

きる。このような本来的な医療現場ではないところでも、看護職は看護の機能を発揮している。

調整看護師に必要な資質について、上記機構の発足前にまとめられた報告書において、以下の3つの資質を挙げている<sup>6)</sup>。

- ①医療安全対策の推進活動に必要な資質
- ②医療安全調査委員会の企画・運営に求められる資質
- ③コンフリクトを抱えた対象者を支援するための看護実践の資質

さらに必要な基本的能力として、人間関係形成能力、コミュニケーション能力、カウンセリングスキル、マネジメント能力、ケアリング能力等が挙げられている。

これらは、臨床での日頃の看護業務において必須の能力であり、支援センター業務にあたっている看護職においてもこれらの能力を十分発揮していると考えられる。

#### 4. 支援センターの活動における看護の調整機能の効果的な活用

支援センターの相談者は、医療機関へのコンフリクトを抱えたまま帰宅し、その後思い余って支援センターに相談するケースも多い。そのような相談者の気持ちを少しずつ解きほぐし、苦情や困惑を受け止め、大きな亀裂を生じさないように、さまざまな能力を用いて調整を行うのも、支援センターでの看護職の(職員もだが)役割であると考えられる。

ある支援センターでは、医療機関に長年勤務していた看護職がその調整機能を活かして、積極的に相談業務を行っている<sup>7)</sup>。

以下は、転院をしたいが、これまで通院していた医院に転院希望を伝えられないという相談への看護職の関わりである。(内容は個人が特

定されないよう、文章に一部変更を加えている。)

「あなたも承知されているように、・・・の方が良いと思いますが、誤解が生じているかもしれませんので、その病院にはこちらから確認することが可能です。(如何しますか?)・・・

転院に関しては、・・・と申し出れば(これまで通院していた医院にも)角が立たないかもしれませんが、・・・(転院するのなら)〇〇病院や△△センターが交通で不便であれば××病院が沿線にあります。検討されたら如何でしょうか・・・」

相談者の思いを尊重し心情まで察して、いくつかの提案を行いながら、支援センターとして対応できることについても伝えている。このような言葉使いで相手の身になって言葉をかけられると、相談者は安心して相談したいことを話せ、支援センターの業務に感謝すると考える。

さらに、得られた相談内容を、地域の担当部署および当該医療機関に対して、安全な医療を考える有効な情報として提供することで、地域医療の改善につながる。

このように、支援センターにおいても看護職の機能としての調整役割が発揮され、地域医療に貢献している。いわば、地域医療における安全文化の醸成に繋がる重要な役割として、住民と医療機関の絆を結んでいる。加えて、地域には医療機関以外にも看護の調整機能が様々ある。支援センターでは不可能な調整を地域の看護機能を活用して解決できることもある。支援センターで調整力のある看護職が力を発揮するとともに、地域の看護職と連携していくことにより、地域の資源を有効活用する形を模索していくことが大切である。

本研究では、支援センターの運営、特に相談業務における看護職の調整機能の有効性について述べた。しかし、支援センターの相談員に

は看護職以外の職種も多い。事務職や医師等は、看護職とはまた異なる調整機能を持つと考える。相談者および相談内容に応じて、それぞれの職種の知識・技術等を背景にした調整機能が発揮できる組織体制の構築も今後必要と考える。

#### D. 結論

医療安全支援センターの運営に看護職が関わる有効性について、4つの観点から考察した。看護（職）の業務においては、対象者への支援を行うために、相談・指導及び調整等の機能があり、その機能を医療施設内だけでなく社会的な活動においても発揮している。その活動の1つとして、支援センター業務での役割がある。そして支援センターの役割を遂行するに際して、看護職は調整機能を効果的に活用していることがわかった。

#### E. 健康危険情報

なし

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

#### G. 知的所有権の取得状況

なし

#### 引用文献

- 1) 平成24年度医療安全支援センターの運営の現状に関する調査報告書
- 2) 日本看護協会 看護業務基準集2007年改訂

版, 2007, p487.

- 3) 日本看護協会 看護業務基準集2007年改訂版, 2007, p488.

- 4) WHO 患者安全カリキュラムガイド多職種版（日本語版）, 2011, p 164.

- 5) 日本医療安全調査機構企画部会, 同理事会, 診療行為に関連した死亡の調査分析事業のあり方, 2012, p2.

- 6) 厚生労働科学研究費補助金事業, 診療行為に関連した死亡の調査分析に従事する者の育成及び資質向上のための手法に関する研究, 平成 20 年度研究報告書, p90-96.

- 7) 平成24年度医療安全支援センター総合支援事業, 事例検討資料

## 医療安全支援センターにおける効果的なサービス提供のための研究

—患者相談・支援組織の連携および人材養成の工夫と、事例情報活用の検討—

研究分担者 原田賢治 東京農工大学保健管理センター 准教授

### 研究要旨

本研究においては、医療安全支援センター等の患者相談・支援のための組織が有効に、かつ継続的に活動していくための仕組みとして、組織の内部および組織間の連携の体制と、人材養成の工夫について検討をおこなった。さらに、相談・支援の事例情報をもとに、社会が医療に求めていることを解析し、その情報を活用していく新たな方法の可能性として、医学教育において何を教えるべきか・何を学ぶべきかを評価するための基礎情報として使用することと、診療ガイドラインにおける臨床的課題（クリニカルクエスチョン：CQ）を抽出・設定する際に使うことについての考察をおこなった。

#### A. 研究目的

本研究の目的は、医療安全支援センターの患者相談・支援の機能が有効にかつ継続的に行われるための工夫について検討し、さらに患者相談・支援の活動で得られた事例情報の解析結果を活用していくための新しい方法について考察することである。

#### B. 研究方法

##### 1. 患者相談・支援の機能が有効にかつ継続的に行われるための工夫の検討

患者相談・支援をより良くおこなっていくための検討の場として、本研究の1年目である昨年度、第7回医療の質・安全学会学術集会（2012年11月23-24日 埼玉）において、がん患者・家族相談支援を主なテーマとしたシンポジウム「相談・支援・苦情対応体制の現状と課題—がん患者・家族相談支援における質と安全の確保」（菊内

