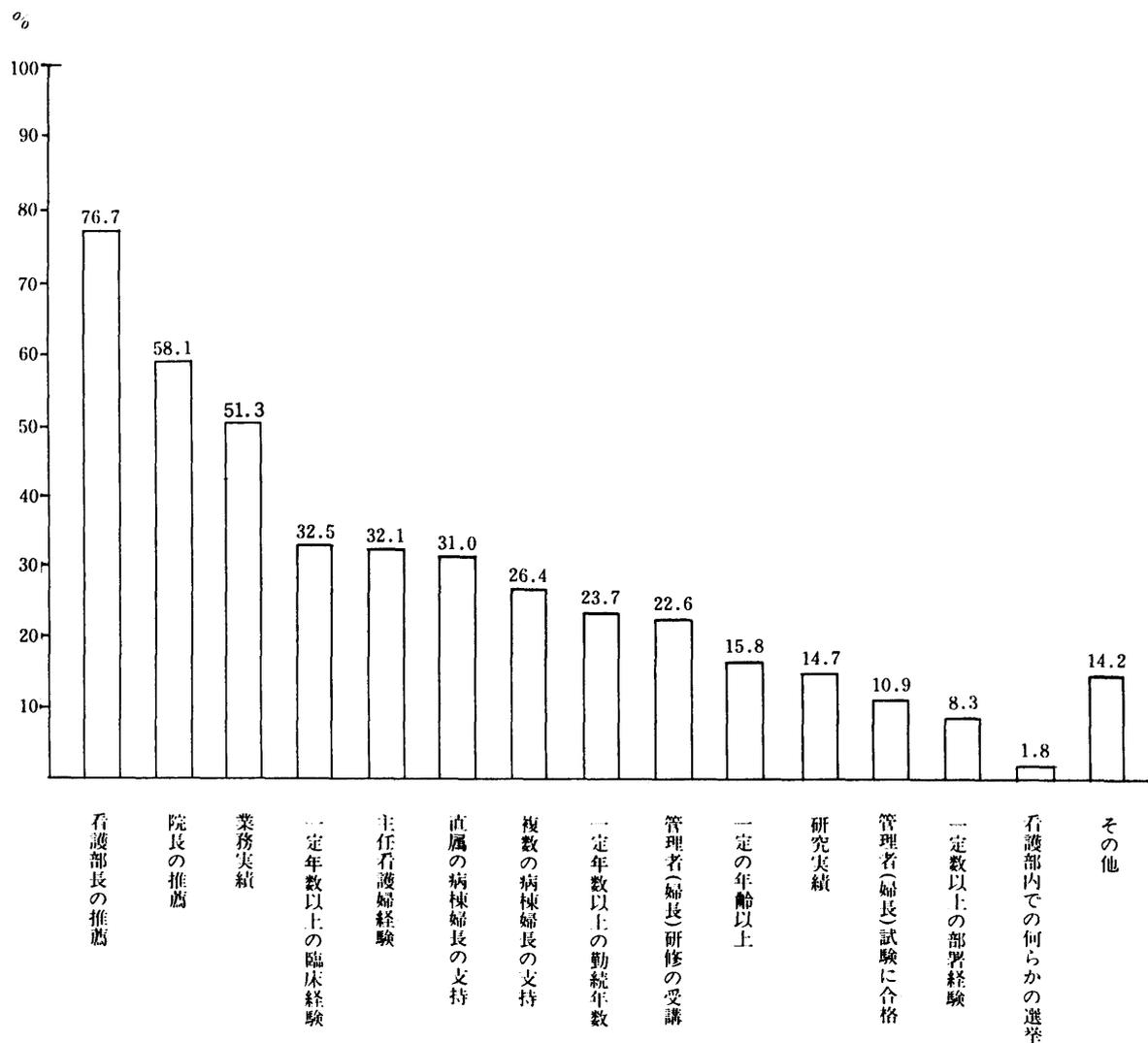
ことが推し測られる。看護部門が十分に機能するためには、組織上、院長に直属するよう位置づけられる必要がある。「院長直属ではない」病院の割合は少ないが重要な課題である。

