

7. 相談窓口担当者の職種と人数を教えてください

1. 看護職 () 人	2. ソーシャルワーカー () 人	3. 医師 () 人
4. 事務職 () 人	5. その他：(職種 () () 人	
6. その他：(職種 () () 人		7. わからない

8. 相談窓口の担当者の人数 (1日あたり平均)

(わからない場合は2に○を付けて下さい)

1. () 人

2. わからない

9. 対面または電話による苦情・相談件数 (1か月あたり) 投書箱・ご意見箱等は除く

A. 10件未満	B. 10件以上 50件未満	C. 50件以上 100件未満	D. 100件以上
E. わからない			

10. 以下の苦情・相談はどの程度寄せられますか？

数字に○を付けて下さい。

	全 く な い ▼	あ ま り な い ▼	少 し あ る ▼	わ り に 多 い ▼	非 常 に 多 い ▼
A) 医療行為・医療内容に関すること	0	1	2	3	4
B) 医療従事者の接遇に関すること	0	1	2	3	4
C) 施設・設備に関すること	0	1	2	3	4
D) カルテ開示に関すること	0	1	2	3	4
E) 医療費に関すること	0	1	2	3	4
F) セカンドオピニオンに関すること	0	1	2	3	4
G) 健康や病気に関すること	0	1	2	3	4
H) 薬に関すること	0	1	2	3	4
I) 医療安全に関すること (医療過誤疑いを含む)	0	1	2	3	4
J) 待ち時間に関すること	0	1	2	3	4
K) 福祉制度・在宅療養に関すること	0	1	2	3	4
L) 転院・退院に関すること	0	1	2	3	4

II. あなたご自身のことについてお尋ねします。

11. これまで苦情・相談対応に関する研修を受けたことがありますか

1. ある	2. ない	→ 「ない」場合は質問番号 13 に進んで下さい。
↓		
ある場合は質問番号 12 に進んで下さい。		

12. これまでに受けた苦情・相談対応に関する研修の内容と主催者を下表にお書きください

	研修内容	主催者
1.		
2.		
3.		

13. 苦情・相談対応に関して受けてみたい研修についてお書きください（自由記載）

14. 窓口で患者・家族の対応をしていて発生する困りごとの種類と、それらによってどの程度困っているかをお尋ねします。（あなたが窓口の担当者ではない場合でも、患者・家族と接する上で困っていることについて、分かる範囲でお答えください。）

以下の数字に○を付けて下さい。

		全く困っていない ▼	あまり困っていない ▼	どちらともいえない ▼	やや困っている ▼	非常に困っている ▼
A) 患者または家族からの暴言・暴力	0	1	2	3	4	
B) 患者または家族からの理不尽と思われる要求	0	1	2	3	4	
C) 繰り返し訴えてくる患者または家族への対応	0	1	2	3	4	
D) 相談窓口と病院各部門との情報共有	0	1	2	3	4	
E) 相談窓口内の情報共有	0	1	2	3	4	
F) 窓口内での解決法・対策の立案	0	1	2	3	4	
G) 他部門との解決法・対策の立案または実行	0	1	2	3	4	
H) 相談支援部門の人員・予算上から生ずる限界(例：人員不足等)	0	1	2	3	4	
I) 病院スタッフおよび資器材から生ずる問題への対応	0	1	2	3	4	
J) 現在の医療制度や医療保険制度および福祉制度から生ずる 問題への対応	0	1	2	3	4	

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

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

—支援者の支援～事例検討の方法に関する考察～

研究協力者 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 特任研究員

研究要旨

医療相談体制の整備が図られる中、苦情相談対応の事例検討のニーズが高まり、価値ある事例検討の方法が求められている。本研究では支援センターが行った医療対話推進者との合同事例検討会の課題を分析し、効果的な事例検討について考察を行った。今後、支援センターが行う事例検討は、再発予防に役立つ情報を蓄積する目的で、①医療機関と合同で行い、②患者の言い分と根本原因の探求②苦情相談に至るまでプロセスの検証を行うことが必要と思われる。

A. 研究目的

2013 年度より医療機関の相談支援の充実を図るために、患者相談窓口には診療報酬がつけられ、相談窓口に医療対話推進者の配置が促されるようになった。今後、医療機関の患者相談窓口は、患者・家族と医療機関の対話の場、そして問題解決の場として明確に位置付けられることになった。