由貴、岩崎 浩思、松本 陽子、高山 智子、谷水 正人、原田 賢治）をおこなった。

本年度はその継続として、第8回医療の質・安全学会学術集会（2013年11月23-24日 東京）において、シンポジウム「医療対話と相談支援のための組織間連携と人材養成の工夫」（渡邊 清高、幸田 有子、東 健一、武山 ゆかり、水木 麻衣子、石川 雅彦、原田 賢治）をおこなった。このシンポジウムでは、医療機関、医師会、自治体（医療安全支援センター）などにおける患者相談・支援について、組織間や組織内の連携や、人材養成をテーマとして、それぞれの立場での取り組みの実際と工夫について討議を行った。

また、昨年度の本研究においては、NPO法人 ささえあい医療人権センターCOML（コムル）からの協力を得て、ロールプレイとグループワークによる上級者向けの研

修（ブラッシュアップ研修）を実施した。この研修では、支援センター職員が、相談を求める側（患者・家族の側）と受ける側との両方の役割を体験し、そこからの気づきと学びをグループワークによって深め、共有することを目指した。

本年度は、この研修に関連して、ロールプレシミュレーションとグループワークを用いた医療安全研修でおこなっていることを、患者相談・支援の人材養成に活用することについても、検討をおこなった。この医療安全研修では、「柔軟な対応によって日常的にうまくいっていることから学ぶ」というレジリエンス・エンジニアリングの考え方を取り入れ、コーチングの手法やサポートの仕方を、ティーチングやヘルプと対比しながら学び、それをファシリテーションに活用することを目指しており、この考え方を患者・家族の相談対応に応用することについて考察した。

## 2. 事例情報の解析結果を活用していくための新たな可能性の考察

相談や苦情についての対応・支援の事例情報は、個々の事案の解決のために活用されるとともに、医療安全支援センターからの事例報告（年間報告やeメールによる発信など）や、医療安全支援センター総合支援事業からの参考となる事例情報共有の活動（支援事業のwebなど）等によって、同様の事案に対応する際にも役に立てられている。さらに、全国的な事例情報を集めたデータベースを構築することが、昨年度の本研究において提案されている。

本年度は、事例の情報を解析することにより、患者・家族から医療に対してどのようなことが求められているか、という要望

を把握し、それに基づいて、より広範に医療全体を良くしていくことに活用する可能性について検討を行った。新たな方法の可能性として、(1) 医学教育において何を教えるべきか、何を学ぶべきかを評価するための基礎情報として使用することと、(2) 診療ガイドラインにおける臨床的課題（クリニカルクエスション：CQ）を抽出・設定する際に使うことについて、それぞれ考察をおこなった。患者・家族からの要望情報活用の先行研究としては、(1) 東京大学医学教育セミナーにおける Dr. Joyce Pickering の講演会 Demand Side Approach to Medical School Curricula の内容や、(2) 「システムティックレビューを活用した診療ガイドラインの作成と臨床現場における EBM 普及促進に向けた基盤整備」研究班（研究代表者 京都大学中山健夫）の成果などを参考とした。

### （倫理的配慮）

本研究においては、文献報告の調査にもとづく検討をおこなっており、個人のデータを扱っていない。

## C. 研究結果

### 1. 患者相談・支援の機能が有効にかつ継続的に行われるための工夫の検討

第8回医療の質・安全学会学術集会のシンポジウム「医療対話と相談支援のための組織間連携と人材養成の工夫」では、はじめに、がん相談支援センターとがん診療連携拠点病院の体制づくりについて、国立がん研究センターのがん情報提供研究部によってどのような研修がおこなわれているか、また病院内外にどのような連携をおこなっているかの紹介がおこなわれた。次に、一

般の病院の患者相談の状況について、秦野赤十字病院ではどのように患者相談の体制をつくりあげ、現在どのような工夫がおこなわれているかが示された。医療安全支援センターについては、横浜市の活動状況として、医師会・歯科医師会との協力体制、医療機関や市民を対象とした研修会の実施などの組織間連携と、相談者のメンタルケアを含めた人材養成について報告が行われた。また、在宅医療における相談窓口の活動として、豊島区医師会により、医療ソーシャルワーカーが在宅医療機関を訪問し連絡・相談を行っていることについて、具体的事例に基づいて紹介がおこなわれた。最後に、医療安全支援センター総合支援事業として、支援者の支援を行っている現状を振り返り、解決していくべき課題のまとめが行われた。さらに、このシンポジウムを通して、在宅医療におけるがん相談体制の構築や、医療安全支援センターと現場の病院の連携などについて、シンポジスト間での積極的な連携の提案がおこなわれた。

また、ロールプレイシミュレーション研修の方法の検討として、「柔軟な対応によって日常的にうまくいっていることから学ぶ」というレジリエンス・エンジニアリングの考え方を取り入れた医療安全研修について、受講者のアンケート結果に基づき評価を行った。複数の病院の教育担当看護師を受講対象として、「新人看護師への医療安全教育を企画し実行するという状況設定で、教える側と教わる側の両方の役割でのロールプレイを行い、その体験を通じて教育方法やファシリテーションについて学ぶ」というプログラムを実施した。研修内では、文部科学省 先導的大学改革推進委託事業「医学・歯学教育の改善・充実に関する調

査研究」医学チーム 映像で見る診療参加型臨床実習の動画も活用し、フィードバックとして、「良かった点と悪かった点」ではなく、「良かった点と改善したら更にパフォーマンスが良くなりうる点」を聞く、常に自己省察とフィードバック（指導医だけでなく同僚からも）を欠かさずそれにもとづいて今後の改善方法を学習者自身に考えさせる、という方法を推奨した。この研修の結果、受講者の自己評価による学習目標の達成度は5段階で4程度と良好であり、自由記載では、ファシリテーションについて体験から学ぶことができた、教育を受ける立場を経験することから学ぶことが多かった、等の感想があり、教育担当者が体験から学ぶ機会として有効と考えられた。この研修では、学ぶ側が自分で気づく、ということを重視しており、患者・家族の相談・支援の活動の研修においても有効と考えられた。