院長直属となった時期は、「昭和49年以前から」が最も多く59.6%を占めた。これは、設置主体別に差があり、「個人」病院では、「昭和49年以前から」は29.2%と低く、「昭和60年代から」という病院が23.0%を占め、他の設置主体より多かった〈統計表180〉。

2 婦長昇任の必要条件

对患者サービスの最前線で病棟を管理運営する婦長は、看護観、技術面、教育的配慮、人格面などにおいて、看護スタッフの意欲、看護サービスの質に大きな影響を与える。それだけに、婦長人事は、「できる限り客観的に公平な昇任が行われる」（「病院看護機能評価マニュアル」より）ことが重要である。実際に「婦長への昇格の必要条件となっているもの全て」を選んでもらったところ、〈図36〉

図36 婦長昇任時の必要条件〔複数回答〕



のような結果となった。

76.7%の病院があげたのは、「看護部長の推薦」で特に多かった。次に「院長の推薦」(58.1%)、「業務実績」(51.3%)と続いた。

許可病床数別にみると、「99床以下」の小規模病院では「看護部長(総婦長)の推薦」(45.3%)よりも、「院長の推薦」(70.7%)の方が高く、また、他の条件くをあげる率も軒並み低い<統計表183>。「99床以下」の病院では「院長の推薦」のみで婦長人事が行なわれる病院が18.3%あり、「100~499床」の4.8%、「500床以上」の(0.0%)に比べ高い比率となっている。「99床以下」では「婦長」が即看護部門の最高責任者となる病院もあるためと考えられる。

各条件について詳しくみてみよう。

一定年数以上の臨床経験を条件にあげた病院の34.8%は臨床経験「10年」に集中した<統計表184>。

主任看護婦経験を条件にあげた病院の22.8%が主任経験「5年」、21.5%が「3年」を基準にあげた<統計表188>。

一定年数以上の勤続年数を条件にあげた病院の18.7%が勤続「10年」、14.8%が勤続「5年」を基準にあげ、勤続「4年以下」の病院も14.1%あった<統計表185>。

