

厚生労働行政推進調査事業費補助金研究報告書表紙

厚生労働行政推進調査事業費補助金

地域医療基盤開発推進研究事業

医療対話推進者の質向上と医療機関内の医療安全管理部門との連携に向けての研究

令和6年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 稲葉 一人

令和7（2025）年 5月

厚生労働行政推進調査事業費補助金研究報告書目次

目 次

I. 総括研究報告	
医療対話推進者の質向上と医療機関内の医療安全管理部門との連携に向けての研究（23 I A2002）	1
稲葉一人	
（資料1）医療対話推進者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針 —説明と対話の文化の醸成のために—令和7年改定	
（資料2）新旧対照表	
II. 分担研究報告	
1. 医療対話推進者の業務・研修の実態と課題および配置効果に関するアンケート	5
本谷園子	
（資料1-1）調査票A：看護部長票	
（資料1-2）調査票B：医療対話推進者票	
2. 医療対話推進者の業務と研修に関する指針改定に向けてのヒアリング調査	78
本谷園子	
（資料2-1）フェイスシート	
（資料2-2）ヒアリングシート	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	99

厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
総括研究報告書
医療対話推進者の質向上と医療機関内の医療安全管理部門との連携に向けての研究
研究代表者 中京大学法務研究所 稲葉一人

研究要旨

（目的）

本研究は、「医療対話推進者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針—説明と対話の文化の醸成のために—」（医療対話推進者の業務・研修指針）における課題を明らかにし、その改定に資する実証的根拠を提示することを目的とした。そのため、具体的には医療安全部門との連携を含む、医療対話推進者の業務の実施状況や困難感、養成研修の実態と課題、さらに医療対話推進者の配置や介入による効果を明らかにすることとした。また、患者サポート体制充実加算の届出状況が横ばいで推移していることから、その背景等についても調査することとした。

（方法）

第1に、次の3つの調査を実施した。

研究1) 研修実施団体へのインタビュー調査（2023年10月～12月）では、医療対話推進者養成研修を実施する6団体を対象に、研修の実施状況・内容・修了者数・課題などを聴取した。

研究2) 医療対話推進者の業務・研修の実態と課題および配置効果（2024年4月～5月）では、全国の病院約8,150施設から2,000施設（患者サポート体制充実加算の算定有無で各1000施設）を抽出し、①看護部長票、②医療対話推進者票を配布した。調査項目は、業務の実施状況や困難感、養成研修の受講状況、患者サポート体制充実加算の届出有無とその理由などである。

研究3) 医療対話推進者の業務と研修に関する指針改定に向けてのヒアリング調査（2024年9月～11月）では、医療対話推進者、医療安全管理者、病院の管理者等、全国8施設11名を対象にヒアリング調査を行い、業務困難の背景や改善への提案を収集した。

第2に、研究1～3の結果を基に、研究班で改定案を作成し有識者に確認、意見をふまえ表現等を調整し改定案を作成した。

倫理面への配慮：3つの調査とも東京医療保健大学の倫理審査を受け、承認を得た上で調査を実施した。

（結果）

研究1では6団体に調査を実施した。研修修了者数は医療対話推進者の業務指針が策定された2013年から2022年までに6団体の合計で計35,559名であった。受講職種は、看護師、事務職、医療ソーシャルワーカー（MSW）が多かった。研修の内容として、業務指針に関する講義や、医療対話のロールプレイ、コミュニケーション関連の事例検討が行われていた。研修形態は、新型コロナウイルス感染症の流行以降、オンライン研修が導入され、遠方でも参加可能になった。また、更新制度、e-ラーニングや活動報告会、フォローアップ研修等が提供されていた。1回の定員が30～50名で少ないことが課題の1つとされた。研修参加者の募集後すぐ満員になるため、参加希望者などから追加開催の要望を受けていた。

研究2において、看護部長票では、医療機関における相談体制や医療対話推進者の配置状況、配置効果、患者サポート体制充実加算の届出状況や意向等が明らかになった。医療対話推進者は、医療有資格者である看護職やMSWが多かったが、養成研修の受講率は非医療職に比べ低かった。患者サポート体制充実加算の届出施設では加算を継続する意向が高かったが、未届出施設では人員配置が課題とされていた。医療対話推進者の配置により、患者対応における職員の負担軽減やクレームの重大化防止などの効果が認識されていた。医療対話推進者調査票では、医療対話推進者の業務の実施状況について、職員に対する教育や研修に関する業務は十分実施できておらず、事例分析や結果の活用、説明と対話の文化醸成に関する業務や患者・家族への一次対応に困難を感じていた。研修に対して、職員研修や実践の分析・評価に関する研修内容が不十分と感じており、患者対応の基本となる研修内容には業務を行う上で十分とする回答が多かったが、さらに充実すべきという意見も一部あった。医療安全部門との連携について、回答者の3割は定期的な会議等の機会がなく、連携が十分でないと感じていた。

研究3では、全国8施設11名へのヒアリングを実施した。職員研修、医療事故*対応、説明と対話の文化の醸成が困難な背景には、医療対話推進者の認知や役割の不明確さが共通していた。研修は段階的体系の必要性や、職種に関わらず受講することが望ましいのではないかと意見が挙がった。医療事故調査制度事案を含め医療事故対応では、医療安全部門との役割分担や連携の不明確さが課題とされ、研修での制度理解や連携における役割等の提示が求められた。また職員支援を業務として位置付けること、暴力・カスタマーハラスメントに対しては医療対話推進者の役割ではないが組織的対応の知識と体制整備の推進が求められた。患者サポート体制充実加算の課題は研究2と同様であるが、医療対話推進者の配置効果が見えにくく、患者サポート体制充実加算の届出のインセンティブにならないことなどが指摘された。

研究1から3の結果を基に、これらをふまえ、医療対話推進者の業務・養成指針に追加・改変の記載を行い、研究班案として提示した（資料1）。業務の見直しに伴う研修プログラムの見直し内容についても改定案を盛り込んだ。具体的な修正箇所は新旧対照表（資料2）に示した。

（考察）

研究1から3の結果から、医療対話推進者の業務・養成指針の見直しの観点として、次の5つが示唆された。具体的には、①医療安全との連携の明確化：連携の具体的内容を明文化し、医療対話推進者が関与すべき

場面や役割を明確にすること。②自ら相談を受けるとともに、患者・家族と職員との対話促進を行う役割の明示：相談窓口としての対応に加え、対話を促進し、各部署が自立的に対応できるよう支援する役割を明示すること。③患者・家族支援だけでなく職員支援も業務として位置付ける必要：職員に対する支援が日常的に行われていることを業務として明記し、研修や評価にも反映すること。④医療事故の対応時における医療対話推進者の役割の明確化：事故初動からの関与を検討し、医療安全管理者との役割分担を含め業務指針上に明示すること。⑤「説明と対話の文化」の意味と具体実践の明確化：説明と対話の文化が意味することを明記し、それを現場で実践するための方法を示すことである。

今回作成した指針の改定案を基に指針が改定された場合には、改定後の医療対話推進者の業務や養成研修の状況等について明らかにするための調査を行う必要があると考える。

また、患者サポート体制充実加算の届出を推進するためには、医療対話推進者の配置効果を可視化することが重要と考える。

*本報告書における医療事故とは、医療事故調査制度における医療事故（以下、医療事故調査制度事案）と、それ以外の不具合事案を含むものとする

研究分担者 東京医療保健大学大学院助教 本谷園子

研究分担者 埼玉医科大学医学部小児科 教授 加部一彦

研究分担者 公益社団法人地域医療振興協会地域医療研究所地域医療安全推進センター センター長 石川雅彦

研究分担者 国立保健医療科学院医療福祉サービス研究部 上席主任研究官 種田憲一郎

研究分担者 名古屋大学医学部附属病院患者安全推進部 教授 長尾能雅

研究分担者 京都大学医学部附属病院教授 松村由美

研究分担者 一般社団法人日本医療安全調査機構 常務理事 木村壮介

A.研究目的

医療対話推進者の創設に至る経緯としては、2012年に患者サポート体制充実加算が創設されたことを踏まえ、特別研究として先行研究¹⁾が行われ、そこで作成された「医療対話推進者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針—説明と対話の文化の醸成のために—」（医療対話推進者の業務・研修指針）が、2013年に厚生労働省から全国に通知された。なお、2014年には医療法に基づく医療事故調査制度が創設された（2015年10月施行）。医療対話推進者の業務・研修指針によると、医療対話推進者の業務は、患者家族支援体制の構築、体制に関する職員への教育・研修の実施、患者家族への一次対応、患者家族からの相談事例の収集・分析・対策立案・フィードバック・評価、医療事故や医療事故を疑った患者家族からの申し出に関する対応すること、説明と対話の文化の醸成と、多岐にわたる（図1）。

その後、2020年には医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針の改定が行われ、医療安全管理部門と医療対話推進部門の「連携」が明記されるに至った。

医療安全との連携については、先行研究²⁾において、インタビュー調査を実施し、医療対話推進者と医療安全部門との連携のパターンがあることが確認された。

2012年に患者サポート体制充実加算が創設されて以降、各医療機関における患者相談窓口の設置が進み、各医療機関における患者相談窓口業務は、医療対話推進者の業務指針に基づいて行われ、先行研究ではその成果について、「医療対話推進者の配置・介入によって、患者や家族の満足度向上のみならず、職員の負担軽減や組織の文化醸成、システム作りなどの影響を及ぼしていた。中でも対話に対する医師の関心が高まり、職員が患者と対話する経験をすることによって、病院スタッフの患者や家族への対応の仕方が変化する」とされている²⁾。

医療対話推進者の業務・研修指針の策定から10年あまりが経過し、医療安全施策が変遷する中で、医療対話推進者の質の更なる向上を図るため、患者支援における医療安全管理部門との連携体制の構築を含む、医療対話推進者の役割と配置の効果について改めて実態を調査し、医療対話推進者の業務・研修指針を改定することが必要と考えた。そこで本研究は、医療対話推進者の業務や養成研修の実態、課題などを明らかにし、医療対話推進者の業務・研修指針の改定案を作成することを目的とした。

また、近年の患者サポート体制充実加算の届出施設数が横ばいとなっていることから、医療機関における医療対話推進者の配置等の患者家族支援体制の構築や普及に関する課題を明らかにすることも目的の1つとした。これらにより業務指針の改定の方向

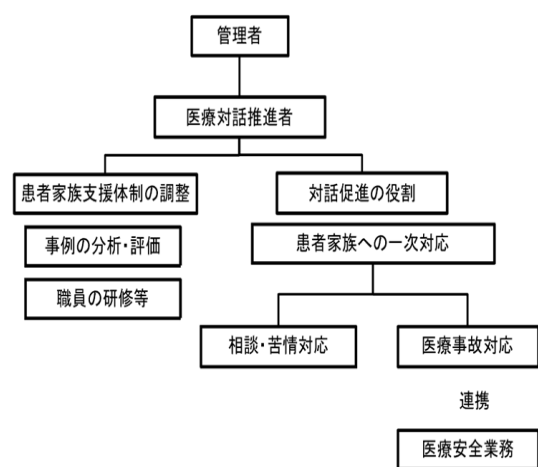


図1 医療対話推進者の役割の多様性と連携

性を検討するとともに、医療対話推進者や医療機関に対して支援する方策を検討していくことを企図した。

B.研究方法

研究1)~3)の各調査において、次の方法を用いた。
研究1) 医療対話推進者養成研修の実施状況と課題—研修実施団体等へのインタビュー調査から—(質的調査)

研究班で調べた医療対話推進者の養成研修を実施している団体の中から6団体を選定し、2023年10月~12月に対面でのインタビュー調査を実施した。研修に関する情報として、年間開催回数や定員、受講職種、修了者数等の実績および研修内容・方法、受講者の要望、医療対話推進者の認定更新制度の有無や課題を尋ねた。

研究2) 医療対話推進者の業務・研修の実態と課題および配置効果(量的調査)

全国の病院約8,150病院を患者サポート体制充実加算の届出の有無で2群に分け、各群1,000施設を無作為抽出した後、webアンケート調査を実施した。本調査の回答者はA) 看護部長(看護部長票)と、B) 医療対話推進者(組織で職種の異なる2名に配布)(医療対話推進者票)とした。次の5つ—①医療対話推進者の業務の実施状況および研修の受講状況およびフォローアップ研修内容のニーズ、②患者サポート体制充実加算の届出が減少している背景・原因、③医療対話推進者と医療安全管理者(部門)の連携状況、④医療対話推進者の配置効果、⑤医療対話推進者の育成方針について質問票を作成、配布した。

研究3) 医療対話推進者の業務と研修に関する指針改定に向けてのヒアリング調査(質的調査)

本調査は機縁法を用いて、医療機関において医療対話推進者の役割を担う者(医師、看護師、事務職など)または医療対話推進者を配置する病院の管理者(病院長)を対象として、対面またはオンラインで半構造化面接(ヒアリング調査)を行った。

主な調査項目は、研究1および2を基に、①実施困難な業務とその対応、②研修内容と継続教育、③職種ごとの研修ニーズ、④医療事故調査制度への対応、⑤職員支援の実態、⑥暴力・カスタマーハラスメント対応、⑦医療安全部門との連携、⑧業務指針の評価、⑨患者サポート体制充実加算に対する意見、の9項目とした。

また、研究1から3を基に、研究班で改定案を作成し有識者に確認、意見をふまえ表現等を調整し改定案を作成した。

(倫理面への配慮)

東京医療保健大学ヒトに関する研究倫理審査を受審、承認後、調査等を実施した(多機関一括審査)。
研究1) 医療対話推進者養成研修の実施状況と課題—研修実施団体等へのインタビュー調査から—

承認番号(教023-11A)

研究2) 医療対話推進者の業務・研修の実態と課題および配置効果

承認番号(教023-28D)

研究3) 医療対話推進者の業務と研修に関する指針改定に向けてのヒアリング調査

承認番号(T24-02D-R1)

各調査では対象者に調査目的を説明し、文書または口頭にて同意を取得した。データは匿名化し、研究目的以外には使用していない。不利益や危険性を伴う手法はなく、倫理的な問題は認められないと判断した。

C.研究結果

研究1) 研修実施団体へのインタビュー調査の結果概要

6団体に調査を実施した。研修開催回数は年1回が3団体、年4回、月1回が各1団体、12支部を有する1団体は年平均計100回であった。修了者数は医療対話推進者の業務・研修指針が策定された2013年から2022年までに6団体合わせて、計35,559名であった。いずれの団体も研修の定員は30~50名/回であり、募集後すぐ満員になるため、5団体で追加開催の要望を受けていた。1団体は支部をつくり支部主催で開催するなど回数を増やしていった。その他はオンライン研修も併用し以前より回数を増やした団体もあるが、さらに増やすことは難しい状況であった。受講職種は、看護師(32~99%)、事務職(20~56%)、医療ソーシャルワーカー(5~14%)が多かった。研修の内容は、講義としては、医療対話推進者の業務指針に示された習得すべき基本的事項に沿って、医療対話推進者の役割・業務、関連法などの講義が行われており、演習では医療対話のロールプレイの他、コミュニケーション関連の事例検討が行われていた。研修形態は、新型コロナウイルス感染症の流行拡大の影響により講義だけでなく演習もオンラインで工夫して行われ、遠方でも参加可能となっていた。一方、対面が重要と考え一貫して対面で行う団体もあった。2団体で更新制度があり、e-ラーニングや活動報告会、フォローアップ研修等が提供されていた。

研究2) 医療機関へのアンケート調査の結果概要

有効回答数は、(1)看護部長票227、(2)医療対話推進者票207であった。

(1)看護部長票の結果概要

回答施設において医療対話推進者の配置率は74.7%で、職種は主に看護職および社会福祉士・医療ソーシャルワーカー(MSW)が担っていた。医療対話推進者養成研修の受講実態については、非医療職の研修受講率が高い一方、看護職・MSWは研修受講率が低く、配置形態は兼任が多かった。患者サポート体制充実加算の届出施設は継続意向が高かったが、届出をしたことがない施設では人員配置や医療対話推進者の育成状況が課題となっていた。医療対話推進者の配置は、「職員の患者対応における負担軽減」「クレームの重大化防止」など一定の効果が認識されていた。また看護部長が医療対話推進者の必要性を強く認識している施設ほど、職員による認知度も高い傾向が見られた。

(2)医療対話推進者票の結果概要

医療対話推進者の業務の実施状況について、職員に対する教育や研修に関する業務は十分実施できておらず、事例分析や結果の活用、説明と対話の文化醸成に関する業務や患者・家族への一次対応に困難を感じていた。研修に対して、職員研修や実践の分析・評価に関する研修内容が不十分と感じており、患者対応の基本となる研修内容には十分と評価している者が多かったが、一方でもっと充実すべきという意見も見られた。医療安全部門との連携について、回答

者の3割は定期的な会議等の機会がなく、連携が十分でないといっていた。

研究3) 医療対話推進者等へのヒアリングの結果概要

全国8施設11名（医療対話推進者6名、医療安全管理者、病院の管理者等）の同意を得てヒアリングを行った。

アンケート調査で困難業務とされた「職員研修の実施」、「医療事故対応」、「説明と対話の文化の醸成」について、実施困難の理由として医療対話推進者の組織内における認知の低さや、権限・役割の不明確さが共通していた。研修については、現状の20時間程度ですべての業務を網羅することは難しく、普段の相談対応と重大事案対応を分けた段階的な研修体系等が提案された。医療職であっても対話の専門家ではなく、職種によらず医療対話推進者に就く者は養成研修の受講が望ましいという意見が多かった。

医療事故調査制度については、養成研修で制度の知識を学ぶ必要性のほか、医療対話推進者の役割や医療安全部門との連携が不明確であるという課題が指摘された。これに対し、医療安全部門の中で、医療事故後の患者対応は、医療事故調査制度事案に限らず医療対話推進者が必要と認識されることが重要であり、業務指針等で連携と役割分担にも言及する必要性や養成研修で具体的な連携モデルを示すこと等も提案された。医療対話推進者と医療安全部門の定期的な情報共有や、医療対話推進者の医療安全委員会への参画の必要性も検討課題とされた。

また、研究2の結果から医療対話推進者が医師を含めた職員による患者対応に同席するなど、職員支援を行っている実態も明らかとなり、これを業務として業務指針等に明示すべきとの意見が挙げられた。暴力・カスタマーハラスメント対応では、医療対話推進者の業務ではないが関わりを求められる場合もあるため、組織として必要な対応体制を知り、組織として対応すべきであるという意見が挙げられた。

患者サポート体制充実加算については、「相談窓口に常時1人以上配置」が困難であること、「医療対話推進者の効果が見えにくい」ため届出のインセンティブが働かない」などが課題として指摘された。

研究1から3の結果をふまえた業務指針改定案および業務の見直しに伴い、研修プログラム作成指針についても改定案を作成した（資料1）。具体的な修正箇所を新旧対照表（資料2）に示した。

D. 考察

研究1から3の結果より、業務指針見直しの観点として、次の5つが考えられた。

- (1) 医療安全との連携の明確化：連携の具体的内容を明文化し、医療対話推進者が関与すべき場面や役割を明確にすること
- (2) 自ら相談を受けるとともに、患者・家族と職員との対話促進を行う役割の明示：相談窓口としての対応に加え、対話を促進し、各部署が自立的に対応できるよう支援する役割を明示すること
- (3) 患者・家族支援だけでなく職員支援も業務として位置付ける必要：職員に対する支援が日常的に行われていることを業務として明記し、研修や評価にも反映すること
- (4) 医療事故対応時における医療対話推進者の役割の明確化：事故初動からの関与を検討し、医療安

全管理者との役割分担を含め業務指針上に明示すること。

- (5) 「説明と対話の文化」の意味と具体実践の明確化：説明と対話の文化が意味することを明記し、それを現場で実践するための方法を示すこと。

以上の5点をふまえ今回作成した指針の改定案を基に、指針が改定された場合には、改定後の医療対話推進者の業務や養成研修の状況等について明らかにするための調査を行う必要があると考える。

また、患者サポート体制充実加算の課題としては、アンケートおよびヒアリングを通じて、「常時窓口1人配置」の条件が大きな課題となっていること、さらには外来対応の多さと入院加算であることのズレ、体制整備の負担に比して低い点数、さらに医療対話推進者の効果が見えにくく加算の取得動機とならないことが明らかとなった。今回の調査では統計的限界もあったが、今後より多くのデータを収集し、医療対話推進者の活動効果を可視化することが重要と考える。

E. 結論

業務指針において次の5点の観点を中心に改定案を作成し、これらに伴い研修プログラム作成指針についても改定案を作成した。

- ① 医療安全との連携の明確化、
- ② 自ら相談を受けるとともに、患者・家族と職員との対話促進を行う役割の明示
- ③ 患者・家族支援だけでなく職員支援も業務として位置付ける必要
- ④ 医療事故対応時における医療対話推進者の役割の明確化
- ⑤ 「説明と対話の文化」の意味と具体実践の明確化

また、患者サポート体制充実加算の届出を推進するためには、医療対話推進者の配置効果を可視化することが重要と考える。

引用文献

1) 稲葉一人（研究代表者）．平成24年度厚生労働科学特別研究事業「医療対話仲介者（仮称）の実態把握と役割・能力の明確化に関する研究」．2013.

2) 稲葉一人（研究分担者）．平成30年度～令和元年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「医療安全支援センターと医療機関内患者相談窓口の地域における連携と人材育成のための研究」．2020.