## 2. 事例情報の解析結果を活用していくための新たな可能性の考察

医学教育の直接の当事者は、学ぶ側（学生）と教える側（教師）であるが、この両者は、医療を行う側（供給する側、supply side）という点においては同じ側となる。医学教育の内容や成果を評価する上では、供給する側だけでなく、医療を求める側（demand side、需要者の立場、患者や家族の側）からの情報も活用する必要がある。東京大学医学教育セミナーにおける Dr. Joyce Pickering の講演会 Demand Side Approach to Medical School Curricula では、患者や家族の側の意見のアンケート調査によって、医学教育のなかでコミュニケーションを学ぶことの重要性が明らかとされた、という研究結果が紹介された。この

研究におけるアンケート調査と同様に、医療安全支援センターにおける相談・支援の事例情報を、医療を求める側（demand side）の意見としてとらえて解析し、その結果を活用して、医学教育をより良くできる可能性が考えられた。

また、診療ガイドラインを策定する際には、臨床的課題（クリニカルクエスチョン：CQ）を抽出・設定することが重要であるが、この場合にも、医療者側だけでなく、患者側の意見も取り入れることがおこなわれてきている。このために、臨床的課題の検討会のメンバーとして、疾患と関連した患者会から若干名が選ばれ参加することが行われる。今後、医療安全支援センターにおける相談・支援の事例情報からその疾患についての患者側の広範な課題意識を分析することができるならば、患者会からの詳細な課題意識の補完となる可能性が考えられる。

#### D. 考察

##### 1. 患者相談・支援の機能が有効にかつ継続的に行われるための工夫の検討

組織間連携や人材養成については、各組織で実際に行われている工夫を情報交換し広めていき、また、がん相談支援などの先進的体制から学んでいくことが今後も必要である。

さらに、昨年の本研究で提案されたように、相談対応経験者の会をつくり、現役とOBの両者の交流から経験を蓄積していくことが、患者相談・支援の人材養成について今後重要と考えられる。

##### 2. 事例情報の解析結果を活用していくための新たな可能性の考察

医学教育や臨床ガイドラインの領域との

情報交流を行い、どのような情報が、医学教育の向上や臨床ガイドライン作成にとって有益であるかを検討していくことが必要である。

また、医学教育や臨床ガイドラインに、相談・支援事例情報の解析結果を活用していくために、事例情報を登録する全国的なデータベースの構築が望まれる。

#### E. 結論

本研究において、患者相談・支援組織の連携および人材養成の工夫と、事例情報活用に関する検討を行った。相談・支援の活動を良くしていく方法や、相談・支援の活動の結果を活用していく方法について、今後も、広い視野から考えていくことが有用と考えられる。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

Takahide Kohro, Tsutomu Yamazaki, Hiroki Sato, Kenji Harada, Kazuhiko Ohe, Issei Komuro, Ryozo Nagai. Trends in Antidiabetic Prescription Patterns in Japan From 2005 to 2011. International Heart Journal Vol. 54 (2013) No. 2.

##### 2. 学会発表

☆ 渡邊清高、幸田有子、東健一、武山ゆかり、水木麻衣子、石川雅彦、原田賢治. 医療対話と相談支援のための組織間連携と人材養成の工夫（シンポジウム）. 第8回医療の質・安全学会学術集会（2013年11月23-24日 東京）

- ◇ 原田賢治、小林文枝、星野早苗．シナリオ・シミュレーションによる医療安全研修の企画・実施・進行の体験を通じて、院内教育のファシリテーションについて学ぶロールプレイ・プログラムの開発．第8回医療の質・安全学会学術集会（2013年11月23-24日 東京）

H. 知的所有権の取得状況  
なし

## シンポジウム 4

### 医療対話と相談支援のための組織間連携と人材養成の工夫

座長：石川 雅彦（公益社団法人地域医療振興協会 地域医療安全推進センター）

原田 賢治（東京農工大学 保健管理センター）

患者からの相談に答え、苦情への対応を行い、さらに患者への情報発信・啓発の活動を行っていくことは、医療と患者の連携と信頼を築き患者の満足度や納得感を高めるために不可欠のことである。しかしこのためには、コミュニケーションの技術の訓練が必要であり、その訓練を組織的にこなっていくための体制が必要である。現在、がん患者とその家族に対する相談と支援を行っていく仕組みとして、がん診療連携拠点病院に相談支援センターが設けられており、国立がん研究センターを中心として、組織づくりのための研修活動等がおこなわれている。また、患者の相談や苦情全般に対応する体制を充実することについては、平成24年から、患者サポート体制充実加算が設けられ、施設基準として(1)患者相談窓口を設置し、患者に対する支援の充実につき必要な体制が整備されていること、(2)当該窓口に、専任の看護師、社会福祉士等が配置されていること、が設定されている。さらに、都道府県、保健所設置市区、2次医療圏などの自治体組織にも、患者相談・苦情対応や住民啓発などを行うために、医療安全支援センターが設けられており、自治体の担当者を支援するための活動（医療安全支援センター総合支援事業）が行われている。それぞれどのような活動が行われているか、どのように人材養成が行われているかの取り組みを概観し、「医療対話」や組織間の連携について掘り下げて考えていきたい。

コーディネーター：原田 賢治（東京農工大学 保健管理センター）



## シンポジウム4-1

### 医療対話・相談支援の充実に向けた組織間、地域における連携 ーがん相談支援センター・がん診療連携拠点病院における体制づくり

渡邊 清高、高山 智子、若尾 文彦

国立がん研究センターがん対策情報センター がん情報提供研究部

病気の不安と向き合いながら過ごす患者・家族にとって、がんの治療・療養の選択などの意志決定の場面において、信頼でき役に立つ情報があること、情報が正しく伝えられ必要とする支援が受けられることは、患者が安心して納得して病と共に生きていくために必要不可欠な要素である。こうした仕組みを実現していくためには、信頼できる情報を収集・蓄積し、適切な情報が相談対応プロセスで利用しやすい形式で提供され、患者・家族(個人)、仲間(グループ)、組織、地域など、関連する相談対応者や医療関係者が協調関係を築き組織的に対応していく必要がある。

国立がん研究センターがん対策情報センターでは、がん情報サービス、がんの冊子、患者必携など患者・家族支援に資する良質な情報コンテンツを整備するとともに、全国のがん診療連携拠点病院(以下拠点病院)のがん相談支援センターや都道府県などと連携し取り組みを進めている。院内の他部署、地域(2次医療圏等)の医療機関、都道府県内での役割分担や対応方針を共有しつつ、地域における課題、事例検討や好事例を共有することで、患者・家族・住民、相談対応に関わる医療関係者の情報支援ニーズの把握や、よりよい相談対応が推進される。当センターでは、研修や地域の垣根を越えた広域のフォーラムなどの場を通して、質の高い相談対応の標準化と均てん化の取り組みを行っており、その概要を紹介する。