一定の年齢以上を条件にあげた病院の26.4%が「30歳」、22.2%が「35歳」を基準にあげた<統計表186>。

一定数以上の部署経験を条件にあげた病院の35.5%は「3か所」、29.4%が「2か所」を基準にあげた<統計表187>。

3 院内における看護部門の意見の反映

今日、病院をめぐる情勢の変化は著しい。医療・看護自体の進歩はもとより、患者サービス向上

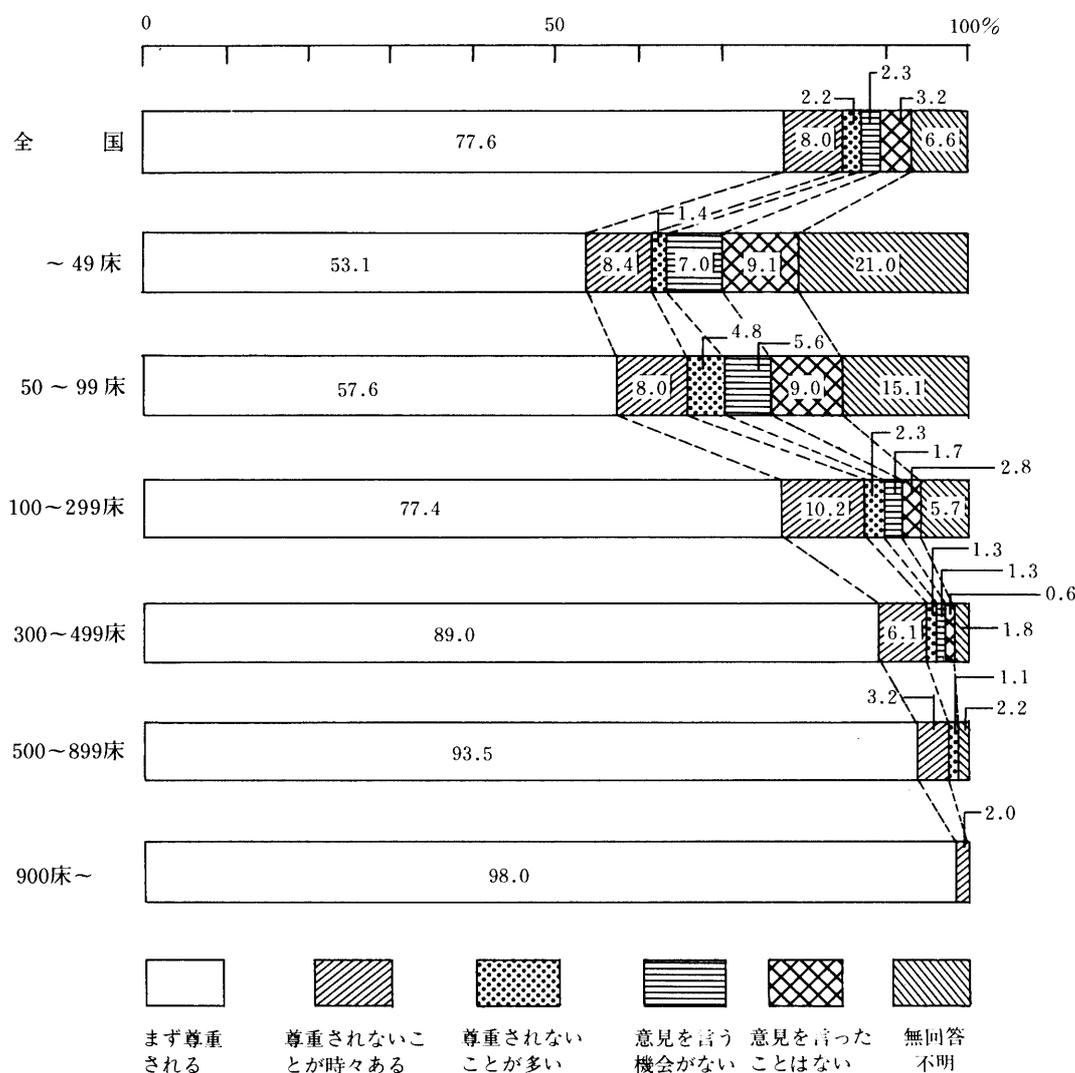
への期待が高まり、在宅ケア促進の行政施策が打ち出され、院内のO A化、職員の労働時間短縮、健康管理等で改善を期待される一方、病院経営環境は厳しくなっている。このような状況は今後も続くことが予測され、この時代にあっては、特に院内の関連する意思決定に参加し、看護部門の意見を反映されていくことが重要である。意思決定に関われなかったがために、決められたことに看護職員が振り回されるということにもなりかねない。院内の諸決定に看護部門がどの程度かわれるかが看護部門の機能を決定し、ひいてはこれからの病院看護の内容に大きな影響を与えていく。このような認識のもとに、看護人事、予算、病院全体の改善企画、看護業務管理において、看護部門の意見がどの程度反映していると看護部長自身が思っているかを問うた。

(1) 婦長人事への意見反映

「貴病院では婦長への昇格の内定に際し、看護部門の意見が尊重されますか」と問うたところ、77.6%の病院では「まず尊重される」と答えた<図37>。しかし、病床規模が小さい病院ほど「まず尊重される」という回答は減少した。規模が小さい病院ほど、婦長人事への看護部門の発言力が弱いことがわかる。「99床以下」の病院では、「意見を言う機会がない」、つまり、婦長人事内定の権限がない病院が「100床以上」の病院よりやや多い。また、「意見を言ったことはない」「無回答」も多かったが、これは、婦長人事内定の権限に対して意欲・関心の薄いこと、婦長が即看護部門の責任者となっている場合質問が妥当でないと感じた結果と思われる。

意見が「尊重されない」「意見を言う機会がない」「意見を言ったことはない」理由としては、「院長の意向で決まる」(56.2%)、「上部組織・本

図37 婦長人事への看護部門の意見反映，許可病床数別



社人事課の査定が考慮される」(27.5%)が多かった。組織的には、一応上のラインに位置する所の意向によるものが多かったが、少数ながら「診療部門の意向が強い」と回答し、問題を抱える病院もあることがわかった〈図38〉。

