

図1. 医療安全支援センターの相談件数の情報に基づくクラスター分析

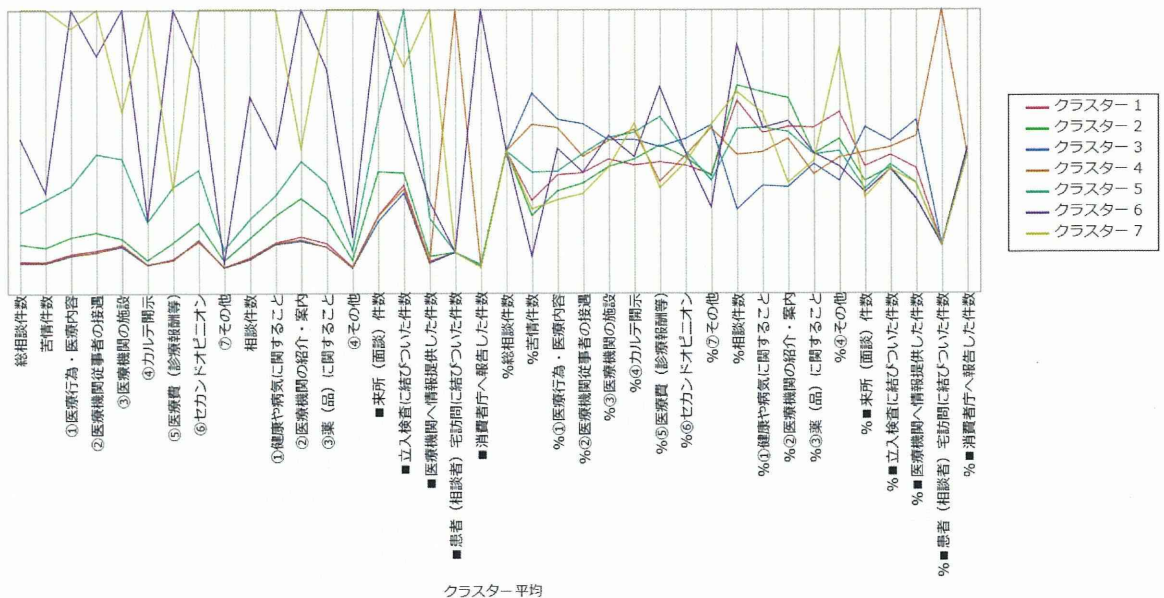


図2. 相談件数に基づくクラスターの特徴

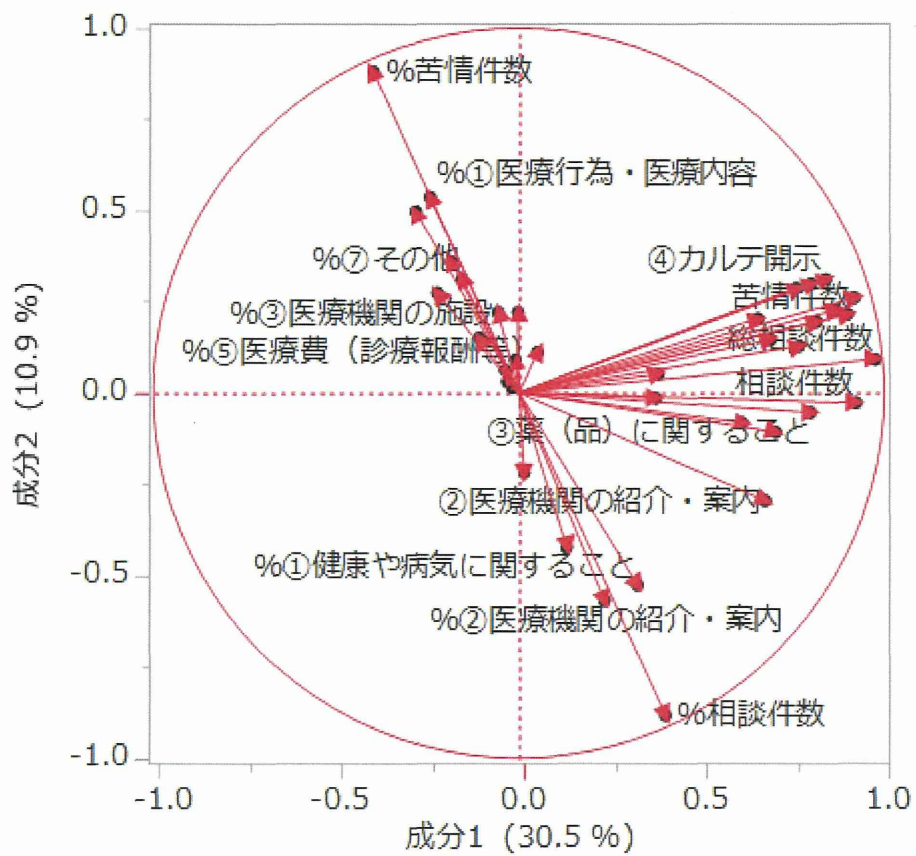
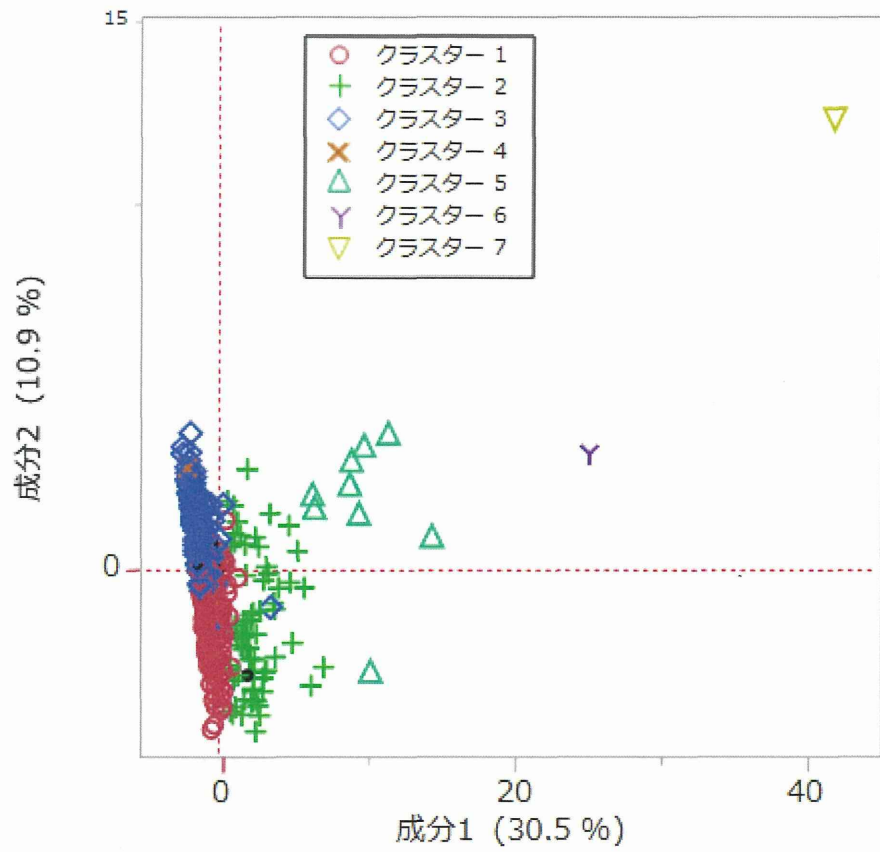


図3. 相談件数の情報に基づく主成分分析

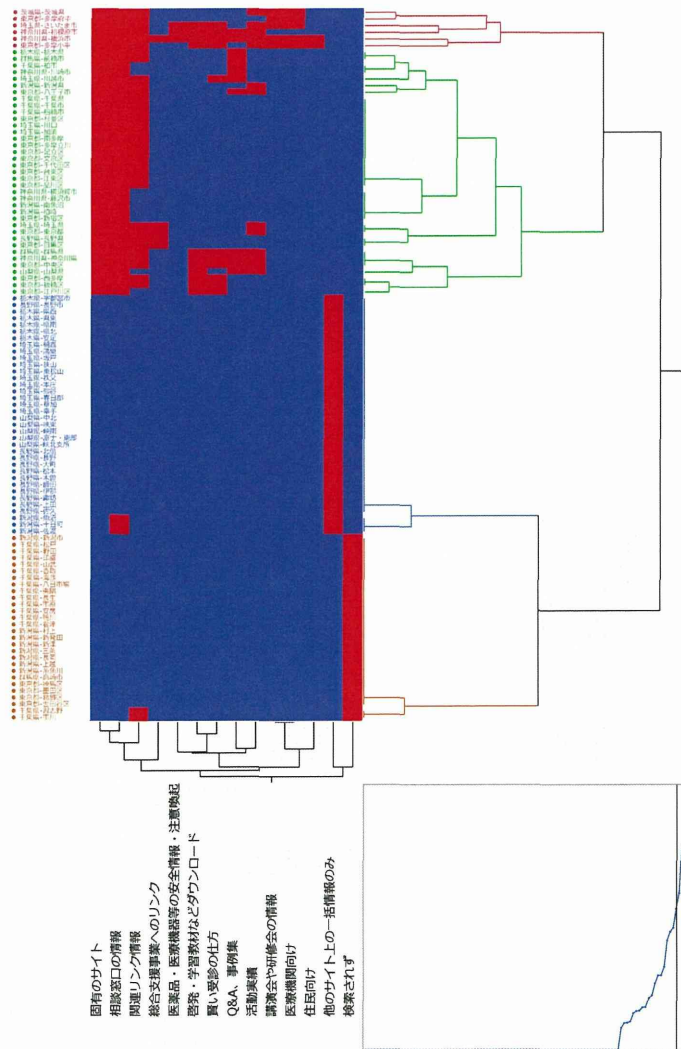


図4. Web ページに掲載されている情報に基づくクラスター分析

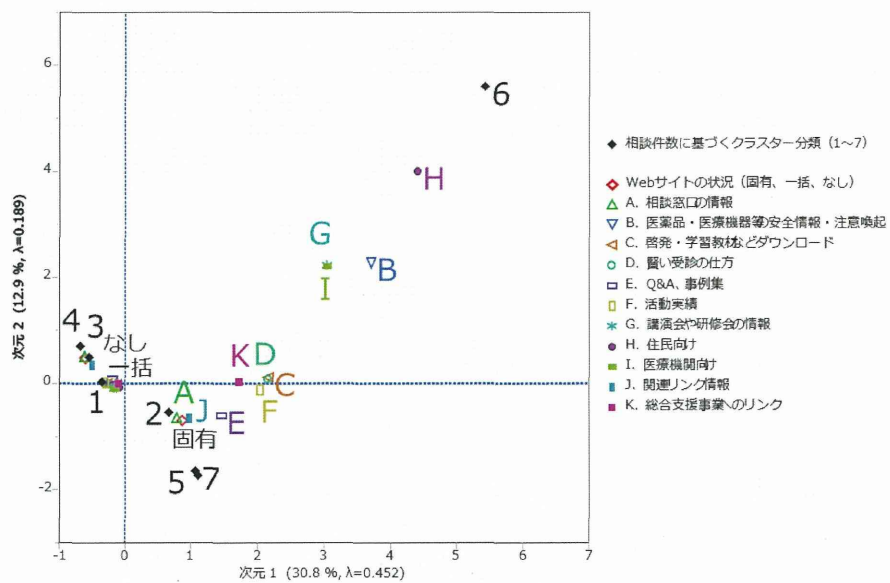


図5. 相談件数の情報に基づくクラスター分類と、web ページに掲載されている情報との関係

新年号特集 人口減少社会に挑む地域医療

地域とともに歩む医療の実現に向けて

●執筆

慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 教授／
東京大学大学院医学系研究科医療品質評価学講座 教授
宮田裕章

●執筆協力

厚生労働省医政局地域医療計画課 課長
迫井正深

日本は医療・福祉を含む社会システムにおいて、大きな転換点を迎えている。かつて高度経済成長をもたらした、「多数の労働人口で少数の高齢者層を支える」人口構成を前提とした社会保障制度を基礎に、世界トップランクに位置する長寿国となった。しかし今後、世界でも経験のないスピードで高齢化が進み(図1, 2)、さらに人口減少と、産業成長の鈍化に伴い、社会システム自体が、従来の枠組みの延長線上でのマイナーチェンジだけでは、成立することが難しくなってくるだろう。