一方、医療安全支援センター（以下、支援センターとする）は 2006 年に制度化し、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（医療法第 6 条の 11）。患者住民から医療に関する苦情相談をうけ、患者住民と医療機関に助言や情報提供をすることで、患者医療機関の信頼関係の（再）構築を目指している。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。支援センターに寄せられる苦情相談は、本来、医療機関の患者相談窓口において解決されるべき問題であることが多い。支援センターは今後、支援センターに寄せられる苦情相談対応だけでなく、医療機関の患者相談窓口が機能するよう医療対話推進者の支援に力を入れていく必要がある。

支援センターが「支援者の支援」として支援センターと医療機関の相談員、医療機関の相談員同士の連携の場をつくり、グループワークを行うことの効果は昨年と同研究で明らかになっている。

今年度の研究では「支援者の支援」の内容として事例検討を取り上げた。その理由は、今後、事例検討についてのニーズが高まることが予想されるからである。その背景には、医療対話推進者には相談事例を分

析して内容を組織にフィードバックすることが期待されているが、その分析をする体制や方法を確立している医療機関が少ないといった状況がある。例えば、A市医療安全支援センターが行った病院相談窓口連絡協議会では、市内22の医療機関から集まった医療対話推進者が患者相談窓口の課題について意見交換をした。その際に明らかになった医療対話推進者の実像は、患者家族の苦情相談に苦慮するだけでなく、患者と医療機関の板挟みになり院内調整にも苦労している姿である。それにも関わらず研修機会やサポート体制も整っていないため、相談対応方法、相談事例の分析方法、相談窓口の体制作りは難航している。

一方、支援センターも事例検討は避けられない。支援センターは医療機関に助言・情報提供を行うことになっているが、それが適切にできていないのである。医療機関への支援が進まない支援センターは、病院への情報提供が、相談における患者の言い分を伝えるのみにとどまり、相談の中にある根本原因をつかみ、医療機関の質向上に有効な情報を提供できていない状況にある。

以上のように、支援センターも医療機関も苦情相談に対応し、その事例から医療の質や安全、患者安全や満足度向上につながるような情報を引き出すことが出来ていないことがわかる。そこで本研究では、支援センターが行った医療対話推進者との合同事例検討会の課題を分析し、効果的な事例検討の方法について考察を行った。

B. 研究方法

1. 病院相談担当者と支援センターの事例検討会

A市医療安全支援センターは、院内外の

相談窓口の連携を促進するために、2013年6月に市内にある22病院の相談員を集めて事例検討のグループワークを実施した。事例検討では、実際に支援センターに寄せられた相談事例を使い、その事例をどのように考えるかを話し合い、その後まとめを発表し合い全体共有を行った。事例概要は「入院中の高齢の母親に対する看護師の対応についての娘からの苦情」であった。娘によると「夜間のトイレ歩行を看護師が徘徊と考へ、抑制をした」とのこと。抑制される母親の姿は、娘が考へる「母」のイメージからは想像のできない状況で、担当医や相談窓口に訴えても解決せず、支援センターに相談をしてきた事例である。

2. 複数の医療機関と複数の支援センターの合同事例検討会

2013年度医療安全支援センター総合支援事業で行った「ジョイントミーティング福岡」では、医療機関の相談担当者である医療対話推進者と支援センターが同じ目線で相談事例を掘り下げ共有すべき課題を抽出する目的で、合同事例検討会を行った。まず、支援センターと2つの医療機関が下記の4つの相談対応の実際を発表した。①クレマー対応の相談、②同じ内容を頻繁に繰り返す相談、③高齢者で様々な他の医療機関とトラブルを持っている相談、④精神病院にたまに受診に来る患者の紹介状をめぐっての苦情。次に、支援センターに寄せられ、当該医療機関で対応済みの事例を材料に、RCA（Root Cause Analysis：根本原因分析）の方法を用い事例検討を行った。なお、事例検討時にはファシリテーターとしてRCAの経験者を配置して行った。

上記二つのグループワークから事例検討

の課題を分析し事例検討の方法について考察する。

(倫理的配慮)