看護部門の意見が尊重されないことなどについてどう思っているかを、該当病院に尋ねたところ、「非常に困る」22.1%、「困る面もあるが、現在の昇格の仕方もメリットがある」37.6%、「このままでも特に問題はない」32.1%と三つに分かれた

〈統計表189〉。

意見が反映しない理由との関連でみると、「試験制度で決まるので」「上部組織、本社人事課の査定が考慮される」と回答した看護部長は、「困る面もあるが、現在の昇格の仕方もメリットがある」と考えている人が多かった〈表20〉。

(2) 看護部門の意見を反映させるフォーマルなルートと反映状況についての認識

看護部門の意見を病院マネジメントに反映するには、意見を述べる機会が必要である。看護管

図38 婦長人事へ意見が反映しない理由〔複数回答〕

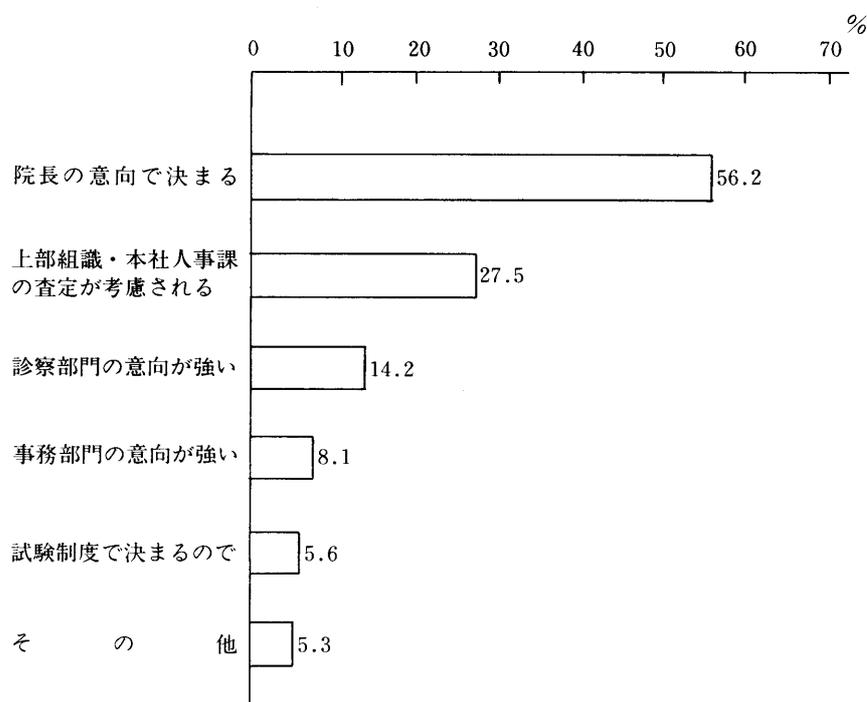


表20 婦長人事に意見が反映しないことをどう思うか

意見が反映しない理由	計	非常に困る	困る面もあるが メリットもある	特に問題はない	無回答・不明
計	420 (100.0)	93 (22.1)	158 (37.6)	135 (32.1)	34 (8.1)
院長の意向で決まる	171 (100.0)	30 (17.5)	53 (31.0)	81 (47.4)	7 (4.1)
診療部門の意向が強い	35 (100.0)	13 (37.1)	15 (42.9)	7 (20.0)	—
事務部門の意向が強い	14 (100.0)	9 (64.3)	2 (14.3)	3 (21.4)	—
試験制度で決まるので	21 (100.0)	2 (9.5)	15 (71.4)	2 (9.5)	2 (9.5)
上部組織本社人事課の査定	77 (100.0)	17 (22.1)	40 (51.9)	15 (19.5)	5 (6.5)
その他*	102 (100.0)	22 (21.6)	33 (32.4)	27 (26.5)	20 (19.6)