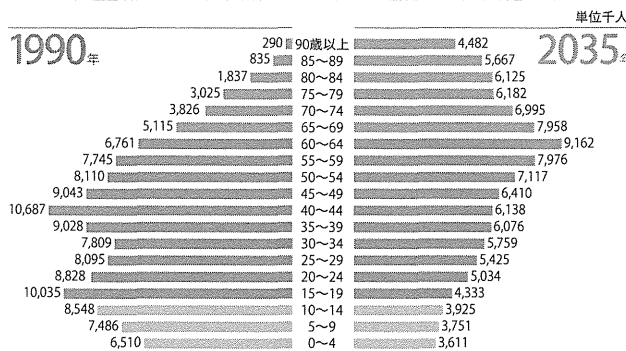
こうした課題への挑戦は、単にネガティブな側面ばかりではない。例えば「団塊の世代」が医療・福祉を必要とする超高齢社会の初期段階においては、公的・私的を問わず多くの資金が医療福祉分野に投入されるため、雇用の創出、人々の暮らしを支える技術やシステムのイノベーションなど、次の日本を支える新しい活力を生む可能性がある。

一方で、医療・福祉のニーズが急激に高まる当面の間は無計画に資源を浪費してしまえば、その先の見通しは厳しいものになるだろう。10年後の医療・福祉の需要拡大のみを想定した制度設計では、将来世代が高齢層の社会保障負担に押しつぶされる20年後になってしまふ可能性すらある。単に数年先だけを見越した改革ではなく、20年後、30年後も乗り越えられる政策を見いだすことが必要とされる。日本の医療や社会保障制度の長所を継承しつつ、変化を続ける人口構造の中でいかに新しい社会システムを新生させられるか。今まさに覚悟に基づく改革が不可欠となっている。

「量から質へ」 2035年へのパラダイムシフト

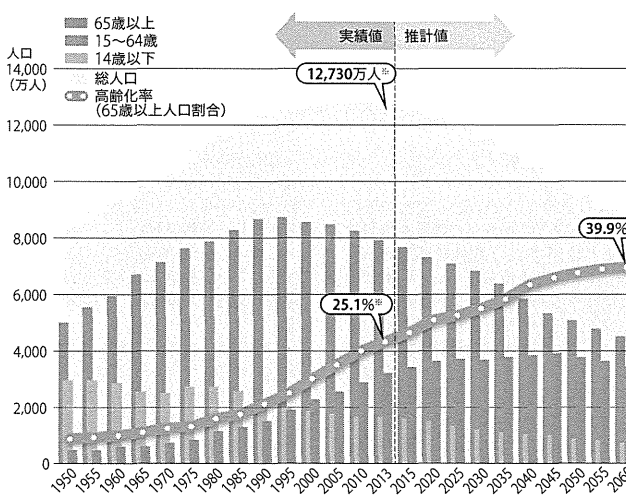
上記の背景を踏まえ、2015年6月、塩崎恭久厚労相の私的諮問機関「保健医療2035」策定懇談会(座長=東大・渋谷健司氏)から提案されたのが、目下の課題解決策と「2035年」に象徴される長期ビジョンを包含した「保健医療2035提言書」である。同書はウェブサイトで一般公開され¹⁾、サマリーは海外学術誌に寄稿された²⁾。また同年8月にはオール厚労省体制で推進本部が設置され、提言内容の具現化に向けた検討が継続的に行われている。「保健医療2035」が示すパラダイムシフトの一つに「量から質へ」の視点がある。今までの日本の医療は「多くの病床」「多数の従事者」を、提供する量をもって充足度を評価する側面があった。しかし今後は、限られた資源の中でいかに良質な医療サービスを提供し課題解決を行うかが必要となり、効率も重視しながらどのような質の医療を提供できるかを考えなければならない。さらに提言書では、行政が外側から

図1 少子高齢化で大きく変わる人口構造
1990年に生産年齢人口だった世代の大半が、2035年には65歳以上となり、人口構造は大きく変化する。



【出典】1990年：総務省「国勢調査」および「人口推計」
2035年：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2013年1月推計)：出生中位・死亡中位推計」

図2 将来推計に見る人口減少と高齢化
総人口は減少するものの、今後約30年間にわたり65歳以上人口は増え続ける。2045年前後には高齢者人口は減少に転じるが、高齢化率は上昇を続け2060年には40%近くに達する見込み。



【出典】総務省「国勢調査」および「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2012年1月推計)：出生中位・死亡中位推計」、厚労省「人口動態統計」
※2013年度 総務省「人口推計」

規制するのみではなく、日本の職人文化に代表される誇るべきプロフェッショナルリズムを背景とした、医療者集団の自律的なコントロールを広げていく視点も提示しており、医療者の主体的な取り組みが求められる。

個の連携により、 地域全体の医療の質向上へ

地域ごとの医療提供体制は、医療計画に基づき整備される。これを考える上で、基盤となるデータの収集や活用方法など共通で検討すべき事項は多いが、実施については地域単位で考える必要がある。これは単に、地域における医療提供体制が現状において異なる、という理由だけでなく、地域の有する資源や人口構成の将来見通しについても相当な多様性があるという背景

れからは地域を加えた「面的」な視点でも医療の質を考えることが肝要になる。すなわち、病院や医師・コメディカルスタッフは医療の質を考える主体ではあるが、「地域全体の医療の質向上」という視点を踏まえて取り組むことがより重要になるということだ。

あるべき姿を共有し、 地域の課題を解決する

地域差は現状の資源配置だけでなく、将来の人口構造の変化を見通した先にも存在する。ただし現時点では、都道府県ごとの資源の多寡のみが、地域医療の質を左右するわけではない。

図3は、専門医制度と連携した全国の病院4500か所の症例データが登録されているNCD(National Clinical Database)の分析結果で、4種類の手術について、地域を過疎化率別の3群に分けてリスク調整死亡率を示した分布である。大都市部であれば治療成績が良好というわけではない。髌頭十二指腸切除術や肝切除術のように、むしろ過疎地域のほうが全体として良好な成績を示す例もある。「限られた資源を生かしながら最大の成果を得る」という視点から見れば、複数病院が競合する都市部よりも、選択肢の限られた過疎地域のほうが病院同士の連携が効果的に機能し、役割分担や集約化によって良好な成績が得られている場合があるからだと考えられる。

現時点では、施設の役割分担やネットワーク機能の改善で、地域全体としてより良質な医療サービスを提供できる可能性がある。一方で、各地域が努力を重ねた先には、医療需要や資源の量、必要とされるアクセス環境といった「伸びしろ」に影響を及ぼす場合が出てくる。したがって、地域の現状と課題を把握し、質・コスト・アクセスなどの観点から「自分たちの地域はこのような医療を実現させたい」というビジョンを共有することが重要になる。

医療費が増大している現状では、特に行政は財政削減が目標になりがちである。しかし医療を提供する側は、患者・国民にどのような質の医療サービスを提供したいのかというビジョンを確認し、その実現に向けて持続可能性も含めた制度やシステムを設計・管理する必要がある。さらに、地域がめざすべき目標設定に基づき、継続的な改善を行っていかねばならない。

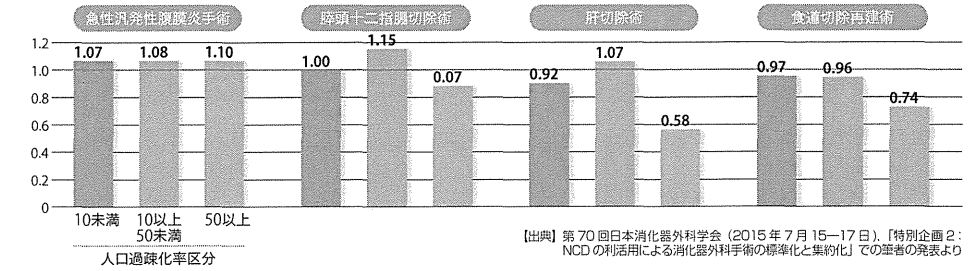
連携や分業で、医師の労働負荷も軽減できる可能性が

公共的な側面が大きい日本の医療システムでは、医療提供者側の努力だけで良質な医療サービスを提供し続けることは困難だ。システムの在り方については、医療提供者、行政、保険者、企業、国民(患者)などの連携の中から発想されるべきものと考えられる。こ

図3 過疎化率とOE比平均

棒グラフは左より、「過疎化の影響がない大都市」「過疎化が中等度の地域」「過疎化が進行した地域」を示す。...

註：過疎地域とは、総務省が過疎地域自立促進特別措置法に基づき指定する市町村区域を指す。...



【出典】第70回日本消化器外科学会(2015年7月15-17日)、「特別企画2: NCDの利活用による消化器外科手術の標準化と集約化」での筆者の発表より

ろがこれまで医療提供者は、高い専門性を有するが故に大きな責任を背負いながら最前線に立ってきた。

労働負荷の軽減は多くの臨床現場において解決すべき課題になる。そこで「保健医療2035」は、「医療現場主導」を明示し、医療提供者にさらなる責任を負わせるのではなく、優れた取り組みに敬意を払い、臨床現場の苦勞が報われる仕組みづくりを提起している。

ここで留意しなければならないのは、単純な人員増が必ずしも有効とは限らないことだ。図4の1、心臓外科における年間症例数と死亡率の関係を見ていただきたい。多くの高難度手術においては、安定した治療成績を収めるためには一定量の経験が必要とされ、心臓外科手術も同様の実績が確認された。...

ある。たとえそれが現状成立していても、多くは医療現場の極めて高い労働負荷や、赤字国債という将来世代が引き受ける負債によって機能していることになる。

例えば「身近に高度医療を行う診療科があると安心」という住民のニーズをくみ、多くの需要は見込めない地域に高度医療を行う診療科を設立したとしよう。初期段階は熟練医師により安定した成績が収められても、その地域に配属された若手は十分な経験を積むことができず、診療科としての成績は不安定になる。...

患者・国民にはサービスを受ける権利だけでなく、将来世代に対して持続可能なシステムを維持する責務も踏まえた理解が求められる。さらに地域包括ケア実現に貢献するという観点から、自身の健康作りや適切な受療行動、周囲の健康をサポートするまちづくりなど、権利と責務の両面を踏まえたかわりが必要とされる。

地域医療連携のベストプラクティスに学ぶ

「単に危機が間近に迫っただけでは、今まで解決できなかった課題を克服できるわけではない」。現状に悲観的な人はこう考えるかもしれない。確かに動機付けやもの見方だけで変革が可能など、日本の抱える課題は単純ではない。...

1つ目は情報基盤を活用し、地域で

求められる医療の在り方を共有することである。近年、NDB(National Database)やDPC(診断群分類)データが整備されたことで、地域医療の実態が把握できるようになった。...

2015年7月に行われた日本消化器外科学会では、NCDの分析による、「胃切除術」「胃全摘術」「低位前方切除術」「右半結腸切除術」の年間症例数とリスク調整標準化死亡比の分布が発表された。...

2つ目は、必要とされるアクセス環境をデザインすることである。日本が医療提供体制を整備した初期の段階(1960年代)に比べ、道路交通網や救急搬送体制は多くの地域で飛躍的に充実し、かつて求められた物理的距離と、現在必要とされる物理的距離の意味を異にしている。...

そして3つ目は、他の地域のベストプラクティスに学ぶことだ。近年、先進的な取り組みで成果を挙げた地域が現れ始めている。...

ば熊本県では、経営母体が異なる病院間の役割分担と機能連携が10年以上にわたって行われており、参考になる。広島県の地域医療連携は、他の地方都市が共有可能な要素を多く含む(4-7面参照)。...

将来のグローバルな課題を世界に先駆け解決へ

高齢化や人口減少、経済成長の鈍化などの課題に直面する日本が、持続可能な社会システムを構築できるかは、地域における取り組みが鍵を握っている。...

今後、先進国やアジア諸国も日本と同様の問題に直面することが予想されるため、日本の動向に大きな関心を寄せている。...

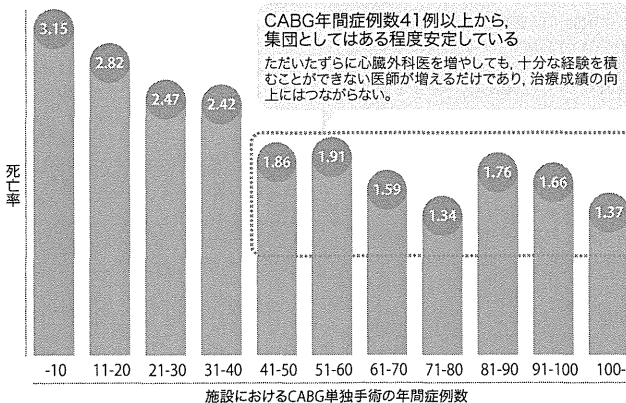
日本は健康長寿の実現やインフラ整備など、公共的価値を有する多くの領域において、既に世界最高レベルの品質を実現してきた。...

参考文献

- 1)保健医療2035. 厚生省, 2015. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokokuryo/shakaitoshou/hokeniryoku2035/
2) Miyata H, et al. Japan's vision for health care in 2035. Lancet. 2015; 385(9987): 2549-50. [PMID: 2612147]

図4 冠動脈バイパス術(CABG)における年間症例数と死亡率の関係

単純な人員増加は最終的なアウトカムの向上につながらない。安定した治療成績のためには一定量の経験が必要になる。...