対話・相談対応の充実に向けて、拠点病院内であれば基盤となる院内の体制の充実に加え、業務と責任範囲の明確化と適切なスタッフ数、専門性をもつスタッフの配置、他部署との連携、研修・定期的な事例学習の機会、ストレスマネジメントなど、組織としてがん相談支援センターや相談員を支える仕組みの整備が必要となる。より広域(2次医療圏や都道府県)での議論においても、当該地域での情報コンテンツの収集整備状況と相談支援体制の把握から、互いの相談支援窓口の連携、継続的な学習機会の構築維持が図られる必要がある。2013年8月までに、九州沖縄、中国四国、北関東信越の各ブロックで相談支援ブロックフォーラムを実施し、地域の状況に即した具体的な事例共有と解決に向けたヒントを共有する場を提供している。

## シンポジウム4-2

### 医療対話と相談支援の現状と取組み、そして展望

幸田 有子

秦野赤十字病院 総合相談室

「医師から『これ以上治らない』と言われたが、それでは医療とは言えない。」「副作用が辛い、医療者は判ってくれない。治療を止めたい。」「手術後、自分の身体でなくなったように感じている。医療者は『ゆっくり食べるように』としか言わない。」...これらは、相談者である患者から聴いた言葉の数々である。これらの言葉は、深い苦しみ・悲しみの果てにたどり着いた“怒り”であるように私には聴こえる。これらの言葉は、医療者にとっては客観的事実を伝えた言葉に過ぎないが、患者にはその言葉は衝撃として残り、絶望の苦しみ、悲しみの種となる。ハインリッヒの法則によると、相談室で対応している患者の背景には、同じ思いを抱えながら病院を訪れる患者がその300倍存在することになる。相談室では、とにかく相談者の話を聴く。その話の内容が真実であるかということより、その患者(相談者)にとっての事実であることに神経を集中させて聴く。その結果、関係調整が必要と判断した相談事例については、当事者へ報告をしている。例えば、患者が「その説明は聞いていない。」と言ったことに対して、当事者である医療者からは「そんなわけではない。ちゃんと説明している。」と反論が返ってくる。その通り、医療者は説明しているということが事実なのであろうと思う。しかしその説明は、患者にとっては初めて聴く言葉(医療専門用語)であることが多い。病気を告げられ、精神的に衝撃を受けている時に、どんなに丁寧に説明を受けたとしても、患者には伝わっていないのが現状である。現在の医療者からの説明は、かつてのパターナリズム時代の説明とはその情報量の多さに関して全く桁違いである。しかし、自分の病気を告げられた患者に、その情報がすべて理解されることはない。人は心理的衝撃を受けた時、心的反応として自分にとって都合の良い情報だけを記憶するという反応も起こる。それは、医療者から見ると「理解できない困った患者」と映る。この医療者と患者との双方にとっての事実のズレが、患者にとっては“苦しみ”という心情として表現される。このズレは同時に医療者の“苦しみ”ともなる。医療者が持っているその患者の客観的事実、科学的所見情報等に基づく判断・価値観と、患者・家族の主観的事実(思い、願い、価値観)には常にズレが存在していることを医療者は認識する必要がある。そのズレを埋める関わりを持つこと=医療対話だけが、患者が「わかってもらえた」と感じるができるただ一つの手段である。現在の医療現場は、患者にとっての主観的事実を聴く姿勢、説明内容の理解確認、ケアとしてのコミュニケーションが決定的に不足している。それらをあらゆる医療の現場で医療者が意識的に実践できることが医療対話の本来の姿であると考えられる。

## シンポジウム4-3

### 横浜市医療安全相談窓口における組織間連携と人材育成

東 健一

横浜市健康福祉局 医療安全課

医療安全支援センターは、医療法に基づく施設であり、医療に関する患者やその家族等からの苦情・心配や相談に対応するとともに、医療機関、患者やその家族等に対して、医療安全に関する助言および情報提供機能等を担っている。横浜市は平成16年に医療安全相談窓口を健康福祉局医療安全課に設置した。平成19年の医療法改正に伴い、医療安全相談窓口を医療法上の医療安全支援センターとして位置づけた。事務職、医師、社会福祉士、看護師、放射線技師等からなる相談担当者が年間約5,000件の相談を受けている。

【医療安全相談窓口における組織間連携】相談者が苦情や要望の伝達を希望する場合には、原則相談者の実名を出すことを前提に、対象医療機関や薬局等に苦情の伝達を行っている。ただし指導や注意などの権限はなく、仲裁や仲介なども行っていない。相談の内容から、他の各制度管轄部署への確認や対応、引継ぎが必要と思われる場合には相談者の同意の上、各担当部署へ情報を提供、相談を行っている。相談の内容が無資格医療等、医療法等に抵触することが考えられる場合は、課内の医療法指導担当に情報提供しており、年間10件程度が臨時立入検査につながっている。

【医療安全相談窓口における人材育成】窓口としては豊富な事例と経験を蓄積しているが、全員が相談のベテランという訳ではなく、平成25年8月現在、キャリア1年未満の相談担当者が半数を超えている。初任者はオリエンテーションののち、OJTの形で「相談対応マニュアル」に沿って相談対応を開始する。また、医療安全支援センター総合支援事業が主催する研修及びジョイントミーティングに参加し、スキルアップを図っている。課内では相談事例検討会を月1回開催し、医療法指導担当に情報提供をした事例の検討を行っている。また、相談担当者打ち合わせ会を別途開催、各担当者が情報共有を行うとともに気持ちの「吐き出し」の場にもなっている。窓口では、時折理不尽な要求をされたり、相談担当者を罵倒する相談者がいることも事実で、相談担当者が困難事例を抱え込まない環境づくりと、メンタルヘルスのケアが人材育成と表裏一体の重要な課題でもある。