（資料1）医療対話推進者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針—令和7年改定案—説明と対話の文化の醸成のために—令和7年改定
（資料2）新旧対照表

資料1および資料2は総合研究報告書に掲載

医療対話推進者の業務・研修の実態および配置効果に関するアンケート

研究分担者 東京医療保健大学大学院 助教 本谷園子

研究要旨

（目的）

本研究は、医療対話推進者の配置実態と研修に対するニーズおよび看護部長の評価を基に医療対話推進者の配置効果を明らかにすることを目的とした。あわせて患者サポート体制充実加算の届出の背景と課題を明らかにし、制度的課題と届出の支援策を検討することを目的とした。

（方法）

全国約 8,000 病院のうち患者サポート体制充実加算の届出の有無別に無作為抽出した各 1,000 施設、計 2000 施設を対象にアンケート調査を実施し、227 施設の看護部長、207 名の医療対話推進者からの回答を得た。医療対話推進者の有無、職種別の配置、研修受講状況、患者サポート体制充実加算の届出状況、配置効果、業務の実施状況、研修ニーズ、医療安全管理部門との連携などについて集計・分析を行った。

（結果）

医療対話推進者の配置率は 74.7% で、看護職および医療ソーシャルワーカー（MSW）が中心を担っていた。医療対話推進者養成研修の受講実態については、非医療職の研修受講率が高い一方、看護職・MSW は研修受講率が低く、配置形態は兼任が多かった。患者サポート体制充実加算の届出は継続率が高かったが、届出未経験施設では人員配置や医療対話推進者の育成状況が課題となっていた。医療対話推進者の配置は、「医療職の負担軽減」「クレームの重大化防止」など一定の効果が認識されており、また看護部長がその必要性を強く認識している施設ほど、職員による認知度も高い傾向が見られた。医療対話推進者の業務の実施状況について、職員に対する教育や研修に関する業務は十分実施できておらず、事例分析や結果の活用、説明と対話の文化醸成に関する業務や患者・家族への一次対応に困難を感じていた。研修に対して、職員研修や実践の分析・評価に関する研修内容が不十分と感じており、患者対応の基本となる研修内容は業務を行う上で十分とする回答が多かったが、さらに充実すべきという意見も一部あった。考えていた。医療安全部門との連携について、回答者の 3 割は定期的な会議等の機会がなく、連携が十分でないと感じていた。

（考察）

未実施や実施に困難を感じる業務があるものの、医療対話推進者の配置は一定の成果を挙げていた。しかし、職種による研修制度や配置形態には格差があり、制度面・組織文化の両面での整備が必要である。特に、管理者の理解と支援が推進者の活躍と職員の認知度向上に影響する可能性が示唆された。今後は医療対話推進者の任務に就くすべての職種において研修機会の拡充と管理者への理解促進を図ることで医療対話推進者が組織に認知され、その活動がさらに推進されることが期待される。

A. 研究目的

1) 背景

平成 24 年に「患者サポート体制充実加算」が創設されて以降、各医療機関における患者相談窓口の設置が進み、その業務は「医療対話推進者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針（平成 25 年 1 月作成、以下指針）」¹⁾に基づいて行われている。我々は令和元（2019）年に、医療対話推進者を対象としたインタビュー調査およびアンケート調査を行い、医療対話推進者の配置・介入によって、患者や家族の満足度向上のみならず、職員の負担軽減や組織の文化醸成、システム作りなどに影響を及ぼしていたことを報告した。しかしながら、前回調査は非常に限られた対象であり、また、業務指針策定から 10 年あまりが経過し、医療事故調査制度創設な

ど医療安全施策が変遷する中で医療安全管理部門との連携体制の構築を含む、医療対話推進者の役割と配置効果について改めて実態を調査する必要があると考えた。一方で、患者サポート体制充実加算の届け出件数は横ばいで推移しており、その背景・原因についても明らかにする必要があると考えている。そこで医療対話推進者の業務および研修の実態を把握し課題を抽出するとともに、医療対話推進者の配置効果を明らかにすることを目的に本調査を実施することとした。今回の調査結果は、指針改定の基礎資料として活用するだけでなく、医療機関における説明と対話の文化醸成に向けて、医療対話推進者の活動に対する組織の理解や支援につながることを期待される。

2) 研究目的

本研究では次の5つについて明らかにすることを主な目的とした。

- ①医療対話推進者の業務の実施状況および研修の受講状況およびフォローアップ研修内容のニーズ
- ②医療対話推進者と医療安全管理者(部門)の連携状況
- ③医療対話推進者の配置効果
- ④医療対話推進者の育成方針
- ⑤患者サポート体制充実加算の届出が減少している背景・原因

これらを明らかにすることにより、指針改定への基礎資料および、医療対話推進者の活動に対する組織の理解や支援につなげるとすることを企図した。

B. 方法

1) 研究デザイン

web 調査法を用いた無記名自記式質問紙調査による量的横断的研究

2) 対象

(1) 対象施設

全国の約 8150 病院のうち 2000 病院を無作為抽出：

- ①患者サポート体制充実加算の届出病院
(医療対話推進者の役割をする職員がいると考えられる病院) 1000 病院
- ②患者サポート体制充実加算を届出していない病院 1000 病院

(2) 対象者

対象A：看護部長

対象B：医療対話推進者（組織で職種の異なる 2 名）

(3) 調査項目

A) 看護部長には、施設の概要、医療対話推進者の役割を担う者の組織における位置づけ、医療対話推進者の配置効果など、B) 医療対話推進者には、回答者の属性、業務の実施状況と困難感、指針に記載されていない実施業務、安全管理室との連携業務の状況、また研修の受講状況およびフォローアップのニーズ、自身の役割の配置効果などについて選択式および記述式で問うた。

(4) 調査票の配布・回答方法

対象施設の看護部長宛に研究協力の依頼状と調査票 2 種類（A 票：看護部長回答用、B 票：医療対話推進者用）を郵送した。看護部長が研究協力を同意する場合は、病院長に依頼状を渡し研究参加の旨を伝えた上で、A 票への回答を求めるとともに、医療対話推進者 2 名への B 票の配布を依頼した。調査票を配布された対象者には、調査票に記載の URL または QR コードから web フォームにアクセスし回答を求めた。アンケート調査フォームのトップ画面に研究同意に関する文章を記載し、チェックボックスへのチェックによって同意を得た。

(5) 分析方法

各質問項目について、記述統計量を算出し、医療対話推進者の実態把握と業務・研修に関する課題抽出を行った。医療対話推進者の業務の実施状況については職種別で困難感の程度を比較した。医療対話推進者の配置効果を検討するため、職員の接遇の良さ、医師の説明の丁寧さに対する看護部長の認識について、そう思う群とそう思わない群、患者・家族からのクレームによる職員のストレスの程度に対する看護部長の認識について有り群と無し群に分け、医療対話推進者の人数との関連についてロジスティック回帰分析を行った。さらに、調査項目（患者クレームによる職員のストレス、責任者対応に発展したトラブル数、過去 1 年の患者トラブルによる離職者数など）を目的変数、医療対話推進者の人数、そのうち医療対話推進者養成研修の受講者の人数、その割合および専従者の人数を説明変数として重回帰分析（ステップワイズ法）を行った。

(6) 調査期間

調査期間：2024 年 4 月 1 日～5 月 30 日

C. 結果

I. A 票（看護部長回答用）

1. 施設の基本情報

回収数は 227 であった（回収率 11.4%）。

1) 回答施設の属性

病院の種別は特定機能病院、地域医療支援病院、精神科単科病院の「いずれでもない」病院が 58.6% と最も多く、「地域医療支援病院」が 30.4% で続いた。

許可病床数では「100-199 床」が 39.2% で最多、次いで「100 床未満」が 19.8% だった。最大病床数も同様に、「100-199 床」が 36.1% で最多、次いで「100 床未満」が 22.0% だった。

43 都道府県から回答を得た(表 3)。回答施設の所在地は「東京都」が最も多く 7.0%、次いで「茨城県」「福岡県」が各 5.7% だったが、ばらついていた。

2) 加算の届出状況(表 4)

医療安全対策加算は「加算 1」が 41.9%、「加算 2」が 33.9%、届出なしは 23.3% であった。患者サポート体制充実加算は、届出ありが 68.3%、届出なしが 31.7% であった。医療安全対策加算・患者サポート体制充実加算の両方届け出ている施設は 61.3%、医療安全対策加算のみが 14.3%、患者サポート体制加算のみが 5.8%、両方とも届け出していない施設は 17.8% であった(表 5)。

3) 患者数等

回答施設における年間手術件数の平均は 1118.9 件(表 6)、最大は 11,000 件、最小は 0 件だった。退院患者数の平均は 8,902.2 人、外来患者延べ数の平均は 8,8464.8 人であった。

2. 患者相談に対する対応体制

1) 患者相談窓口の有無と担当者

患者相談窓口の設置については、80.2%の施設で「あり」とされ、「なし」は18.5%だった(表8)。患者相談窓口が「なし」と回答した施設では、「部署の責任者」が69.0%と最も多く、事務部門の職員が38.1%、事務長31.0%が多かった(表9)。患者の相談業務を担う職員のうち、患者相談窓口の相談員は平均3.18人、部門外の職員は2.10人であった(表10)。また、患者の相談業務を担う職員のうち、医療対話推進者の平均人数は2.18人で、このうち医療対話推進者養成研修の受講者は1.56人であった(表11)。

2) 患者の相談業務を担う職員の情報(表12)

(1) 担当職種

看護職(看護師、保健師、助産師)が351人(41.0%)、社会福祉士・医療ソーシャルワーカー(以下、MSW)346人(40.5%)が多く、次いで非医療職(事務職)113人(13.2%)であった。

(2) 配属部署

患者相談室に所属している職員が469人(54.9%)と過半数を占めた。一方で患者相談室以外に配置されている職員も382人(44.7%)とほぼ同程度存在しており、院内で分散的に配置されている実態がうかがえる。

(3) 配置形態

兼任が447人(52.3%)と最も多く、専従は215人(25.2%)、専任は185人(21.7%)で、相談業務が他業務と兼務されていることが多いことがわかった。

(4) 雇用形態

常勤が772人(90.4%)と大多数を占め、非常勤は70人(8.2%)であった。

(5) 医療対話推進者の任命状況

「医療対話推進者である」職員は387人(45.3%)、一方「医療対話推進者ではない職員」が456人(53.4%)とやや多かった。医療対話推進者のうち、看護職は174人(45.1%)、社会福祉士・MSW151人(39.1%)、非医療職(事務職)44人(11.4%)であった。

(6) 研修受講の有無

患者の相談業務を担う職員のうち、研修受講「あり」は275人(32.2%)で、「受講なし」が569人(66.6%)の方が多かった。

医療対話推進者の任命状況と研修受講の有無をクロス表(表14)で見ると、医療対話推進者と任命されている者のうち60.4%は「研修受講あり」だが、39.6%は「研修受講なし」であった。一方、相談業務を担うが医療対話推進者ではない者のうち「研修受講あり」は8.8%いた。

3. 医療対話推進者の必要性、配置効果、認知度

1) 医療対話推進者の必要性(表15)

「患者対応において必要不可欠だと考えている」が74.8%と最も多く、「不可欠ではないが、いるとよい」が19.8%であった。

2) 医療対話推進者の介入が必要な場面等

介入が必要な場面(表16)として、「医療有資格者が受けたクレームが解決しない時の2次対応」(86.3%)、「トラブルに遭った患者・家族への初期説明の同席」(80.2%)、「事務部門のクレーム2次対応」(70.2%)、「医療事故後のご遺族対応」(55.7%)の割合が高く、5割を超えた。

3) 医療対話推進者の配置効果(表17)

配置効果についての看護部長の考えとして、「医師や看護師等の患者対応において負担軽減になっている」が71.8%、「患者・家族からのクレームが拡大・重大化することが少なくなった」が48.1%が多かった。このほか、「患者・家族から感謝の言葉や礼状が増えた」(23.7%)、「医療対話推進者による教育等により職員の患者対応のスキルが向上した」(21.4%)についても2割以上の看護部長が効果を感じていた。一方、「経年で訴訟件数が減少している、若しくは訴訟件数が少ない状態が続いている」は13.7%で、訴訟件数の減少効果を感じている割合は高くなかった。また、「配置効果を感じていない」は6.9%であった。

4) 医療対話推進者の認知度(表18)

医療対話推進者の認知度は、「あまり認知されていない(2~5割未満)」が37.4%と最も多く、「よく認知されている(5~8割未満)」が32.8%、「大変よく認知されている(8割以上)」が16.0%、「ほとんど認知されていない(2割未満)」は8.4%だった。

4. 患者・家族対応に関する苦情・クレーム・暴言(苦情等)やその影響の把握

1) 苦情等の責任者対応(表19)

患者・家族対応に関する苦情等で責任者の回答を要求された数(年間)について、院長の回答を要求されたトラブル苦情等は年間1.48±4.96件で最大値は63件であった。看護部長の回答を要求されたトラブル苦情等は年間1.06±2.36件で、最大値は18件であった。

2) 苦情等による離職者・休職者(表20、21)

看護職員の離職者は、回答施設の78.4%で「いる」とされ、そのうち患者・家族からの苦情等を主な理由とした離職は4.4%に認められた。看護補助者については59.5%の施設で離職者がいたと回答され、そのうち苦情等を主な理由とした離職は1.3%であった。ただし、非該当(苦情等を理由とする離職者の有無が不明)および無回答は、それぞれ、23.4%、40.9%であった。

看護職員の休職者は回答施設の63.4%で「いる」とされ、そのうち3.1%が患者・家族からの苦情等を主な理由と考えられていた。看護補助者では回答施設の16.7%に休職者が存在したが、苦情等を主な理由とするものは確認されなかった。ただし、非該当（苦情等を理由とする離職者の有無が不明）および無回答は、それぞれ、37.5%、83.3%であった。

4) 投書箱の設置と投書数(表 22-1, 2)

患者・家族からの意見等を伝える投書箱を「設置している」とした施設は91.2%であった。そのうち、月平均の投書数は45.90±376.08件、内容内訳の平均では、賞賛11.79±49.28件、苦情8.90±30.90件、意見(要望)14.26±85.22件であった。

5) 接遇に対する苦情件数(表 23)

院内全体での職員の接遇・態度に関する苦情件数は、年間平均19.01件(最大300件)であった。

6) 患者満足度調査の実施状況(表 24-1, 2)

患者満足度調査を「実施している」施設は62.6%で、調査頻度は「年1回」が81.7%と最多であった。調査期間は「7~14日」が47.9%で最も多く、年間平均有効回答数は453.7件であった。

7) カスタマーハラスメント(表 25-1, 2)

カスタマーハラスメントに関する相談が「ある」とした施設は52.9%、年間の相談件数は平均2.52件で、最大は50件であった。

8) コードホワイトの発生件数(表 26-1, 2)

コードホワイトの体制を「有している」とした施設は52.4%であり、年間発生件数の平均は2.24件、最大は120件であった。

9) 接遇に関する体制(表 27)

接遇に関する表彰制度が「ある」とした施設は11.5%であった。接遇研修については「入職時に実施」が85.5%、「入職後にも実施」が67.0%と多数を占めた。

10) 職員の接遇(表 29)

「わが病院の職員は接遇がよいか」という問いに対し、「そう思う」「ややそう思う」とした回答は合計74.4%であった。一方、「あまりそう思わない」「そう思わない」とした回答の合計は、34.2%であった。

11) 医師の説明(表 30)

「わが病院の医師の説明は丁寧だ」という問いに対し、「そう思う」「ややそう思う」とする回答は合計68.7%であった。一方、「あまりそう思わない」「そう思わない」とした回答の合計は、29.9%であった。

12) クレームによる職員のストレス(表 31)

クレームによる職員のストレスについて、「大変多いと思う」「やや多いと思う」の合計は66.9%であった。

5. 患者サポート体制充実加算の届出に関する方針等

1) 加算を届け出ている施設の意向(表 32-1)

患者サポート体制充実加算を届け出ている施設に、今後の届出意向を尋ねたところ、「今後も届出を継続する予定」とした施設は92.9%で継続予定が9割以上を占めた。

2) 届け出していない施設の状況(表 32-2)

現在、同加算を届け出していない施設については「以前は届け出ていたが、現在届け出していない」施設が16.7%、「これまでに届け出たことがない」施設が81.9%であった。

3) 加算を届け出していない施設の状況と意向

届出をしなかった理由として、「窓口に職員を常時1名配置することが困難」が48.6%と最多で、「これまでに検討したことがない」が34.7%、「これまでに医療対話推進者の役割を担う者がいない」が19.4%で続いた(表 33)。

今後の届出意向としては、今後届出を「予定していない」とした施設が52.8%と過半数を占め、「前向きに検討している」が8.3%、「再び届出をする予定」は4.2%にとどまった(表 34)。

届出にあたっての課題として「窓口に職員を常時1名配置することが困難」が59.4%で最多、「これまでに加算の届出を検討したことがない」が36.2%、「入院患者数が少なく採算が合わない」、「これまでに医療対話推進者の役割を担う者がいない」がともに21.7%であった(表 35)。

6. 医療対話推進者の配置状況とその効果

1) 病床規模別の配置状況(表 36)

対象施設のうち患者相談窓口があると回答した医療施設について、病床規模と医療対話推進者の有無をみた。医療対話推進者有の全体平均は74.7%に対し、99床以下は66.7%で医療対話推進者がいる割合が若干低かったが、有意差はなかった。

2) 医療対話推進者の任命状況と養成研修受講の有無(表 37)

医療対話推進者であると組織に任命されている者のうち、養成研修受講者は60.4%(233人)、未受講者は39.6%(153人)であった。一方、医療対話推進者でない者の中で、養成研修を受講している者は8.8%(40人)認められた。

3) 患者サポート体制充実加算の届出の有無と医療対話推進者の有無(表 38)

患者サポート体制充実加算の届出あり施設のうち、医療対話推進者が「いる」と回答した施設は81.2%、「いない」施設は18.8%であった。一方、届出なし施設のうち「いる」と回答したのは19施設(51.4%)、「いない」は18施設(48.6%)であった。

4) 各指標と医療対話推進者の配置状況の関連(表 39-1, 2)

患者サポート体制の充実度に関わると考えられる各指標と医療対話推進者の配置状況の関係については表 40-1、2 に示したとおりである。5%水準 ($p < 0.05$) で有意な結果や傾向が見られたものは以下の通り：

- ・医療対話推進者養成研修の受講率が高い施設ほど、院長や看護部長が対応を求められる苦情件数が少なかった。
- ・研修受講者の人数が多いほど「苦情」は多くなり、医療対話推進者の人数が多いほど「意見」の投書が増加した。「賞賛」については関連がみられなかった。
- ・医療対話推進者の人数が多い施設ほど、コードホワイト発生件数が多かった。
- ・医療対話推進者の人数が多い施設ほど、接遇研修（入職時以外）の実施率は少なかった。
- ・医療対話推進者の人数が多い施設ほど、医師の説明は良いと認識されていた。

なお、その他の項目については、有意な関連性は確認されなかった。

2) 医療対話推進者の認知度 (表 40)

医療対話推進者を「患者対応において必要不可欠だと考えている」とする看護部長が所属する施設では、職員の医療対話推進者に対する認知度が高い傾向にあった（認知度高：50.0%、調整済み残差 3.3）。一方、「不可欠ではないが、いとよい」と回答した施設では認知度が低い傾向が見られた（認知度低：78.3%、調整済み残差 3.3）。

II. B 票 (医療対話推進者回答用)

228 名より回答画面への応答があり、このうち、研究への協力意思を示した 207 名からの回答を分析の対象とした（有効回答率 5.2%）。

1. 対象者の基本情報

1) 回答者の属性 (表 41-1, 2)

雇用上の職種は看護職が 108 名 (52.2%) と半数を占め、ついで医療ソーシャルワーカー・社会福祉士 (以下、MSW) 49 名 (23.7%) で、事務職等の非医療職は 35 名 (16.9%) であった。職種経験年数は 21 年以上が 107 名 (51.7%) と最も多く、職種別で比較すると看護職は MSW や事務職と比べて職業経験年数が有意に長かった。医療対話推進者の経験年数は 1-5 年が 120 名 (58.0%) と最も多く、回答者全体の 8 割が 10 年未満であった。また、他施設での経験を含めた医療対話推進者としての経験年数も 1-5 年が 88 名 (42.5%) で最も多かった。これらを職種別で比較すると現所属での経験年数および通算での経験年数はいずれも MSW が看護職や事務職と比較して有意に長かった。医療対話推進者に関する研修の受講歴について、受講していない者が 54 名 (26.1%) いた。

2) 回答者の所属組織の属性 (表 41-3)

病床規模は 100-299 床が 20 (44.0%) で最も多く、次いで 300-499 床が 50 (24.2%)、500 床以上 36 (17.4%) の順であった。各種加算の届け出状況について、患者サポート体制充実加算 160

(77.3%)、医療安全対策加算 176 (85.0%)、がん拠点病院加算 59 (28.5%)、重症患者書記支援充実加算 75 (36.2%) が届け出ている。

2. 医療対話推進者の業務の実施状況

1) 業務指針に示されている業務

(1) 実施していない業務とその理由 (表 42-1, 2)

29 の業務のうち、「実施していない」と回答した人数が多かったのは「研修の評価を行い、改善を試みている」107 名 (51.7%)、「相談や苦情の内容、満足度調査の結果等を研修内容に反映させる」104 名 (50.2%)、「職員教育・研修を企画・実施する」100 名 (48.3%) 等であった。実施していない理由はいずれの項目においても 3~4 割が「業務遂行に必要な知識や技能がない」「時間がない」であった。

(2) 困難な業務とその理由 (表 42-1, 3)

「大変困難だが実施している」の回答が多かったのは「分析結果から再発防止に向けた対策を立案する」66 名 (31.9%)、「相談や苦情事例の分析を行う」64 名 (30.9%)、「患者・家族からの相談や苦情等が遅滞なく報告・分析され、患者・家族との対話が促進されるよう、全職員に働きかける」62 名 (30.0%) 等であった。また、困難を感じている業務上位 3 つおよびその理由を尋ねたところ、選択者が多かった項目は「医療者の対応等に起因する苦情や相談に対応する」38 名 (18.4%) で、その理由は「時間がない」「業務遂行に必要な知識や技能がない」が共に 17 名、「医学的な質問に関する相談に対応する」29 名 (14.0%) では 8 割以上が「業務遂行に必要な知識や技能がない」ことを理由に挙げており、「患者・家族からの相談や苦情等が遅滞なく報告・分析され、患者・家族との対話が促進されるよう、全職員に働きかける」27 名 (13.0%) では半数弱が「時間がない」を困難な理由として選択していた。

(3) 職種別にみた業務の実施に対する困難状況 (表 42-4)