【出典】Miyata H, et al. Effect of procedural volume on outcome of coronary artery bypass graft surgery in Japan: implication toward public reporting and minimal volume standards. J Thorac Cardiovasc Surg. 2008; 135 (6): 1306-12. [PMID: 18544377]

新年号特集 人口減少社会に挑む地域医療

ビジョンの共有が 地域を結ぶ

広島県4基幹病院を中心とした 地域医療連携の取り組みから

いち早く地域医療連携を進めている県がある。「日本の縮図」とも言われる広島県だ。広島市内の4基幹病院と大学、行政、医師会が連携し、10年、20年先の地域を見据えた取り組みを始めている。日本各地が抱える課題も共通して有する同県の連携の形には、他地域がモデルにできる要素もあるのではないだろうか。

本座談会には、2015年から同県で始まった「基幹病院連携強化会議」で座長を務める浅原氏、有識者として参加する門田氏、アドバイザーを務める宮田氏、そして行政として地域医療を担当し、かつて広島県の医療行政にも携った迫井氏の四氏が出席。同県の取り組みのこれまでの経緯と現在の到達点、そして、日本が人口減少社会の医療の課題を乗り越えていくために共有したい、地域医療連携実現のビジョンが議論された。

広島県病院事業管理者・広島県参与

浅原利正氏

厚生労働省医政局地域医療計画課 課長

迫井正深氏

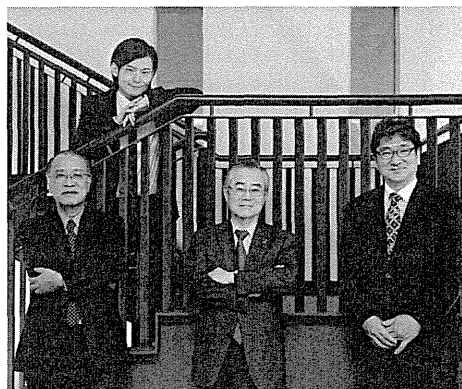
慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 教授／

東京大学大学院医学系研究科医療品質評価学講座 教授

宮田裕章氏◎司会

がん研究会理事・がん研究会有明病院名誉院長

門田守人氏



門田守人氏

さんでん・杉田 広島県福山市出身。1970年大阪大学医学部卒。同大講師、助教授を経て99年教授に就任。2004年大阪大病院副院長、07年大阪理事・副学長に就任。11年がん研有明病院副院長、12年副院長、15年より現職。日本臨床学会理事長、日本外科学会会長等を歴任。現在は、日本医学会副会長、厚生省・がん対策推進協議会会長を務める。「基幹病院連携強化会議」では有識者として、国内の動向を踏まえた観点から広島県の医療政策に助言する。

宮田 全ての「団塊の世代」が75歳以上になる2025年まで、いよいよ10年を切りました。医療者が留意しなければならないのは、「2025年」はあくまで課題の入口にしかすぎないということです。

迫井 そうですね。「2025年問題」が注目されますが、今後約20年は高齢者が増え続け、さらに2040年以降は高齢者を含む全ての世代で人口が減少するというように、10-30年の間に人口構造の大きな変容が予測されています(2面・図2参照)。直近にある「高齢化」の問題と、その先にある「高齢化を伴った人口減少」という問題への対応を、われわれは考えていく必要があるわけです。

宮田 当然、人口構造の変化と連動して医療の需給状況も変動するわけで、医療提供体制についても一過性の対応ではなく、将来を見通した刷新が迫られることとなります。

門田 2015年は「戦後70年」が話題になり、日本社会の一つの節目を迎えたように私は思います。ベビーブームで生まれた「団塊の世代」に象徴されるように、生産年齢人口の増加が、経済の発展や人々の生活水準の向上を下

支えし、それとともに医療技術も飛躍的な進歩を遂げました。その中で専門分化や細分化がきわめて進んだ一方で、「マクロ」に見る視点が置き去りになっているようにも思うのです。つまり、医療制度そのものを大きく変化させてこなかったことから、社会のニーズとの間にひずみが生れつつあるのではないのでしょうか。今の医療制度を自動車に例えるなら、終戦後に新車で走り出し、その後はちょっと不具合が生じるたびに修理を加えることで、なんとか今日まで乗り続けてこられた、そのようにとらえています。ただ、本格的な人口減少社会を迎えるこの先も、同じ車でどこまでも走り続けられるわけではない。医療サービスの提供の在り方を含め、医療制度は大きな転換が必要になるでしょう。

浅原 まさにそうです。特に、高齢化率が高まり続ける今、高齢者を支える仕組みづくりが急がれます。社会のシステムを再構築する上では、「医療」と「教育」の2つが重要になる、私がかねてよりそう考えています。特に医療においても教育の観点は必須で、医師をはじめ医療者の人材育成が欠かせません。この2つを両輪とした地域ご

との政策が求められるのではないのでしょうか。

宮田 浅原先生のおっしゃった地域の視点はこれからの議論において重要なポイントになりそうです。現在、厚生労働省において医療提供体制の整備に携った迫井課長は、行政の立場から地域の在り方についてどのようにご覧になっていますか。

迫井 医療制度改革や医療費の問題を行政の立場から見ていると、最終的には地域の問題として解決策を考えなければならぬように思います。なぜなら、日本全体の人口構造が変化していくとは言え、インフラの整備状況や人口密度などは当然地域によって異なり、医療も地域の実情に応じた個別の課題が幅広くあるからです。がんや感染症といった人間の生命予後に直結するような公共性の高い領域の対策について、霞が関が全国一律で対策を推進することはもちろん大切です。しかし一方で、20年、30年先を見据え、地域住民の立場に立った広い視野で医療を考え直す時期にも差し掛かっています。医療関係者も行政も、そのような共通認識を持った上で、「ご当地システム」によって地域の課題を解決して

January 2016 新刊のご案内

◎本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医学書店または医学書院販売部へ ☎03-3617-5657 ☎03-3617-5650 (書店様担当) ◎医学書院ホームページ(http://www.igaku-shoin.co.jp)もご覧ください。

<p>今日の治療指針 2016年版 私はこう治療している</p> <p>監修 山口 徹、北原光夫 総編集 福井次夫、高木 誠、小室一成 デスク判: B5 頁2192 19,000円 [ISBN978-4-260-02392-4] ポケット判: B6 頁2192 15,000円 [ISBN978-4-260-02393-1]</p>	<p>グラント解剖学図譜 (第7版)</p> <p>原書 Anne M. R. Agur, Arthur F. Dalley 監訳 坂井建雄 訳 小林 謙、小林進人、市村浩一郎、西井清雅 A4変型 頁920 15,000円 [ISBN978-4-260-02086-2]</p>	<p>老人のリハビリテーション (第8版)</p> <p>原書 福井啓彦 監訳 坂井建雄 B5 頁416 6,000円 [ISBN978-4-260-02426-0]</p>	<p>混合研究法入門 質と量による統合のアート</p> <p>池井尚子 B5 頁148 2,000円 B5 頁244 2,000円 [ISBN978-4-260-02470-9]</p>
<p>治療薬マニュアル 2016</p> <p>監修 高久史郎、矢崎健雄 編集 北原光夫、上野文昭、越前宏俊 B6 頁2752 5,000円 [ISBN978-4-260-02407-5]</p>	<p>ジェネラリストのための 眼科診療ハンドブック</p> <p>石岡みさき A5 頁198 3,400円 [ISBN978-4-260-02418-1]</p>	<p>わかる! 検査値とケアのポイント (第2版)</p> <p>編集 木久保昭行、井上智子 A5 頁608 3,400円 [ISBN978-4-260-01619-3]</p>	<p>看護師国家試験 解剖生理学 クリアブック (第2版)</p> <p>編集 日本生理学会教育委員会 B5 頁244 2,000円 [ISBN978-4-260-02442-6]</p>
<p>Pocket Drugs 2016</p> <p>監修 福井次夫 編集 小松康宏、遊登裕司 A6 頁1056 4,200円 [ISBN978-4-260-02207-1]</p>	<p>標準口腔外科学 (第4版)</p> <p>監修 野崎弘康、瀬戸敏一 編集 内山謙志、近藤隆郎、久保田英明 B5 頁550 12,500円 [ISBN978-4-260-02042-6]</p>	<p>マタニティ診断ガイドブック (第5版)</p> <p>編集 日本助産師会、産婦研究会 B5変型 頁248 2,500円 [ISBN978-4-260-02445-7]</p>	<p>根拠と事故防止からみた 母性看護技術 (第2版)</p> <p>編集 石村由利子 編集協力 佐世正勝 A5 頁508 4,000円 [ISBN978-4-260-02499-0]</p>
	<p>高齡期作業療法学 (第3版)</p> <p>シリーズ監修 矢倉谷子 編集 松野利恵、新井健五 編集協力 勝山しおり B5 頁264 4,000円 [ISBN978-4-260-02440-2]</p>	<p>院内教育プログラムの立案・実施・ 評価 (第2版)</p> <p>監修 舟島なをみ B5 頁392 3,800円 [ISBN978-4-260-02395-5]</p>	<p>言語聴覚研究 第12巻 第4号</p> <p>編集、発行 日本聴覚士協会 B5 頁64 2,000円 [ISBN978-4-260-02489-1]</p>

本広告に記載の価格は本体価格です。ご購入の際には消費税が加算されます。

いかなければなりません。

“日本の縮図” 広島県の挑戦

宮田 医療のあるべき姿が地域単位で問われようとしている今、各地で地域医療連携の芽が出つつあります。2014年6月に医療介護総合確保推進法が成立したことにより、地域医療計画の一つとして地域医療構想が位置付けられ、都道府県ごとに策定作業が進められています。また、2015年9月に成立した改正医療法によって「地域医療連携推進法人」制度が創設されたことで、経営母体の異なる複数の病院や介護施設が、あたかも一つの病院のように経営機能を共有しパフォーマンスを向上させていくような動きも生まれてきそうです。

こうした動向の中、全国でも先駆的な地域医療連携を既にスタートさせているのが広島県です。2015年からは医療機関の連携を広げるべく「基幹病院連携強化会議」(以下、会議)が始まっており、前身の「広島都市圏の医療に関する調査研究協議会」(2014年)から参加している私は、広島県の未来志向の取り組みに注目しています。

追井 広島の場合は、日本のさまざまな地域が参考のできる凝縮性があると感じています。というのも、県を南北に見渡すと、ミカンやレモンが名産の温暖な瀬戸内海があれば、リングが取れ冬にはスキーができるほどの雪深い山間部もある。人口分布も、120万人大都市・広島市の印象から都会と思われがちですが、橋のない瀬戸内海の離島や中国山地の過疎集落とあった、へき地での人々の暮らしもあります。このように広島県は人口や産業の構成、地理的な特徴から“日本の縮図”と言われ、商品のテスト市場としても有名です。

門田 日本各地に見られる風土が広島にはそっくりなわけですか。なるほど、言われてみるとそうですね。

宮田 別の見方をすれば、都市の問題、へき地の問題など日本が抱える課題もセットで存在しているということですね。

追井 その通りです。広島県で従来から取り組まれているへき地医療や医師確保の対策、そして地域医療連携をはじめとする新しい医療政策は、人口減少社会日本の医療政策を占う、いわば社会実験とも言える大きな挑戦が含まれていると言えます。

医療機能の集約化 その狙いとは

宮田 会議の座長を務める浅原先生、まず発足の経緯と、そして広島県の現状をお話いただけますか。

浅原 会議は、広島県の医療提供体制の効率化と、若手医師確保の2点を大きな目的に発足しました。さらにこの施策を県内全域に波及させ、広島県の地域医療構想の策定に反映させることをめざしています。現在、広島市中部にある4基幹病院(広島大学病院、広島市立市民病院、県立広島病院、広島赤十字・原爆病院)と、大学、県、市、医師会の連携を核とした取り組みが動き出しており、会議ではこれからの医療連携の在り方が議論されています。宮田 経営母体の異なる病院が手を取り合うことで、昨年は一つ大きな成果がありましたね。

浅原 ええ。2015年10月に、新たに「広島県立広島がん高精度放射線治療センター」が稼働しています。これは4基幹病院の放射線治療分野にかかわる機能を集約した新施設として、広島駅前に新設されました。厚労省の地域医療再生基金を元に県が事業者として設立、県医師会が運用主体となり、そして広島大学と4基幹病院などが連携する形で運用されています(図1)。