*複数回答，無回答を含む

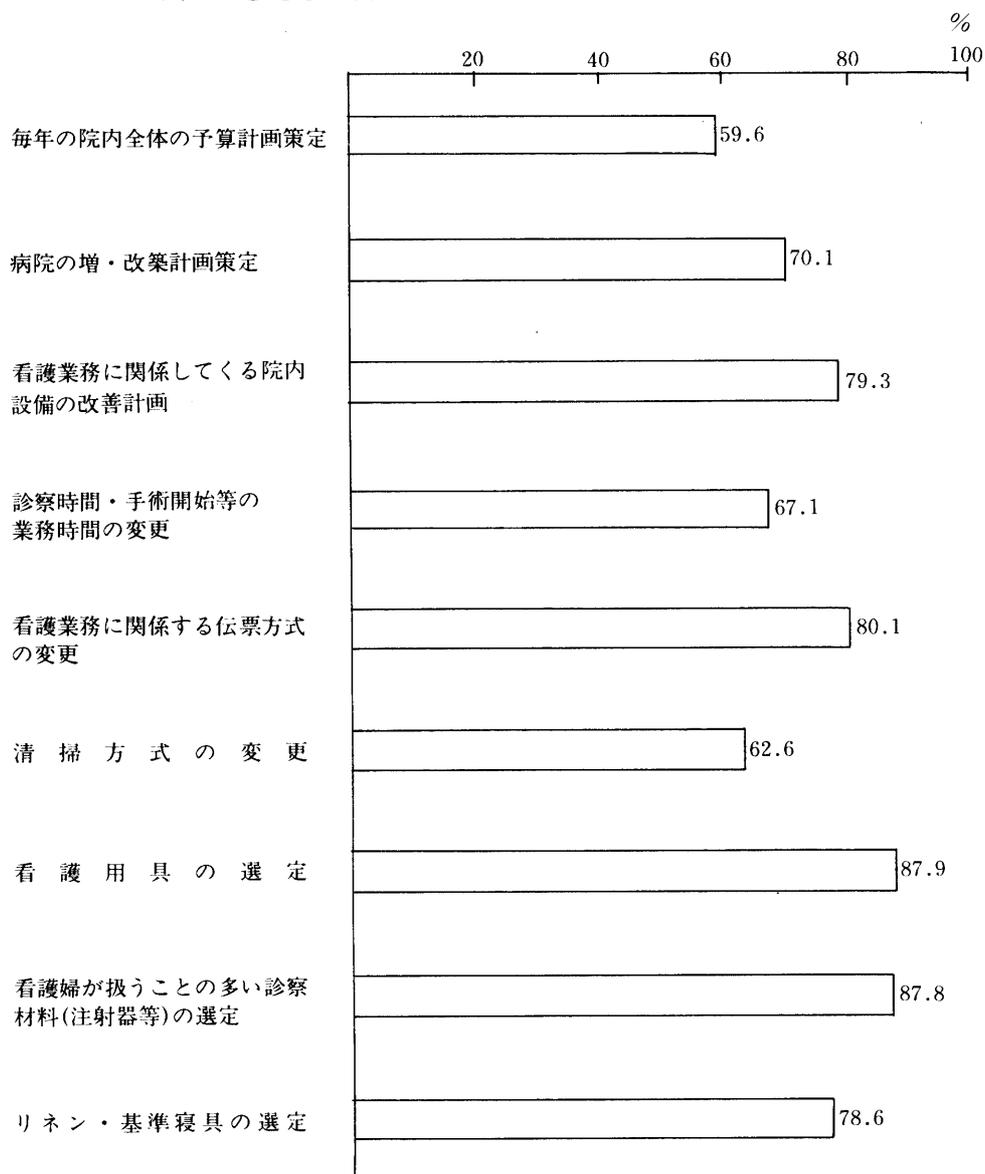
理上重要な事項について看護部の意見を反映させるためのフォーマルなルートがあるかどうか、また、現実に看護部門の意見は反映しているかどうかを尋ねた。

「看護用具の選定」「看護婦が扱うことの多い診療材料の選定」といった身近な事項については、

それぞれ87.9%は、87.8%の病院で意見を反映させるフォーマルなルートがあり〈図39〉、実際、87.5%、87.2%の病院で意見が「反映する」「反映することが多い」と答えている〈統計表193〉。