業務指針に示された業務について、「大変困難だが実施している」および「少々困難だが実施している」を困難あり群、「困難なく実施している」を困難なし群とし、看護職、MSW、事務職の 3 職種について困難の有無を比較した。29 項目中 19 項目で有意差があり、このうち「分析結果から再発防止に向けた対策を立案する」および「患者・家族への事故の連絡や説明を実施する」の 2 項目では看護職、事務職、MSW の順で困難ありの割合が高く、それ以外の

17項目においては看護職、MSW、事務職の順で困難ありの割合が高かった。

2) 医療対話推進者の業務指針に明記されていない業務 (表 43)

選択肢として提示した 10 項目のうち、回答者の半数以上が選択していたのは「患者対応・説明に困っている職員の求めに応じて患者対応を行う」164 名 (79.2%)、「医師からの同席の求めに応じて、医師が患者に病状を説明する時 (IC) に同席する」135 名 (65.2%)、「職員の電話での患者対応についてフィードバック・助言する」106 名 (51.2%) であった。

3) 医療事故調査制度に関する業務 (表 44)

医療事故調査制度に相当する事象があると回答したのは 50 名 (24.2%) で、このうち、12~17 名 (24~34%) が医療事故調査制度に関する業務として提示した 9 項目について主担当として関わっていると回答していた。

3. 医療対話推進者養成研修

1) 患者・家族支援業務を遂行する上での養成研修内容に対する認識 (表 45)

回答者のうち、医療対話推進者の養成研修を受けた経験のある 153 名に対し、指針に示された研修内容 28 項目について、その内容が患者・家族支援業務を行う上で十分であったかを尋ねた。不十分、やや不十分の回答が多かった順に「患者・家族支援のための教育教材とその活用法」66 名 (43.1%)、「研修の企画に関する知識」63 名 (41.2%)、「相談や苦情事例の分析と活動計画およびフィードバックに関する事項」63 名 (41.2%) 等であった。一方、おおむね十分、十分の回答が多かったのは「信頼関係構築のためのコミュニケーション」114 名

(74.5%)、「相談時の患者・家族の心情とそれへの対応」113 名 (73.9%)、「チーム医療に関する基本的知識」106 名 (69.3%) 等であった。

2) 充実すべきと考える研修項目と減らしてもよいと考える研修項目 (表 46-1, 2)

28 項目のうち、もっと充実すべきと考える項目があると答えたのは 59 名で、選択者が最も多かったのは「信頼関係構築のためのコミュニケーション」18 名 (30.5%) で、選択した理由は「関係構築に正解がないことも理解できるが、良好な関係構築のために必要と考える」や「研修だけではなく実践が必要であり研修後に積み重ねている」等であった。次いで「相談時の患者・家族の心情とそれへの対応」13 名 (22.0%) で、選択理由は「ケースごとに対応は異なる為、スキルは必要」「基礎編のみの受講では実働するための学びが不足と感ずるため」等であった。また、「相談や苦情事例の分析と活動計画およびフィードバックに関する事項」9 名 (15.3%) の

選択理由として「個人での活動になりがちで、分析が不十分でないか迷う時がある」や「何をどうデータをとっておくのが良いのか、ツールやソフトがないため、自己流でデータを取っている」等が挙げられていた。

4 名が時間数を減らしてもよいと考える研修項目があると回答し、それらは「体制整備・組織運営に関する基本的知識」「チーム医療に関する基本的知識」「研修の企画に関する知識」などであった。

3) 指針外に必要なと考える研修項目 (表 47)

指針には記載されていないが、必要と考える研修項目とその理由について自由記述で問うたところ、4 名から具体的な回答が得られた。それらは倫理全般や医療事故調査制度に関すること、医療安全管理者との連携に関する具体的な内容、コミュニケーションに関する教科書的ではないスキル、医療対話推進者本人のメンタルヘルスケア等であった。

4. 医療安全管理部門との連携

回答者のうち、医療安全の業務を担っている者は 71 名 (34.3%) であった。

1) 医療対話推進者と医療安全管理部門との連携状況 (表 48-1)

医療対話推進者と医療安全管理者との情報共有の頻度については、「週 1 回程度の定期的な会議等」が 78 名 (38.7%) と最も多く、次いで「有事 (医療事故発生時等) にのみ」が 43 名 (20.8%)、「月 1 回程度の定期的な会議等」30 名 (14.5%) であり、16 名 (7.7%) は「情報共有は行っていない」と回答していた。

回答者のうち、半数を超える 115 名 (55.6%) は医療安全管理委員会に参加していなかった。医療対話推進者のうち、50 名 (24.2%) が医療安全管理部門の会議にすべて参加、80 名 (38.6%) が一部参加している一方で、64 名 (30.9%) は全く参加していなかった。患者相談窓口会議に医療安全管理者がすべてあるいは一部参加していると回答したのは 145 名 (70.0%) であった。患者相談窓口と医療安全管理部門の合同会議が定期的開催されているのは 90 名 (43.5%) で、26 名 (12.6%) が不定期の開催、78 名 (37.7%) が開催されていないと回答していた。さらに、医療事故発生時の役割分担について、「ルールは明文化されておらず、医療安全管理部門の指示や依頼によって活動を行う」70 名

(33.8%) が最も多く、「役割分担のルールがマニュアルなどで明文化されている」が 65 名 (31.4%)、「医療対話推進者の役割は全くない」が 44 名 (21.3%) であった。

2) 医療対話推進者と医療安全管理部門との連携状況に対する認識 (表 49-1, 2)

医療対話推進者と医療安全管理部門との連携状況について、もっとも多かったのが「連携はまあまあ

うまくいっている」90名(43.5%)で、「連携はともうまくいっている」53名(25.6%)と合わせると約7割が両者の連携はうまくいっていると認識していた。一方で、15名(7.2%)は「連携がとても困難である」と回答していた。

連携がうまくいっている理由として、多かった順に「定期的な会議の開催」80名(55.9%)、「医療安全管理が同じ職種」58名(40.6%)、「両部門が同室または近くにある」31名(21.7%)であった。連携が困難である理由は、「定期的な会議の機会がない」25名(52.1%)、「医療安全管理部門に所属したことがない」17名(35.4%)、「医療安全管理者と職種が異なる」15名(31.3%)等であり、「自身が医療専門職(資格保有者)ではない」をあげた者も4名(8.3%)いた。

5. 院外との連携・交流

1) 医療安全支援センターとの連携・交流(表50)

医療安全支援センターとの連携・交流がある者は43名(20.8%)で、その連携・交流内容は「医療安全支援センターから患者対応について連絡を受けることがある」24名(55.8%)、「医療安全支援センターと連携して患者対応をすることがある」19名(44.2%)であった。一方、連携・交流なし151名(72.9%)の選択理由として、「医療安全支援センターを知らない」68名(45.0%)、「医療安全支援センターと連携を取らなければいけない事例がない」82名(54.3%)であり、その他の理由として、「医療安全管理室で行っている」「連携や交流はできないと言われた」等であった。

2) 他施設の医療対話推進者とのネットワーク(表51)

他施設の医療対話推進者とのネットワークの必要性について、161名(77.8%)は同意を示していたが、実際にネットワークを持っている者は41名(19.8%)と2割程度であった。ネットワークの内容は約半数の20名(48.8%)が「メール等で情報交換や事例の相談を行っている」であり、「集まって勉強会や交流会を開催している」者も14名(34.1%)いた。その他には「MSWの研修でネットワークを作る」「シンポジウム等で交流」「電話でのやり取り」等であった。一方、ネットワークがない理由として「他施設との医療対話推進者との連絡手段がない」が107名(69.9%)と最も多かったが、「交流する必要がない」と回答した者も2割程度いた。その他として「医療安全管理者と交流がある」、「医療対話推進者が周知されておらず必要性を感じてもらえない」、「個人情報関係で情報交換ができない」等があった。

6. 医療対話推進者のキャリア・人材育成

1) 医療対話推進者の役割の担当期間(表52-1, 2, 3)

医療対話推進者の役割の担当期間に対する考えとして、最も多かったのが、「ある程度の期間担当してから他の人に交代したほうがよい」129名(62.3%)で、続いて「交代はせず、できるだけ長く担当したほうがよい」42名(20.3%)、「短期間で他の人に交代したほうがよい」12名(5.8%)であった。その他14名(6.8%)の記載内容として、対応件数による、複数で実施、何かあればいつでも交代できるようにする、長く担当する人と研修の意味も含めて1年交代で担当する人がいたほうが良い、等があった。

短期間で交代したほうがよいと思う理由として、「業務によるストレスが大きい」9名(75.0%)、「多くの職員が医療対話推進者を経験したほうがよい」6名(50.0%)であり、ある程度またはできるだけ長く担当したほうがよいと思う理由として「スキルの取得に時間がかかるため」130名(99.2%)、「他職種との関係の構築に時間がかかるため」109名(83.2%)、「後任の育成が困難なため」68名(51.9%)であった。

2) 医療対話推進者の人材育成(表53-1, 2, 3)

所属組織に複数の医療対話推進者がいる者は144名(69.6%)で、そのうち、医療対話推進者の人材育成のために何か行っていると回答したのは52名(36.1%)であった。人材育成のために実施していることは「外部研修の受講」が45名(86.5%)と最も多く、他に「病院内での人事交流」11名(21.2%)、「他施設の医療対話推進者との勉強会や交流会への参加」9名(17.3%)等であった。

3) 医療対話推進者のキャリア(表54)

医療対話推進者を経て就いた最も高い職位の問いに対し、もっとも多かったのが「該当なし(前例がない)」84名(40.6%)であり、次いで「部長」33名(15.9%)、「室長」29名(14.0%)であり、「院長」や「副院長」はともに5名(2.4%)であった。

D. 考察

1) 医療対話推進者の病床規模別・配置状況と養成研修受講率

本調査の対象施設において、医療対話推進者の配置率は全体で74.7%であったが、病床規模が小さい施設(99床以下)は66.7%で若干低い割合であった(表37)。小規模施設において、医療対話推進者としての専門人材を配置することが困難である可能性が考えられる。しかしながら患者サポート体制充実加算の届出病院が全病院の4割以下であるのに比べて高い配置率であり、小規模であっても配置できる可能性はある。すなわち、規模によらず、その組織で医療対話推進者の役割が重要と考えられているかが配置に影響する可能性が示唆される。

また、医療対話推進者のうち、養成研修を受講している者は60.4%であったが、39.6%は未受講であり、医療対話についての専門的な教育・研修を受けずに医療対話推進者としての役割が求められる場合があることが示唆された（表38）。

2. 医療対話推進者の職種別の実態と課題

医療対話推進者として任命されている職員の職種は多様であり、看護職（看護師・保健師・助産師）、社会福祉士・医療ソーシャルワーカー、非医療職（事務職等）が主な構成となっていた（表14-1）。看護職と社会福祉士・医療ソーシャルワーカーはそれぞれ全体の約4割を占め、相談業務の中核的役割を担っているが、看護職は配置形態として「兼任」が60.3%と最も多く、相談業務を他業務（看護職としての業務）と兼ねている状況が読み取れる。

一方、非医療職は「専従」や「専任」での配置が一定程度見られ（合計33.3%）、「研修受講あり」の割合が41.4%と他職種よりも高かった。これは、患者サポート体制充実加算の届出要件として非医療職に研修受講が求められることが背景にあると考えられる。対照的に、看護職（37.9%）および社会福祉士・医療ソーシャルワーカー（24.8%）では研修受講率が低く、これは医療有資格者に対して研修受講が制度的に義務化されていないことに起因すると考えられる。しかし、医療有資格者であることの知識・スキルと医療対話とは専門性が異なる。このため、職種にかかわらず医療対話推進者の質を確保するため、あるいは任命された者が自信をもって活動できるように、養成研修受講の推進やその支援が必要と考える。

3) 医療対話推進者の認知度と院内活動の実際

医療対話推進者の認知度については、「あまり認知されていない」が37.4%、「よく認知されている」が32.8%にとどまり、医療対話推進者が配置されている施設でさえ、院内での認知や役割の明確化が十分ではない可能性がある（表19）。

さらに、表41の分析結果からは、医療対話推進者を「患者対応において必要不可欠だと考えている」とする看護部長が所属する施設では、職員の医療対話推進者に対する認知度が高い傾向にあった。一方、「不可欠ではないが、いるとよい」「いなくてもよい」と回答した施設では認知度が低い傾向が見られた。このことは、医療対話推進者に対する管理者の理解の深さが、職員の認知度の高低に関連している可能性を示している。

また、実際の介入場面（表17）として「医師や看護師等の医療有資格者が受けた苦情・クレームが解決しない時の2次対応」（86.3%）や「トラブルに遭った患者・家族に状況（現状）を説明する際の同席（1次対応）」（80.2%）などが高く評価されてい

るにもかかわらず、医療対話推進者の活動が広く認知されていない可能性があることが示唆される。

4) 患者サポート体制充実加算の届出状況と課題

患者サポート体制充実加算に関する設問では、加算の届出を継続している施設は92.9%と高率であった（表33-1）。一方で、現在加算を届け出していない施設（n=72）のうち、これまでに一度も届出をしたことがないと回答した施設は81.9%（表33-2）で、さらに、「今後も届出の予定はない」とする回答が52.8%と過半数を占めた。届出を継続的に行う施設と届出をする意向がない施設に2極化している現状が示唆された。

届出をしていない理由としては、「窓口職員を常時1名配置することが困難」（48.6%）や「これまでに検討したことがない」（34.7%）、「これまでに医療対話推進者の役割を担う者がいない」（19.4%）が主な要因として挙げられた（表34）。

また、現在届け出ている施設も含め、届出にあたっての課題（表36）としては、同様に「窓口職員を常時1名配置することが困難」（59.4%）が最も多く、「医療対話推進者の不在」（21.7%）。同率で「入院患者が少なく採算が合わない（21.7%）」や「入院にのみ加算される仕組みであり、外来患者に対して加算されないため（10.1%）」の回答もみられた。

これらの結果から、人員配置条件の厳しさが届出を躊躇する要因になっていることが示唆された。また外来患者からの相談対応が相当数あるにもかかわらず、入院初日に加算される仕組みにも課題があると考えられた。

5) 医療対話推進者の配置効果

看護部長の評価からは、医療対話推進者の配置によって「医師や看護師等の患者対応において負担軽減になっている」（71.8%）や「患者・家族からのクレームが拡大・重大化することが少なくなった」（48.1%）などの効果が実感されていたが、「訴訟件数が減少している、もしくは少ない状態が続いている」（13.7%）や「職員のスキルが向上した」（21.4%）については限定的な効果にとどまった（表18）。また、「効果を感じていない」とした回答も6.9%あった。訴訟数については、医療対話推進者が配置されるだけで減少に直結するとは考えにくく、医療安全管理体制のほか組織全体のガバナンスが大きくかかわってくる可能性がある。しかしながら、職員のスキル向上については、医療対話推進者の業務の一つとして、医療対話に関する職員研修が挙げられているように、医療対話推進者が職員のスキル向上、ひいては組織全体の説明と対話の文化醸成により貢献していくことが期待される。

実際、医療対話推進者の人数や研修受講率が高い施設ほど、「医師の説明に対する認識」や「職員の接遇認識」が良好であるという傾向（表 40）が確認されたことは、医療対話推進者の配置が医療機関全体の患者対応力や信頼性向上に寄与している可能性を示唆している。現状でも一定の配置効果があると考えられるが、その配置や介入、教育的な活動が職員や組織全体に影響していくことが期待される。一方、医療対話推進者の人数や研修受講率が高いほど投書箱の「苦情」や「意見」が多いという傾向も見られた。これについては、医療対話推進者が直接、そうした投書を誘発しているわけではないが、苦情や意見を積極的に収集し活かす姿勢が患者らに伝わっている可能性があるためと考えられた。

6) 医療対話推進者の業務の実施状況

業務指針に示された業務のうち、「研修の評価を行い、改善を試みている」、「相談や苦情の内容、満足度調査の結果等を研修内容に反映させる」、「職員教育・研修を企画・実施する」は約半数が実施していないと回答しており、職員に対する教育や研修に関する業務は十分実施できていないことが明らかとなった。医療安全に関する職員研修とは異なり、医療対話推進者の業務として示されている職員への教育・研修は法定義務ではないことから、組織における優先度が低いことが考えられる。

実施に困難を感じている業務は「分析結果から再発防止に向けた対策を立案する」「相談や苦情事例の分析を行う」等の実践事例の分析やその結果の活用のほか、「患者・家族からの相談や苦情等が遅滞なく報告・分析され、患者・家族との対話が促進されるよう、全職員に働きかける」といった説明と対話の文化醸成に関する業務であった。文化を醸成するには組織全体への働きかけが必要であり、そのためにも経営層が説明と対話の文化を醸成する方針およびそれを推進する医療対話推進者の存在を組織内に周知していくことが必要であると考えられる。

一方で、「医療者の対応等に起因する苦情や相談に対応する」や「医学的な質問に関する相談に対応する」といった患者や家族に対する一次対応も困難業務の上位に挙がっていた。病状や治療の複雑化や家族関係の変化、人々の権利意識の高まり等により、医療対話推進者が対応する事例も複雑化・多様化している。養成研修のみならず、フォローアップ研修等による対話のスキルアップの機会や所属部門での相談体制の充実が望まれる。

病院内での相談業務に対し、非医療職は困難を感じていると予測したが、職種別での比較では 29 項目中 19 項目で有意差があり、事務職や MSW よりも看護職の方が困難を感じていた。看護職は職業経験年数は長いものの、医療対話推進者としての経験年数は MSW と比べて有意に短く、事務職と比べても短いこ

とが関係していると考えられる。また、有意な差は見られなかったものの、事務職は MSW や看護職と比べると回答者本人以外の医療対話推進者の人数が多いことから、他の医療対話推進者と役割分担したり、相談したりすることで、困難感を比較的感じにくいことが考えられた。

我々研究班が令和元年度に行った医療対話推進者へのインタビュー調査²⁾では、業務指針に記載された業務以外にも様々な業務を担っていた。そこで、これらの実施状況について尋ねたところ、回答者の半数以上が「患者対応・説明に困っている職員の求めに応じて患者対応を行う」、「医師からの同席の求めに応じて、医師が患者に病状を説明する時に同席する」、「職員の電話での患者対応についてフィードバック・助言する」といった職員サポートに関する業務を実施していた。このことから、医療対話推進者には患者・家族と医療者との対話を推進するために、患者・家族への対応のみならず、医療者の支援も期待されていることが伺えた。

現在の指針が公表された 2 年後の平成 27 年（2015 年）に医療事故調査制度が開始されている。医療事故調査制度に相当する事象があると回答したのは 24% 程度とそれほど多くはなかったが、事象がある施設では 2~3 割の医療対話推進者が医療事故調査制度に関する業務に主担当として関わっていた。これらの回答者には医療の有資格者だけでなく、事務職も含まれていた。実際にどのようにかかわっているか具体的な内容については本調査では明らかにできなかったため、医療対話推進者と病院管理者および医療安全管理者との役割分担の状況等について明らかにしていく必要があると考える。

7) 養成研修に対する評価とニーズ

本調査の回答者は「患者・家族支援のための教育教材とその活用法」、「研修の企画に関する知識」といった職員教育に関する研修内容や「相談や苦情事例の分析と活動計画およびフィードバックに関する事項」といった実践の分析・評価に関する研修内容は不十分であると評価していた。これらの項目は実施していない、あるいは実施に困難を感じている業務であり、困難感や実施できていないことから研修に対する不足感を持っていることが考えられた。

医療対話推進者の養成研修について、複数日にわたるため、研修に参加しづらいという意見も聞くが、時間数を減らしもよいと考える研修項目があると回答したのは 4 名のみで、組織運営やチーム医療に関する基本的知識等をあげており、これらは職種や立場によっては他の研修等で学習する機会があると考えられる。一方、研修企画や事故発生時の初動対応に必要な知識も挙げられており、組織の方針や個人の理解によってこれらの業務を遂行するための学習の必要性が認識されていないことが考えられた。

「信頼関係構築のためのコミュニケーション」や「相談時の患者・家族の心情とそれへの対応」といった患者対応の基本となる研修内容は業務を行う上で十分とする回答が多かったが、さらに充実すべきという意見も一部あった。この理由としては業務を遂行する中で、もっとよい対応がしたい、より実践的なスキルを身に着けたいというニーズが生じることが考えられる。こうしたニーズに応えられるよう、養成研修修了後のフォローアップ研修等の実施が望まれる。

8) 医療対話推進者と医療安全部門との連携

65%が定期的に医療安全管理者と情報共有を行っていたが、有事のみあるいは情報共有を行っていないという回答者も3割程度いた。また、回答者の半数以上は医療安全管理委員会には参加しておらず、2〜3割は両部門の公的な会議には互いにまったく参加していない状況であり、医療対話推進者と医療安全部門との連携は十分とは言い難い。しかしながら、両部門の連携状況について、7割弱は連携はうまくいっていると評価しており、その理由として半数以上が定期的な会議の開催を挙げていた。2割は連携困難を感じていたが、そのうち半数は困難理由として定期的な会議の機会がないことを挙げていた。医療対話推進者による患者・家族への対応が患者・家族の医療に関する理解を促進し、医療事故の防止につながる可能性が考えられる。安全な医療の提供のためにも両部門での情報共有の仕組みを整備することが課題である。

9) 医療対話推進者の育成における課題

医療対話推進者の役割を担当する期間について、出来るだけ長く担当したほうがよいと考えているのは2割程度で、6割はある程度の期間担当してから他の人に交代したほうがよいと考えていた。回答者の6割弱が現所属施設での対話推進者の経験年数が1-5年度短いことから、経験を重ねる必要がある一方で、長期的に役割を担うことへの負担感を感じていることが推察される。患者・家族と医療者との対話を推進する中で対立や葛藤、無力感等のネガティブな感情を抱くこともあるだろう。7割弱の施設では医療対話推進者は複数配置されているため、互いに助け合い、支え合いながらストレスの大きい業務に取り組み、経験値を積み重ね、それを次の人材育成につなげていくことが望ましい。6割が医療対話推進者の人材育成のために特に何も行っていないことから、先を見通し計画的に育成していくこと必要であると考える。