本研究は、個人が特定されない状態に加工した事例検討の資料を用いて行った。

C. 研究結果

1. 病院相談担当者と支援センターの事例検討会

参加者は市内22病院から26名。事務職、精神保健福祉士、ソーシャルワーカー、看護職など様々な職種が集まった。様々な職種、医療機関の混成のグループでこの事例について、課題や対応方法について話し合った。特に分析のフレームは提示せずに行ったところ、多くのグループは事実確認、問題点の把握、対策の順で話し合われていた。その結果、本事例は「説明不足」が問題であり、対策としては「事実確認」をした上で、「きちんとした説明を行う」といった対策に集約された。

2. 複数の医療機関と複数の支援センターの合同事例検討会

(1) 相談対応事例の共有

支援センター23名、医療機関21名の計44名が参加した。それぞれの機関ですでに分析をされた事例の報告であったが、その報告を聞くことで支援センターと医療機関の情報共有の課題が明らかになった。その課題は、①医療機関が支援センターの役割を知らない、情報共有の必要性を理解していない。②支援センターが、相談事例を分析検討できておらず、患者の要望のみを医療機関に伝えているということであった。また、「医療機関が支援センターに求めている

情報」と「支援センターの医療機関への対応や情報共有の課題」が明らかになった。

「医療機関が支援センターに求めている情報」は、下記の3点であった。①情報提供のあった相談状況を支援センターがどのように認識しているか。②医療機関がどのように対応すれば、相談者が納得するのかについての支援センターの見解。③医療機関でエネルギーを投入して分析し対策をとるべき相談事例であるかどうかの判断。「支援センターの医療機関への対応や情報共有の課題」も3点であった。①支援センターからの一方的な情報提供だけでなく、医療機関の相談に応じるような対応。②医療機関が何に取り組めばいいのかを検討した上での情報提供。③医療機関が対応に困っていることを理解した上での価値ある情報提供。

(2) 原因分析

RCA (Root Cause Analysis : 根本原因分析) の方法を用い、実際に支援センターに寄せられた相談事例で、すでに医療機関にて分析を行い、対策が取られている事例について検討した。事例検討は、医療機関と支援センターで1グループ6名に分かれ行った。事例概要は、大腸検査をした患者が、検査後半年もたった後に、「検査時に使用した注射器をのせたトレーに血液がついていた。どうしたらいいか」と支援センターに相談してきた事例であった。根本原因を導き出すために、分節ごとに問いかけとその答えを出していく作業を行った。RCAはもともと多職種で行うことができる分析手法である。支援センターの職員の中には、医療機関でRCAを用いた分析が行われていることを知らない人もいた。また、参加した支援センター職員全員がRCAを行うのは初めてであった。分析結果は、ほとんど

どのグループで同じことが指摘された。それによると、この事例が起こった根本原因は「医療機関の人員不足」となっていた。患者側が医療者にその場で訴えられなかった原因は「看護師が怖かった」という分析になっていた。

D. 考察

1. 病院相談担当者と支援センターの事例検討会

実際の事例を用い、事例から読み取れる問題と対策を話し合う方法で、特に分析のフレームは提示せずに行う方法では、「説明不足」「事実確認」「適切な説明」といった多くの相談に当てはまる解決策の検討に終わった。より具体的な内容でなければ、現場における対応の改善や再発予防の実行可能性は低いと思われる。どのグループでも苦情相談の分析をする時に、苦情相談にある根本原因を突き止めること、事実を突き止めることに熱中し、①相談者がどのような感情を持ち、なぜ苦情に至ったか。②この相談者が同じ相談で困らないようにするにはどうしたらよいか、という相談者目線にたった苦情に至るプロセスの検証にはならなかった。

2. 複数の医療機関と複数の支援センターの合同事例検討会

(1) 相談対応事例の共有

支援センターと医療機関それぞれの相談対応の報告は、情報共有の課題が明確になった点において有効であった。情報の発信者としての支援センターは、医療機関が必要としている（活用しうる）情報を吟味して提供することに大きな課題を見つけた。つまり、支援センターが行う医療機関への助言・情報提供は、その内容が医療機関の

質向上につながる「情報」であるか、ということを検討した上で行うことが求められている。

一方、情報の受け手であることが多い医療機関は、自らの組織が必要としている情報の種類や内容が支援センターに伝わるメリットや患者啓発、他の医療機関との横の連携などに支援センターの協力を得られることを発見できた。支援センターと医療機関とがお互いの苦情相談対応の現状を理解することは、相談対応の実践力の向上につながるだけでなく、患者と医療機関の信頼関係構築のための価値ある情報を特定し、共有することが可能になるとと思われる。