しかし、「毎年の院内全体の予算計画策定」「病院の増、改築計画策定」「診療時間・手術開始時

図39 意見を反映させるフォーマルルートのある病院



間等の業務時間の変更」の院内全体にかかわる企画については、フォーマルなルートのある病院は7割以下であった。ルートがあっても意見が「反映しないことが多い」「ほとんど反映しない」病院が15～21%あった〈統計表193〉。

病床規模の大きい病院ほどルートも確立しており〈統計表192〉、実際に意見も「反映する」と回答した病院が多い〈統計表193〉。

また、当然のことながら、意見を反映させるフ

ォーマルなルートのある病院では、実際に意見が「反映する」と答える病院が多い〈統計表194〉。

院内予算等の全体的企画が実際の看護部門の機能を大きく規定することを考えると、これら全体的企画への参画が今後重要となると考えられる。

4 看護部門の予算

「毎年の予算編成に際して、看護部が予算要求

しているもの（あるいは予算の提出を求められるもの）」は、「看護関係図書費」「教育研究費」が多く、それぞれ66.9%、64.8%の病院が予算要求していた<図40>。しかし、「特にない」という病院も18.4%を占めた。「特にない」と答えたのは、「個人」「医療法人」に多く、それぞれの41.5%、33.6%を占めた<統計表195>。「超勤手当支給割合」「雇い上げ賃金等の人件費」が予算要求項目

に含まれる病院は10%近くあった。

昭和62年度の予算額をみると、「教育研究費」は、1病院平均109.5万円、看護職1人当りに換算すると7,949円であった。また、「看護関係図書費」は、1病院平均23.2万円、看護職1人当りに換算すると1,757円であった。