宮田 さまざまな組織が一施設の運営

を担う。非常に画期的で全国的に見ても新しい取り組みだと思います。一連の計画に立案の段階からかかわった追井課長、いつごろから練られていたのでしょうか。

追井 私が広島県内に在籍していた2000年代後半です。当時から、広島市内の4基幹病院が連携して一つの高度医療機関として機能していけないものか、と4病院の院長を中心に相談を始めていました。その後2010年に、「広島県地域医療再生計画」で構想を具体化したプログラムの一つとしてスタートしました。

宮田 背景にはどのような危機感があったのですか。

浅原 一つは、高齢化による医療需要の急増です。高齢化の波は広島県にも例外なく押し寄せており、例えば、広島市を含む2市6町からなる広島医療圏は、2025年の高齢化率は28.9%、入院患者は3000人以上になり、その後も高齢者人口の増加が続くと予想が出ています(図2、3)。

門田 広島も高齢化対策、待たなしの状況なわけですね。

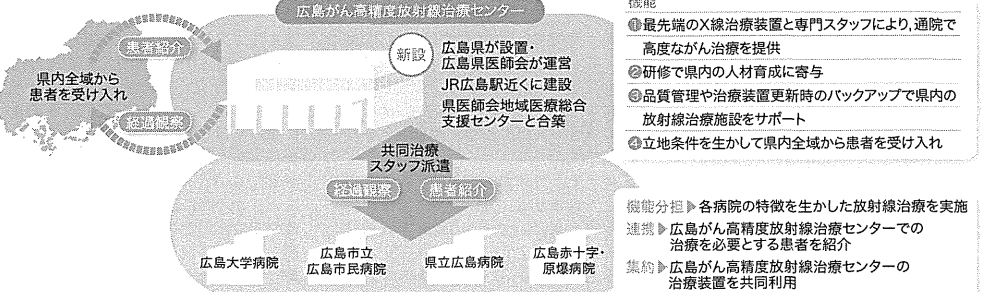


浅原利正氏

あさはら としまさ 広島県東三郡作木村(現・三次市)出身。1971年広島大学医学部卒。同大病院、県立広島病院等で臨床に従事。この間、広島県北部山間部にある西城町(現・庄原市)の国保直営西城病院でへき地医療も経験した。広島大医学部講師、助教授を経て99年教授に就任。2002-04年同大大学院医歯薬学総合研究科教授。04年同大病院長。07年から8年間にわたり広島大学長を務めた。15年からは広島県病院事業管理者・広島県参与(医療担当)として広島県の医療行政に携わり、「基幹病院連携強化会議」では座長を務める。

図1 4基幹病院連携による広島県立広島がん高精度放射線治療センター事業

広島都市圏に集中する4基幹病院の機能分担・連携の推進によって、高度な放射線治療を集約した施設を整備し、2015年10月に稼働開始。高度医療の提供と、人材育成をめざす。

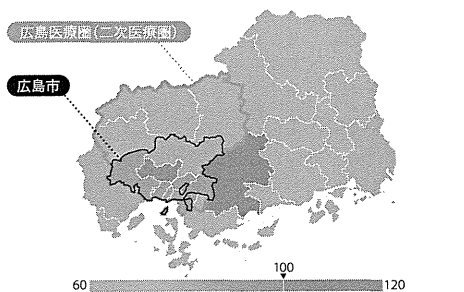


【出典】広島県健康福祉局、第1回基幹病院連携強化会議資料 広島都市圏の医療提供体制強化に向けた考察、2015。

図2 2010年を100とした場合の2035年広島県の人口変化(全年齢)

2010年から比べると、2035年は広島県全体の人口は減少するが、広島市内の一部では維持・増加する区があるなど、都市部では医療需要は高まる見込みが予測され、圏域内における医療資源のバランスをとる必要がある。

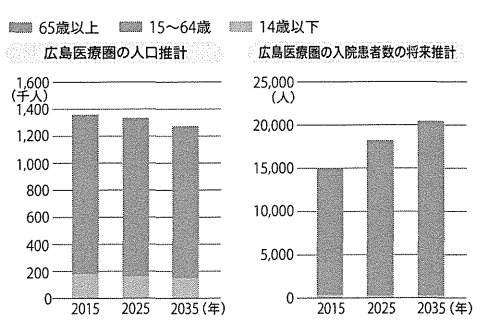
(広島医療圏とは広島市、安芸高田市、府中町、海田町、熊野町、坂町、安芸太田町、北広島町の2市6町から構成される二次医療圏)



【出典】石川バンジャミン氏ウェブサイト、人口推計地図(2035年広島県)より作成 https://public.tableau.com/profile/kbshikawa#!/vizhome/_t2441/sheet0

図3 広島医療圏の人口推計と入院患者数の将来推計

広島医療圏全体では人口の総数が減少するが、65歳以上は増加を続ける(左)。また、2025年には入院患者が2割(3000人)以上増え、以降も増加を続けるため、適切な医療資源の配置が必要になる。



【出典】広島県健康福祉局、第1回基幹病院連携強化会議資料 広島都市圏の医療提供体制強化に向けた考察、2015。

議論は出尽くした、今こそ、行動を!

医療政策集中講義

医療を動かす戦略と実践

団塊の世代が後期高齢者となる2025年の医療・介護ニーズと現在の提供体制の巨大なミスマッチをどう解消するかという、いわゆる「2025年問題」に対処するためには、いまが諸制度を状況に適合させる「ラストチャンス」。

理想の医療を実現するために、患者支援者、政策立案者、医療提供者、メディアといったステークホルダーは何をすべきなのか。そのヒントを得るための、第一線で活躍する講師陣による20本の集中講義。

編 東京大学公共政策大学院 医療政策教育・研究ユニット

医療政策集中講義

医療は、動く。

【出典】石川バンジャミン氏ウェブサイト、人口推計地図(2035年広島県)より作成 https://public.tableau.com/profile/kbshikawa#!/vizhome/_t2441/sheet0

診療情報学 第2版

学会が力をあけてまとめたバイブル、待望の改訂版

診療情報の適正な管理とその活用のための基礎の整備は、医療の質向上に必須の要素として、近年ますますその重要性が認識されている。本書は、日常業務における診療情報の意義、役割、記載方法などについて、日本診療情報管理学会が力をあけてまとめた、この領域のバイブルとも言えるオフィシャルテキスト。新たな概念・制度、知識・技術を取り入れて、5年ぶりの改訂。

編集 日本診療情報管理学会

診療情報学

【出典】広島県健康福祉局、第1回基幹病院連携強化会議資料 広島都市圏の医療提供体制強化に向けた考察、2015。

新年号特集 人口減少社会に挑む地域医療

表 4 基幹病院の概況

広島市中心部の5km圏内に立地する4基幹病院(広島大学病院、広島市立広島市民病院、県立広島病院、広島赤十字・原爆病院)には、重複する機能がいくつかあり、集約化による医療機能の効率化の余地が十分にある。

Table with 4 columns: 区分, 広島大学病院, 広島市立広島市民病院, 県立広島病院, 広島赤十字・原爆病院. Rows include 設立年, 所在地, 病床数(一般, 精神, 結核, 合計), 特定機能病院, 地域医療支援病院, etc.

【出典】広島県健康福祉局 第1回基幹病院連携強化会議資料 広島都市圏の医療提供体制強化に向けた考察, 2015.

●=拠点施設等、◎=拠点施設の中で基幹的位置付けの病院

浅原 ええ。将来の医療需要の増加に対応するためには、医療提供体制の効率化が欠かせません。実際4基幹病院には、救命救急センターやがん診療連携拠点病院など重複する医療機能もあるため、集約化により医療資源を必要とされる領域に最適に配置する余地が

多くあります(表)。広島市中心部の5km圏内に近接する4基幹病院の機能を1か所に集約したほうが、断然効率的ですね。そこでは、比較的集約しやすい単科の放射線治療分野の連携から着手したわけです。

富田 集約化で、具体的にどのようなメリットが見込まれますか。浅原 まず、高価な放射線治療機器を各病院が別々に購入する必要がなくなります。それから、専門の医師やコメディカルスタッフは各病院から必要な人数だけが集まるため、医療費の増大を抑制できる。こうした物的資源、人的資源の集約の結果、より高度な医療が提供できるようになります。

患者は4基幹病院の他、県内のがん診療連携拠点病院などから紹介の形で来院してもらったため、高度な医療を一つの拠点で円滑に提供できるようになる。治療成績の向上も期待され、医療者と患者双方にとって大きな効果があると見込んでいます。

門田 集約化は、医療者の人材確保の他、育成という面にも大いに寄与するのではないのでしょうか。

浅原 そうですね。集約化の二次的なメリットに、医療者の育成があります。広島県では、高齢化が進むにつれて入院患者数当たりの医師数が不足となっています。近年、他県に比べ若手医師の減少が大きく、2002年からの10年間で20-30歳代の医師が1割も減少しています。症例集積や高度医療機能

の整備を行うことで、「多くの症例を経験したい」という若手医師にとって魅力のある医療資源が集う環境になると考えました。もちろん、医師に限らず、看護師、放射線技師、研究者も育つことでしょう。

富田 その点、がん治療のハイボリュームセンターであるがん研有明病院は、実際に全国各地から医師が集まっていますね。

門田 ええ。それは、当院であればがん治療について多くのことを学べるからに他なりません。出身大学や医局の壁などはもはや関係なくなるわけですから、広島県も病院間の連携を深め、高度医療施設を地域に設けることで魅力を発信できれば、若手医師や医療者が集まり、県内の医療の活性化にもつながることでしょう。

長年かけて培われた「地域医療を守る」志と信頼関係

富田 現在全国で進められている地域医療構想の策定では、構想区域ごとに関係者が集まり協議を行う場として「地域医療構想調整会議」の設置が求められています。地域における連携を実際に進める上で、広島県の姿は参考になるのではないのでしょうか。そこでお聞きしたいのは、なぜ広島県では、経営母体の異なる病院や、大学、行政、医師会というさまざまな組織が、目標に向けてここまで連携してこられたの

か、ということです。

浅原 それは、「地対協(広島県地域保健対策協議会)」の役割が大きいですね。1970年に設立した地対協は、広島大学と、県、市、県医師会の4者で構成され、以来、地域コミュニティにおける医療の協力関係を地道に築いてきました。長年時間をかけて培われた「地域の医療を守る」という高い志と厚い信頼関係が、将来の課題を議論し行政の施策に反映させるまでを可能にする素地をつくってきたのです。

追井 これは実に優れた取り組みだと私も肌で感じました。地対協には、がん診療や健診、インフルエンザ対策などのさまざまな専門部会があり、日頃から侃々諤々の議論がなされています。

行政の立場としては時に厳しい意見をいただくこともありますが、大前提として、皆地域のために解決して前に進もう、地域を大事にしようという強い気持ち共有がなされていました。他県の関係者からも「広島県は普段から議論の場がしっかりできていて、すぐに実質的な検討に入っている」とうらやましがられたものです。

浅原 昨年の高精度放射線治療センターの開設は、まさに地対協の議論の積み重ねが結実したものだと思います。今後広島県の地域医療連携を広げる第一歩であり、こういう事案一つずつ積み重ねれば、4基幹病院の連携を一層深められる他、地域における医療連携の姿がだんだんと形作られていくものと私は信じています。

門田 今後さらに、役割分担や機能連携を進めるには少なからず障壁もあるでしょう。しかし連携が進み、4基幹病院がより密接に東なられば、がん領域に限定してもがん研有明病院を超える規模になる。4基幹病院を中心に新しい求心力を持つ日本一の医療圏が広島に生まれ、他の地域から医療者や患者を呼び込むだけの価値を創出できるはずですね。ぜひ広島地域医療連携の取り組みを「広島モデル」として全国各地で参考にしてほしいですね。

“地域の構想”なくして医療構想なし

富田 広島県が地域医療連携をさらに深めていくためには、乗り越えるべき課題もあるのではないのでしょうか。浅原先生、いかがですか。

浅原 次の大きな課題は、病院完結型医療から地域完結型医療へいかにシフトするかです。現状では、4基幹病院連携を中心とした水平連携が進められ、幸い放射線治療の領域は高精度放射線治療センターに集約されました。しかし一つのセンターに集まったとはいえ、まだ一領域にすぎません。しか



追井正深氏

さこいまさみ 広島県広島市出身。1989年東大医学部卒。東大病院、鹿の門病院等での臨床研修・外科臨床を経て、92年厚生省入省。保険局医療課、大臣官房厚生科学課、大臣官房国際課などに配属。95-97年米ハーバード大公衆衛生大学院に留学。公衆衛生学修士号取得。2006-09年広島県健康福祉局長として、この間「広島県地域医療再生計画」の立ち上げに従事。その後、厚労省保険局医療課企画官、老健局長老人保健課長を経て、15年10月引退。

市中感染症診療の考え方と進め方 第2集 IDATEN感染症セミナー実況中継. Includes book cover image and text about the seminar.