## シンポジウム4-4

### 在宅医療を支える体制を創る ～地域組織と行政の連携で「在宅医療相談窓口」開設へ～

武山 ゆかり、中辻 康博

公益社団法人豊島区医師会 豊島区在宅医療相談窓口

平成20年に始まった東京都在宅医療ネットワーク推進（モデル）事業は、都内3地域において先駆的な取組みを行い、都全域における在宅医療の基盤づくりへの反映をめざした。豊島区は「医療連携」をキーワードに、医療ネットワーク事業を推進した。このモデル事業で構築した連携をもとに、平成22年に豊島区、医師会、歯科医師会、薬剤師会、医療機関、訪問看護ステーション、高齢者総合相談センター（地域包括支援センター）、介護支援事業所、区民、学識経験者などで「在宅医療連携推進会議」を設置し、在宅医療の問題点、連携の在り方などを、各専門分野からの意見、社会資源としての各機関・人材の相互理解、利用の仕方などを検討し、「顔の見える連携」を作り上げていった。「在宅医療連携推進会議」の討議から、ワンストップ型の相談窓口として「在宅医療相談窓口」の設置が望まれ、平成24年10月に豊島区から医師会への委託事業として医師会館内に開設された。3年間の医療連携推進会議の分科会事業として「在宅医療コーディネーター検討部会」がコーディネーター研修を行ってきた。その経過から、退院調整の在宅側の調整役や、患者自身の思い、気持ちに添った調整進行が必要であることが、研修モデル事業の中でも明らかになった。病院からの退院患者へも、また在宅で長く療養をしている患者・家族や、介護保険の利用や障害者福祉の利用などにも対応できる人材として、医師会の行ってきた在宅難病患者訪問診療事業の経験の中から、相談員として「医療ソーシャルワーカー」2名の導入が図られた。開設から1年を経て、どのような相談や支援の要望が、区民や在宅医療関係者から寄せられたのか、どのようにして調整や問題の解決が図られ、どのような有用性が明らかになったのか、また「在宅医療」を安全に、利用者、関係者が安心して進めるためには、これからの課題はどのようなことがあるのか、「在宅医療」が入院や施設介護の適正な利用にどのように貢献しうるのか、または不足する医療や福祉の補完事業に陥ることを防ぎうるのか、を検証を含め考察していきたい。

### 支援者の支援

水木 麻衣子

東京大学大学院医学系研究科 医療安全管理学

医療安全支援センター（以下、支援センター）は都道府県、保健所設置市区、二次医療圏に設置された医療に関する相談窓口である。その機能は患者・住民からの医療に関する苦情相談への対応、医療機関ならびに国民への助言・情報提供である。全国372か所にある支援センターには年間約9万件の相談や苦情が寄せられている。苦情の上位は医療内容・医療行為（38%）、医療従事者の接遇（25%）、医療費（14%）について、相談の上位は健康や病気に関すること（39%）、医療機関の紹介（28%）である。苦情の多くは、患者と医療機関の「認識のずれ」から発生している。例えば、医療機関は標準的な治療を提供し、説明もしているが、患者はその事実を理解していないのである。院外に持ち出された苦情相談9万件に対し、支援センターは、患者と医療機関の信頼関係の構築を目指して相談対応をしているが、支援センターの対応で双方の「認識のずれ」を埋めるには限界がある。地域医療機関の相談窓口と連携して「ずれ」を埋めていく必要がある。しかし、医療機関の相談窓口も患者と組織の板挟みになっている。研修機会が少なく、組織の理解も乏しい部署であることが多いからだ。支援センターの設置目的には、患者・住民のみならず、医療機関への支援も含まれている。もともと、「場」をつくる役割として行政は力があり、経験もある。同じ苦情相談対応をしている病院の相談員を支援することは、支援センターの適切な役割ともいえる。しかし、支援は進んでいないのが実態である。理由は、支援センターが医療機関のニーズを把握していない、支援のきっかけがつかめない、交流会や研修会を企画運営する人材がいない等である。医療安全支援センター総合支援事業では、支援センターが主体で相談員が集う場をつくり情報交換や事例検討を行う活動を支援してきた。その「支援者の支援」は地域の相談体制の強化だけでなく、相談員の相互支援につながることもわかってきた。今後は、地域の相談体制の強化と相談員の相互支援につながるグループワークプログラムや評価方法をつくり、どの支援センターでも同様の活動ができるような環境をつくっていく必要がある。

## シンポジウム 13

### 相談・支援・苦情対応体制の現状と課題 — がん患者・家族相談支援における質と安全の確保

座長：谷水 正人（独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター）

原田 賢治（東京大学大学院医学系研究科 医療安全管理学講座）

新しいがん対策推進基本計画（H24年～28年）の全体目標は「がんによる死亡者の減少、患者・家族の苦痛の軽減と療養生活の質の向上、がんになっても安心して暮らせる社会」である。医療崩壊が危惧される中で患者に寄り添う医療の重要性が指摘されている。がん患者・家族の相談支援はがん診療連携拠点病院やNPO法人などにより様々な取り組みが進んでいる。また、医療安全支援センターが都道府県・保健所設置市区・二次医療圏ごとに全国で約380箇所設置され、医療についての相談・支援・苦情の対応や、患者や医療機関への情報発信の活動が行われている。

本シンポジウムでは、相談支援に実践的に取り組んできたシンポジストに登壇いただき、相談支援における質と安全の確保のための課題、今後の相談支援体制のあり方について考えたい。