E. 結論

・医療対話推進者は多様な職種から構成されており、病院規模にかかわらず一定数が配置されていた。

・配置により、職員の負担軽減や患者対応力の向上といった効果が示唆された。

・看護職や社会福祉士・医療ソーシャルワーカーでは研修受講率が低く、兼任が多いなど、職種による配置形態や育成体制に課題があった。

・看護部長が医療対話推進者の必要性を認識している施設では、職員の認知度も高い傾向にあり、管理者の理解が職員の認知促進に寄与している可能性が示唆された。

・患者サポート体制充実加算の届出の課題は、人的配置条件や医療対話推進者の育成状況、加算による採算などであった。制度設計上、加算が外来患者に適用されない点にも改善の余地がある。

・指針に示された業務のうち、職員教育は十分実施できておらず、事例分析や結果の活用、説明と対話の文化醸成の実施に困難を感じており、これらの研修内容が不十分と感じていた。また、患者対応の基本となる研修内容の充実化を求めており、フォローアップ研修の実施が望まれる。

・医療安全部門との連携が十分でない施設もあり、定期的な情報共有の仕組みを作ることが課題である。

・今後は、医療対話推進者の知識・スキルおよび自信を高めるために、養成研修の受講推進と制度的な支援を充実させる必要がある。

(研究の限界)

本研究は、全国約8,000病院のうち2,000施設を無作為抽出した上で、227施設から得られたデータをもとに分析を行った。対象数が限られており、医療対話推進者に関心を持つ施設が多く含まれたことが予想されるため、結果には一定のバイアスが含まれる可能性がある。また、各指標を用いて医療対話推進者の配置効果を量的に検討するにあたっては、指標の妥当性や、サンプル数の少なさ、変数間の交絡因子の存在などにより、統計的な限界も認められる。今後は、質的な情報として、現場の医療対話推進者やその関係者へのヒアリング調査を実施し、より多角的・実態的な配置効果の把握と制度改善への提言につなげる必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 倫理的配慮

本研究においては、東京医療保健大学ヒトに関する研究倫理審査委員会に多機関共同研究の一括審査を申請し、承認を受けた上で調査を実施した（承認番号：教教023-28D）。

H. 研究発表

・本谷園子. 中間報告「医療対話推進者の質向上と医療機関内の医療安全管理部門との連携に向けての研究」. WHO『世界患者安全の日』記念Webシン

ポジウム 2024—患者参加型医療の実現に向けて～院内体制を構築するために～. 2024年9月16日(東京都、オンライン同時開催)

・本谷園子、末永由理、坂本すが、医療対話推進者養成研修の実施状況と課題—看護師の受講状況と課題を中心に—. 第28回日本看護管理学会(名古屋市、2024年8月25日)

・本谷園子、末永由理、坂本すが、稲葉一人、医療対話推進者と医療安全管理部門の連携の実態と課題. 第19回医療の質・安全学会学術集会(横浜市、2024年11月29日)

・末永由理、本谷園子、坂本すが、稲葉一人、医療対話推進者の業務の現状. 第19回医療の質・安全学会学術集会(横浜市、2024年11月29日)

・末永由理、本谷園子、坂本すが、稲葉一人、医療対話推進者の研修ニーズ. 第19回医療の質・安全学会学術集会(横浜市、2024年11月29日)

・本谷園子、医療安全に医療対話推進者をどう活用していくか. 2024年度日本医療マネジメント学会医療安全分科会(オンライン開催、2025年1月11日)

S. Mototani, Y. Suenaga, S. Sakamoto, K. Inaba.
Evaluating the Role of a Medical Dialogue Facilitator in Enhancing Staff Support. ICN 2025 Congress, Helsinki, Finland, 2025. 6. 11(予定)

I. 知的財産権の出願・登録状況
なし

引用文献

1) 平成24年度厚生労働科学特別研究事業 医療対話仲介者(仮称)の実態と役割・能力の明確化に関する研究班(研究代表者:稲葉一人):医療対話推進者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針—説明と対話の文化の醸成のために—

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000904032.pdf> (アクセス日:2023年7月25日)

2) 平成30年度～令和元年度厚生労働科学研究費補助金地域基盤開発推進研究事業「医療安全支援センターと医療機関内患者相談窓口の地域における連携と人材育成のための研究」(研究代表者:嶋森好子、研究分担者:稲葉一人ほか)

(資料1-1) 調査票A:看護部長票

(資料1-2) 調査票B:医療対話推進者票

表1 病院種別・機能 (n=227)

	人数	割合
特定機能病院	6	2.6%
地域医療支援病院	69	30.4%
精神科単科病院	18	7.9%
いずれでもない	133	58.6%
無回答	1	0.4%

表2 病床数_許可病床数 (階級)

	許可病床数		最大使用病床数	
	人数	割合	人数	割合
100床未満	45	19.8%	50	22.0%
100-199床	89	39.2%	82	36.1%
200-299床	27	11.9%	25	11.0%
300-399床	31	13.7%	26	11.5%
400-499床	14	6.2%	14	6.2%
500床以上	21	9.3%	19	8.4%
無回答	0	0.0%	11	4.8%

表3 所在地 (n=227)

	人数	割合		人数	割合
北海道	13	5.7%	三重県	3	1.3%
青森県	5	2.2%	滋賀県	2	0.9%
岩手県	4	1.8%	京都府	2	0.9%
宮城県	5	2.2%	大阪府	5	2.2%
秋田県	2	0.9%	兵庫県	7	3.1%
山形県	2	0.9%	奈良県	3	1.3%
福島県	3	1.3%	和歌山県	3	1.3%
茨城県	14	6.2%	鳥取県	1	0.4%
栃木県	1	0.4%	島根県	3	1.3%
群馬県	3	1.3%	岡山県	6	2.6%
埼玉県	10	4.4%	広島県	6	2.6%
千葉県	7	3.1%	山口県	3	1.3%
東京都	16	7.0%	徳島県	0	0.0%
神奈川県	10	4.4%	香川県	8	3.5%
新潟県	6	2.6%	愛媛県	1	0.4%
富山県	0	0.0%	高知県	2	0.9%
石川県	4	1.8%	福岡県	13	5.7%
福井県	3	1.3%	佐賀県	2	0.9%
山梨県	0	0.0%	長崎県	0	0.0%
長野県	8	3.5%	熊本県	6	2.6%
岐阜県	3	1.3%	大分県	3	1.3%
静岡県	6	2.6%	宮崎県	2	0.9%
愛知県	12	5.3%	鹿児島県	3	1.3%
			沖縄県	3	1.3%
			無回答	3	1.3%

表4 現在の加算の届出状況 (n=227)

		人数	割合
医療安全対策加算	加算1	95	41.9%
	加算2	77	33.9%
	届出なし	53	23.3%
	無回答	2	0.9%
患者サポート体制充実加算	届出あり	155	68.3%
	届出なし	72	31.7%
がん拠点病院加算	届出あり	42	18.5%
	届出なし	184	81.1%
	無回答	1	0.4%
重症患者初期支援充実加算	届出あり	43	18.9%
	届出なし	181	79.7%
	無回答	3	1.3%

表5 「医療安全対策加算」の届出状況と「患者サポート体制充実加算」の届出状況のクロス表

		「患者サポート体制充実加算」の届出状況			
		届出あり		届出なし	
		人数	割合	人数	割合
「医療安全対策加算」 の届出状況	届出あり・加算1	87	38.7%	8	3.6%
	届出あり・加算2	53	23.6%	24	10.7%
	届出あり	120	61.3%	32	14.3%
	届出なし	13	5.8%	40	17.8%
		153	68.0%	72	32.0%

表6 手術件数 (年間, 病床機能報告で報告した数値, n=227)

年間手術件数	
回答数	207
平均値	1,118.9
標準偏差	1,864.8
最小値	0
最大値	11,000

表7 退院患者数及び外来患者数（年間）（n=227）

	退院患者数	外来患者延べ数
回答数	204	208
平均値	8,902.2	8,8464.8
標準偏差	37,551.7	11,2507.7
最小値	0	0
最大値	417,731	690,000

表8 患者相談窓口（部門）の有無（n=227）

	人数	割合
なし	42	18.5%
あり	182	80.2%
無回答	3	1.3%

表9 問7で患者相談窓口「なし」の場合、患者の相談に対応する窓口（職員）（複数回答可, n=42）

	人数	割合
部署の責任者	29	69.0%
医療安全管理部門の職員	7	16.7%
医療安全管理者	9	21.4%
事務長	13	31.0%
事務部門の職員	16	38.1%
対応する窓口は決まっていない	2	4.8%
その他	6	14.3%
（以下、「その他」の記述内容）		
MSW	2	4.8%
外来看護師または医療相談員	1	2.4%
看護部長	1	2.4%
事務所	1	2.4%
社会福祉士	1	2.4%

表 10 患者の相談業務を担う職員の人数（実人数）

	患者相談窓口（部門） の相談員	患者相談窓口（部門） 以外
回答数	177	173
平均値	3.18	2.10
標準偏差	2.77	2.60
最小値	0	0
最大値	18	15

表 11 患者相談業務を担う職員のうち、医療対話推進者の人数、うち養成研修の受講者数

	医療対話推進者の人数	うち、養成研修の受講者数
回答数	175	169
平均値	2.18	1.56
標準偏差	2.64	2.16
最小値	0	0
最大値	22	13

表 12 患者の相談業務を担う職員の情報 (n=854)

	人数	割合
回答のあった職員数	854	
施設ごとの人数 平均±標準偏差	4.83 ± 3.58	
施設ごとの人数 中央値 [範囲]	4 [1-23]	
職種		
看護師	342	40.0%
助産師	8	0.9%
保健師	1	0.1%
准看護師	0	0.0%
社会福祉士・医療ソーシャルワーカー	346	40.5%
公認心理師	3	0.4%
医師	6	0.7%
非医療職（事務職等）	113	13.2%
その他	35	4.1%
無回答	0	0.0%
配属部署		
患者相談室（部門）	469	54.9%
患者相談室（部門）以外	382	44.7%
無回答	3	0.4%
配置形態		
専従	215	25.2%
専任	185	21.7%
兼任	447	52.3%
無回答	7	0.8%
雇用形態		
常勤	772	90.4%
非常勤	70	8.2%
無回答	12	1.4%
医療対話推進者であるか否か		
医療対話推進者である	387	45.3%
医療対話推進者ではない	456	53.4%
無回答	11	1.3%
研修受講の有無		
研修受講あり	275	32.2%
研修受講なし	569	66.6%
無回答	10	1.2%

表 13-1 患者相談に関わる職員の職種別内訳

	看護職(看護師+保健師+助産師)		社会福祉士・医療ソーシャルワーカー		公認心理師		医師		非医療職(事務職等)		その他	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
配属部署												
患者相談室(部門)	141	40.4%	272	78.8%	2	66.7%	2	33.3%	41	37.3%	10	28.6%
患者相談室(部門)以外	208	59.6%	73	21.2%	1	33.3%	4	66.7%	69	62.7%	25	71.4%
配置形態												
専従	77	22.0%	117	34.5%	0	0.0%	0	0.0%	17	15.3%	4	11.4%
専任	62	17.7%	89	26.3%	2	66.7%	1	16.7%	20	18.0%	10	28.6%
兼任	211	60.3%	133	39.2%	1	33.3%	5	83.3%	74	66.7%	21	60.0%
雇用形態												
常勤	303	86.6%	327	97.6%	2	66.7%	6	100.0%	96	87.3%	35	100.0%
非常勤	47	13.4%	8	2.4%	1	33.3%	0	0.0%	14	12.7%	0	0.0%
医療対話推進者であるか否か												
医療対話推進者である	174	49.6%	151	45.1%	1	33.3%	2	33.3%	44	40.0%	14	40.0%
医療対話推進者ではない	177	50.4%	184	54.9%	2	66.7%	4	66.7%	66	60.0%	21	60.0%
研修受講の有無												
研修受講あり	133	37.9%	83	24.8%	1	33.3%	1	16.7%	46	41.4%	10	28.6%
研修受講なし	218	62.1%	252	75.2%	2	66.7%	5	83.3%	65	58.6%	25	71.4%

表 13-2 医療対話推進者であるか否かと職種内訳、研修受講者と非受講者の職種内訳

	看護職(看護師+保健師+助産師)		社会福祉士・医療ソーシャルワーカー		公認心理師		医師		非医療職(事務職等)		その他		計
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
医療対話推進者である	174	45.1%	151	39.1%	1	0.3%	2	0.5%	44	11.4%	14	3.6%	386
医療対話推進者ではない	177	39.0%	184	40.5%	2	0.4%	4	0.9%	66	14.5%	21	4.6%	454
研修受講あり	133	48.5%	83	30.3%	1	0.4%	1	0.4%	46	16.8%	10	3.6%	274
研修受講なし	210	37.6%	252	45.1%	2	0.4%	5	0.9%	65	11.6%	25	4.5%	559

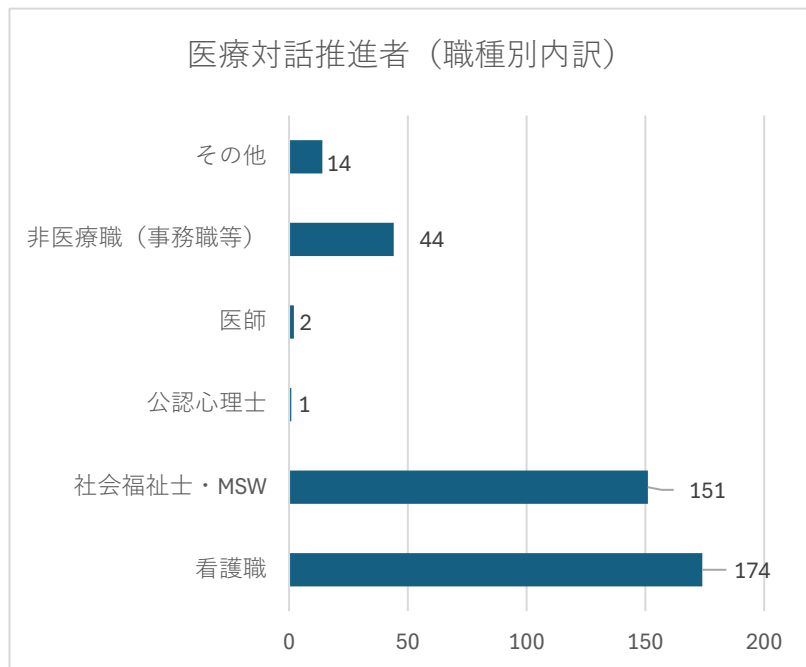


表 14 医療対話推進者の任命状況と研修受講の有無 (n=842)

	医療対話推進者である		医療対話推進者ではない	
	人数	割合	人数	割合
研修受講あり	233	60.4%	40	8.8%
研修受講なし	153	39.6%	416	91.2%

表 15 患者対応における医療対話推進者の必要性 (n=131)

	人数	割合
患者対応において必要不可欠だと考えている	98	74.8%
患者対応において不可欠ではないが、いるとよいと考えている	26	19.8%
患者対応においていなくてもよいと考えている	1	0.8%
無回答	6	4.6%

※集計対象は問 10 で 1 名以上の回答をした施設

表 16 医療対話推進者の介入が必要と考える場合や場面（複数回答可）（n=131）

	人数	割合
医師が重大な手術や検査について患者・家族へ事前に説明する際の同席	54	41.2%
トラブルに遭った患者・家族に状況（現状）を説明する際の同席（1次対応）	105	80.2%
医療事故で患者が亡くなられた際のご遺族への事故後の説明や対応	73	55.7%
医師や看護師等の医療有資格者が受けた苦情・クレームが解決しない時の2次対応	113	86.3%
事務部門が受けた苦情・クレームが解決しない時の2次対応	92	70.2%
医療対話推進者は不要と考えている	1	0.8%
その他	5	3.8%
（以下、「その他」の記述内容）		
患者・家族からのクレーム受付	1	0.8%
患者や家族の生活に直結する問題を主に扱う部署。クレーム対応は管理部の業務。	1	0.8%
患者家族への不安軽減	1	0.8%
診療相談	1	0.8%
退院支援が進まないご家族様への対応	1	0.8%

※集計対象は問 10 で 1 名以上の回答をした施設

（参考）

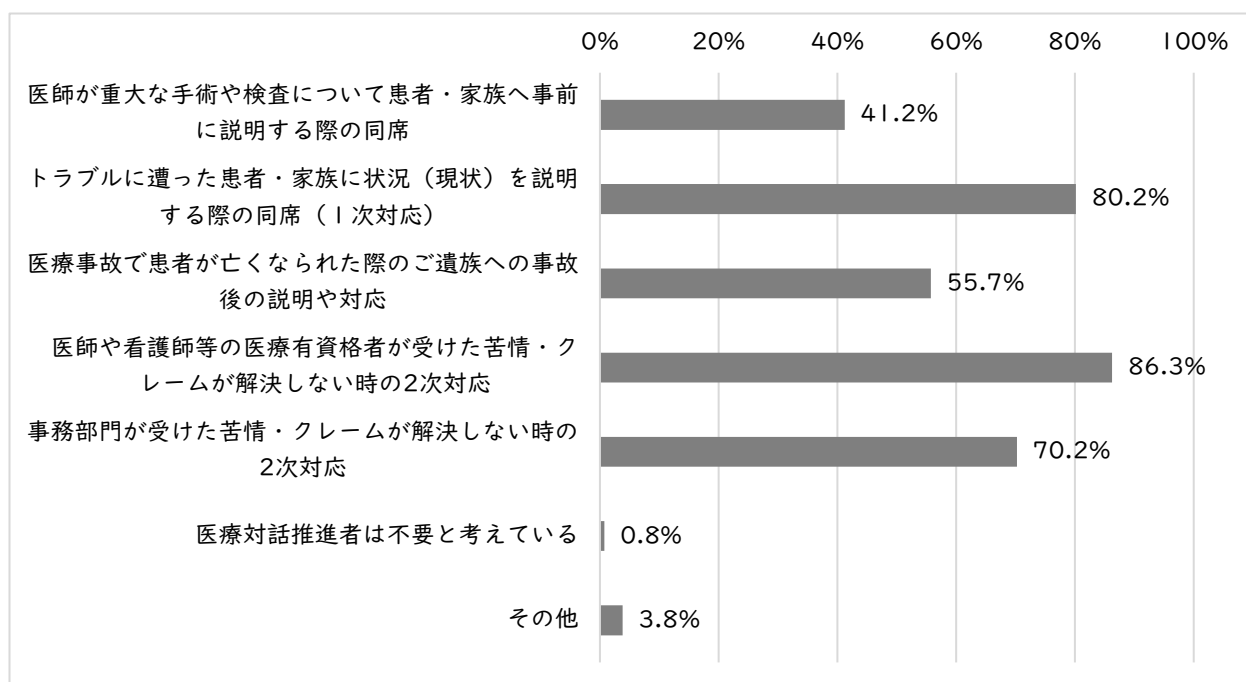


表 17 医療対話推進者の配置効果に対する考え（複数回答可）（n=131）

	人数	割合
患者・家族からのクレームが拡大・重大化することが少なくなった	63	48.1%
経年で訴訟件数が減少している、若しくは訴訟件数が少ない状態が続いている	18	13.7%
医療対話推進者による教育等により職員の患者対応のスキルが向上した	28	21.4%
患者・家族から感謝の言葉や礼状が増えた	31	23.7%
医師や看護師等の患者対応において負担軽減になっている	94	71.8%
医療対話推進者の配置効果を感じていない	9	6.9%
その他	8	6.1%
（以下、「その他」の記述内容）		
syokuin no	1	0.8%
開始したばかりのため効果は分からない	1	0.8%
現状、機能していない	1	0.8%
効果としてはまだわからないが、重大化はしていないと感じている	1	0.8%
効果は、明らかになっていない	1	0.8%
専従ではないので、配置効果を感じない	1	0.8%
相談できる場所があることで患者、家族の心理的安全性がいくぶん保たれる。	1	0.8%
部署で解決しているので、医療対話推進者が出てくることがない。	1	0.8%

※集計対象は問 10 で 1 名以上の回答をした施設

（参考）

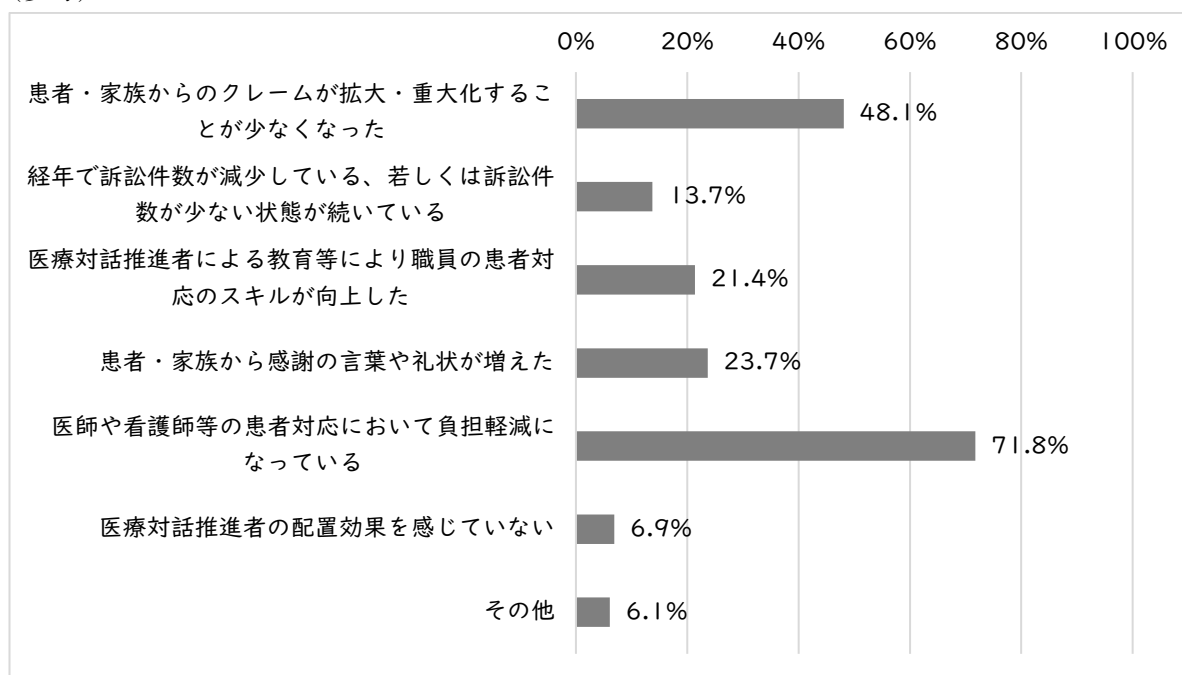


表 18 医療対話推進者の役割・活動に対する職員の認知の程度 (n=131)