ナラティブホームの物語 終末期医療をささえる地域包括ケアのしかけ. Includes book cover image and text about the book.

も病院完結型の姿にとどまっているわけです。今後は、県内の中小規模病院や、かかりつけ医との垂直連携が課題で、それが深まらないと、地域住民に資する医療連携の成果があったとは言えませんし、最大の目標である地域包括ケアの実現には至りません(図4)。宮田 さらに連携を深めたい広島県、あるいはこれから連携を模索する他の地域では、いざ「連携」となると、お互いの利害関係などから「総論賛成、各論反対」になりがちなテーマでもあると思います。

追井 確かに連携の意義は納得できて、「連携しよう」というスローガンだけでは動きにくいですね。そこでポイントとなるのが、連携の意義にエビデンスを持たせることです。すなわち、今進められている地域医療構想の大きな特徴でもある、NDBやDPCデータといったエビデンス、つまり客観的な診療実績に基づいた協議や連携が可能になったことです。

宮田 「ビッグデータ」という言葉が聞かれるようになった近年、情報集積の技術は世界的にも劇的な進歩を遂げ、今までは難しかった医療データも体系的に分析することや、よりマクロな視点での考察が可能になっています。追井 そうですね。従来は、同じ地域にある病院同士が、「競争」という名のもとに、時に過剰とも言える医療機器の整備や人材の獲得を行っていました。しかし、全国規模で整備されたデータ集積システムによって、隣の病院と競争する以前に地域単位や全国との比較にさらされることになる。そうすると、地域内の狭いエリアで不毛な競争をするよりも、医療機関同士が地域内で連携することのほうが、はるかにバリューが高いことに皆さんが気付かれるわけです。

宮田 病院経営や医師個人のキャリアなど切迫感を感じる面がある一方で、医療資源の偏在に対しては地域で考えなければならないわけですね。エビデンス

を共有することで、地域の目標も共有することができそうです。先ほど浅原先生が課題とおっしゃった垂直連携に関しては、昨年9月の第2回基幹病院連携強化会議が印象的でした。出席した医師会の先生方が、「地域のかかりつけ医と、もっと連携を深めてほしい」と基幹病院の病院長に訴える場面があったのです。

門田 地域のかかりつけ医側にも「地域の医療を支えたい」という同じ思いがあることを共有できたのは収穫でした。その点、会議を昨年オープンに、垂直連携に重要な役割を持つ中小規模病院や診療所の医師らが傍聴できるようにしたのはよかったです。垂直連携を進めるに当たっては、データの活用とともに、「開かれた議論の場」を設けることも重要な要素になるのだと再認識させられました。

宮田 施設間で地域の「ビジョン」を共有する、そこに価値があるわけですね。

浅原 広島は地対協という組織が地域医療を議論する文化を醸成し、今の原動力になっています。他の地域も、議論の場をしっかりとつくるのが重要でしょう。

門田 もっと踏み込んだ議論をするには、地域住民の参画も必要だと私は思うのです。地域を巻き込んだ取り組みを医療者だけの発想で進めるのではなく、医療サービスを受ける住民の意見を反映させる。そうでなければ、こうした大きな改革は成し遂げられません。浅原 私も同感です。地域医療構想は、文字通り「地域の構想」が起点になるわけですね。では、「地域の構想」とは何か。それは地域に住む人々が、自分たちの地域でどう暮らしていきたいのかという視点に他なりません。追井 地域連携の最終的な目的は、地域包括ケアの実現、すなわち住民が生活視点で必要なサービスを地域で受けることにある。そのために、「医療は地域とともに歩むもの」と、医療者・住民の両者が再確認することが不可欠

になります。

門田 医療者と住民と一緒に地域医療を作り上げることができたとき、施設間の水平連携やかかりつけ医との垂直連携の意義も共有され、病院の再編・統合も成功へとつながっていくのだろうと思っています。

「医師は地域で育てる」人材育成もセットで構想を

浅原 関係組織・医療者・住民らで地域の医療の在り方を考える上で、私からは一強調しておきたいことがあります。それは、医療者の人材育成も、地域医療連携とセットでデザインしていかなければならないということです。人が育てば、自ずと組織は発展し、ひいては自分たちの地域の医療を守ることにつながるからです。

追井 私が県庁にいたころ、浅原先生がよくおっしゃっていましたね。「大切なことは地域の患者さんに教えられた」と。これは今も私の心に残っています。最初から適切な診断、高度な治療ができる医師はいません。ともすれば患者さんは「最高の診断、最高の手術ができる医師を連れてきてほしい」という希望を抱きがちです。しかし、たとえそうした医師を一時的に配置できたとしても、その地域にとってのサステナビリティ(持続性)はありません。人々の生活を見る、地域を見るという視点をあわせ持った医師を地域で育てる、そのようなシステムをデザインすることが大切になります。

宮田 その点、一病院では限界のあるローテーション研修も、4基幹病院のように施設が連携することで、短期間で高度な症例をいくつも経験することができる。さらに地域全体に連携が広がれば研修施設群などが構成されることになっていけば、ある施設で10か月経験を積み、残りの2か月はへき地医療に貢献するといった育成モデルも現実的に考えていけると思います。

浅原 新しい医療の在り方を構築していく上で人材育成がないと、持続可能な医療は築かれません。ぜひ地域医療連携に欠かさないでほしい視点です。

医療者と住民、関係者がともに歩む地域医療連携

宮田 本座談会では広島県の地域医療連携の取り組みを通して、他地域でも連携を深めるポイントまで確認することができたように思います。高齢化を伴う人口減少社会を本格的に迎える今後、医療サービスを提供する医療者は地域住民や患者、行政をはじめとした関係者の方々と「自分たちの地域をどうつくるべきか」という対話を行い、あるべき姿を念頭に置きながら医療の



宮田裕章氏

みやた・ひろあき 2003年東大大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻修士課程修了。05年同分野博士課程中退(08年論文博士取得)。早大人間科学術院助手、東大大学院医学系研究科医療品質評価学講座助教授を経て、09年より准教授。14年より東大大学院医学系研究科医療品質評価学講座教授(15年5月より非常勤)。15年より慶大医学部医療政策・管理理学教室教授。専門医制度と連携したデータベース事業NCD(National Clinical Database)の構築・運営の支援、データ管理・分析を手掛けている。原簿者「保健医療2035」策定懇談会メンバーを務める。

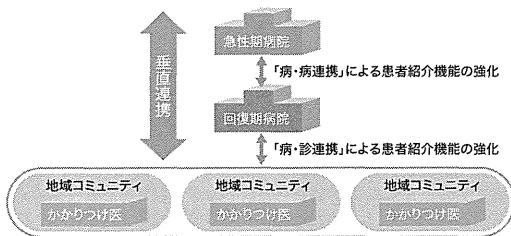
価値を再定義することが重要なのでしよう。先生方との議論を通じて、そう強く感じました。

浅原 医師は病気を治すことが重要な役割ですが、患者さんに安心感を与えることも忘れてはなりません。全国的に進められる地域医療連携や地域医療構想などは、システムの構築といったハード面の整備が主になります。それだけでなく、医療者一人ひとりが患者への安心感のある医療提供を意識しなければ、両者が望む地域医療は形づくられていかないと考えます。追井 やはり医療者と住民がともに歩むことが大切です。人口減少社会の到来という課題を前に、医療が今置かれているこの状況をぜひ国民の皆さんにも理解していただきたい。そして医療者は、「地域の医療は自分たちで守り、支える」という気持ちを住民と共有しながら、地域づくりに参画していただきたいと思っています。

門田 地域の医療と健康を守るという目標の実現に向け、広島県が全国の課題を先んじて乗り越える突破口になってくれることを大いに期待しています。日本の将来に悲観するのではなく、「夢を皆で追い掛け、実現させよう」と前向きに臨んでいきたいですね。宮田 地域医療を支える連携の形は、さまざまな組織・個人の「ビジョンの共有」から始まっています。広島県の取り組みが、多くの地域の参考になり日本の医療の底上げにつながればと願っています。本日はありがとうございました。(了)

図4 垂直連携の実現で「かかりつけ医が支える地域コミュニティ」を構築

4基幹病院による水平連携の実現とともに、回復期病院、地域のかかりつけ医との垂直連携を構築することで、患者を適切な医療機関へ紹介(逆紹介)することが可能になる。



【出典】広島県健康福祉局。第1回基幹病院連携強化会議資料 広島県市圏の医療提供体制強化に向けた考察。2015。

京都GIMカンファレンスからの挑戦状、第2弾。あなたはどこまで診断に迫れるか?

診断力強化トレーニング2 What's your diagnosis?

あの「京都GIMカンファレンス」からの挑戦状、第2弾! 順次提示される「病歴」「身体所見」「検査所見」を見て、あなたはどこまで診断に迫れるか!? よくある疾患だがまれな症候、よくある症候だがまれな疾患も続々登場。診断の「手がかり」はどこにある? 「めくらまし」にだまされるな! 臨場感あふれる88症例を体験し、診断力を鍛えよう。さあ、こんな患者さんがあなたの前に来たら、何を聞き、何をしますか?

監修 松村理司
池田和典 / 洛和会京都厚生学校学長
編集 酒見英太
洛和会前川病院院長 / 洛和会京都厚生学校教育センター所長
執筆 京都GIMカンファレンス



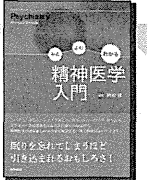
B5 頁256 2015年 定価:本体3,800円+税 | ISBN978-4-260-02169-2 | 医学書院

まるで小説? いやや芸術? 類を見ない! 「読んで、見ても」楽しい精神医学テキスト

みるよむわかる 精神医学入門

原書は英国でRichard Asher Prizeという優れた医学教科書に与えられる賞を受賞。オールカラーで精神疾患に関連する図や写真と随所に盛り込みながら、精神医学の歴史から個別の疾患の概念や疫学、鑑別疾患などまでを網羅的に解説する。シェークスピアをはじめ著名な作家の言い回しを引用するなど、読み物としての楽しさも追求している。精神医学の入門書として最適。

原著 Neel Burton
監訳 朝田 隆
東京医科歯科大学医学部・特任教授



B5 頁272 2015年 定価:本体4,200円+税 | ISBN978-4-260-02029-0 | 医学書院

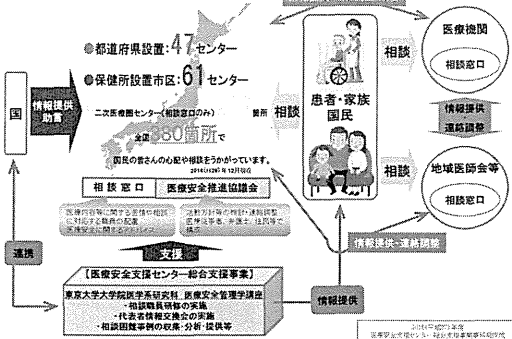
医療安全支援センター総合支援事業の取組み



小川祥子、瀬川玲子、長川真治、林かほり、東正悟、水木麻衣子、児玉安司
 東京大学大学院医学系研究科 医療安全管理学講座

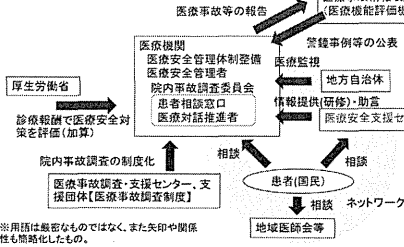
背景と目的

(図1) ◆◆◆ 医療安全支援センター体制図 ◆◆◆



医療に関する相談に対応し医療安全施策の普及啓発を行う地方自治体の部署である医療安全支援センター(センター)を設置すべきという方針を2003年に厚生労働省が打ち出した。

(図2) 医療の安全のために: 取組全体像(イメージ)



その後、2006年の医療法改正により、センター設置が地方自治体の努力義務となるとともに、センターの適切な実施のため、国は情報提供、助言、その他の援助を行うこととなった。

取組み

国の施策として地方自治体に設置された医療安全支援センターを総合的に支援することを目的として、2003年度より厚生労働省は「医療安全支援センター総合支援事業」を実施している。本事業は、当初は医療機能評価機構が行っており、2007年度より本講座が実施している。

本事業においては、センター職員等へ研修のほか、センターの運営状況等に関し毎年、年次調査を行っている。

(図3)