(2) 原因分析のメリットとデメリット

相談事例について、根本原因分析を行うことのメリットは、医療機関にとっては、対策を立てられること、再発予防ができることである。また、支援センターの職員にとってもメリットは大きい。なぜなら苦情相談を引き起こす原因を知っておくことで相談対応の幅が広がり、質が上げるからである。その方法として、RCAは初心者であっても参加しやすく、支援センターの職員のように医療の実務をしていない人が参加することもできるため、非常に有効であった。しかし、RCAの内容、とくに「問題の特定」には課題が残った。多くの医療機関が「人員不足」を根本原因にあげたい気持ちはわかるが、「人員不足」では実効性のある解決、すなわち再発予防にはつながらない。また、患者側の原因が出てこなかったことも課題である。これらは医療者も支援センターも医療における患者参加の具体的な形を持っていないことを意味する。後述するが、この事例から再発防止につながる情報を引き出すには、二つのことを明ら

かにする必要がある。それは①苦情に発展するまでのプロセスを明確にし、どこに介入の余地があったか、という点。②患者が再発予防に参画できるようになるために何を啓発するべきか、という点である。

以上の事から、相談事例の分析にRCAを用いる際の検討事項として、根本原因を特定し対策をとるべき事例と、苦情が形成される過程を検証していく事例を選別していく必要があると言える。また、そのどちらにしても、ファシリテーターが不可欠であり、その力量をつけていくことも必要である。

3. 事例検討の様々な形

一般に、事例検討の目的は2種類ある。1つは提供しているサービスがうまくいかない状態に陥っている場合に、問題を特定しその解決方法を見出すために行うもの。2つ目はサービス提供者側の学習、研修として発見や気づきを他者に知らせるため、その事例の持つ問題点などを指摘するものがある。ソーシャルワーカー¹、障害者の相談支援専門員²、ケアマネージャー³、ケアワーカー⁴、精神科看護師^{5,6}などをはじめとする看護職など、多くの対人援助職は積極的に事例検討を行っている。それは、専門家の専門性が実践課程における知と省察それ自体にあると考え、自己と対峙し、自己の実践を問い直し熟考する取り組みを重視しているからである。また、これらの専門職は専門的な立場で相談支援やケアサービスを提供し、何らかの解決をすることが求められることが多いため、PDCAサイクルの中で事例検討が行われている。つまり、支援の効果や妥当性の検証、さらには対応困難事例、気になる事例についての事例検

討を行うことが業務の一環にもなっている。対人援助に係る専門職の行う事例検討の特徴は、思考過程の明確化、内省と自己覚知、実践能力の向上を目的に、事例を専門的な理論に基づき詳細に分析し、より経験値のある専門家や様々な関係者からスーパーバイズをうける方法で行われている点である。

支援センターのように苦情相談対応を行う人にとっても「自己の実践を問い直すこと」や「自己覚知」の力は必要ではある。また、相談業務の中で、困難事例等の事例検討を行うことも意味はある。しかし、支援センターの設置の目的、業務環境から考えると、専門家が行うような相談者と相談員の関係性や応答を内省的に検証したり、困難事例への介入力を向上させる目的での事例検討はあまり必要ないと考えている。

4. 支援センターの事例検討の方向性

(1) 支援センターの相談支援の特徴

支援センターの相談支援の特徴は問題を解決するところまでの義務はないところである。苦情・相談として寄せられるのは患者家族、住民の「言い分」であり、そこに本当の医療の問題が潜んでいる場合もあれば、ない場合もある。また、患者・住民側に課題がある場合も多い。そのため、相談員が、訴えの中から、問題を特定することも、問題の重要性を判断することも困難になっている。支援センターによっては、問題の特定まで聞いている相談員もいるが、多くは「傾聴」「共感」の対応で「苦情を言いたくなるほどのつらい気持ち」など感情を受け止めることで終了することのほうが多い。

(2) 医療機関の相談支援の特徴

一方、医療機関は、相談をうけると事例

検討と同じようなプロセスをたどりがちである。つまり「事実確認」から着手し、「根本原因」を探り始める。患者の感情や言ひ分は吟味せず、「どこで」「何が」あったのか、その事実は、「適切なこと」だったのか、「不適切なこと」だったのかを追求する傾向にある。これは、医療機関の相談支援は相談者の「問題の解決」までが支援の範囲であり、かつ、組織的に対策立案をし、改善へのPDCAサイクルを回すことが求められているからだと思う。