	人数	割合
大変よく認知されている (概ね 8 割以上の職員から認知されている)	21	16.0%
よく認知されている (概ね 5 割以上から 8 割未満の職員から認知されている)	43	32.8%
あまり認知されていない (2 割以上から 5 割未満の職員から認知されている)	49	37.4%
ほとんど認知されていない (2 割未満の職員から認知されている)	11	8.4%
無回答	7	5.3%

※集計対象は問 10 で 1 名以上の回答をした施設

表 19 患者・家族対応に関する苦情等で責任者の回答を要求された数 (年間)

	院長の回答を要求された トラブル苦情等	看護部長の回答を要求された トラブル苦情等
回答数	195	204
平均値	1.48	1.06
標準偏差	4.96	2.36
最小値	0	0
最大値	63	18

表 20 年間離職者数 (n=227)

	看護職員の 離職者		うち、 患者・家族からの 苦情等を主な理由 とする離職者		看護補助者の 離職者		うち、 患者・家族からの 苦情等を主な理由 とする離職者	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
いない	47	20.7%	-	-	83	36.6%	-	-
いる	178	78.4%	10	4.4%	135	59.5%	3	1.3%
わからない	-	-	-	-	5	2.2%	5	2.2%
患者・家族からの 苦情等以外の理由	-	-	164	72.2%	-	-	126	55.5%
非該当(苦情等を理 由とする離職者の 有無が不明)	-	-	49	21.6%	-	-	92	40.5%
無回答	2	0.9%	4	1.8%	4	1.8%	1	0.4%

表 21 年間休職者数 (n=227)

	看護職員の 休職者		うち、 患者・家族からの 苦情等を主な理由 とする休職者		看護補助者の 休職者		うち、 患者・家族からの 苦情等を主な理由 とする休職者	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
いない	80	35.2%	-	-	181	79.7%	-	-
いる	144	63.4%	7	3.1%	38	16.7%	0	0.0%
わからない	-	-	-	-	4	1.8%	0	0.0%
患者・家族からの 苦情等以外の理由	-	-	135	59.5%	-	-	38	16.7%
非該当(苦情等を理 由とする離職者の 有無が不明)	-	-	83	36.6%	-	-	189	83.3%
無回答	3	1.3%	2	0.9%	4	1.8%	0	0.0%

表 22-1 患者・家族からの意見等を伝えるための投書箱（インターネット経由の投書も含む）（n=227）

	人数	割合
ない	14	6.2%
ある	207	91.2%
無回答	6	2.6%

表 22-2 投書箱がある場合の投書数と内容内訳

（ある）場合、投書数

	月平均の投書数	内容内訳		
		賞賛（感謝や 御礼など）	苦情	意見（要望）
回答数	186	166	166	171
平均値	45.90	11.79	8.90	14.26
標準偏差	376.08	49.28	30.90	85.22
最小値	0	0	0	0
最大値	5,060	575	343	1,050

表 23 患者・家族からの職員の接遇・態度に関する苦情等の数（院内全体）（年間）

	年間苦情等の数
回答数	193
平均値	19.01
標準偏差	33.29
最小値	0
最大値	300

※「いない」を「0」として集計

表 24-1 2022 年度における患者満足度調査の実施状況 (n=227)

	人数	割合
実施していない	80	35.2%
実施した	142	62.6%
無回答	5	2.2%

表 24-2 実施している場合の調査頻度・期間

1. 調査頻度

	人数	割合
年 1 回	116	81.7%
年 2 回	12	8.5%
その他	12	8.5%
(以下、その他の記述内容)		
2 年に 1 回	1	
QR コードからの入力で随時	1	
患者退院時	1	
全患者家族	1	
退院時	1	
退院時アンケートとして実施している	1	
通年	1	
年間	1	
365 日	1	
毎日	1	
毎日、退院患者	1	
無回答	2	1.4%

2. 年間を通した調査期間

	人数	割合
1 日	3	2.1%
2 から 6 日	28	19.7%
7 から 14 日	68	47.9%
その他	38	26.8%
(以下、その他の記述内容)		
25 日	1	
28 日	1	
1 か月	1	
30 日	5	
31 日	2	
2 ヶ月	1	
60 日	5	
61 日 (9/1~10/31)	1	

3ヶ月	1	
アンケート形式	1	
外来2日、入院30日	1	
外来2日間、病棟は1ヶ月間	1	
外来は一週間、入院は2週間	1	
退院時	1	
退院時すべて	1	
退院時に行くため、患者がかかる場合は2、3日前に渡す。家族の場合は、当日の事もある	1	
退院時に自由記入	1	
退院後1ヶ月	1	
入院14日、外来1日	1	
365日	4	
通年	1	
年間	1	
病棟は365日、外来は1ヶ月	1	
予定回答数に達するまで	1	
無回答	5	3.5%

3. 調査における有効回答数

回答数	95
平均値	453.68
標準偏差	867.62
最小値	0
最大値	6799

表 25-1 患者に対応する職員からの「カスタマーハラスメント」に関する相談件数（院内全体、年間）
（n=227）

	人数	割合
ない	98	43.2%
ある	120	52.9%
無回答	9	4.0%

表 25-2 「ある」と回答した場合 カスタマーハラスメントの相談件数

回答数(相談件数)	196
平均値	2.52
標準偏差	5.77
最小値	0
最大値	50

※「ない」を「0」として集計、「ある」と回答したものの件数の回答がなかった場合は回答数から除かれている。

表 26 -1 コードホワイトの体制の有無（年間）（n=227）

	人数	割合
ない	94	41.4%
把握していない	9	4.0%
コードホワイトの体制がある	119	52.4%
無回答	5	2.2%

表 26-2 「ある」と回答した場合 コードホワイトの発生件数

回答数(発生件数)	107
平均値	2.24
標準偏差	11.64
最小値	0
最大値	120

問 27 接遇に関する院内の表彰（制度）の有無（n=227）

	人数	割合
ない	195	85.9%
ある	26	11.5%
無回答	6	2.6%

表 28 接遇に関する全職員対象の研修の有無（n=227）

	人数	割合
入職時		
ない	30	13.2%
ある	194	85.5%
無回答	3	1.3%
入職時以外		
ない	72	31.7%
ある	152	67.0%
無回答	3	1.3%

表 29 わが病院の職員は接遇がよい（n=227）

	人数	割合
そう思う	20	8.8%
ややそう思う	149	65.6%
あまりそう思わない	49	21.6%
そう思わない	6	2.6%
無回答	3	1.3%

表 30 わが病院の医師の説明は丁寧だ (n=227)

	人数	割合
そう思う	24	10.6%
ややそう思う	132	58.1%
あまりそう思わない	62	27.3%
そう思わない	6	2.6%
無回答	3	1.3%

表 31 患者・家族からのクレームによる職員のストレスの程度 (n=227)

	人数	割合
職員のストレスは大変多いと思う	62	27.3%
職員のストレスはやや多いと思う	90	39.6%
職員のストレスはあまり多くないと思う	67	29.5%
職員のストレスはほとんどないと思う	4	1.8%
無回答	4	1.8%

表 32-1 患者サポート体制充実加算の届出意向（現在届け出ている施設）（n=155）

	人数	割合
今後も届出を継続する予定	144	92.9%
	1	0.6%
無回答	10	6.5%

表 32-2 患者サポート体制充実加算を届け出していない場合(n=72)

	人数	割合
以前は届け出ていたが、現在届け出していない	12	16.7%
これまでに届け出たことがない	59	81.9%
無回答	1	1.4%

表 33 以前は届けていたがやめた理由、届け出たことがない理由（複数回答可）（n=72）

	人数	割合
がん拠点病院加算を取得したため（併申請できない）	0	0.0%
入院患者数が少なく採算が合わない	6	8.3%
入院患者にのみ加算される仕組みであり、外来患者に対して加算されないため	3	4.2%
これまでに医療対話推進者の役割を担う者がいない	14	19.4%
医療対話推進者はいるが不足している（十分な人数がいない）	3	4.2%
医療対話推進者が退職し後任がいない	3	4.2%
窓口に職員を常時1名配置することが困難	35	48.6%
施設管理者（院長等）が医療対話推進者の役割を重視していない	2	2.8%
これまでに加算の届出を検討したことがない	25	34.7%
その他	2	2.8%
（以下、「その他」の記述内容）		
準備中	1	1.4%
現在の体制で十分対応出来ている程度の患者数だから	1	1.4%

表 34 患者サポート体制充実加算の届出に関する今後の予定 (n=72)

	人数	割合
今後、新たに、または再び届出をする予定である	3	4.2%
今後、届出をするかどうか前向きに検討している	6	8.3%
今後、届出をするかどうか検討しているが難しいと考えている	24	33.3%
今後も届出の予定はない	38	52.8%
無回答	1	1.4%

表 35 加算の届出にあたっての障壁 (複数回答可) (n=69)

	人数	割合
がん拠点病院加算を取得したため (併申請できない)	1	1.4%
入院患者数が少なく採算が合わない	15	21.7%
入院患者にのみ加算される仕組みであり、外来患者に対して加算されないため	7	10.1%
これまでに医療対話推進者の役割を担う者がいない	15	21.7%
医療対話推進者はいるが不足している (十分な人数がいない)	4	5.8%
医療対話推進者が退職し後任がいない	2	2.9%
窓口職員を常時1名配置することが困難	41	59.4%
施設管理者 (院長等) が医療対話推進者の役割を重視していない	3	4.3%
これまでに加算の届出を検討したことがない	25	36.2%
障壁となっていることはない	2	2.9%
その他	2	2.9%
(以下、「その他」の記述内容)		
人員不足	1	1.4%
全床休床のため	1	1.4%

※対象は患者サポート体制充実加算について、問 31、問 33 で「今後は届出をやめる予定」、「今後、届出をするかどうか前向きに検討している」、「今後、届出をするかどうか検討しているが難しいと考えている」もしくは「今後も届出の予定はない」と回答した方

表 36 患者相談窓口のある施設の病床規模×医療対話推進者の有無 (n=166)

	医療対話推進者の有無		合計
	0 対話推進者がいない	1 対話推進者がいる	
1 99床以下	10 33.3%	20 66.7%	30 100.0%
2 100～199床以下	15 24.6%	46 75.4%	61 100.0%
3 200～299床以下	6 28.6%	15 71.4%	21 100.0%
4 300～399床以下	4 16.7%	20 83.3%	24 100.0%
5 400～499床以下	3 21.4%	11 78.6%	14 100.0%
6 500床以上	4 25.0%	12 75.0%	16 100.0%
合計	42 25.3%	124 74.7%	166 100.0%

表 37 医療対話推進者の任命状況と医療対話推進者養成研修受講の有無

	養成研修の受講				計
	有		無		
医療対話推進者である	233 60.4%		153 39.6%		386
医療対話推進者ではない	40 8.8%		416 91.2%		456
計	273 32.4%		569 67.6%		842

表 38 患者サポート体制充実加算と医療対話推進者の有無

	医療対話推進者の有無			
	有		無	
患者サポート体制充実加算	人数	割合	人数	割合
届出あり	112	81.2%	26	18.8%
届出なし	19	51.4%	18	48.6%

表 39-1 患者サポート体制の充実度に係る各指標と医療対話推進者の配置状況の関係

No.	目的変数	説明変数	標準偏回帰係 数 (β)	有意確率 (p)	回帰式の有意 確率 (p)	自由度調整 R ²
1	責任者の回答を求められた 件数	医療対話推進者の人数	-0.1680	0.0269	0.0017	0.0715
		研修受講者の割合	-0.1748	0.0214		
2	看護職員の苦情による離職 件数	医療対話推進者の人数	0.0405	0.6555	0.5614	0.0173
		研修受講者の人数	-0.0461	0.6739		
		研修受講者の割合	-0.1027	0.2853		
		専従者の人数	0.0217	0.7789		
3	看護補助者の苦情による離 職件数	医療対話推進者の人数	0.0649	0.4746	0.5139	0.0189
		研修受講者の人数	-0.0319	0.7703		
		研修受講者の割合	0.1128	0.2402		
		専従者の人数	-0.0478	0.5359		
4	看護職員の苦情による休職 件数	医療対話推進者の人数	-0.0803	0.3776	0.6162	0.0154
		研修受講者の人数	0.0309	0.7782		
		研修受講者の割合	-0.1062	0.2699		
		専従者の人数	-0.0237	0.7597		
5	看護補助者の苦情による休 職件数	研修受講者の人数	0.2365	0.0027	0.0027	0.0559
6	投書の合計数	研修受講者の人数	0.0483	0.5808	0.5808	0.0023
7	賞賛する内容の投書数	研修受講者の割合	0.1570	0.0732	0.0732	0.0247
8	苦情を含む投書数	研修受講者の人数	0.1900	0.0267	0.0267	0.0361
9	意見を含む投書数	医療対話推進者の人数	0.1853	0.0272	0.0272	0.0343
10	カスタマーハラスメントの 件数	研修受講者の人数	0.0944	0.2143	0.2143	0.0089
11	コードホワイトの発生件数	医療対話推進者の人数	0.1853	0.0296	0.0296	0.0343
12	接遇に関する院内研修の実 施回数（入職時以外）	医療対話推進者の人数	0.3233	<.0001	<.0001	0.2873
		研修受講者の人数	-0.2902	0.0024		
		研修受講者の割合	0.5563	<.0001		

重回帰分析（ステップワイズ法）

表 39-2 医療対話推進者の人数と職員の接遇およびストレス度との関連

	職員の接遇に対する認識 ^{a)}		医師の説明に対する認識 ^{b)}		クレームに対する職員の ストレス度 ^{c)}	
	オッズ比	p 値	オッズ比	p 値	オッズ比	p 値
医療対話推進者の人数	0.1425	0.1304	0.2729	0.0075	-0.0728	0.2304

ロジスティック回帰分析：

- a) b) 「そう思う」「ややそう思う」を1、「あまりそう思わない」、「そう思わない」を0として分析
- c) 「大変多い」「やや多い」を1、「あまり多くない」「ほとんどない」を0として分析

表 40 患者対応における医療対話推進者の必要性と職員の認知の程度

必要性		職員の認知度		合計
		認知度高い	認知度低い	
必要不可欠	度数	57	57	114
	期待度数	47.7	66.3	114
	割合	50.0%	50.0%	100.0%
	調整済み残差	3.3	-3.3	
必須でない	度数	10	36	46
	期待度数	19.3	26.7	46
	割合	21.7%	78.3%	100.0%
	調整済み残差	-3.3	3.3	
合計	度数	67	93	160
	割合	41.9%	58.1%	100.0%

(参考)

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確な有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	10.755 ^a	1	.001		
連続修正 ^b	9.625	1	.002		
尤度比	11.356	1	<.001		
Fisher の直接法				.001	<.001
線型と線型による連関	10.687	1	.001		
有効なケースの数	160				

a. 0 セル (0.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 19.26 です。

b. 2x2 表に対してのみ計算

表 41-1 対象の概要 (n=207)

	n	%
現所属施設での患者相談に対応する役割の経験年数		
1-5年	120	58.0
6-10年	46	22.2
11-15年	14	6.8
16-20年	9	4.3
21年以上	8	3.9
無回答	10	4.8
通算での患者相談に対応する役割の経験年数		
1-5年	88	42.5
6-10年	61	29.5
11-15年	21	10.1
16-20年	12	5.8
21年以上	13	6.3
無回答	12	5.8
雇用上の職種		
看護職（看護師・保健師・助産師）	108	52.2
医療ソーシャルワーカー・社会福祉士	49	23.7
その他資格職	7	3.4
非医療職（事務職等）	35	16.9
無回答	8	3.9
雇用上の職種経験年数		
1-5年	19	9.2
6-10年	19	9.2
11-15年	24	11.6
16-20年	28	13.5
21年以上	107	51.7
無回答	10	4.8
役割任命に伴い受講した医療対話推進に関する研修		
日本医療メディエーター協会主催	73	35.3
日本医療機能評価機構主催	22	10.6
NPO法人「架け橋」主催	28	13.5
その他	30	14.5
なし	54	26.1

表 41-2 職種別での職業および対話推進者の経験年数 (n=192)

	職業経験年数	現所属での対話推進者 経験年数	通算での対話推進者 経験年数	回答者以外の医療 対話推進者数
看護職	28.5	4.5	5.6	3.9 ± 0.55
MSW	14.2	10.1	14.0	2.6 ± 0.80
事務職	15.6	5.2	6.0	5.1 ± 0.97

* < 0.05 ** < 0.01 *** < 0.001

表 41-3 対象施設の概要 (n=207)

	n	%
所属施設の病床規模		
100床未満	20	9.7
100-299床	91	44.0
300-499床	50	24.2
500床以上	36	17.4
無回答	10	4.8
各種加算の届け出状況		
患者サポート体制充実加算		
あり	160	77.3
なし	37	17.9
無回答	10	4.8
医療安全対策加算		
あり	176	85.0
なし	19	9.2
無回答	12	5.8
がん拠点病院加算		
あり	59	28.5
なし	139	67.1
無回答	9	4.3
重症患者初期支援充実加算		
あり	75	36.2
なし	124	59.9
無回答	8	3.9

表 42-1 医療対話推進者の業務指針に示されている業務の実施状況 (n=207)

		実施していない	大変困難だが 実施している	少々困難だが 実施している	困難なく 実施している	無回答
【A. 患者・家族支援体制の構築】	患者や家族が利用しやすいように、支援窓口の改善に参画する	20 (9.7)	39 (18.8)	64 (30.9)	78 (37.7)	6 (2.9)
	患者・家族支援窓口の設置について病院利用者に周知する	20 (9.7)	21 (10.1)	65 (31.4)	95 (45.9)	6 (2.9)
	相談や苦情の内容に応じて適切な職員・部門につなぐ	3 (1.4)	22 (10.6)	82 (39.6)	94 (45.4)	6 (2.9)
	関係部門と連携しながら患者・家族の支援を行う	4 (1.9)	20 (9.7)	92 (44.4)	85 (41.1)	6 (2.9)
	患者・家族支援に関するカンファレンスに参加する	32 (15.5)	24 (11.6)	57 (27.5)	87 (42.0)	7 (2.9)
	患者・家族から相談を受けた場合の対応や報告体制を職員に周知する	22 (10.6)	29 (14.0)	85 (41.1)	65 (31.4)	6 (2.9)
	患者・家族の支援に関する活動について記録する	12 (5.8)	27 (13.0)	57 (27.5)	104 (50.2)	7 (2.9)
	医療安全管理対策委員会と連携しその状況を記録する	34 (16.4)	26 (12.6)	53 (25.6)	87 (42.0)	7 (2.9)
	定期的に患者・家族の支援体制の見直しを行う	43 (20.8)	38 (18.4)	67 (32.4)	51 (24.6)	8 (2.9)
【B. 患者・家族支援体制に関する職員への教育・研修の実施】	職員教育・研修を企画・実施する	100 (48.3)	32 (15.5)	43 (20.8)	25 (12.1)	7 (2.9)
	研修の評価を行い、改善を試みている	107 (51.7)	37 (17.9)	34 (16.4)	22 (10.6)	7 (2.9)
	相談や苦情の内容、満足度調査の結果等を研修内容に反映させる	104 (50.2)	33 (15.9)	35 (16.9)	28 (13.5)	7 (2.9)
【C. 患者・家族の一次対応としての業務】	医学的な質問に関する相談に対応する	31 (15.0)	54 (26.1)	68 (32.9)	46 (22.2)	8 (2.9)
	生活上・入院上の不安に関する相談に対応する	10 (4.8)	29 (14.0)	70 (33.8)	90 (43.5)	8 (2.9)
	医療者の対応等に起因する苦情や相談に対応する	9 (4.3)	48 (23.2)	85 (41.1)	58 (28.0)	7 (2.9)
【D. 患者・家族からの相談事例の収集、分析、対策立案、フィードバック、評価】	直接あるいは電話や投書による相談や苦情から患者・家族支援のための情報を収集する	15 (7.2)	44 (21.3)	76 (36.7)	65 (31.4)	7 (2.9)
	患者・家族支援に必要な情報（相談や苦情内容、満足度調査の結果、各部門から得た情報等）を院内の各部署、各職員に提供する	29 (14.0)	36 (17.4)	68 (32.9)	67 (32.4)	7 (2.9)
	患者・家族支援に関する情報を院外（専門家や専門機関、メディア等）から収集する	66 (31.9)	44 (21.3)	64 (30.9)	25 (12.1)	8 (2.9)
	相談や苦情事例の分析を行う	53 (25.6)	64 (30.9)	53 (25.6)	30 (14.5)	7 (2.9)
	分析結果から再発防止に向けた対策を立案する	51 (24.6)	66 (31.9)	50 (24.2)	31 (15.0)	9 (2.9)
	対策案および実施結果を他の職員と共有する	38 (18.4)	55 (26.6)	60 (29.0)	47 (22.7)	7 (2.9)
【E. 医療事故や医療事故を疑った患者・家族からの申し出に対応する】	医療安全管理者と連携して患者・家族及び事故関係者の支援を行う	64 (30.9)	43 (20.8)	48 (23.2)	44 (21.3)	8 (2.9)
	患者・家族への事故の連絡や説明を実施する	79 (38.2)	42 (20.3)	37 (17.9)	41 (19.8)	8 (2.9)
	管理者や医療事故に関与した職員等が患者・家族に説明する場を設定する	72 (34.8)	50 (24.2)	39 (18.8)	38 (18.4)	8 (2.9)
	説明の場に同席し、話し合いの進行を務める	83 (40.1)	41 (19.8)	38 (18.4)	37 (17.9)	8 (2.9)
	患者・家族及び医療事故に関わった職員等の精神的ケア等のサポートを行う	86 (41.5)	52 (25.1)	39 (18.8)	22 (10.6)	8 (2.9)
【F. 説明と対話の文化の醸成】	患者・家族からの相談や苦情等が遅滞なく報告・分析され、患者・家族との対話が促進されるよう、全職員に働きかける	66 (31.9)	62 (30.0)	46 (22.2)	25 (12.1)	8 (2.9)
	患者・家族支援に関連する情報収集、情報提供、研修の企画・実施に、職員と患者・家族の参加を促し、患者家族支援体制の確保について職員及び患者・家族の意識が高まるように働きかける	96 (46.4)	50 (24.2)	32 (15.5)	20 (9.7)	9 (2.9)
	医療者から患者・家族へ十分な説明がなされ、対話が推進されたことで、相互に理解が進んだ事例を職員と共有する	78 (37.7)	51 (24.6)	38 (18.4)	31 (15.0)	9 (2.9)