コーディネーター：原田 賢治（東京大学大学院医学系研究科 医療安全管理学講座）

谷水 正人（独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター）

若尾 文彦（独立行政法人国立がん研究センター がん対策情報センター）

新海 哲（独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター）

# 医療の質向上を目的とした データベースにおける 科学的質の担保

東京大学大学院医学系研究科  
医療品質評価学講座

宮田裕章

社会的活動としての医療水準評価を考える為の視点

有用性基準  
Utility  
Standard

実現可能性  
基準  
Feasibility  
Standard

正当性基準  
Propriety  
Standard

正確性基準  
Accuracy  
Standard

## 医療水準評価における時系列的流れ

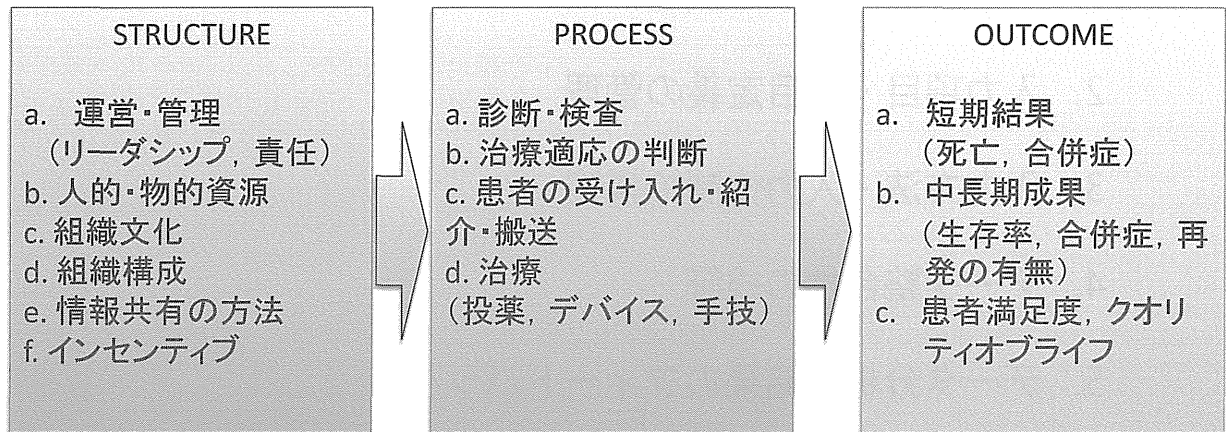
1. 医療評価の基準の決定
2. 入力項目・項目定義の管理
3. 入力方法・入力体制の構築
4. データ整合性の検証
5. データ分析, 結果のフィードバック

## 妥当性・一般化可能性

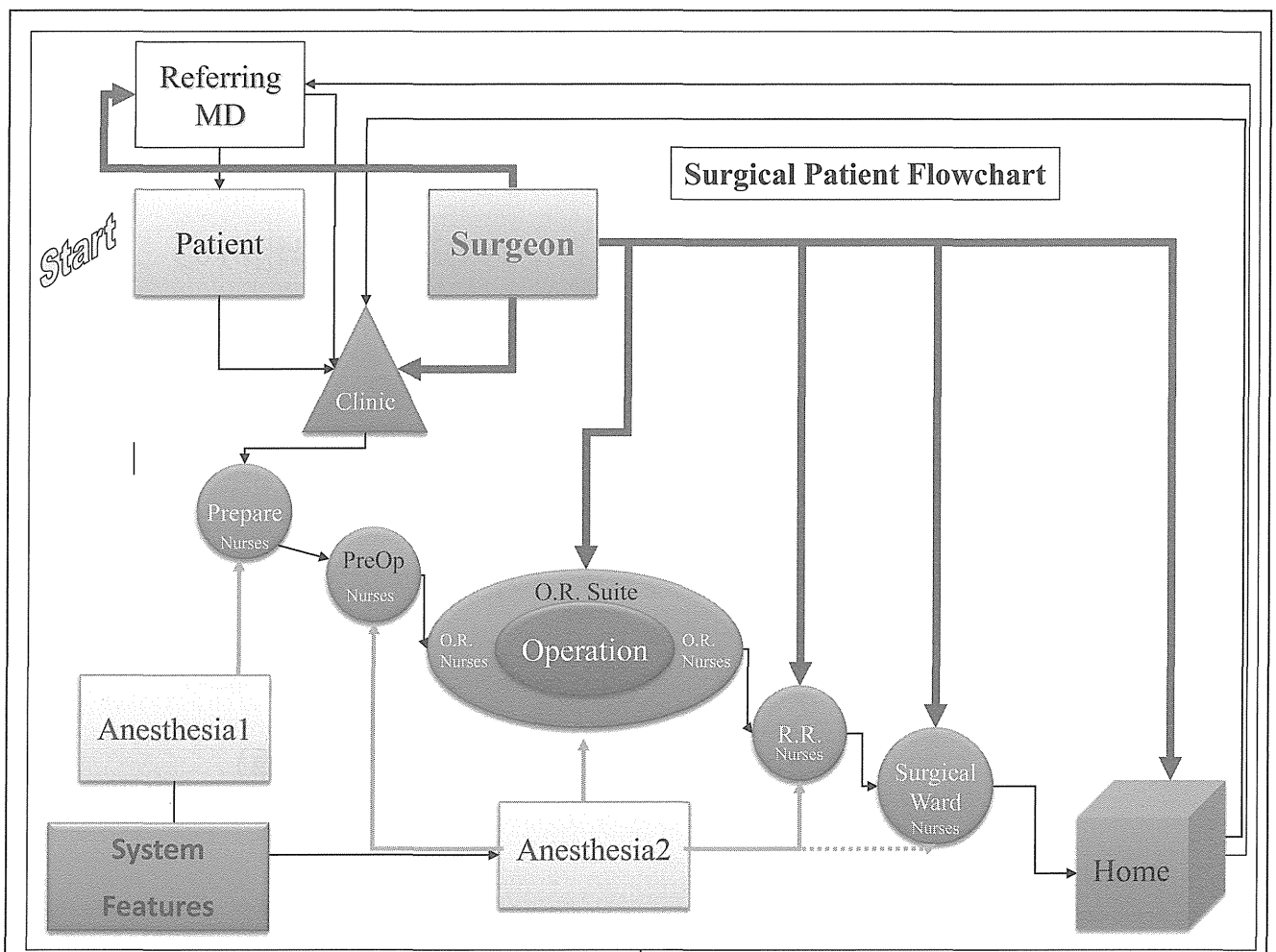
### A. 医療水準を評価する枠組み妥当性

- ① 医療の質や改善を考えるための理論的枠組みの構築（構成概念の妥当性）
- ② Patient basedである, 臨床現場が理解・納得して取り組むことができる, 医療政策, 保険制度と連動することができる（多角的視点の反映）
- ③ 評価が領域のパフォーマンスを包括的に説明している（包括的説明力）
- ④ 専門家の関与により短期・中長期に改善が可能である（基準関連妥当性）
- ⑤ 対象となる地域, 領域において上記の取り組みを適用することが可能である（一般化）
- ⑥ 対象外の地域への適用可能性の検証（外挿）