平成27(2015)年度医療安全支援センター総合支援事業の事業概要

初任者研修の実施	京都	東京	東京	東京
対象: 支援センター経験1年未満の職員	5月8日(金)	5月15日(金)	7月10日(金)	7月17日(金)
1) 実践研修の実施	西日本(京都)	東日本(東京)		
対象: 支援センター職員と医療機関の職員	10月19日(月)	11月5日(木)		
2) ブラッシュアップ研修の実施	東日本(東京)	西日本(京都)		
対象: 支援センター職員	6月16日(火)	7月21日(火)		
3) ジョイントミーティング(JM)の開催	代表者JM	地方JM	JM全国大会	
対象: 支援センター職員と医療機関の職員	5月12日(火) 東京	要項あれば開催	未定	
4) 教訓的事例等に関する情報提供	ホームページ等を通じて情報発信			
5) センターの運営に関する実態調査	支援センター運営状況(7月~)			
6) 医療安全支援センターを支援する事業	支援センター設置状況 平成27年12月1日現在			



研修参加者アンケートでは、今後の業務に活かせるという回答は毎回8割を超える。

結果

2014年度は、東京・大阪・京都・福岡において研修等を合計10回開催し、述べ584名の参加を得た。2015年度も同様に10回の研修を予定している。研修以外に職員の支援として、各地のセンターにおける研修企画や運営のサポートを実施した他、全センターに対して事例集等の情報提供を行った。また、適宜必要な情報をウェブサイト、郵送、電子メール等で各センターに提供した。

その他、前年度のセンター運営状況等を尋ねる年次調査を毎年実施しており、この結果、地域住民からの医療に関する苦情・相談に**2013年度**に全センター(2013年現在**380センター**)で合計**93,079件**対応していた(2014年度のもは現在集計中であるが、360センターの暫定値95,999件)。苦情・相談の内訳は、**医療行為・医療内容に関する苦情が約19.42%、健康や病気に**

(表1) 医療安全支援センターの業務に従事する者の構成

(平成26年度現在の状況)
 平成26年度医療安全支援センター総合支援事業にて実施した「医療安全支援センターの運営の現状に関する調査」より

センター種別	センター業務従事者総数	勤務体制		位置づけ	職種	その他									
		専任	兼任			相談員	行政官	事務行政職	看護師	保健師	薬剤師	診療放射線技師	臨床検査技師	医師	歯科
都道府県センター	47箇所での総数	236	64	171	72	163	120	79	12	8	3	7	1	6	
	1箇所あたりの平均	5.02	1.36	3.64	1.53	3.47	2.55	1.68	0.26	0.17	0.06	0.15	0.02	0.13	
保健所設置市区	61箇所での総数	364	60	303	59	304	108	83	131	19	3	9	1	9	
	1箇所あたりの平均	5.97	0.98	4.97	0.97	4.98	1.77	1.36	2.15	0.31	0.05	0.15	0.02	0.15	
二次医療圏センター	272箇所での総数	726	36	681	30	669	371	132	119	36	13	21	5	21	
	1箇所あたりの平均	2.67	0.13	2.50	0.11	2.46	1.36	0.49	0.44	0.13	0.05	0.08	0.02	0.08	
総センター	380箇所での総数	1,326	160	1,155	161	1,136	599	294	262	63	19	37	7	36	
	1箇所あたりの平均	3.49	0.42	3.04	0.42	2.99	1.58	0.77	0.69	0.17	0.05	0.10	0.02	0.09	

考按

研修に参加した職員の理解度や今後の業務への参考になるという回答は高く、各センターでは毎年継続的に新規職員等を研修に参加させることができるよう研修予算を組んで参加させている。各地で限られた人員で対応している**センター職員が孤立せず、一定の質を保った相談を行うためにも、本事業を引き続き実施していく意義は高い**と考える。

医療安全支援センター総合支援事業(厚生労働省補助事業)
<http://www.anzen-shien.jp/>
 厚生労働科学研究「医療安全支援センターの業務及び運営の改善のための研究」

連絡先: 東京大学大学院医学系研究科 医療安全管理学講座
 特任助教 小川 祥子
 電話: 03-5800-9146
 メール: ogawa-sim@umin.ac.jp

医療安全支援センターの業務及び運営の改善のための研究

— インシデントを経験した看護職が周囲から受けた対応の実態と当事者の認識 —

研究協力者 瀬川 玲子 東京大学大学院医学系研究科医療安全管理学

研究要旨

【目的】 インシデントの当事者となった看護職が周囲から受けた対応の実態と、それらの対応の有無による当事者の認識を明らかにすることである。

【方法】 看護職を対象に質問紙調査を行い、過去に経験した最も重大な 1 例のインシデントの後に周囲の人から受けた対応の有無と、それを良かった／不快だった／何とも思わなかったかで尋ね、対応の内容と当事者の認識との関連について分析した。

【結果】 同僚・先輩・師長からの「傾聴」「助言」等の支援的対応を多くの人が受け、好意的に認識していた。ないと不快と認識される対応は「普段通りに接する」「師長が気持ちを察知する」であった。非支援的対応は、不快さと関連があった。

【結論】 インシデントの当事者となった看護職が好意的に認識する対応と、不快と認識する対応が明らかになった。当事者への支援については、医療安全管理者や看護師長のみではなくスタッフレベルの看護職にも教育を行う必要があることが示唆された。

A 研究目的

医療現場では、すべての医療従事者が医療事故の当事者となる可能性があり、特に看護職は医療行為の最終実行者として事故に遭遇する機会が多い (Johnstone ら, 2006)。

事故の経験は、当事者となった看護職に甚大なストレスと苦悩をもたらすことが明らかになっており、患者が第一の被害者であるとするれば、当事者となった医療従事者は第二の被害者であるとも言われている (Wu, 2000; Scott ら, 2009; Edress ら, 2011)。事故当事者のストレスや苦悩を和らげるには、周囲が支援的に対応することが重要である。周囲からの適切な支援はストレスを軽減する効果があり (浦, 1992; 小野田, 2010)、当事者が辛い状況を乗り越えることを助ける (Wu ら, 1991; Meurier ら, 1997; 鈴木ら, 2004; Scott ら, 2009)。しかし、実際には当事者は支援的ではない対応も多く受け、このことは事故の経験による苦悩に加えて、その対応によるさらなる苦悩をもたらしてしまう (山内ら, 2004; Wolf ら, 2004; 奥田, 2006)。

事故当事者のストレスや苦悩を軽減するためには、周囲がどのように対応すべきかを明らかにするとともに、その知識を医療安全の実践に取り入れていく

必要がある。事故当事者への対応の指針となるものとしては日本看護協会 (1999) の看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン、深野ら (2008) の医療事故当事者支援マニュアルなどがある。

先行研究では、事故の当事者となった際に上司から受けた支援としてアドバイスや傾聴、いつも通りの態度で接することなどがあげられている (山本ら, 2009)。これは、当事者となったと仮定して望む支援を尋ねた調査である。一方で、支援の経験を尋ねる研究は少なく、行われていても重大事故に関連するもの (山内ら, 2004; Schellbred ら, 2007) に限られている。事故の重大さと苦悩は関連が弱いという報告 (Wolf ら, 2000) を考慮すると、当事者に対する適切な支援は、患者影響レベルが軽度の事故も含めて検討する必要があると考えられる。また、これまでの研究では、支援の送り手は看護師長 (山内ら, 2004) や上司 (山本ら, 2009) とされていたが、当事者への対応は先輩や他のスタッフも行っていること (吉田ら, 2008) が明らかになっている。これらのことから、送り手を看護師長に限らず調査し、適切な支援を明らかにすることが必要である。

そこで、本研究では事故を経験した看護職は周囲の人からどのような対応を受けているか、またその

対応をどのように認識しているか実態を明らかにすることで、当事者にとって支援的な対応とは何かを検討する。

B 研究方法

1) 用語の操作的定義

本研究において、インシデントは医療事故または医療事故を発生する可能性がある事象に関するすべてのものを指す。これらには、医療用具の不具合、自己管理薬の服薬ミス、患者の転倒、自殺等が含まれる。

2) 調査対象とデータ収集方法

機縁法により 30 名の看護職を対象に予備調査を実施し、回答の分布に偏りが無いことを確認し、回答に迷うという意見のあった表現の修正を行った上で、無記名自記式調査票を作成した。本調査は関東地方の 3 病院 (A 病院: 約 150 床、B 病院: 約 250 床、C 病院: 約 1200 床) に勤務する看護職 1,375 名を対象として実施した。

3) 調査項目

(1) 質問内容

はじめにインシデント経験の有無について尋ね、経験があると答えた人に今までに経験したインシデントのうち最も重大だと思うものを 1 つ想起してもらい、その後の質問はすべてそのインシデントに関することについて尋ねた。

(2) インシデントの概要

最も重大だと思うインシデントを経験した時期、インシデントの種類、患者に与えた影響のレベル (国立大学附属病院医療安全管理協議会分類) 等を尋ねる項目を設けた。

(3) 周囲の人の対応の有無と当事者の認識

当事者としてインシデントを経験した看護職が周囲の人から受ける可能性のある対応 (以下、対応と称する) について、医療事故当事者に関する先行研究、医療安全管理者および看護研究者数名の意見を参考に、12 種類抽出した。さらに、対応の送り手として「同僚」「先輩」「看護師長」「管理者」「医師」の 5 つを設定し、その組み合わせ (12×5) で合計 60 の質問項目となった。

(4) 調査項目の尋ね方

対応の有無と当事者の認識の項目は、インシデント発生後の周囲の人からの対応があった場合には「はい」、なかった場合には「いいえ」を選択肢として設けた。さらに、その対応があったこと、またはなかったことに対してどう感じたかを、「1: 非常に不愉快だった」「2: 少し不愉快だった」「3: 何とも

思わなかった」「4: まあまあ良かった」「5: 非常に良かった」の 5 つで尋ねた。

(5) 対象者の特性

年齢、性別、臨床経験年数、資格、学歴について尋ねた。

4) データ分析方法

インシデント後の周囲の対応の有無を尋ねる質問への記入が 2 割以上欠損している対象者を除外した。すべての対応について、ありとなしの数を送り手別に算出した。また、当事者の認識は、1~2 を「不快だった」、4~5 を「良かった」、3 を「何とも思わなかった」の三群に分類した上で、各対応を先行研究 (Wolf ら, 2000; Wolf ら, 2004) をもとに、支援的対応と非支援的対応に分類し、それらの対応の有無と認識の分布をグラフに示した。

さらに、患者影響レベルを日本医療機能評価機構 (2012) における重大な事故等の報告規準と看護研究者の意見を参考に、0~3a と 3b~5 で二分し、対応の有無によって当事者の認識に違いがあるかをみるために、当事者の認識の「何とも思わなかった」群を除き、「不快だった」「良かった」の二群で Pearson の χ^2 検定を行った。また、対応の有無と当事者の認識との関連が患者影響レベルによって異なるかどうかを定量的に表すため、当事者の認識を従属変数、(良かった: 1、不快だった: 0)、「対応の有無」「患者影響レベル」「対応の有無と患者影響レベルの積」を独立変数としたロジスティック回帰分析を行った。

分析には JMP9.0.2 for Windows (SAS Institute Inc.) を用い、有意水準は 5% とした。

5) 倫理的配慮

調査にあたっては、当該施設の責任者の承諾を得た上で、東京大学医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得て実施した。研究説明用紙に、調査への協力は強制ではなく自由意思によるものであり、回答をもって調査に同意したとみなすことを明記した。調査票は各施設の担当者を通して対象者へ配布され、密封できる封筒に入れて回収袋に投入する方法で回収した。

C 研究結果

調査票は 1,375 部配布し、1,172 部 (85.2%) 回収した。このうち、除外基準に基づいて 1,022 名 (74.3%) を分析対象とした。

1) 分析対象者の特性及びインシデントの概要 (表 1)

対象者の 95.3% がインシデントを経験したと回答し、4.7% はインシデントを 1 度も経験したことがないと回答した。最も重大と想起したインシデントの

種類で多かったのは、薬剤に関するもの (52%)、次いでチューブ類 (15%)、転倒・転落 (15%) であった。それらのインシデントの患者影響レベルをみると、レベル 1 (誤った行為が患者に実施されたが、結果として患者に実害はなかった) が最も多かった。レベル 0 (患者に実施される前に回避できた) からレベル 3a (簡単な処置や治療を要した) は合計して約 9 割、レベル 3b (濃厚な処置や治療を要した) からレベル 5 (患者が死亡した) は合計して約 1 割であった。

2) 送手別対応の有無と当事者の認識

送手別にみると、対応ありが多かったのは看護師長、先輩、同僚で、対応なしが多かったのは管理者と医師であった (表 2)。以降の分析は、対応の多かった送手である看護師長、先輩、同僚のみを対象とした。