表 42-2 実施していない業務とその理由 (n=207)

	n	%
【B】 研修の評価を行い、改善を試みている <i>業務遂行に必要な知識や技能がない (38)</i> <i>時間がない (34)</i> <i>必要な人員を確保できない (18)</i>	107	51.7
【B】 相談や苦情の内容、満足度調査の結果等を研修内容に反映させる <i>業務遂行に必要な知識や技能がない (38)</i> <i>時間がない (37)</i> <i>必要な人員を確保できない (15)</i>	104	50.2
【B】 職員教育・研修を企画・実施する <i>業務遂行に必要な知識や技能がない (41)</i> <i>時間がない (36)</i> <i>必要な人員を確保できない (16)</i>	100	48.3
【F】 患者・家族支援に関連する情報収集、情報提供、研修の企画・実施に、職員と患者・家族の参加を促し、患者家族支援体制の確保について職員及び患者・家族の意識が高まるように働きかける <i>業務遂行に必要な知識や技能がない (29)</i> <i>時間がない (23)</i> <i>必要な人員を確保できない (16)</i>	96	46.4
【E】 患者・家族及び医療事故に関わった職員等の精神的ケア等のサポートを行う <i>業務遂行に必要な知識や技能がない (28)</i> <i>必要な人員を確保できない (10)</i> <i>時間がない (8)</i>	86	41.5

【B】 患者・家族支援体制に関する職員への教育・研修の実施

【E】 医療事故や医療事故を疑った患者・家族からの申し出に対応する

【F】 説明と対話の文化の醸成

斜体は理由の上位3つ、()は選択者数

表 42-3 困難を感じている業務上位3つとして選択された業務とその理由 (n=207)

	n	%
【C】 医療者の対応等に起因する苦情や相談に対応する <i>時間がない (17)</i> <i>業務遂行に必要な知識や技能がない (17)</i> <i>部署の協力が得られない (10)</i>	38	18.4
【C】 医学的な質問に関する相談に対応する <i>業務遂行に必要な知識や技能がない (25)</i> <i>部署の協力が得られない (4)</i> <i>必要な人員を確保できない (2)</i>	29	14.0
【F】 患者・家族からの相談や苦情等が遅滞なく報告・分析され、患者・家族との対話が促進されるよう、全職員に働きかける <i>時間がない (12)</i> <i>業務遂行に必要な知識や技能がない (8)</i> <i>施設管理者の理解が十分でない (7)</i> <i>部署の協力が得られない (7)</i>	27	13.0
【F】 患者・家族支援に関連する情報収集、情報提供、研修の企画・実施に、職員と患者・家族の参加を促し、患者家族支援体制の確保について職員及び患者・家族の意識が高まるように働きかける <i>時間がない (15)</i> <i>業務遂行に必要な知識や技能がない (15)</i> <i>必要な人員を確保できない (10)</i>	26	12.6
【D】 相談や苦情事例の分析を行う <i>時間がない (16)</i> <i>業務遂行に必要な知識や技能がない (8)</i> <i>必要な人員を確保できない (6)</i>	22	10.6

【C】 患者・家族の一次対応としての業務

【D】 患者・家族からの相談事例の収集、分析、対策立案、フィードバック、評価

【F】 説明と対話の文化の醸成

斜体は理由の上位3つ、()は選択者数

表 42-4 職種別業務困難状況

			困難あり	困難なし	p値
【A. 患者・家族支援体制の構築】	患者や家族が利用しやすいように、支援窓口の改善に参画する	看護職	64 (66.0)	33 (34.0)	0.0264
		MSW	22 (51.2)	21 (48.8)	
		事務職	14 (41.2)	20 (58.8)	
	患者・家族支援窓口の設置について病院利用者に周知する	看護職	52 (53.6)	45 (46.4)	0.2157
		MSW	17 (40.5)	25 (59.5)	
		事務職	14 (40.0)	21 (60.0)	
	相談や苦情の内容に応じて適切な職員・部門につなぐ	看護職	63 (58.9)	44 (41.1)	0.2596
		MSW	23 (47.9)	25 (52.1)	
		事務職	16 (45.7)	19 (54.3)	
	関係部門と連携しながら患者・家族の支援を行う	看護職	64 (60.4)	42 (39.6)	0.6484
		MSW	28 (58.3)	20 (41.7)	
		事務職	18 (51.4)	17 (48.6)	
	患者・家族支援に関するカンファレンスに参加する	看護職	56 (59.6)	38 (40.4)	0.0049
		MSW	16 (35.6)	29 (64.4)	
		事務職	7 (30.4)	16 (69.6)	
患者・家族から相談を受けた場合の対応や報告体制を職員に周知する	看護職	69 (70.4)	29 (29.6)	0.0893	
	MSW	25 (59.5)	17 (40.5)		
	事務職	16 (50.0)	16 (50.0)		
患者・家族の支援に関する活動について記録する	看護職	47 (47.5)	52 (52.5)	0.8434	
	MSW	21 (43.8)	27 (56.3)		
	事務職	14 (42.4)	19 (57.6)		
医療安全管理対策委員会と連携しその状況を記録する	看護職	46 (50.6)	45 (49.5)	0.1643	
	MSW	21 (55.3)	17 (44.7)		
	事務職	10 (33.3)	20 (66.7)		
定期的に患者・家族の支援体制の見直しを行う	看護職	63 (75.0)	21 (25.0)	0.0181	
	MSW	29 (72.5)	11 (27.5)		
	事務職	12 (46.2)	14 (53.9)		
【B. 患者・家族支援体制に関する職員への教育・研修の実施】	職員教育・研修を企画・実施する	看護職	49 (84.5)	9 (15.5)	0.0072
		MSW	15 (79.0)	4 (21.1)	
		事務職	10 (50.0)	10 (50.0)	
	研修の評価を行い、改善を試みている	看護職	47 (85.5)	8 (14.6)	0.0064
		MSW	14 (82.4)	3 (17.7)	
		事務職	9 (50.0)	9 (50.0)	
	相談や苦情の内容、満足度調査の結果等を研修内容に反映させる	看護職	43 (81.1)	10 (18.9)	0.0367
		MSW	15 (71.4)	6 (28.6)	
		事務職	9 (50.0)	9 (50.0)	
【C. 患者・家族の一次対応としての業務】	医学的な質問に関する相談に対応する	看護職	69 (74.2)	24 (25.8)	0.5917
		MSW	32 (76.2)	10 (23.8)	
		事務職	17 (65.4)	9 (34.6)	
	生活上・入院上の不安に関する相談に対応する	看護職	65 (64.4)	36 (35.6)	0.0028
		MSW	19 (38.8)	30 (61.2)	
		事務職	12 (38.7)	19 (61.3)	
	医療者の対応等に起因する苦情や相談に対応する	看護職	83 (82.2)	18 (17.8)	0.0009
		MSW	30 (63.8)	17 (36.2)	
		事務職	18 (51.4)	17 (48.6)	
【D. 患者・家族からの相談事例の収集、分析、対策立案、フィードバック、評価】	直接あるいは電話や投書による相談や苦情から患者・家族支援のための情報を収集する	看護職	74 (75.5)	24 (24.5)	0.0069
		MSW	27 (57.5)	20 (42.6)	
		事務職	16 (48.5)	17 (51.5)	
	患者・家族支援に必要な情報（相談や苦情内容、満足度調査の結果、各部門から得た情報等）を院内の各部署、各職員に提供する	看護職	64 (70.3)	27 (29.7)	0.0082
		MSW	24 (54.6)	20 (45.5)	
		事務職	12 (40.0)	18 (60.0)	
	患者・家族支援に関する情報を院外（専門家や専門機関、メディア等）から収集する	看護職	63 (90.0)	7 (10.0)	0.0308
		MSW	29 (74.4)	10 (25.6)	
		事務職	13 (68.4)	6 (31.6)	
	相談や苦情事例の分析を行う	看護職	71 (88.8)	9 (11.3)	0.0111
		MSW	25 (69.4)	11 (30.6)	
		事務職	16 (66.7)	8 (33.3)	
	分析結果から再発防止に向けた対策を立案する	看護職	74 (90.2)	8 (9.8)	0.0015
		MSW	22 (64.7)	12 (35.3)	
		事務職	16 (66.7)	8 (33.3)	
対策案および実施結果を他の職員と共有する	看護職	75 (84.3)	14 (15.7)	<.0001	
	MSW	25 (65.8)	13 (34.2)		
	事務職	12 (42.9)	16 (57.1)		

表 42-4 つづき

		困難あり	困難なし	p値	
【E. 医療事故や医療事故を疑った患者・家族からの申し出に対応する】	医療安全管理者と連携して患者・家族及び事故関係者の支援を行う	看護職	61 (77.2)	18 (22.8)	0.0261
		MSW	16 (57.1)	12 (42.7)	
		事務職	12 (52.2)	11 (47.8)	
	患者・家族への事故の連絡や説明を実施する	看護職	52 (76.5)	16 (23.5)	0.0181
		MSW	11 (50.0)	11 (50.0)	
		事務職	13 (52.0)	12 (48.0)	
	管理者や医療事故に関与した職員等が患者・家族に説明する場を設定する	看護職	50 (79.4)	13 (20.6)	0.0110
		MSW	18 (66.7)	9 (33.3)	
		事務職	10 (45.5)	12 (54.6)	
	説明の場に同席し、話し合いの進行を務める	看護職	50 (79.4)	13 (20.6)	0.0110
		MSW	18 (66.7)	9 (33.3)	
		事務職	10 (45.5)	12 (54.6)	
患者・家族及び医療事故に関わった職員等の精神的ケア等のサポートを行う	看護職	62 (91.2)	6 (8.8)	0.0054	
	MSW	19 (73.1)	7 (26.9)		
	事務職	9 (60.0)	6 (40.0)		
【F. 説明と対話の文化の醸成】	患者・家族からの相談や苦情等が遅滞なく報告・分析され、患者・家族との対話が促進されるよう、全職員に働きかける	看護職	69 (92.0)	6 (8.0)	0.0001
		MSW	28 (80.0)	7 (20.0)	
		事務職	9 (50.0)	9 (50.0)	
	患者・家族支援に関連する情報収集、情報提供、研修の企画・実施に、職員と患者・家族の参加を促し、患者家族支援体制の確保について職員及び	看護職	54 (91.5)	5 (8.5)	0.0006
		MSW	19 (79.2)	5 (20.8)	
		事務職	8 (50.0)	8 (50.0)	
	医療者から患者・家族へ十分な説明がなされ、対話が推進されたことで、相互に理解が進んだ事例を職員と共有する	看護職	52 (80.0)	13 (20.0)	0.1096
		MSW	22 (75.9)	7 (24.1)	
		事務職	12 (57.1)	9 (42.9)	

困難あり：少々困難だが実施している、大変困難だが実施している

困難なし：困難なく実施している

看護職：看護師、保健師、助産師

MSW：社会福祉士・医療ソーシャルワーカー

表 43 医療対話推進者の業務指針には記載されていない業務の実施状況 (n=207)

	人数	割合
患者対応・説明に困っている職員の求めに応じて患者対応を行う	164	79.2
医師からの同席の求めに応じて、医師が患者に病状を説明する時（IC）に同席する	135	65.2
職員の電話での患者対応についてフィードバック・助言する	106	51.2
患者と家族とのコンフリクト等の仲介に入る	97	46.9
患者・家族からの暴言・暴力対応を行う	92	44.4
患者の退院後についての相談・支援を行う	90	43.5
職員間のコンフリクト（意見の対立等）に介入する	55	26.6
クレームなどで傷ついた職員のメンタルヘルスの相談に乗る	55	26.6
職員の受けたバイシエント・ハラスメント、カスタマー・ハラスメントの窓口となる	39	18.8
院内事故調査委員会の事務局の役割をする	31	15.0
その他	7	3.4

その他の記述内容：がん相談、セカンドオピニオン、医事課の業務、事件等の警察対応、職員間のパワハラ対応、よろず相談など

表 44 医療事故調査制度に関する業務への関わり (n=50)

	主担当として関わって		関わっていない	無回答
	いる	他の部署が主担当だが関わっている		
医療事故発生時における遺族への説明	12 (24.0)	14 (28.0)	23 (46.0)	1 (2.0)
医療事故調査制度について遺族への説明	14 (28.0)	11 (22.0)	24 (48.0)	1 (2.0)
院内調査（委員会等）の運営	13 (26.0)	14 (28.0)	22 (44.0)	1 (2.0)
医療事故調査等支援団体等（外部委員等）への連絡窓口	14 (28.0)	5 (10.0)	30 (60.0)	1 (2.0)
院内調査時における遺族への対応	15 (30.0)	8 (16.0)	26 (52.0)	1 (2.0)
院内調査時における医療者へのヒアリング	17 (34.0)	5 (10.0)	27 (54.0)	1 (2.0)
院内調査結果報告書の作成	14 (28.0)	7 (14.0)	28 (56.0)	1 (2.0)
院内調査終了時における遺族への結果説明	13 (26.0)	12 (24.0)	24 (48.0)	1 (2.0)
院内調査終了後における遺族への対応	15 (30.0)	11 (22.0)	23 (46.0)	1 (2.0)

表 45 患者・家族支援業務を遂行する上での医療対話推進者養成研修内容に対する認識 (n=153)

		不十分	やや不十分	おおむね十分	十分	無回答
1) 患者・家族対応の基本的知識	相談時の患者・家族の心情とそれへの対応	4 (2.6)	18 (11.8)	86 (56.2)	33 (21.6)	12 (7.8)
	医療に関する基本的知識	11 (7.2)	37 (24.2)	68 (44.4)	25 (16.3)	12 (7.8)
	信頼関係構築のためのコミュニケーション	3 (2.0)	17 (11.1)	92 (60.1)	29 (19.0)	12 (7.8)
	インフォームドコンセントに関する基本的知識	5 (3.3)	24 (15.7)	83 (54.2)	28 (18.3)	13 (8.5)
	患者の権利擁護や臨床倫理、個人情報保護に関する法律	6 (3.9)	33 (21.6)	69 (45.1)	33 (21.6)	12 (7.8)
2) 医療安全に関する基本的知識	我が国の医療安全施策の動向	4 (2.6)	31 (20.3)	77 (50.3)	28 (18.3)	13 (8.5)
	安全管理に関する法令や制度、指針	5 (3.3)	36 (23.5)	73 (47.7)	27 (17.6)	12 (7.8)
3) 患者・家族支援体制の構築	体制整備・組織運営に関する基本的知識	3 (2.0)	35 (22.9)	77 (50.3)	26 (17.0)	12 (7.8)
	チーム医療に関する基本的知識	4 (2.6)	24 (15.7)	85 (55.6)	29 (19.0)	11 (7.2)
	カンファレンス等の会議運営の技術	8 (5.2)	33 (21.6)	78 (51.0)	22 (14.4)	12 (7.8)
	医療対話推進者の役割と業務	5 (3.3)	28 (18.3)	69 (45.1)	39 (25.5)	12 (7.8)
	関連部門との連携方法	4 (2.6)	35 (22.9)	73 (47.7)	29 (19.0)	12 (7.8)
	患者・家族支援に関する活動実績の記録	8 (5.2)	37 (24.2)	77 (50.3)	19 (12.4)	12 (7.8)
	患者・家族支援に関する活動の評価と調整	11 (7.2)	41 (26.8)	67 (43.8)	22 (14.4)	12 (7.8)
4) 患者・家族支援についての職員に対する研修の企画・運営	研修受講者のレディネス把握の方法	21 (13.7)	48 (31.4)	53 (34.6)	18 (11.8)	13 (8.5)
	研修の企画に関する知識	25 (16.3)	47 (30.7)	51 (33.3)	17 (11.1)	13 (8.5)
	患者・家族支援のための教育教材とその活用法	25 (16.3)	48 (31.4)	52 (34.0)	15 (9.8)	13 (8.5)
	研修評価の方法(アンケートやテスト結果の分析など)	29 (19.0)	41 (26.8)	53 (34.6)	17 (11.1)	13 (8.5)
	研修計画全体の評価	29 (19.0)	39 (25.5)	53 (34.6)	18 (11.8)	14 (9.2)
5) 患者・家族支援に資する情報収集と分析、計	患者・家族支援に資する院内外の情報を収集する方法	20 (13.1)	45 (29.4)	60 (39.2)	14 (9.2)	14 (9.2)
	相談や苦情事例の分析と活動計画およびフィードバックに関する事項	22 (14.4)	49 (32.0)	53 (34.6)	16 (10.5)	13 (8.5)
6) 医療事故が発生した場合や医療事故を疑った患者・家族からの申し出があった場合の対応	医療事故発生時の対応に関する基本原則	6 (3.9)	38 (24.8)	74 (48.4)	26 (17.0)	9 (5.9)
	医療事故発生時の初動対応に必要な知識	7 (4.6)	33 (21.6)	79 (51.6)	25 (16.3)	9 (5.9)
	医療事故に遭遇した患者・家族の立場や心情への共感と対応	6 (3.9)	31 (20.3)	79 (51.6)	28 (18.3)	9 (5.9)
	医療事故に遭遇した職員の立場や心情への共感と対応	8 (5.2)	32 (20.9)	80 (52.3)	24 (15.7)	9 (5.9)
7) 説明と対話の文化の醸成	相談等の報告と共有が効果的に行われるための体制の整備に関する基本的知識	6 (3.9)	43 (28.1)	73 (47.7)	20 (13.1)	11 (7.2)
	十分な説明と対話がなされる組織の文化の醸成	11 (7.2)	47 (30.7)	63 (41.2)	22 (14.4)	10 (6.5)
	医療従事者と患者・家族の対話が推進され、情報を共有するための具体的な方策	12 (7.8)	49 (32.0)	60 (39.2)	21 (13.7)	11 (7.2)

表 46-1 もっと充実すべきと考える研修項目とその理由 (n=59)

	n	%
1) 信頼関係構築のためのコミュニケーション <i>関係構築に正解がないことも理解できるが、良好な関係構築のために必要と考える。 研修だけではなく実践が必要であり研修後に積み重ねている 自分自身相手にうまく伝えることができないため 自分の解釈や意見を言ってしまう、余計に患者や家族を興奮させてしまうことがある ため、職員全員が信頼関係構築のためのコミュニケーション能力を高める必要がある 相手の要求を引き出す能力が大事 信頼関係がないと引き出せない 患者と医師の疎通が図れない場面が多くトラブルが多い、関係性の修復に苦慮する。 対応時に一番必要と感じている、など</i>	18	30.5
2) 相談時の患者・家族の心情とそれへの対応 <i>ケースごとに対応は異なる為スキルは必要 基礎編のみの受講では実働するための学びが不足と感じるため。 一番必要であり、対応時に苦勞することである 連携する部門間での情報共有が出来ていないことがあり、チームでの対応力が足りない 患者やその家族に寄り添った対応を大切にしている為、など</i>	13	22.0
5) 相談や苦情事例の分析と活動計画およびフィードバックに関する事項 <i>個人での活動になりがちで、分析が不十分でないか迷う時がある 決まったフォーマットがあれば、それにそって報告したり、件数をだしたりするが、 何をどうデータをとっておくのが良いのか、ツールやソフトが、ないため、自己流で データを取っている 基礎編のみの受講では実働するための学びが不足と感じるため、など</i>	9	15.3
1) インフォームドコンセントに関する基本的知識 <i>医療者と患者間の思いのズレが生じやすいため 医師の患者への態度（診てやっている）が強い、など</i>	7	11.9
1) 患者の権利擁護や臨床倫理、個人情報保護に関する法律 <i>権利擁護や倫理は、病院内でも弱いと感じるため 対話推進者に緊張や動揺する事象が起きると主観や感情での考えが優先されがちにな るので、対話推進に必要な知識として演習なども取り入れて学びたい、など</i>	7	11.9
7) 医療従事者と患者・家族の対話が推進され、情報を共有するための具体的な方策 <i>苦情解決委員会があり、そのメンバーに入ったが、日常的な解決方法が苦情対策の掲 示が主になっている。委員会でも家族代表者の参加はあるが、当事者との対話促進に 不足があると思う。 個別性がありスキルが必要、など</i>	7	11.9
1) 患者・家族対応の基本的知識		
5) 患者・家族支援に資する情報収集と分析、計画立案、フィードバック、評価		
7) 説明と対話の文化の醸成		

表 46-2 時間数を減らしてもよいと考える研修項目（複数回答）（n=4）

	n
3) 体制整備・組織運営に関する基本的知識	1
3) チーム医療に関する基本的知識	2
4) 研修の企画に関する知識	1
6) 医療事故発生時の初動対応に必要な知識	1
7) 十分な説明と対話がなされる組織の文化の醸成	1
3) 患者・家族支援体制の構築	
4) 患者・家族支援についての職員に対する研修の企画・運営	
6) 医療事故が発生した場合や医療事故を疑った患者・家族からの申し出があった場合の対応	
7) 説明と対話の文化の醸成	

表 47 指針には記載されていないが、必要と考える研修項目（n=7）

<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療における倫理全般、医療事故調査制度に関すること、医療安全管理者との連携（具体的な内容）は、実務上において必要な知識だと思います。 ・ 医療者側のコミュニケーションスキル向上 患者の感情を逆撫でしない対処など、教科書的ではないスキル ・ 医療対話推進者本人のメンタルヘルスケアについて対処方法や相談支援窓口についての研修が必要と考えます。支援者の立場としての心労やいきずまりなどが予測されるためです。 ・ 医療倫理、臨床倫理、入退院支援、職員支援、ICの同席など