(3) 相談者がたどった苦情に至るプロセスを検証する価値

医療に関する苦情相談を「再発防止」や「患者満足度向上」「医療の安心安全の実現」に活かしていくには、医療現場が改善に活用しえる情報を意図的に収集していく必要がある。その情報とは何であろうか。それは「相談者がたどった苦情に至るプロセスを検証することで見えてくる情報」である。つまり「標準的な患者家族」が「苦情相談をいうに至る」間に、どのような事実がいくつ起こっていたかという情報である。

今の医療現場の対応はマニュアル対応の連続である。受付、検査、診察、治療、会計の間には多くの職員が関わっている。それぞれの対応マニュアルが用意されているが、患者家族がたどるプロセスの全体像が見えている職員は少ない。患者家族が本当に聞きたいことを誰も感知しないまま、マニュアル的な対応が積み重なっていきやすい。そうなるとう患者家族の不安や不満が蓄積し、「標準的だった患者家族」が「クレーマー」になることもある。苦情相談対応事例の中で、再発予防のために注目すべきは、「もともとクレーマー的な患者家族」の苦

情相談ではなく、むしろ「標準的な患者家族がクレーマー化した事例」である。そしてそこから読み取るべき情報は、早期介入のポイントとタイミングである。つまり、「標準的な患者家族」の苦情相談事例に注目し、医療機関のどの場面で、どのような医療者の対応によって、どのような不満が沸き起こり、それがどのように増幅し、どのタイミングで「苦情」を言うに至ったかという情報である。その情報の蓄積があれば、医療者の早期介入が可能になる。医療機関の通常業務の中にある、「苦情が発生しやすい場面」、「苦情を誘発する対応」「苦情を増幅させる対応」を知っておくことで、苦情になる前に介入するという行動がとれば、再発予防ができる。

支援センターの苦情相談対応においても、相談者とのやり取りの中で、早期介入につながる情報を収集することができる。しかし、それ以上に大切なのは、医療機関における「苦情が発生しやすい場面」、「苦情を誘発する対応」「苦情を増幅させる対応」を患者側に伝えていくという機能である。患者側が、医療現場において不安不満が高まる場면을事前に知っていれば、患者家族の行動も苦情を回避するように変わってくるはずである。支援センターへの苦情相談をきっかけに、患者家族自らどのようにすれば余計な不安や不満を持たずにすむのか、を考えてもらうことは価値あることである。

苦情相談現場で語られる患者の医療者への不信感を「ボタンの掛け違い」、「認識のギャップ」といった表現で語られることが多いが、医療現場がそれに気づき実際の改善に結びつけるためには、より具体的な情報が必要であり、「認識のギャップ」は意識すれば埋まるほど簡単なギャップではない。

(4)「支援者の支援」としての事例検討の方向性

支援センターと医療機関にとって有効な事例検討を整理すると以下の4つになる。

①相談対応事例の共有は、支援センターと医療機関との「情報共有」に効果的であった。②「問題の特定」と「根本原因」を目的とした事例検討は、とくにRCAを用いて行くと誰もが参加でき、思考を整理しやすい。③苦情相談に至るプロセスについては今まで検討がなされていないが、早期介入を可能にし、再発予防につながる情報が発見できる可能性がある。④事例検討そのものが、相談員にとっては「内省」「自己の実践の問い直し」の機会でもある。事例検討は、事例に合わせて効果的な方法でしかも気軽に頻回にできる方法が望ましい。そこで、事例に合わせて、様々な角度から検討する方法として、「インシデント・プロセス法」という教育現場で使われている方法が参考にして考えてみたい。

「インシデント・プロセス法」は事例提供者からの実際に起こった出来事（インシデント）に対して参加者が質問することによって事例の概要を明らかにしながら、問題の原因と具体的な対応を検討していく方法である。実際の場面で起こった問題を事例として提起・提案し、参加者が問題解決策を考える。その過程で、参加者の分析力、判断力、問題解決能力、職務遂行能力を養うことができる。つまり、参加者に問題解決過程の共有化と理解が促されやすいといわれている。また、メリットは①詳しい資料を用意する必要がなく、事例提供者の負担を軽減できる。②参加者は事例提供者に質問しなければならないので、積極的な参加が期待できる。③問題解決の当事者の立