## 医療の質測定における構成概念妥当性の検証



上記の構成に配慮して、評価枠組みを検討することは、医学領域では有用。どのような要素で構成されるかは、領域ごとに異なる。



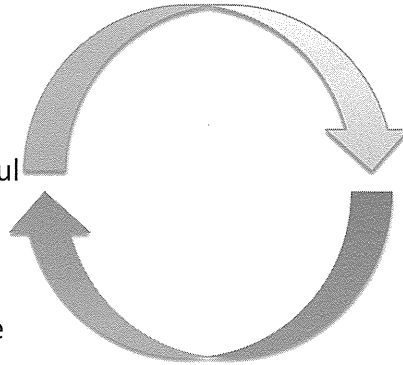
# 医療の質測定における構成概念妥当性の検証

## 1. Plan

- a. Make a plan for the change
- b. Collect baseline data
- c. Communicate the test of the change

## 4. Act

- a. Modify/ abandon plan
- b. Or, implement a successful plan
- c. Develop on going monitoring and consider implementing the change throughout the system



## 2. Do

- a. Test the change
- b. Document the results of the change
- c. Continue to monitor the data

## 3. Study

- a. Verify the effects of the change
- b. Check results

## Example Benefit: Ability to Pinpoint When a Patient Experienced a Post-Operative Occurrence

Adobe Reader - [30-Day Post-Operative Occurrences Stratified by Inpatient/Outpatient]

File Edit View Document Tools Window Help

**30-Day Post-Operative Occurrences Stratified by Inpatient/Outpatient**

University Hospital of America

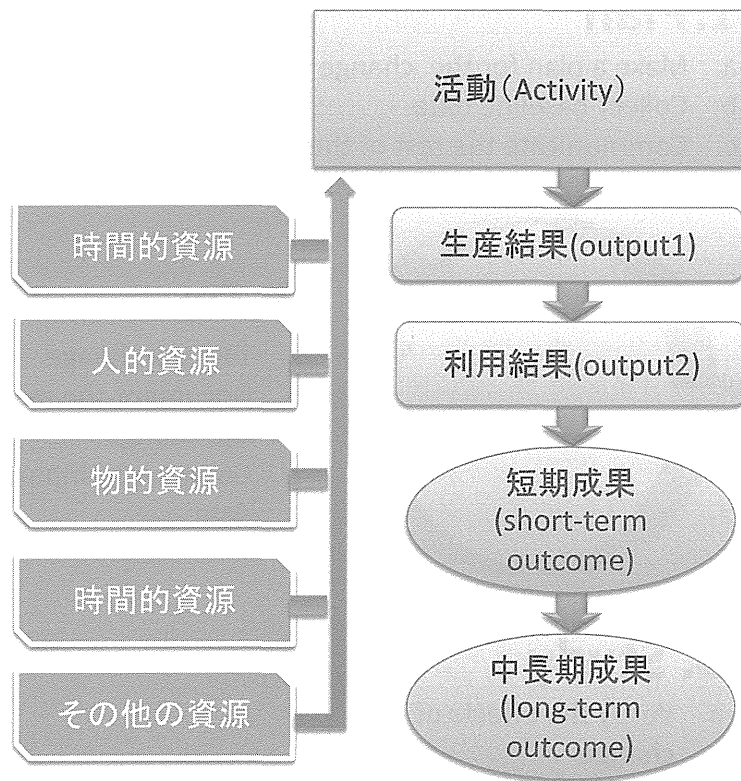
Operation Date Range: 10/01/2003 - 09/30/2004  
 Searched By Subspecialty: General Surgery  
 Comparison Sites: All Hospital Types, All Hospital Beds  
 Total # of Cases: Site = 1,767 / Comparison = 19,505

Page: 1 of 4  
Report Generated On: 04/12/2005

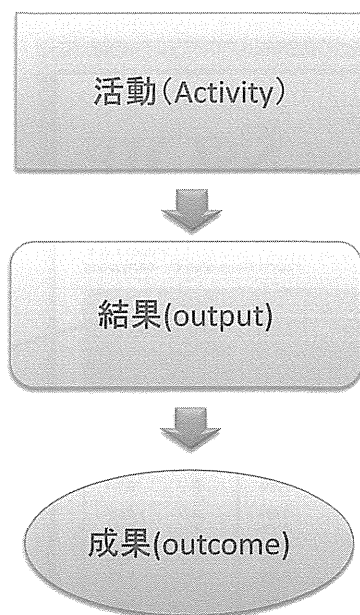
POST-OP OCCURRENCE SUMMARY	TOTAL CASES		SELECTED SITE					
			DETAIL			OUTPATIENTS		
			IN-HOSPITAL	POST-DISCHARGE				
<b>Total All Post-Op Occurrences</b>	<b>335</b>		<b>242</b>	<b>83</b>	<b>10</b>			
<b>Wound Occurrences</b>	<b>85</b>	<b>4.8%</b>	<b>40</b>	<b>2.9%</b>	<b>41</b>	<b>3.0%</b>	<b>4</b>	<b>1.1%</b>
Deep Incisional SSI	9	0.8%	3	0.5%	3	0.4%	1	0.3%
Organ/Space SSI	25	1.4%	14	1.0%	11	0.8%	0	0.0%
Superficial Incisional SSI	42	2.4%	20	1.4%	19	1.4%	3	0.8%
Wound Disruption	9	0.5%	3	0.2%	6	0.4%	0	0.0%
<b>Respiratory Occurrences</b>	<b>99</b>	<b>5.6%</b>	<b>89</b>	<b>6.4%</b>	<b>8</b>	<b>0.6%</b>	<b>2</b>	<b>0.5%</b>
On Ventilator > 48 Hours	45	2.5%	44	3.2%	1	0.1%	0	0.0%
Pneumonia	29	1.6%	25	1.8%	3	0.2%	1	0.3%
Pulmonary Embolism	9	0.5%	5	0.4%	3	0.2%	1	0.3%
Unplanned Intubation	16	0.9%	15	1.1%	1	0.1%	0	0.0%
<b>Urinary Tract Occurrences</b>	<b>54</b>	<b>3.1%</b>	<b>37</b>	<b>2.7%</b>	<b>16</b>	<b>1.2%</b>	<b>1</b>	<b>0.3%</b>
Acute Renal Failure	5	0.3%	3	0.2%	2	0.1%	0	0.0%
Progressive Renal Insufficiency	15	0.8%	12	0.9%	3	0.2%	0	0.0%
Urinary Tract Infection	34	1.9%	22	1.6%	11	0.8%	1	0.3%
<b>Central Nervous System Occurrences</b>	<b>8</b>	<b>0.5%</b>	<b>7</b>	<b>0.5%</b>	<b>1</b>	<b>0.1%</b>	<b>0</b>	<b>0.0%</b>