表 48-1 医療安全部門との連携状況 (n=207)

	n	%
医療対話推進者と医療安全管理者との情報共有の頻度		
毎日、情報共有	27	13.0
週1回程度の定期的な会議等で情報共有	78	37.7
月1回程度の定期的な会議等で情報共有	30	14.5
有事（医療事故発生時等）にのみ情報共有	43	20.8
情報共有は行っていない	16	7.7
無回答	13	6.3
医療安全管理委員会への参加状況		
参加している	84	40.6
参加していない	115	55.6
無回答	8	3.9
医療対話推進者の医療安全管理部門会議への参加状況		
すべて参加している	50	24.2
一部参加している	80	38.6
まったく参加していない	64	30.9
無回答	13	6.3
医療安全管理者の患者相談窓口会議への参加状況		
すべて参加している	74	35.7
一部参加している	71	34.3
まったく参加していない	46	22.2
無回答	16	7.7
患者相談窓口と医療安全管理部門の合同会議の開催状況		
定期的に開催されている	90	43.5
不定期に開催されている	26	12.6
開催されていない	78	37.7
無回答	13	6.3
医療事故発生時における役割分担のルール		
役割分担のルールがマニュアルなどで明文化されている	65	31.4
ルール明文化なし、医療安全管理部門の指示・依頼により活動	70	33.8
医療対話推進者の役割は全くない	44	21.3
その他	7	3.4
無回答	21	10.1

表 48-2 職種別にみた医療安全業務担当の有無 (n=190)

	医療安全業務を担っている		医療安全業務を担っていない	
	n	%	n	%
看護職	49	(46.2)	57	(53.8)
MSW	9	(18.3)	42	(32.7)
事務職	10	(30.3)	23	(21.2)

表 49-1 医療対話推進者と医療安全管理部門との連携状況に対する認識 (n=207)

	n	%
連携はとてもうまくいっている	53	25.6
連携はまあまあうまくいっている	90	43.5
連携がやや困難である	33	15.9
連携がとても困難である	15	7.2
無回答	16	7.7

表 49-2 連携がうまくいっている理由 (複数回答、n=143)

	n	%
定期的な会議が開催されている	80	55.9
医療安全管理者が同じ職種である	58	40.6
医療安全管理部門と医療対話推進者の所属部門が同室または近くにある (組織上同じ部門)	31	21.7
以前、医療安全管理者を経験したことがある	16	11.2
以前、医療安全管理部門に所属していた	12	8.4
その他	15	10.5

表 49-3 連携が困難である理由 (複数回答、n=48)

	n	%
定期的な会議の機会がない	25	52.1
医療安全管理部門に所属したことがない	17	35.4
あなたと医療安全管理者が異なる職種である	15	31.3
別組織で交流が少ない	10	20.8
医療安全管理部門と医療対話推進者の所属部門の場所の距離が離れている	8	16.7
あなたが医療専門職 (資格保有者) ではない	4	8.3
その他	4	8.3

表 50 医療安全支援センターとの連携・交流の有無 (n=207)

	n	%
ある	43	20.8
医療安全支援センターから患者対応について連絡を受けることがある ^{※1}	24	11.6
医療安全支援センターと連携して患者対応をすることがある ^{※1}	19	9.2
なし	151	72.9
医療安全支援センターを知らない ^{※2}	68	32.9
医療安全支援センターと連携を取らなければいけない事例がない ^{※2}	82	39.6
その他 ^{※2}	5	2.4
無回答	13	6.3

※1 割合の分母は「ある」と回答した人数。

※2 割合の分母は「なし」と回答した人数。

その他の記載内容：医療安全管理室で行っている、連携を取らなければならない事例を担当していない等

表 51-1 他施設の医療対話推進者とのネットワークが必要と思うか (n=207)

	n	%
そう思う	64	30.9
ややそう思う	97	46.9
あまりそう思わない	29	14
そう思わない	5	2.4
無回答	12	5.8

表 51-2 他施設の医療対話推進者とのネットワークの有無 (n=207)

	n	%
ある	41	19.8
なし	153	73.9
無回答	13	6.3

表 51-3 他施設との医療対話推進者とのネットワークの内容 (n=41)

	n	%
メール等で情報交換や事例の相談を行っている	20	48.8
集まって勉強会や交流会を開催している	14	34.1
その他	10	24.4
MSWの研修でネットワークを作る		
zoomなどで学習会		
シンポジウム等で交流		
医療メディエーター協会のWEB研修・交流会に参加		
学会に入会した		
電話でのやり取りなど		
日頃の業務にて		
年2回の会議があり、情報交換をしている		
必要時に相談ルートがある		
必要時電話で相談		

表 51-4 他施設の医療対話推進者とのネットワークがない理由 (n=153)

	n	%
他施設の医療対話推進者との連絡手段がない	107	69.9
他施設の医療対話推進者と交流する必要がある	35	22.9
その他	14	9.2
医療安全管理者と交流あり(2)		
医療対話推進者が周知されておらず必要性を感じてもらえない		
機会がない(2)		
意見交換などは必要かと思う(2)		
個人情報関係で情報交換が出来ない		
職場に対象部署がない		
他施設の医療対話推進者が把握できない		
ある無しが不明		
そもそもない		
まだ実施できていない		
わからない		

()は類似した表記の記載者数

表 52-1 医療対話推進者の役割の担当期間に対する考え (n=207)

	n	%
短期間で他の人に交代したほうがよい	12	5.8
ある程度の期間担当してから他の人に交代したほうがよい	129	62.3
交代はせず、できるだけ長く担当したほうがよい	42	20.3
その他	14	6.8
対応件数による 複数で実施する (3) 経験値と適性は必要なので3が良いと思うがストレスも大きいため2も必要かも知れない 現在の部署に所属している以上はその役割を継続して担うことになる 交代はせず、人材育成を行い、何か有ればいつでも交代できるようにする 主担当者はある程度の期間継続した方が情報や経緯の把握がしやすいと思うが、それ以外のメンバーはある程度入れ替わりがあることが望ましい。 長く担当する人と、研修の意味も含めて1年交代で担当する人がいた方がよい その方が業務がスムーズと思われる。 次世代につなぎたい (2) わからない		
無回答	10	4.8

() は回答者数

表 52-2 医療対話推進者は短期間で交代したほうがよいと思う理由（複数回答）（n=12）

	n	%
業務によるストレスが大きいから	9	75.0
多くの職員が医療対話推進者を経験した方がよいから	6	50.0
キャリアパスが描けないため	2	16.7
その他	1	8.3
<i>看護管理者は経験した方がよい</i>		

表 52-3 ある程度・出来るだけ長く担当したほうが良いと思う理由（複数回答）（n = 131）

	n	%
スキルの取得に時間がかかるため	130	99.2
他職種との関係の構築に時間がかかるため	109	83.2
後任の育成が困難なため	68	51.9
その他	8	6.1
<i>ストレスが係るため長期的な継続困難</i>		
<i>患者と信頼関係を築くため</i>		
<i>業務におけるストレスは大きいので。</i>		
<i>経験を次に活かせるため</i>		
<i>精神的負担軽減のため</i>		
<i>馴染みの相談患者がいる。</i>		
<i>病院の質向上のため</i>		
<i>変更するメリットが無い</i>		

表 53-1 医療対話推進者が複数いるか (n=207)

	n	%
いる	144	69.6
いない	53	25.6
無回答	10	4.8

表 53-2 医療対話推進者の人材育成のために何か行っているか (n=144)

	n	%
行っている	52	36.1
行っていない	90	62.5
無回答	2	1.4

表 53-3 医療対話推進者の人材育成のために実施していること (n=52)

	n	%
外部研修の受講	45	86.5
病院内での人事交流	11	21.2
他施設の医療対話推進者との勉強会や交流会への参加	9	17.3
病院外での人事交流	7	13.5
その他	2	3.8

今年度より、管理者は研修参加が必須になった
部署リーダーへの役割動機づけ


※分母は「行っている」と回答した人数

表 54 医療対話推進者のうち、医療対話推進者を経て就いた最も高い職位 (n=207)

	n	%
院長	5	2.4
副院長	5	2.4
部長	33	15.9
室長	29	14.0
係長	16	7.7
該当なし (前例がない)	84	40.6
その他	24	11.6
事務長		
副部長・看護副部長・副看護部長 (8)		
医療安全推進課長		
課長・看護管理師長・看護師長 (8)		
別業務と兼任している		
知らない・わからない (4)		
無回答	11	5.3%

() は回答者数

医療対話推進者の業務・研修の実態と配置効果に関するアンケート調査

調査の趣旨を理解し、 調査への参加に同意します	○	 調査の趣旨をご理解いただき、回答にご協力いただける場合は、左のチェックボックス○にチェック✓を入れて以下にご回答下さい
同意しません	○	調査は終了となります ありがとうございました

- 本調査は皆様の自由意思によるご協力をお願いするものであり、ご協力いただけない場合であっても不利益が生じることはありません
- 質問には該当する選択肢の○または□にチェック印をつけるか、もしくは空欄に数字、または文字をご入力ください。選択肢は○:単回答(回答は1つ)と □:複数回答(あてはまるものすべて)があります
- 特に期日や期間の指定のない場合は、3月31日時点あるいは直近の状況をお答えください。年間実績で特に指定のない場合は2022年度の状況をご回答ください
- 回答の送信までは同意を撤回し、回答を中断することが可能です。ただし、WEB調査のため、送信後はデータが匿名化され、ご回答の追加・修正、削除等はできません
- 回答時間(目安)は20分程度ですが、診療実績等の数値を回答いただく設問は確認のお時間を要する可能性があります。お手元に資料(データ)をご用意の上回答をお願いいたします
- サイト最終頁で **送信** をクリックして完了となります。ぜひ、最終頁までのご回答をお願いいたします

■専用サイト

<https://bms-yokohama.limequery.com/493897?lang=ja>

○ ご回答の締切: ~~4月30日(火)~~ 5月30日(木)



I 貴施設の基本情報

問1 病院種別・機能(あてはまるもの1つ)

- 特定機能病院 ○地域医療支援病院
○精神科単科病院 ○いずれでもない

問2 病床数 ※病床機能報告で報告した数値をご入力ください

許可病床数 () 床 最大使用病床数 () 床

問3 所在地

() 都道府県

問 4 現在の加算の届出状況

4-1 「医療安全対策加算」の届出状況

加算 1 加算 2 届出なし

4-2 「患者サポート体制充実加算」の届出状況

届出あり 届出なし

4-3 「がん拠点病院加算」の届出状況

届出あり 届出なし

4-4 「重症患者初期支援充実加算」の届出状況

届出あり 届出なし

問 5 手術件数 (年間) ※病床機能報告で報告した数値をご記入ください

全身麻酔の手術総数 () 件/年

問 6 退院患者数及び外来患者数 (年間)

退院患者数 () 人/年

外来患者延べ数 () 人/年

<h2>II 患者相談に関する対応体制</h2>

問 7 患者相談室 (部門) の有無

なし あり (→ありの場合は問 9 へ)

問 8 問 7 で「なし」の場合、患者の相談に対応する窓口 (職員) (複数回答可)

部署の責任者 医療安全管理部門の職員 医療安全管理者
事務長 事務部門の職員 対応する窓口は決まっていない
その他 ()

→ 回答後、問 18 へお進みください

問 9 問 7 で「あり」の場合、患者の相談業務を担う職員の人数 (実人数)

1. 患者相談室 (部門) の相談員 () 人 2. 患者相談室 (部門) 以外 () 人

問 10 問 9 で回答した相談業務を担う職員のうち、医療対話推進者の人数 () 人

上記の問 9 の患者の相談業務を担う職員のうち、医療対話推進者※は何人いるか

※医療対話推進者とは「患者・家族支援体制の調整と対話促進の役割を任命され、組織的に患者・家族からの相談等に対応することを業務としている者」であり、本調査においては、医療対話推進者の養成研修の受講の有無は問わない

問 11 問 10 で回答した医療対話推進者のうち養成研修の受講者数 () 人

問 9 で回答した人数のうち、その中で医療対話推進者の養成研修を受講した職員は何人いるか

問 12 患者の相談業務を担う職員の職種・配属部署等

※1 配置形態：業務の 80%以上を当該業務に費やす者を「専従」、50～79%を「専任」、50%未満を「兼任」

※2 研修：医療対話推進者の養成研修を受講しているかどうか

※3 問 9 で回答された相談業務を担う職員数の合計分の行数が表示されます

職種	配属部署	配置形態 ^{※1}	雇用形態	医療対話推進者であればチェック☑	研修 ^{※2} 受講の有無
(記入例) MSW	患者相談室(部門)	<input checked="" type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼任	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
		<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼任	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
		<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼任	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
		<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼任	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
		<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼任	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
		<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼任	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
		<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼任	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
		<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼任	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
		<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼任	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
		<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼任	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
		<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼任	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
		<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼任	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
		<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼任	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
		<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼任	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
		<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼任	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
		<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼任	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
		<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼任	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
		<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼任	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し

※記入欄が足りない場合は恐れ入りますが、この頁をコピーしてご使用ください

問 1 3 欠番

Ⅲ 医療対話推進者の必要性、配置効果、認知度

医療対話推進者のいる医療施設の看護部長様 → 問 14 からご回答ください

医療対話推進者のいない医療施設の看護部長様 → 問 18 にお進みください

○以下、問 14～問 17 については、看護部長様ご本人のお考えを回答ください

問 14 患者対応における医療対話推進者の必要性

- 患者対応において必要不可欠だと考えている
- 患者対応において不可欠ではないが、いるとよいと考えている
- 患者対応においていなくてもよいと考えている
- 患者対応において不要だと考えている

問 15 医療対話推進者の介入が必要と考える場合や場面 (複数回答可)

- 医師が重大な手術や検査について患者・家族へ事前に説明する際の同席
- トラブルに遭った患者・家族に状況 (現状) を説明する際の同席 (1 次対応)
- 医療事故で患者が亡くなられた際のご遺族への事故後の説明や対応
- 医師や看護師等の医療有資格者が受けた苦情・クレームが解決しない時の 2 次対応
- 事務部門が受けた苦情・クレームが解決しない時の 2 次対応
- その他 ()
- 医療対話推進者は不要と考えている

問 16 医療対話推進者の配置効果に対する考え (複数回答可)

- 患者・家族からのクレームが拡大・重大化することが少なくなった
- 経年で訴訟件数が減少している、若しくは訴訟件数が少ない状態が続いている
- 医療対話推進者による教育等により職員の患者対応のスキルが向上した
- 患者・家族から感謝の言葉や礼状が増えた
- 医師や看護師等の患者対応において負担軽減になっている
- その他 ()
- 医療対話推進者の配置効果を感じていない。

問 17 医療対話推進者の役割・活動に対する職員の認知の程度

- 大変よく認知されている (概ね 8 割以上の職員から認知されている)
- よく認知されている (概ね 5 割以上～8 割未満の職員から認知されている)
- あまり認知されていない (2 割以上～5 割未満の職員から認知されている)
- ほとんど認知されていない (2 割未満の職員から認知されている)

Ⅳ 患者・家族対応に関する苦情・クレーム・暴言 (苦情等) やその影響の把握

問 18 患者・家族対応に関する苦情等で責任者の回答を要求された数 (年間)

18-1 院長の回答を要求されたトラブル数 (年間) () 件/年

18-2 看護部長の回答を要求されたトラブル数 (年間) () 件/年

問 19 離職者 (過去 1 年)

19-1 看護職員 (看護師及び准看護師) の離職者: ○いない ○いる → () 人/年

19-2 「いる」場合、患者・家族からの苦情等を主な理由とする離職者
: ○いない ○いる → () 人/年

19-3 看護補助者の離職者: ○いない ○いる → () 人/年 ○わからない

19-4 「いる」場合、患者・家族からの苦情等を主な理由とする離職者
: ○いない ○いる → () 人/年 ○わからない

問 20 休職者 (過去 1 年)

20-1 看護職員 (看護師及び准看護師) の休職者 : いない いる → () 人 / 年20-2 「いる」場合、患者・家族からの苦情等を主な理由とする休職者
: いない いる → () 人 / 年20-3 看護補助者の休職者 : いない いる → () 人 / 年 わからない20-4 「いる」場合、患者・家族からの苦情等を主な理由とする休職者
: いない いる → () 人 / 年 わからない

問 21 患者・家族からの意見等を伝えるための投書箱 (インターネット経由の投書も含む)

 ない ある (ある場合 →) 月平均の投書数 () 件 / 月
内容内訳 : 賞賛* () 件 ※感謝や御礼など
苦情 () 件
意見 (要望) () 件

問 22 患者・家族からの職員の接遇・態度に関する苦情等の数 (院内全体) (年間)

() 件 / 年

問 23 2022 年度における患者満足度調査の実施状況

 実施して
いない 実施した
(実施した場合 →) 調査頻度 : 年 1 回 年 2 回
 その他 ()
年間を通した調査期間 : 1 日 2~6 日
 7~14 日 その他 () 日
調査における有効回答数 () 件 / 年問 24 患者に対応する職員からの「カスタマーハラスメント」に関する相談件数 (院内全体、年間) ※カ
スタマーハラスメント患者等からの苦情等のうち過剰な要求や不当な言いがかり、暴言・
暴力など、迷惑行為と判断されたもの ない ある → () 件 / 年

問 25 コードホワイト ※の体制の有無 (年間)

※暴言・暴力などで職員が何らかの脅威を感じた際に発令され、対応者が招集されるような仕組み
 ない 把握していない ある → コードホワイトの発生件数 () 件 / 年

問 26 接遇に関する院内の表彰 (制度) の有無

 ない ある

問 27 接遇に関する全職員対象の研修の有無

27-1 入職時 : ない ある27-2 入職時以外 : ない
 ある → 接遇に関する研修の実施回数 (入職時を除く) () 回 / 年

○以下、問 28~問 30 については、看護部長様ご本人のお考えを教えてください

問 28 わが病院の職員は接遇がよい

 そう思う ややそう思う あまりそう思わない そう思わない

問 29 わが病院の医師の説明は丁寧だ

 そう思う ややそう思う あまりそう思わない そう思わない

問 30 患者・家族からのクレームによる職員のストレスの程度

 職員のストレスは大変多いと思う 職員のストレスはやや多いと思う
 職員のストレスはあまり多くないと思う 職員のストレスはほとんどないと思う

V 患者サポート体制充実加算の届出に関する方針等

問 31 患者サポート体制充実加算の届出状況

- 31-1 問 4-2 で患者サポート体制充実加算の「届出あり」と回答した方にお尋ねします
- 1. 今後も届出を継続する予定 →質問は終了です。ご協力ありがとうございました
 - 2. 今後は届出をやめる予定 (→問 34 へ)
- 31-2 問 4-2 で患者サポート体制充実加算の「届出なし」と回答した方にお尋ねします
- 以前は届け出ていたが、現在届け出ていない(→問 32 へ)
 - これまでに届け出たことがない(→問 32 へ)

問 32 以前は届けていたがやめた理由、届出たことがない理由(複数回答可)

※医療対話推進者とは「患者・家族支援体制の調整と対話促進の役割を任命され、組織的に患者・家族からの相談等に対応することを業務としている者」であり、本調査においては、医療対話推進者の養成研修の受講の有無は問わない

- がん拠点病院加算を取得したため (併申請できない)
- 入院患者数が少なく採算が合わない
- 入院患者にのみ加算される仕組みであり、外来患者に対して加算されないため
- これまでに医療対話推進者 (※参照) の役割を担う者がいない
- 医療対話推進者はいるが不足している (十分な人数がいない)
- 医療対話推進者が退職し後任がいない
- 窓口に職員を常時 1 名配置することが困難
- 施設管理者 (院長等) が医療対話推進者の役割を重視していない
- これまでに加算の届出を検討したことがない
- その他 ()

問 33 患者サポート体制充実加算の届出に関する今後の予定

- 1. 今後、新たに、または再び届出をする予定である
- 2. 今後、届出をするかどうか前向きに検討している
- 3. 今後、届出をするかどうか検討しているが難しいと考えている
- 4. 今後も届出の予定はない


問 34 加算の届出にあたっての障壁

上記の 31-1 で 2. もしくは、上記の問 33 で 2. 3. 4. を選択した方にお尋ねします。加算の届出を行う上で障壁になっていることを教えてください (複数回答可)

- がん拠点病院加算を取得したため (併申請できない)
- 入院患者数が少なく採算が合わない
- 入院患者にのみ加算される仕組みであり、外来患者に対して加算されないため
- これまでに医療対話推進者 (※参照) の役割を担う者がいない
- 医療対話推進者はいるが不足している (十分な人数がいない)
- 医療対話推進者が退職し後任がいない
- 窓口に職員を常時 1 名配置することが困難
- 施設管理者 (院長等) が医療対話推進者の役割を重視していない
- これまでに加算の届出を検討したことがない
- 障壁となっていることはない
- その他 ()

質問は以上です。お忙しい中、ご協力ありがとうございました


医療対話推進者の業務・研修の実態と配置効果に関するアンケート調査

調査の趣旨を理解し、 調査への参加に同意します	○	 調査の趣旨をご理解いただき、回答にご協力いただける場合は、左のチェックボックス○にチェック✓を入れて以下にご回答下さい
同意しません	○	調査は終了となります ありがとうございました

- 本調査は皆様の自由意思によるご協力をお願いするものであり、ご協力いただけない場合であっても不利益が生じることはありません
- 質問には該当する選択肢の○または□にチェック印をつけるか、もしくは空欄に数字、または文字をご入力ください。選択肢は○:単回答(回答は1つ)と □:複数回答(あてはまるものすべて)があります
- 特に期日や期間の指定のない場合は、3月31日時点あるいは直近の状況をお答えください。年間実績で特に指定のない場合は2022年度の状況をご回答ください
- 回答の送信までは同意を撤回し、回答を中断することが可能です。ただし、WEB調査のため、送信後はデータが匿名化され、ご回答の追加・修正、削除等はできません
- 回答時間(目安)は 20~30分程度です。ただし『医療対話推進者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針(医療対話推進者の業務指針)』をご確認いただきながら回答するなど、お時間を要する可能性があります。お手元に資料をご準備のうえご回答ください
* 医療対話推進者の業務指針 : <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000904032.pdf>
- サイト最終頁で **送信** をクリックして、完了となります。是非、最終頁までのご回答をお願いいたします