場に立てるので、主体的な研修となる。④視点を絞りながら必要な情報を収集できるため、情報収集力を培うことができる。

苦情相談事例の検討にこのインシデント・プロセス法を用いる事によって、相談員が対応した事例を発表し、参加者が質問によって、苦情相談の背景や医療機関の状況を引き出し、相談員の内省をうながしながら、苦情相談の全体像を明らかにした上で問題を特定し解決策を考えることができるのではないかと考えている。今後こういった事例検討を実施し、改善点をみつけ、より良い方法を確立していく必要がある。

E. 結論

医療相談体制の整備が図られる中、支援者の支援の場において今後高まるニーズは事例検討である。苦情相談対応の事例検討の機会は少なく、価値ある事例検討会にするためのスキームの開発が求められている。支援センターでの事例検討は、再発予防に役立つ情報を蓄積する目的で、①医療機関と合同で行い、②患者の言い分と根本原因の探求②苦情相談に至るまでプロセスの検証を行うことが必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

水木麻衣子，松浦知子，瀬川玲子，長川真治，小川祥子，児玉安司。「医療安全支援センターの相談の質に関連する要因の検討」。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

参考文献

- 1) 河野聖夫 「ソーシャルワーク関係原則の実践課程における適用モデル」
- 2) 木全和巳他 「若手の相談支援専門員が必要としている研修の内容に関する基礎的研究 日本福祉大学社会福祉論集 127号,145 - 182,2012.
- 3) 社会福祉法人大阪府社会福祉協議会
「社協コミュニティワークの実践力を高

めるための「記録」と「事例検討」」2013

- 4) 野村豊子 「ケアカンファレンスの理論と実際」 岩手県立大学社会福祉学部紀要第2巻, 69 - 79, 1999.
- 5) 美濃由紀子 「事例検討会の実際と継続フォローアップの方法」 精神科看護 vol.37 No.11,20-23,2010.11.
- 6) 堀井湖浪 「精神科に勤務する看護師のリフレクションのプロセスに関する研究」 日本赤十字看護大学紀要 No.25,pp.32~42,2011

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
～センター設置保健所の地方自治制度的観点からの検討～

研究者 長川真治

研究要旨

医療安全支援センターが設置されている保健所の機能を地方自治制度的観点から分析し、かつ適宜現地調査を実施することにより、市民または患者サービスに資するセンター業務内容の可能性を考察した。

現地調査を実施した自治体ではその活動に違いを認めた。これは、県と保健所設置市という当該支援センターが設置されている地方自治体レベルの違いもあるが、同様のセンターであっても支援業務に対するスタンス、相談業務に携わるスタッフの業務フローやその限界の違いから、同一自治体規模のセンターであってもその活動が異なるものになっていた。

A. 研究目的

医療安全支援センターでの現地調査を基に、現在の各レベルの地方自治体に委ねられた医療保健政策立案及び実施機能から、各支援センターでの業務内容の可能性とその限界を検討し、効果的な相談支援体制について考察する。

また保健所設置市の医療安全支援センターであっても活動の細部で違いがあった。それぞれの比較については以下の表1に示す。

(表1)

センターの位置づけ	(中核)市Aの支援センター	(中核)市Bの支援センター	県の支援センター
センターの所在	市保健所内(1F 玄関傍)	市保健所内	県庁保健医療部門内
県関係市町村センター	県のセンターも存在するが活動性は低い。市や二次医療圏センターの次の窓口。	県のセンターも存在するが活動性は低い。	市のセンターも存在するが活動性は低く、県が最初の窓口
センター内組織	専任の非常勤窓口担当職員2名と兼任の常勤職員複数名。	専任の非常勤窓口担当職員2名と兼任の常勤職員複数名。	兼任の常勤職員7名のみ。
センターが取る業務スタンス	患者情報から医療者へのフォローアップ。医療行為の内容自体に関する相談は受けない。	医療行為の内容も含めた相談を受け付け。場合に寄っては紛争の仲介に入ることあり。	組織的な方向性は示していない。相談員としては相談者の自己解決を促したい。
センター相談員が抱える悩みの傾向	精神疾患患者、リピーター(人格障害者?)対応	現地調査の範囲では特に認めず。	医療内容に対する対応。医療者患者間のコミュニケーションエラー事例、訴訟事例。
センター運営のスタンス(観察者の印象)	業務に対し非常に積極的。介入意欲が強い。顔が見える対応。	業務に対し非常に積極的。介入により、当事者間で生じたあらゆる問題を解決していくという意欲がある。	多忙感により受け身的。但し相談に関しては非常に真摯な印象。