看護職員1人当りの予算額を設置主体別にみると、「教育研究費」は、「国民健康保険団体連合

図40 看護部の予算要求項目〔複数回答〕

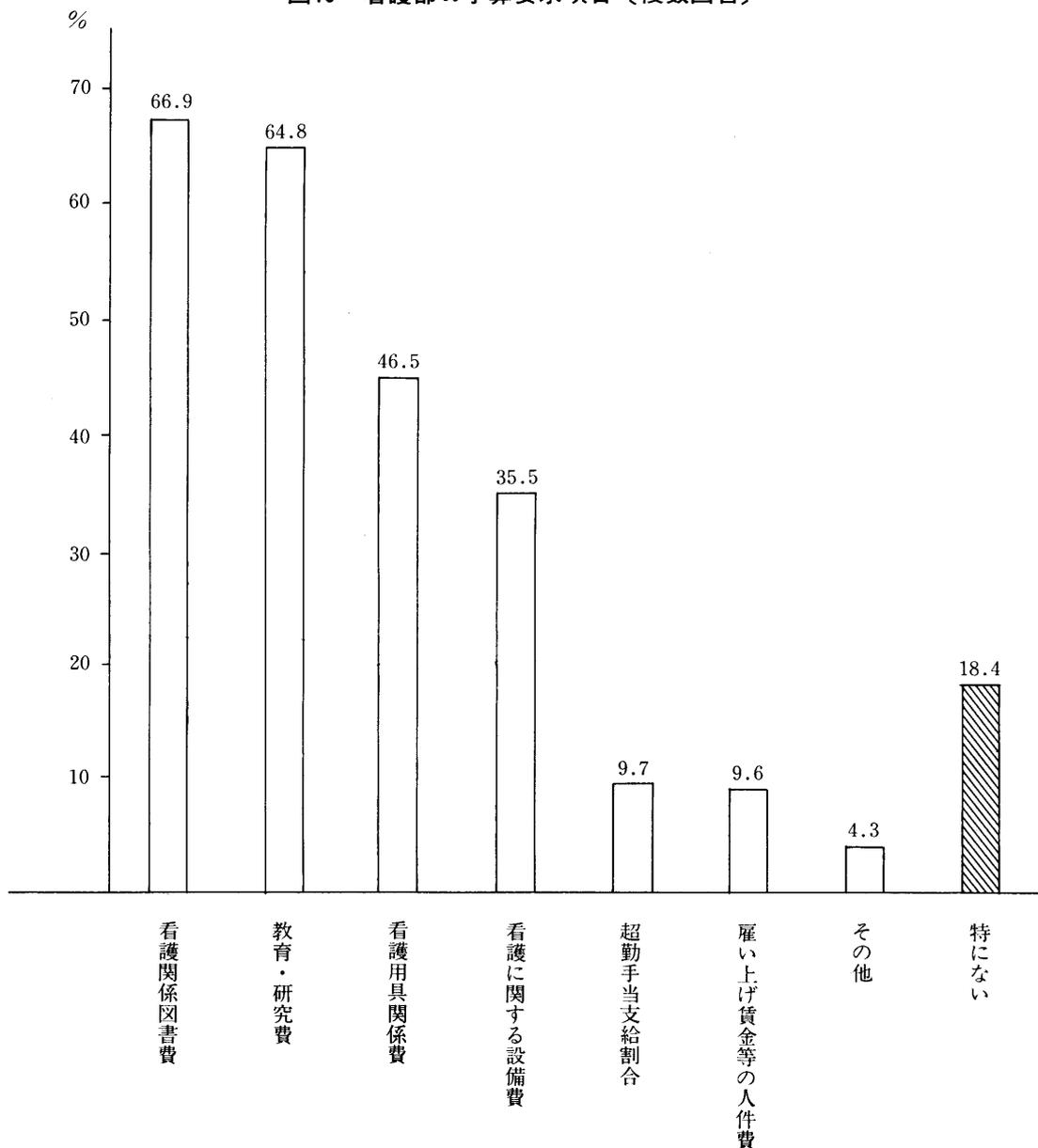


表21 許可病床数別予算要求

許可病床数	予算要求する病院の割合				看護職員1人当り予算*	
	回答病院計	教育研究費	看護関係費 図書費	特になし	教育研究費	図書費
計	100.0%	64.8%	66.9%	18.4%	7949円	1757円
～ 49床	100.0	52.7	55.5	28.2	13348	5158
50 ～ 99	100.0	51.0	57.6	28.5	13309	3281
100 ～ 299	100.0	63.7	67.7	19.7	9774	2656
300 ～ 499	100.0	72.7	69.3	12.9	7823	1726
500 ～ 899	100.0	71.7	72.9	9.3	7912	1168
900床～	100.0	87.2	78.7	8.5	5578	980

*予算のついた病院の加重平均

会」「厚生団」で2万円台を示し特に高かった。「看護関係図書費」では、「厚生団」「厚生連」「個人」で高かった〈統計表195〉。

許可病床数別にみると、小規模病院ほど両予算とも高かった〈表21〉。大規模病院の予算総額が

職員数の多さに比例するほどには増えないためと考えられる。小規模病院では看護職員1人当りの予算額が高い一方、予算要求せず予算のつかない病院も多く、小規模病院の中での格差が非常に大きいことがうかがわれる。

XIII 教育・研修

1 院内教育

看護職員に対する院内教育を「行っていない」病院は僅か4.8%で、残りの病院は、何らかの形の教育を行っていた。中でも多かったのは「看護婦の新人教育」(76.7%)、「医療・看護についての新しい情報・知識の講義(職種を限定しないものも含む)」(70.0%)で、三番目に「病院機能評価表」の項目となっている「接遇教育」(57.3%)が続いた〈図41〉。

全項目について、許可病床数による違いが著しかった。すなわち、大規模病院ほど、実施率が高かった〈図42〉。規模が大きいほど教育を担当する婦長等が決められ、計画的に教育が企画される

ためと考えられる。

2 施設外研修

昭和61年度に出張扱いで施設外の研修を受けた看護婦・準看護婦が「いた」病院は91.0%を占めた。許可病床数別にみれば、大規模病院ほど「いた」と答えた割合が高い傾向があるが、「49床以下」の小規模病院でも81.8%が「いた」と答えた。多くの病院で出張扱いにより施設外研修が行われている。

研修期間が3日以上の方がいた1944病院について、研修期間別に研修者の割合をみると、「3～6日」の研修を受けた者が81.8%とほとんどを占めた。「1か月以上」の者も6.2%いた。