対応ありが多かった看護師長、先輩、同僚の対応の有無と当事者の認識について、対応ありで「良かった」と認識した人の割合が高い項目順に図 1 に示した。全 36 項目中、対応ありで「何とも思わなかった」と「不快だった」を合算した割合よりも「良かった」と認識した割合が多い項目は 27 項目あった。一方で、対応あり群のうち、「良かった」よりも「不快だった」と認識した人の割合が高かった項目は、看護師長、先輩、同僚からそれぞれ「否定的な発言があった」、「一方的な叱責があった」、「興味本位の質問があった」の 9 項目であった。先行研究をもとに、前者 27 項目を支援的対応、後者 9 項目を非支援的対応とした。支援的対応が行われなかった場合には「何とも思わなかった」と認識した割合が高い項目が多くを占め (24 項目)、「看護師長が普段通りの接し方だった」、「先輩が普段通りの接し方だった」および「看護師長が気持ちを察知してくれた」の 3 項目は、対応なし群で、「良かった」または「何とも思わない」よりも「不快だった」の割合が高かった。

また、非支援的対応のうちで、最も頻度が高かったのは、「看護師長からの一方的な叱責」で、123 人 (13.4%) があつたと答えた。

3) 患者影響レベル別にみた対応の有無と当事者の認識との関連 (表 3)

患者影響レベルを二分し、対応の有無によって当事者が「良かった」、もしくは「不快だった」と認識するかを Pearson の χ^2 検定で分析した結果、全ての支援的対応で「対応あり」と「良かった」の関連に有意差がみられ、非支援的対応のすべての項目で「対応あり」と「不快だった」の関連に有意差を認めた。さらに、対応項目別に、患者影響レベルによって対応の有無と当事者の認識の関連の仕方が異な

るかどうかについて、ロジスティック回帰モデルの交互作用項 (対応の有無と患者影響レベルの積) で検討したところ、「同僚が話を聴いてくれた」と「看護師長が普段通りの接し方だった」において交互作用が有意であった。その他の 34 項目では、当事者の認識に対して、対応の有無と患者影響レベルの交互作用は有意ではなかった。

D 考察

1) 対応の実態

これまで看護師長や上司が支援の送手として期待され研究されてきた (山内, 2004; 山本, 2009; 福田, 2009) が、本研究の結果では看護師長よりも同僚や先輩から対応を受けた人が多く、同僚や先輩も支援的対応と非支援的対応の送手となっていることが明らかになった。看護師長と比較して同僚や先輩は当事者との距離が近いため対応が多く実施されていた可能性がある。ところが、当事者をどのように支援するかについての教育は医療安全管理者や認定看護管理者を対象として実施されているのが現状である。また、看護系大学の医療安全教育はヒューマンエラーや分析方法など知識の獲得レベルまでにとどまっているが (岩本ら, 2008)、実習や就職後早期に事故を経験する可能性もあることから、基礎教育や入職後の教育の段階で、事故を経験した当事者への対応方法についての教育が必要であると考える。

2) 支援的対応

指針やマニュアルで支援的対応とされていた「一緒に過ごしてもらう」、「慰められる・励まされる」、「気持ちを察知される」、「話を聴いてもらう」、「理解を示される」、「助言を受ける」、「仕事ぶりを認めてもらう」、「普段どおりの接し方をされる」、「事例の振り返りを一緒に行く」ことは、対応の送手が看護師長、先輩、同僚の場合、対応がなくても何とも思わない人が多かった。しかし、多くの当事者はそれらの支援的対応を受けた場合に良かったと認識していた。過去には重大な事故を経験した当事者はどのような支援を受けていたか報告されていたが (山内ら, 2004; Schellbred ら, 2007)、今回の結果では患者影響レベルに関係なく支援的対応の有無と快/不快の認識に関連がみられた。したがって、Wolf ら (2000) が指摘するように患者影響レベルに関わらず事故を経験した当事者へ支援的対応をすることが望ましいという指摘を支持した。

「同僚が話を聴いてくれた」と「看護師長が普段通りの接し方だった」はいずれも、ロジスティック回帰分析で大きな交互作用が見られたことから、患

者影響レベルが高い場合は、低い場合と比較して「対応あり」と「良かった」という認識との関連が弱まっていることが示唆された。当事者は誰かに気持ちを打ち明けて支えてもらいたいと思う反面、自責感や羞恥のために人に知られたくないと感じる(山内, 2004) ことから、特に重大事故の時にはその傾向が強く表れ、近い立場の同僚から話を聴いてもらうことを不快に思う人の割合が増えたのではないかと推測される。また、患者影響レベルが高い群で、看護師長が普段通りに振る舞うことと当事者の良い認識との関連が弱かったのは、山内(2004)が述べるように、重大事故の時、看護師長からは普段通りよりもむしろ特別な配慮を望む傾向があるのではないかと考えられた。これにより、「同僚が話を聴くこと」、または「看護師長が普段通りに接する」という対応は、患者影響レベルが高い場合は特に、当事者がそれらの対応を望んでいるのか検討し、柔軟に対応する必要があることが示唆された。しかし、患者影響レベルの高い事例は全体の約1割と少なかったため、支援的な対応を患者影響レベルの高低で配慮しなければならないのかについてはさらに対象者数を増やして検討する必要がある。

支援的な対応のうち、対応されなかった場合に不快と感じる項目は、「看護師長が普段通りの接し方だった」、「先輩が普段通りの接し方だった」「看護師長が気持ちを察知してくれた」の3項目で、事故を起こしたことによる自責の念、不安、自分への怒りなどを看護師長には敏感に察知してもらいたい一方で、「ミスをした人」という烙印を押さず、何事もなかったように振る舞うことが大切であるという先行研究(山内, 2004)を支持した。同僚が普段どおりに接することや気持ちを察知してくれることは対応されなくても何とも思わないことから、看護師長や先輩など上位のスタッフの接し方に対してはより反応が敏感となる可能性が示唆された。

3) 非支援的対応

非支援的対応として設定した項目は、複数の研究(Kohnら, 2000; Wolfら, 2000; Dekker, 2008; Scottら, 2009)によって、以前からその悪影響が指摘されている対応である。最も頻度の高かった非支援的対応は「看護師長からの一方的な叱責」であり、送り手の立場からみれば、教育的な注意喚起として行ったものの、その意図が伝わらなかった可能性があると考えられる。教育的なかわりが必要であると考えられるケースでは、指導を行うとともに、それが否定的な体験として長期にわたるストレスや意欲の低下をもたらす結果とならないよう、当事者との対話や、当事者の受け止め方を注意深く把握す

ることが必要であると考えられる。

4) 研究の限界と今後の課題

この研究は、インシデントを経験した看護職へ周囲の人が行った対応と当事者の認識との関連を調査し、対応の送り手を看護師長に限らず、周囲の看護職がどのように対応するのが望ましいのかを明らかにした。しかし、看護職が過去に経験したインシデントについて尋ねたものであるため、当事者の当時の属性(所属施設、年齢、学歴、経験年数)等と認識の関係について検討していないことが限界として挙げられる。これらの影響については、今後さらなるデータ収集と分析が必要である。

E 結論

事故を経験した当事者には看護師長よりも先輩や同僚が多く対応しており、医療安全管理者や看護師長のみではなくスタッフレベルの看護師も支援者として考慮すべきである。また、患者影響レベルに関わらず、指針やマニュアルに示されている支援的対応を受けた当事者はその対応を好意的に認識していたことから、これらの対応を行が望ましいことが示唆された。

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

1. 論文発表

瀬川玲子, 大西麻未, 武内龍伸, 永田文子. インシデントを経験した看護職が周囲から受けた対応の実態と当事者の認識. 日本看護評価学会誌 2012: 2巻 1号, 1-8.

2. 学会発表

瀬川玲子, 大西麻未, 武内龍伸, 永田文子. インシデントを経験した看護職が周囲から受けた対応の実態と当事者の認識. 第2回日本看護評価学会学術集会. 2012. 3. 6-7.

Reiko Segawa, Ayako Nagata, Tomohiro Shinozaki, and Katsuya Kanda. The Association between Nurses' Changes in Practice and Responses of Colleagues to their Medical Errors in Japan. International Society for Quality in Healthcare 30th International Conference in Edinburgh. 2013. 10. 13-16.

Reiko Segawa, Ayako Nagata, Mami onishi, Satoko Nagai, and Katsuya Kanda. Factors Predictive of Nurses' Negative Change in Practice after Their Error: A Classification and Regression Tree Approach. East Asian Forum of Nursing Scholars 17th in Manila. 2014. 2. 20-21.

H 知的所有権の取得状況

なし

文献

- 1) 岩本真紀, 名越民江, 南妙子, 栗納由記子, 水野静枝 (2008). 看護系大学における医療安全教育に関する調査研究. 香川大学看護学雑誌, 12(1), 47-55.
- 2) Dekker S. (2008). Just Culture: balancing safety and accountability. Farnham, United Kingdom: Ashgate.
- 3) Edrees, H. H., Paine, L. A., Feroli, E. R., & Wu, A. W. (2011). Health care workers as second victims of medical errors. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej*, 121(4), 101-108.
- 4) 深野久美, 七井裕子, 芳賀克夫 (2008). 医療事故当事者サポートマニュアル. 日本医療マネジメント学会雑誌, 9(2), 364-368.
- 5) 福田紀子 (2009). 看護師長が体験している医療事故後対応の困難さ. 日本看護管理学会誌, 12(2), 12-21.
- 6) Johnstone, M. J., & Kanitsaki, O. (2006). The ethics and practical importance of defining, distinguishing and disclosing nursing errors: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 43(3), 367-376. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.04.010
- 7) Kohn, L. T., Corrigan, J. M. & Donaldson. M. S. (Eds.) (2000). *To err is human*. Washington, D.C: National Academy Press.
- 8) Meurier, C. E., Vincent, C. A., & Parmar, D. G. (1997). Learning from errors in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 111-119.
- 9) 日本医療機能評価機構. 検索日: 2012年10月5日, http://jcqhc.or.jp/pdf/news/20120620_1.pdf.
- 10) 日本看護協会 (1999) 組織で取り組む医療事故防止 看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン. *看護*. 51(12), 12-75.
- 11) 奥田清子 (2006). インシデントあるいはアクシデント後の看護師の感情体験. *日本赤十字看護大学紀要*, (20), 43-53.
- 12) 小野田慶一 (2010). 【社会神経科学】なぜ心が痛いのか 社会神経科学における排斥研究の現状. *生理心理学と精神生理学*, 28(1), 29-44.
- 13) Schelbred, A. B., & Nord, R. (2007). Nurses' experiences of drug administration errors. *Journal of Advanced Nursing*, 60(3), 317-324. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04437.x
- 14) Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandt, J., & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Quality & Safety in Health Care*, 18(5), 325-330. doi: 10.1136/qshc.2009.032870
- 15) 鈴木琴江, 宮下光令, 数間恵子 (2004). ミスを経験した看護職者の行動変容とその要因再発を防ぎ, 看護行為の安全性を向上させる対応を求めて. *看護管理*, 14(5), 401-406.
- 16) 浦光博 (1992). 支えあう人と人—ソーシャルサポートの社会心理学. 東京: サイエンス社
- 17) Wolf, Z. R., & Serembus, J. F. (2004). Medication errors: Ending the blame-game. *Nursing Management*, 35(8), 41-2, 44, 47-8.
- 18) Wolf, Z. R., Serembus, J. F., Smetzer, J., Cohen, H., & Cohen, M. (2000). Responses and concerns of healthcare providers to medication errors. *Clinical Nurse Specialist CNS*, 14(6), 278-87; quiz 288-90.
- 19) Wu, A. W. (2000). Medical error: The second victim. the doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 320(7237), 726-727.
- 20) Wu, A. W., Folkman, S., McPhee, S. J., & Lo, B. (1991). Do house officers learn from their mistakes? *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 265(16), 2089-2094.
- 21) 山本君子, 天野雅美, 入江慎治 (2009). 看護師が医療事故を起こしたとき上司に望むサポート. *看護教育研究学会誌*, 1(1), 25-44.
- 22) 山内桂子, 高木安雄 (2004). 医療事故に関わった看護師の業務継続に伴うストレスとサポートの検討. *病院管理*, 41(1), 37-46.

- 23) 吉田みつ子, 川原由佳里, 佐々木幾美, 本庄恵子, 田中孝美, 奥田清子, 森祥子, 守田美奈子, 村上睦子, 川嶋みどり (2008). 新卒看護師のヒヤリ・ハット/アクシデント体験と周囲の対応. 日本赤十字看護学会誌, 8(1), 20-27.