B. 研究方法

現地調査を実施した県型医療安全支援センターと保健所設置市型医療安全支援センターについて、その活動内容に関して比較検討した。

1 県型と保健所設置市型での差異

県型では通常業務において医療機関や市民との窓口を持っていないことから、相談依頼をする段階でのハードルが高く、実際

C. 研究結果

ケース検討ではあったが、県と保健所設置市ではその活動内容に大きな違いを認め、

に持ち込まれる相談内容も一部紛争化した状態のものもある。一方で相談業務の専任者はおらず、医務業務を担当する行政官が兼務で、相談業務を実施していた。また、医療機関との直接の連携もないことから、医療現場の直接の情報も有しておらず、具体的相談対応にも苦慮していることが伺えた。

一方で、保健所設置市型では非常勤の相談業務専任者を有しており、相談対応のスキルを高め易いこと、また医療監査等を通じて医療機関の情報を持っていることから比較的相談対応の点では有利であった。

2 保健所設置市センター間での差異

(1) 紛争介入の有無

A市のセンターでは医療行為そのものから生じた問題に関しては原則相談対応の問題とはしないことになっていた。これは、医療行為に関する妥当性の判断は保健所レベルで実施することは困難であり、それが紛争化した場合の仲裁は支援センターの業務外と判断したためである。

一方、B市の支援センターではそれを業務の範囲内とし、紛争化した場合でも可能な限りその仲裁にも当たっていた。

(2) 相談対応困難事例での対応

A市ではその日の相談事例を業務内容として報告させることで、独りで問題を抱え込ませない様に留意し、相談対応困難事例と判断した場合には以後の対応を、常勤職員で行うこととしていた。B市では、特に定期的な業務報告の機会を設けていないが、随時常勤管理職スタッフが下がサポート出来る体制になっていた。

D. 考察

県型あるいは保健所設置市型の保健所機能の特徴は、特に保健所設置市型の場合には県型との業務の切り分けが上手くいかないことが多々あるとの報告もある。今回現地調査した事例も業務の切り分けが上手く出来たのではなく、結果的に足りないところを一方が補完しているという形態であり、両者に業務に関する相互委託のような関係はなかった。

今回は現地調査に同意を得られたセンターに関しての報告だが、地域保健法制定により旧保健所法で明記されていた「人口10万人あたり一カ所」の保健所の規定がなくなり、「地域の実情に応じた」設置と言う規定になった。一方で、医療法で規定された医療安全支援センターはその多くが保健所内に設置されたことから、その背景にある自治体規模が異なることから「医療安全支援センター」という同一の名称であってもその活動内容が大きく異なるものになっている。

各地での支援センターが同じ形態で運用される必要性は無いと考えるが、その特性を踏まえた上でのモデルセンターを提示する事により、活動要領に戸惑いがある医療安全支援センターに対して現状よりも効率的な活動のあり方が提言出来るのではないかと考えられた。

E. 結論

「医療安全支援センター」の業務ではあっても、その内容においては県と保健所設置市では大きな違いを認め、また保健所設置市のセンターではあっても細かな点では活動に差異があった。

この活動の差異は、管理者のセンターの

あるべき活動に対する考え方の違いに寄ると思われたが、全国的に見た場合にどちらが標準なのか、また社会的利益を考えた場合にどちらの活動が妥当なのかは未だ調査不足で、今後検討が必要であると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況

なし

(参考資料)

野沢秀実：保健所政令市の視点から分権の効果と限界を考察する（下）～衛生行政の統合と健康危機管理対応型基礎自治体の勧め～，自治総研通巻 381 号，2010

古屋好美：平成 17 年度地域保健総合推進事業全国保健所長会協力事業「医療安全対策と保健所機能強化に関する調査研究」報告書，2008

青山英康：地域保健法制定の背景と今後の課題，日衛誌，50(6)1027-33，1996