## 医療の質測定における構成概念妥当性の検証



## 医療の質評価における多角的視点の反映



測定を行う各項目が単一の視点ではなく、多角的な視点を反映したものとなっているか

### ・活動

専門医と非専門医, 他科の医療チーム, 他職種, 他施設, 患者本人・家族

### ・アウトカム

医療者チームからみた短期成果が, 患者視点の中長期的な成果に結びつくか, 診療科・施設としてインセンティブがある構造か, 保険者・行政からみても中長期的に有用か, 地域全体としての医療の向上につながっているか

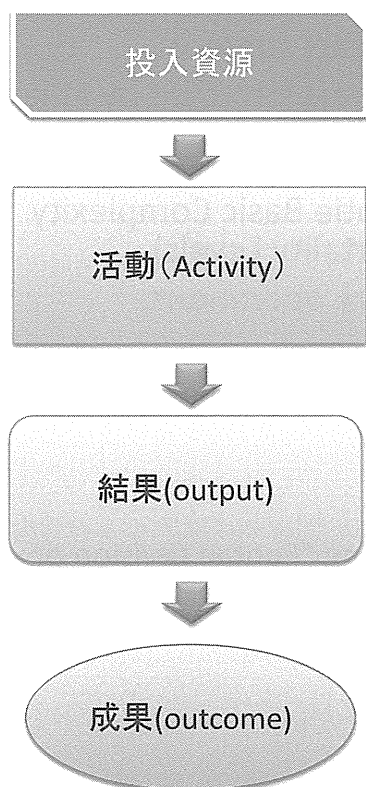
# The Cost of Complications

- According to a study performed at the University of Michigan which analyzed ACS NSQIP data and associated cost data: Eliminating just two respiratory complications per year can pay for participation in the ACS NSQIP

	INFECTIOUS	CARDIO-VASCULAR	RESPIRATORY	THROMBO-EMBOLIC
Unadjusted Hospital Costs (95% C1)	\$8,209 (\$5,566-10,853)	\$13,256 (\$6,720-19,799)	\$54,430 (\$51,770-57,091)	\$28,355 (\$22,580-34,130)
Adjusted for Procedure Complexity (95% C1)	\$4,798 (\$4,110-5,486)	\$13,330 (\$11,579-15,082)	\$44,554 (\$43,753-45,356)	\$15,727 (\$14,004-17,450)
Adjusted for Complexity & Patient Characteristics (95% C1)	\$2,207 (\$1,301-3,113)	\$7,519 (\$5,607-9,437)	\$51,409 (\$49,868-52,950)	\$18,341 (\$16,422-20,259)

Dimick JB, Chen SL, Taheri PA, et al. Hospital costs associated with surgical complications: a report from the private-sector NSQIP. J. Am Coll Surgery Oct 2004.

## 医療の質評価の枠組みの包括的説明力



資源の投入, 活動, 結果, 成果とつながっていく一連の評価が対象となる当該領域における医療の質を包括的に説明しているか.

疾患分類, 治療の区分, 成果の定義などは妥当か?

→  
批判的な検証, if-then テスト,  
否定的データを用いた検証,

などのプロセスを通して検討を行うことも有用.

## 9 Structure Measures

1. Participation in a systematic multi-institutional database (registry) for cardiac surgery
2. Participation in pre-operative multidisciplinary conference involving cardiology, cardiac surgery, anesthesia, and critical care to plan surgical cases  
Multidisciplinary rounds involving cardiology, cardiac surgery, and critical care
4. Regularly scheduled peer review quality assurance conference
5. Availability of intraoperative transesophageal echocardiography (TEE)
6. Availability of institutional pediatric ECLS (Extracorporeal Life Support) Program

## 9 Structure Measures

Surgical volume for pediatric and congenital heart surgery

Surgical volume for pediatric and congenital heart stratified by at least one multi-institutional validated complexity stratification tool. (Suitable multi-institutional validated complexity stratification tools include the 5 functional RACHS-1 classifications, the 4 Aristotle Basic Complexity Score Levels, and the five 2008 STS-EACTS Mortality Levels).

Surgical volume for the following six benchmark operations:

VSD repair,

TOF repair (excluding TOF with pulmonary atresia, TOF with AVSD, and TOF with Absent Pulmonary Valve Syndrome),

AVSD repair,

Arterial switch operation,

Primary or completion Fontan operation (excluding "Fontan revision or conversion (Re-do Fontan)", and

Norwood (Stage 1) operation

## 3 Process Measures

1. Timing of antibiotic administration for cardiac surgery patients
2. Selection of body weight appropriate dosage antibiotic administration for cardiac surgery patients

## 3 Process Measures

3. Use of an expanded pre-procedural and post-procedural “time-out” that includes the following elements:
  1. The *conventional pre-procedural “time-out”*, which includes identification of patient, operative site, procedure and history of any allergies.
  2. A *pre-procedural briefing* wherein the surgeon shares with all members of the operating room team the essential elements of the operative plan; including diagnosis, planned procedure, outline of essentials of anesthesia and bypass strategies, anticipated or planned implants or device applications, and anticipated challenges.
  3. A *post-procedural debriefing* wherein the surgeon succinctly reviews with all members of the operating room team the essential elements of the operative plan, identifying both the successful components and the opportunities for improvement. This debriefing should take place prior to the patient leaving the operating room or its equivalent, and may be followed by a more in-depth dialogue involving team members at a later time. (The actual debriefing in the operating room is intentionally and importantly brief, in recognition of the fact that periods of transition may be times of instability or vulnerability for the patient.)
  4. A briefing or *hand-off protocol at the time of transfer* (arrival) to the Intensive Care Unit at the end of the operation, involving the anesthesiologist, surgeon, physician staff of the Intensive Care Unit (including critical care and cardiology) and nursing