表1. 対象者の特性とインシデントの概要 (n=1022)

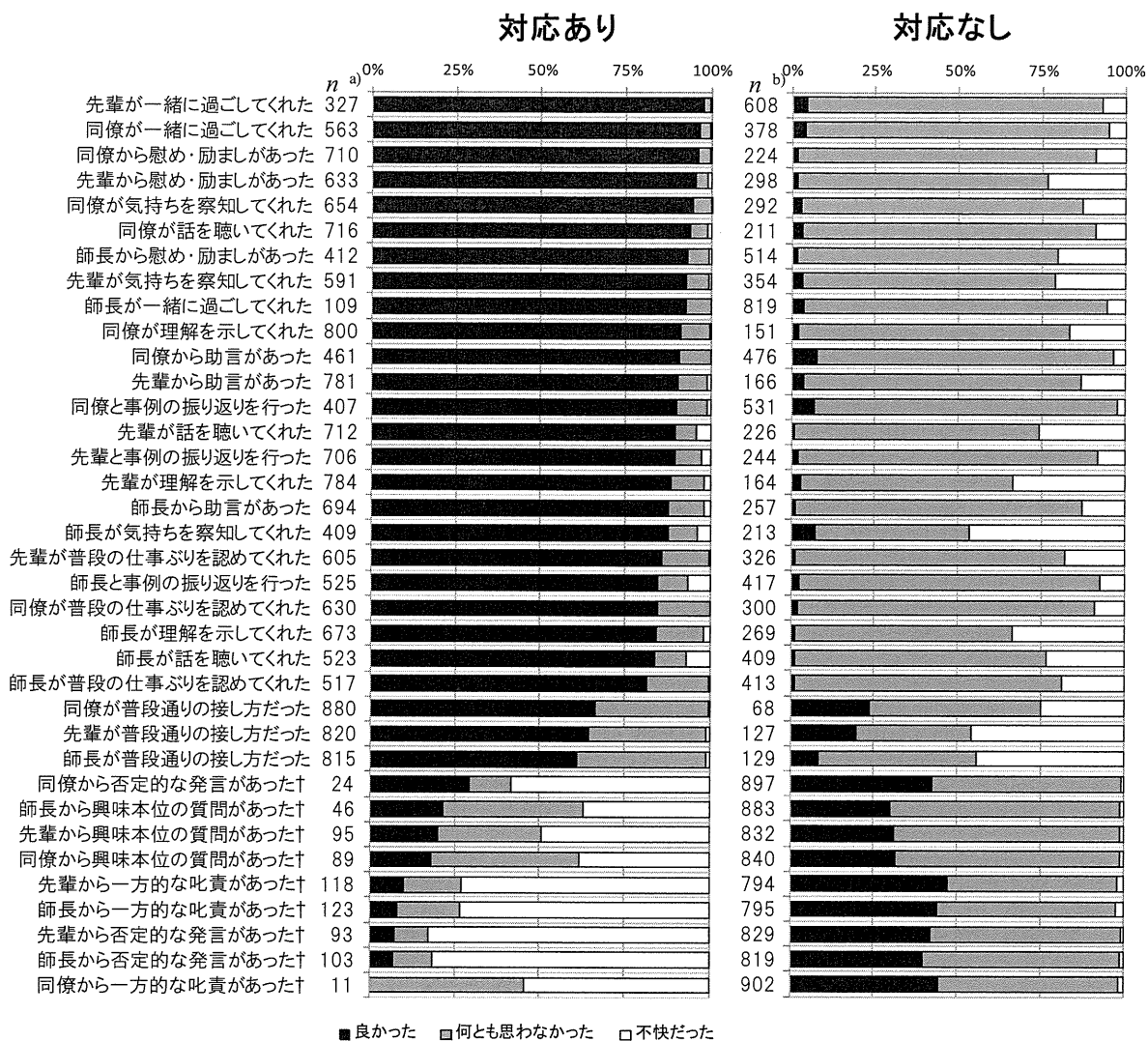
		n	%
調査施設	A病院	65	(6.4)
	B病院	100	(9.78)
	C病院	857	(83.9)
年齢 [mean(SD)]		32.1	(9.02)
性別	男性	36	(3.5)
	女性	983	(96.5)
最終学歴	専門学校	374	(37.2)
	短期大学	101	(10.0)
	大学・大学院	531	(52.8)
看護資格	看護師	1001	(98.7)
	准看護師	13	(1.3)
臨床経験年数 [mean (SD)]		9.11	(8.38)
インシデント後経過年数 [mean (SD)]		5.46	(5.26)
インシデント発生時の立場	スタッフ	849	(87.8)
	チームリーダー	68	(7.0)
	副師長・主任	45	(4.7)
	師長	3	(0.3)
患者影響レベル	レベル0	50	(5.2)
	レベル1	385	(40.4)
	レベル2	250	(26.2)
	レベル3a	160	(16.8)
	レベル3b	80	(8.4)
	レベル4a	5	(0.5)
	レベル4b	7	(0.7)
	レベル5	17	(1.8)

表2. 送り手別対応の有無の総数

対応の送り手	対応あり ^{a)}	対応なし ^{b)}
同僚	6030	5609
先輩	6342	5285
看護師長	5001	6627
管理者	2084	9427
医師	2333	9224

a) 各対応があったかを尋ねる項目に「はい」と回答した人数の和

b) 各対応があったかを尋ねる項目に「いいえ」と回答した人数の和



a) 各対応があったかを尋ねる項目に「はい」と回答した人数
 b) 各対応があったかを尋ねる項目に「いいえ」と回答した人数
 †) 非支援的対応
 師長=看護師長

図1. 各対応の有無による当事者の反応 (n=1022)

表3. 患者影響レベルによる各対応の有無と当事者の反応の関連 (n=1022)

	患者影響レベル 低				p ^{a)}	患者影響レベル 高				p ^{b)}	交互作用項 p ^{c)}
	対応あり		対応なし			対応あり		対応なし			
	良い	不快	良い	不快		良い	不快	良い	不快		
先輩と一緒に過ごしてくれた	226	1	21	34	<.001**	45	0	5	6	<.001**	.993
同僚と一緒に過ごしてくれた	474	0	12	14	<.001**	60	1	3	4	<.001**	.989
同僚から慰め・励ましがあった	596	2	4	17	<.001**	78	1	0	3	<.001**	.991
先輩から慰め・励ましがあった	518	7	5	62	<.001**	75	0	0	7	<.001**	.993
同僚が気持ちを察知してくれた	532	1	8	30	<.001**	76	0	1	5	<.001**	.991
同僚が話を聴いてくれた	594	3	5	18	<.001**	74	5	1	1	.020*	.021*
師長から慰め・励ましがあった	323	3	8	87	<.001**	55	0	0	14	<.001**	.991
先輩が気持ちを察知してくれた	460	3	9	65	<.001**	75	1	2	7	<.001**	.323
師長と一緒に過ごしてくれた	79	0	23	34	<.001**	21	0	7	8	<.001**	.999
同僚が理解を示してくれた	631	3	3	21	<.001**	86	0	0	3	<.001**	.996
同僚から助言があった	354	0	29	12	<.001**	54	0	6	3	<.001**	1
先輩から助言があった	617	6	4	17	<.001**	73	2	2	4	<.001**	.175
同僚と事例の振り返りを行った	310	4	29	9	<.001**	50	1	7	0	.010*	.717
先輩が話を聴いてくれた	558	26	2	53	<.001**	71	4	0	5	<.001**	.990
先輩と事例の振り返りを行った	551	17	5	17	<.001**	71	3	0	3	<.001**	.991
先輩が理解を示してくれた	602	12	5	51	<.001**	78	4	0	4	<.001**	.991
師長から助言があった	532	10	3	26	<.001**	67	2	0	5	<.001**	.989
師長が気持ちを察知してくれた	303	0	12	79	<.001**	49	0	3	17	<.001**	1
先輩が普段の仕事ぶりを認めてくれた	437	1	4	53	<.001**	70	0	0	4	<.001**	.995
師長と事例の振り返りを行った	385	29	9	24	<.001**	54	5	1	5	<.001**	.739
同僚が普段の仕事ぶりを認めてくれた	455	0	6	22	<.001**	67	0	0	3	<.001**	.999
師長が理解を示してくれた	485	12	4	78	<.001**	71	1	0	10	<.001**	.989
師長が話を聴いてくれた	380	31	4	81	<.001**	54	4	1	13	<.001**	.787
師長が普段の仕事ぶりを認めてくれた	358	1	5	66	<.001**	56	0	0	9	<.001**	.993
同僚が普段通りの接し方だった	494	3	14	14	<.001**	79	0	2	2	<.001**	.990
先輩が普段通りの接し方だった	451	8	20	50	<.001**	68	2	5	6	<.001**	.233
師長が普段通りの接し方だった	427	6	6	49	<.001**	60	3	5	7	<.001**	.003**
同僚から否定的な発言があった†	5	10	316	5	<.001**	1	3	59	0	<.001**	.991
師長から興味本位の質問があった†	10	16	212	7	<.001**	0	1	49	1	<.001**	.991
先輩から興味本位の質問があった†	18	35	208	7	<.001**	0	11	47	1	<.001**	.992
同僚から興味本位の質問があった†	15	25	216	6	<.001**	0	9	47	1	<.001**	.988
先輩から一方的な叱責があった†	11	73	313	10	<.001**	1	11	57	3	<.001**	.996
師長から一方的な叱責があった†	7	79	289	13	<.001**	3	9	55	3	<.001**	.135
先輩から否定的な発言があった†	5	65	289	4	<.001**	1	10	55	0	<.001**	.991
師長から否定的な発言があった†	6	74	267	7	<.001**	1	7	55	0	<.001**	.991
同僚から一方的な叱責があった†	0	5	330	11	<.001**	0	1	64	2	<.001**	1

a) χ^2 検定 患者影響レベルが低い群における当事者の認識と対応の有無の関連 有意水準 * $p<.05$, ** $p<.01$

b) χ^2 検定 患者影響レベルが高い群における当事者の認識と対応の有無の関連

c) ロジスティック回帰分析 従属変数: 当事者の認識 (1: 「良かった」, 0: 「不快だった」)
独立変数: 対応の有無、患者影響レベル、対応の有無と患者影響レベルの積

†) 非支援的対応

医療安全支援センターの業務及び運営の改善のための研究

— 医療安全支援センター運営に必要な研修に関する考察 —

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

研究要旨

医療安全支援センターの運営に必要な支援として、相談員に対する研修と対外的に行う啓発活動のための研修がある。全国 380 か所にある支援センターの運営を安定させるためには、研修の質と量の検討が必要である。本研究では現場の研修ニーズや実施状況を聞き、今後の研修の課題を明らかにする。現場で最も必要とされているのは相談員に対する研修で、相談者が解決の糸口をみつけられるような対応の知識、技術、態度に関する実践的な研修を求められている。啓発活動の実施状況は、外部講師に頼るところが多く、研修ニーズはあまりなかった。今後は、相談員への研修を重点的に充実させ、対外的な啓発活動の実施率を上げるためには、研修以外の研修運営の個別支援や汎用性の高いコンテンツの提供が必要である。

A 研究目的

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 13）。支援センターを運営するのに必要な支援として、相談員に対する研修と対外的に行う啓発活動のための研修がある。今まで提供されている相談員に対する研修は、初任者研修と実践研修とブラッシュアップ研修の 3 つがある。これらは集合型の研修で、全国の支援センター職員が無料で参加できる研修になっている。対外的に行う啓発活動は自治体が企画をたて行っているため、集合研修ではなく個別支援が行われている。全国 380 か所ある支援センターの運営を安定させるためには、今後、研修の質と量の検討が必要である。本研究では現場の研修ニーズや実施状況を聞き、今後の研修の課題を明らかにした。

B 研究方法

全国の支援センターから有志を募り「研修資料作成プロジェクトチーム（以下、PT）」を立ち上げ、グループワーク、現場の視察・ヒアリングを行った。それら現場の研修ニーズや啓発活動実施状況、課題などを踏まえ、支援センターの運営に必要な研修の全体像を明確にする。PT メンバーは、支援センター相談員の経験を持つ 3 名（支援センター OGOB）と総合支援事業スタッフが企画調整を行った。

1. グループワークの方法

支援センターの運営に必要な研修に関心があり、グループワークに参加意思のあった現場のセンター職員と PT メンバーが 2 グループに分かれて、(1) 支援センターの運営上の課題を話し合い、(2) 課題解決に必要な研修の全体像を明確にした。グループワークは臨床心理学者のスーパーバイズを受けながら進めた。

2. 視察とヒアリングの方法

(1) 住民啓発活動を行っている支援センターと (2) 医療機関との情報交換会を企画している支援センターを訪問し、現状をヒアリングした。

（倫理的配慮）

特になし

C 研究結果

1. グループワークの結果

参加者は 9 名の支援センター職員、OBOG3 名を含めた 15 名とスーパーバイザー 1 名であった。

(1) 支援センターの運営上の課題

① 支援センター組織内の理解が不十分

相談業務に関する組織内の理解が進んでいないことが分かった。「組織の中で相談員が孤立している」、「ストレスフルな環境がある」、「支援センター職員の相談スキルの研修だけでなく、まわりの理解や協力をえるために支援センターの役割等を啓発していく必要がある（意見交換の場、会議など）」「新たに