■ 専用サイト
<https://bms-yokohama.limequery.com/629593?lang=ja>

○ ご回答の締切 : ~~4月30日(火)~~ 5月30日(木)



I 対象者様の基本情報 あなた(回答者様) ご自身のことについてお答えください

問1 組織における名称 → ()

本調査は「所属機関から患者・家族支援体制の調整と対話促進の役割を任命され、患者・家族からの相談等に対応することを業務としている方」(医療対話推進者の養成研修の受講の有無は問いません)にお尋ねしています。これに関するあなたの役割の名称(医療対話推進者、医療メディエーター、患者相談員など)を教えてください

問2 あなたの役割の経験年数

現所属施設での患者相談に対応する役割の経験年数 → () 年目

通算での患者相談に対応する役割の経験年数 → () 年目

問3 あなたの役割任命に伴い、受講した研修(複数回答可)

○医療対話推進者研修(日本医療メディエーター協会主催)

○医療対話推進者養成セミナー(日本医療機能評価機構主催)

- 医療対話推進者研修 (NPO 法人「架け橋」主催)
 ○その他 ()
 ○なし (→問 5 へ)

問 4 研修を修了し現在の役職に就いたことによる処遇 (複数回答可)

- 給料が上がった (手当がついた) ○職位が上がった ○新しい仕事をまかされた
 ○その他 () ○特にない

問 5 入院時重症患者対応メディエーター養成講習会の受講の有無

- 受講した ○受講していない

問 6 あなたの配属部署が患者・家族から受けた相談件数と方法 (直近 1 年間または 2022 年度)

6-1 入院患者・入院患者の家族からの新規の相談件数 () 件/年

- 6-2 方法 : 対面 (患者相談窓口直接) () 件 電話 () 件
オンライン (ビデオ会議等) () 件 メール () 件
投書 (インターネット経由も含む) () 件 その他 () 件
上記の電話やメール、その他方法を経由して対面相談に至ったケース () 件

6-3 外来患者・外来患者の家族からの相談件数 () 件

- 6-4 方法 : 対面 (患者相談窓口直接) () 件 電話 () 件
オンライン (ビデオ会議等) () 件 メール () 件
投書 (インターネット経由も含む) () 件 その他 () 件
上記の電話やメール、その他方法を経由して対面相談に至ったケース () 件

問 7 配属部署 (複数回答可)

- 医療安全管理室 (○医療安全管理者と兼任している ○医療安全管理者と兼任していない)
患者相談室 (部門) 地域医療連携室 病棟 外来
がん相談支援室 (がん患者の相談を受ける部署) 入退院支援センター
その他 ()

問 8 雇用上の職種 (どの職種で雇用されているか)

- 看護師 ○助産師 ○保健師 ○准看護師
 ○社会福祉士・医療ソーシャルワーカー (MSW) ○公認心理師 ○医師
 ○非医療職 (事務職等) ○その他 ()

問 9 上記の雇用上の職種の経験年数

() 年

問 10 貴施設の概要

- 10-1 所在地 () 都道府県
 10-2 病床数 () 床
 10-3 患者サポート体制充実加算の届出 ○有 ○無
 10-4 医療安全対策加算の届出 ○有 ○無
 10-5 がん拠点病院加算の届出 ○有 ○無
 10-6 重症患者初期支援充実加算の届出 ○有 ○無
 10-7 あなた以外の医療対話推進者の人数 () 人

II-1 医療対話推進者の業務指針に示されている業務の実施状況

問 11 指針に記載された業務の困難感、実施状況について、あてはまるものを1つ選んでください

	い実 困 施 難 し な く て	しだ 少 て が 々 々 実 困 施 難 い	しだ 大 て が 変 い る 実 困 施 難	い実 な 施 い し て
【A. 患者・家族支援体制の構築】				
① 患者や家族が利用しやすいように、支援窓口の改善に参画する	40	30	20	10
② 患者・家族支援窓口の設置について病院利用者に周知する	40	30	20	10
③ 相談や苦情の内容に応じて適切な職員・部門につなぐ	40	30	20	10
④ 関係部門と連携しながら患者・家族の支援を行う	40	30	20	10
⑤ 患者・家族支援に関するカンファレンスに参加する	40	30	20	10
⑥ 患者・家族から相談を受けた場合の対応や報告体制を職員に周知する	40	30	20	10
⑦ 患者・家族の支援に関する活動について記録する	40	30	20	10
⑧ 医療安全管理対策委員会と連携しその状況を記録する	40	30	20	10
⑨ 定期的に患者・家族の支援体制の見直しを行う	40	30	20	10
【B. 患者・家族支援体制に関する職員への教育・研修の実施】				
⑩ 職員教育・研修を企画・実施する	40	30	20	10
⑪ 研修の評価を行い、改善を試みている	40	30	20	10
⑫ 相談や苦情の内容、満足度調査の結果等を研修内容に反映させる	40	30	20	10
【C. 患者・家族の一次対応としての業務】				
⑬ 医学的な質問に関する相談に対応する	40	30	20	10
⑭ 生活上・入院上の不安に関する相談に対応する	40	30	20	10
⑮ 医療者の対応等に起因する苦情や相談に対応する	40	30	20	10
【D. 患者・家族からの相談事例の収集、分析、対策立案、フィードバック、評価】				
⑯ 直接あるいは電話や投書による相談や苦情から患者・家族支援のための情報を収集する	40	30	20	10
⑰ 患者・家族支援に必要な情報(相談や苦情内容、満足度調査の結果、各部門から得た情報等)を院内の各部署、各職員に提供する	40	30	20	10
⑱ 患者・家族支援に関する情報を院外(専門家や専門機関、メディア等)から収集する	40	30	20	10
⑲ 相談や苦情事例の分析を行う	40	30	20	10
⑳ 分析結果から再発防止に向けた対策を立案する	40	30	20	10
㉑ 対策案および実施結果を他の職員と共有する	40	30	20	10
【E. 医療事故や医療事故を疑った患者・家族からの申し出に対応する】				
㉒ 医療安全管理者と連携して患者・家族及び事故関係者の支援を行う	40	30	20	10
㉓ 患者・家族への事故の連絡や説明を実施する	40	30	20	10
㉔ 管理者や医療事故に関与した職員等が患者・家族に説明する場を設定する	40	30	20	10
㉕ 説明の場に同席し、話し合いの進行を務める	40	30	20	10
㉖ 患者・家族及び医療事故に関わった職員等の精神的ケア等のサポートを行う	40	30	20	10
【F. 説明と対話の文化の醸成】				
㉗ 患者・家族からの相談や苦情等が遅滞なく報告・分析され、患者・家族との対話が促進されるよう、全職員に働きかける	40	30	20	10

い実困 した少 した大 い実
る施難 なが々 なが変 な施
しなく い実困 い実困 ない
てく る施難 る施難 して

- ⑳患者・家族支援に関連する情報収集、情報提供、研修の企画・実施に、職員と患者・家族の参加を促し、患者家族支援体制の確保について職員及び患者・家族の意識が高まるように働きかける 40 30 20 10
- ㉑医療者から患者・家族へ十分な説明がなされ、対話が推進されたことで、相互に理解が進んだ事例を職員と共有する 40 30 20 10

問 12 最も困難を感じている業務

上記の①～㉑において「3 少々困難だが実施している」「2 大変困難だが実施している」にチェックをつけた項目のうち、困難を感じている業務上位 3 つを選び、数字を記載してください。

1 番目に困難 () 2 番目に困難 () 3 番目に困難 ()

問 13 困難を感じている理由

13-1 問 12 で選んだ 1 番目に困難を感じている業務について、その理由 (下記から選び、理由として強い順に番号【例：1, 2, 3】を付けて下さい、複数回答可)。※理由を複数選んだ後に、順序をつける

- 【 】 □ 時間がない 【 】 □ 業務遂行に必要な知識や技能がない
 【 】 □ 施設管理者の理解が十分でない 【 】 □ 部署の協力が得られない
 【 】 □ 患者・家族の協力が得られない 【 】 □ 必要な人員を確保できない
 【 】 □ その他 ()

13-2 問 12 で選んだ 2 番目に困難を感じている業務について、その理由 (下記から選び、理由として強い順に番号【例：1, 2, 3】を付けて下さい、複数回答可)。※理由を複数選んだ後に、順序をつける

- 【 】 □ 時間がない 【 】 □ 業務遂行に必要な知識や技能がない
 【 】 □ 施設管理者の理解が十分でない 【 】 □ 部署の協力が得られない
 【 】 □ 患者・家族の協力が得られない 【 】 □ 必要な人員を確保できない
 【 】 □ その他 ()

13-3 問 12 で選んだ 3 番目に困難を感じている業務について、その理由 (下記から選び、理由として強い順に番号【例：1, 2, 3】を付けて下さい、複数回答可)。※理由を複数選んだ後に、順序をつける

- 【 】 □ 時間がない 【 】 □ 業務遂行に必要な知識や技能がない
 【 】 □ 施設管理者の理解が十分でない 【 】 □ 部署の協力が得られない
 【 】 □ 患者・家族の協力が得られない 【 】 □ 必要な人員を確保できない
 【 】 □ その他 ()

13-4 問 11 で「1. 実施していない」と回答した項目とその理由 (下記から選び、理由として強い順に番号【例：1, 2, 3】を付けて下さい、複数回答可)

※web では 1. を選んだ項目番号が表示されそれぞれ理由を選ぶ

番号※	理由	【 】 □ 時間がない	【 】 □ 業務遂行に必要な知識や技能がない
		【 】 □ 施設管理者の理解が十分でない	【 】 □ 部署の協力が得られない
		【 】 □ 患者・家族の協力が得られない	【 】 □ 必要な人員を確保できない
		【 】 □ その他 ()	
番号	理由	【 】 □ 時間がない	【 】 □ 業務遂行に必要な知識や技能がない
		【 】 □ 施設管理者の理解が十分でない	【 】 □ 部署の協力が得られない
		【 】 □ 患者・家族の協力が得られない	【 】 □ 必要な人員を確保できない
		【 】 □ その他 ()	
番号	理由	【 】 □ 時間がない	【 】 □ 業務遂行に必要な知識や技能がない
		【 】 □ 施設管理者の理解が十分でない	【 】 □ 部署の協力が得られない
		【 】 □ 患者・家族の協力が得られない	【 】 □ 必要な人員を確保できない
		【 】 □ その他 ()	

Ⅱ-2 医療対話推進者の業務指針に明記されていない業務

- 問 14 次のうち、実施している業務（あてはまるものすべてにチェック、複数回答）
- 医師からの同席の求めに応じて、医師が患者に病状を説明する時（IC）に同席する
 - 患者対応・説明に困っている職員の求めに応じて患者対応を行う
 - 職員の電話での患者対応についてフィードバック・助言する
 - 職員間のコンフリクト(意見の対立等)に介入する
 - 患者と家族とのコンフリクト等の仲介に入る
 - 患者の退院後についての相談・支援を行う
 - クレームなどで傷つた職員のメンタルヘルスの相談に乗る
 - 院内事故調査委員会の事務局の役割をする
 - 患者・家族からの暴言・暴力対応を行う
 - 職員の受けたペイシエント・ハラスメント、カスタマー・ハラスメントの窓口となる
 - その他()

問 15 医療事故調査制度（2015 年施行）※に関する業務
 ※医療事故が発生した医療機関で院内調査を行い、その調査結果を第三者機関が収集・分析することで再発防止につなげることにより、医療の安全を確保することを目的とした、医療法で定められた制度

15-1 医療事故調査制度に相当する事象の有無
 ある なし (→問 17 へ)

15-2 医療事故調査制度に関する業務への関わり (あてはまるもの 1 つにチェック)	いて主 る関担 わ当 つと てし	関主他 わ担の つ当部 てだ署 いがが	な関 いわ つ て い
① 医療事故発生時における遺族への説明	3〇	2〇	1〇
② 医療事故調査制度について遺族への説明	3〇	2〇	1〇
③ 院内調査(委員会等)の運営	3〇	2〇	1〇
④ 医療事故調査等支援団体等(外部委員等)への連絡窓口	3〇	2〇	1〇
⑤ 院内調査時における遺族への対応	3〇	2〇	1〇
⑥ 院内調査時における医療者へのヒアリング	3〇	2〇	1〇
⑦ 院内調査結果報告書の作成	3〇	2〇	1〇
⑧ 院内調査終了時における遺族への結果説明	3〇	2〇	1〇
⑨ 院内調査終了後における遺族への対応	3〇	2〇	1〇

問 16 上記の①～⑨以外で医療事故調査制度に関連する業務で実施していることがあれば教えてください

Ⅲ 医療対話推進者養成研修

○以下、問 17～問 21 は医療対話推進者の養成研修を受けた経験のある方にお尋ねします
同研修を受けたことのない方は問 22 へお進みください

問 17 下記に示す研修の各内容は患者・家族支援業務を行う上で十分であったか（あてはまる数字に✓）

		十分である	十分 おおむね	やや不十分 である	不十分 ある	
1	1) 患者・家族対応の基本的知識	相談時の患者・家族の心情とそれへの対応	40	30	20	10
2		医療に関する基本的知識	40	30	20	10
3		信頼関係構築のためのコミュニケーション	40	30	20	10
4		インフォームドコンセントに関する基本的知識	40	30	20	10
5		患者の権利擁護や臨床倫理、個人情報保護に関する法律	40	30	20	10
6	2) 医療安全に関する基本的知識	我が国の医療安全施策の動向	40	30	20	10
7		安全管理に関する法令や制度、指針	40	30	20	10
8	3) 患者・家族支援体制の構築	体制整備・組織運営に関する基本的知識	40	30	20	10
9		チーム医療に関する基本的知識	40	30	20	10
10		カンファレンス等の会議運営の技術	40	30	20	10
11		医療対話推進者の役割と業務	40	30	20	10
12		関連部門との連携方法	40	30	20	10
13		患者・家族支援に関する活動実績の記録	40	30	20	10
14		患者・家族支援に関する活動の評価と調整	40	30	20	10
15	4) 患者・家族支援についての職員に対する研修の企画・運営	研修受講者のレディネス（背景、知識、意欲等）把握の方法	40	30	20	10
16		研修の企画に関する知識	40	30	20	10
17		患者・家族支援のための教育教材とその活用法	40	30	20	10
18		研修評価の方法（アンケートやテスト結果の分析など）	40	30	20	10
19		研修計画全体の評価	40	30	20	10
20	5) 患者・家族支援に資する情報収集と分析、計画立案、フィードバック、評価	患者・家族支援に資する院内外の情報を収集する方法	40	30	20	10
21		相談や苦情事例の分析と活動計画およびフィードバックに関する事項	40	30	20	10
22	6) 医療事故が発生した場合や医療事故を疑った患者・家族からの申し出があった場合の対応	医療事故発生時の対応に関する基本原則	40	30	20	10
23		医療事故発生時の初動対応に必要な知識	40	30	20	10
24		医療事故に遭遇した患者・家族の立場や心情への共感と対応	40	30	20	10
25		医療事故に遭遇した職員の立場や心情への共感と対応	40	30	20	10
26	7) 説明と対話の文化の醸成	相談等の報告と共有が効果的に行われるための体制の整備に関する基本的知識	40	30	20	10
27		十分な説明と対話が行なわれる組織の文化の醸成	40	30	20	10
28		医療従事者と患者・家族の対話が推進され、情報を共有するための具体的な方策	40	30	20	10

問 18 上記の研修 28 項目のうち、もっと充実すべきと考える研修項目 (番号)

ない

ある → 下記にもっと充実すべきと考える項目及びその理由をご記入ください

番号	理由
番号	理由
番号	理由

問 19 上記研修 28 項目のうち、時間数を減らしてもよいと考える研修項目 (番号)

ない

ある → 下記に時間数を減らしてもよいと考える項目及びその理由をご記入ください

番号	理由
番号	理由
番号	理由

問 20 上記研修 28 項目のうち、対面での研修が必要と考える項目 (番号)

ない

ある → 下記に対面での研修が必要と考える項目及びその理由をご記入ください

番号	理由
番号	理由
番号	理由

問 21 指針には記載されていないが必要と考える研修項目

ある (ある場合→)

ない

指針の内容を把握していない

指針には記載されていないが必要と考える研修項目とその理由

IV 医療安全管理部門との連携

問 22 あなたは医療安全の業務を担っていますか

はい いいえ

問 23 連携の状況・頻度

23-1 医療対話推進者と医療安全管理者との情報共有の頻度

毎日、情報共有 週 1 回程度の定期的な会議等で情報共有

月 1 回程度の定期的な会議等で情報共有 有事 (医療事故発生時等) にのみ情報共有

情報共有は行っていない

23-2 あなたは医療安全管理委員会に参加していますか

参加している 参加していない

23-3 医療対話推進者と医療安全管理部門との会議の頻度 (あてはまるもの 1 つにチェック)

1) 医療対話推進者は 医療安全管理部門の部門内会議に

すべて参加している 一部参加している まったく参加していない

2) 医療安全管理者は 患者相談窓口の会議に

すべて参加している 一部参加している まったく参加していない

3) 患者相談窓口と医療安全管理部門の合同会議が

定期的に行われている 不定期に行われている 開催されていない

問 24 医療対話推進者が医療安全管理部門に報告・相談した事案数

() 件/年

問 25 医療安全管理部門から患者対応の依頼を受けた件数

() 件/年

問 26 医療事故*発生時の役割分担

医療事故発生時における医療安全管理部門と医療対話推進者の役割分担のルールはあるか

※本設問での医療事故の定義は、国立大学附属病院医療安全管理協議会が定めた影響度分類でレベル 3b (濃厚な処置や治療を要した (バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など)) 以上のものとする

- 役割分担のルールがマニュアルなどで明文化されている
 役割分担のルールは明文化されておらず、医療安全管理部門の指示や依頼があり活動を行う
 医療対話推進者の役割は全くない
 その他 ()

問 27 医療対話推進者と医療安全管理部門との連携状況についての考え

1. 連携はとてうまくいっている 2. 連携はまあまあうまくいっている
 3. 連携がやや困難である 4. 連携がとて困難である

問 28 連携がうまくいっている理由

上記の問 27 で「1.連携はとてうまくいっている」「2.連携はまあまあうまくいっている」と回答した方は、その理由としてあてはまるものにチェックしてください (複数回答可)

- 以前、医療安全管理者を経験したことがある 以前、医療安全管理部門に所属していた
 医療安全管理部門と医療対話推進者の所属部門が同室または近くにある (組織上同じ部門)
 医療安全管理者が同じ職種である 定期的な会議が開催されている
 その他 ()

問 29 連携が困難である理由

上記の問 27 で「3.連携がやや困難である」「4.連携がとて困難である」と回答した方は、その理由としてあてはまるものをチェックしてください (複数回答可)

- 医療安全管理部門に所属したことがない
 医療安全管理部門と医療対話推進者の所属部門の場所の距離が離れている
 あなたと医療安全管理者が異なる職種である あなたが医療専門職 (資格保有者) ではない
 定期的な会議の機会がない 別組織で交流が少ない
 その他 ()

問 30 医療安全管理部門との連携に関する好事例 (自由記述)

医療安全管理部門 (医療安全管理者) との連携がうまくいった経験事例がありましたら、具体的な内容、その成果 (例: 再発防止策について共に検討、構築したなど) を教えてください

V 院外との連携・交流

問 31 医療安全支援センター*との連携・交流の有無

※医療安全支援センターは、医療法に基づき、都道府県、保健所を設置する市及び特別区により設置され、医療に関する苦情、心配や相談に対応するとともに、医療機関、患者・住民に対して、医療安全に関する助言及び情報提供等を行う

31-1 ある なし

31-2 上記の 31-1 で「ある」の場合、以下であてはまるもの (複数回答可)

- 医療安全支援センターから患者対応について連絡を受けることがある
 医療安全支援センターと連携して患者対応をすることがある

○その他 ()

31-3 上記の 31-1 で「なし」の場合、以下ではまるもの (複数回答可)

○医療安全支援センターを知らない

○医療安全支援センターと連携を取らなければいけない事例がない

○その他 ()

問 32 他施設の医療対話推進者とのネットワーク

32-1 他施設の医療対話推進者とのネットワークが必要と感じるか

○そう思う ○ややそう思う ○あまりそう思わない ○そう思わない

32-2 他施設の医療対話推進者とのネットワークの有無

○ある ○なし

32-3 上記の 32-2 で「ある」の場合、以下ではまるもの (複数回答可)

 集まって勉強会や交流会を開催している メール等で情報交換や事例の相談を行っている その他 ()

32-4 上記の 32-2 で「なし」の場合、以下ではまるもの (複数回答可)

 他施設の医療対話推進者と交流する必要がある 他施設の医療対話推進者との連絡手段がない その他 ()

VI 医療対話推進者のキャリア・人材育成

問 33 医療対話推進者の役割の担当期間

33-1 あなたの考えにもっとも近いものを 1 つお選びください

○1. 短期間で他の人に交代したほうがよい (→33-2 へ)

○2. ある程度の期間担当してから他の人に交代したほうがよい (→33-3 へ)

○3. 交代はせず、できるだけ長く担当したほうがよい (→33-3 へ)

○4. その他 () (→34-1 へ)

33-2 上記の 33-1 で 1. と回答した方：短期間で交代した方がよいと思う理由 (複数回答可)

 業務によるストレスが大きいから キャリアパスが描けないため 多くの職員が医療対話推進者を経験した方がよいから その他 ()

33-3 上記の 33-1 で 2. または 3. と回答した方

ある程度の期間担当した方がよい、またはできるだけ長く担当した方がよいと思う理由 (複数回答可)

 スキルの取得に時間がかかるため 他職種との関係の構築に時間がかかるため 後任の育成が困難なため その他 ()

問 34 医療対話推進者の人材育成

34-1 複数の医療対話推進者がいるか

○いない ○いる (→いる場合) 医療対話推進者の人材育成のために何か行っていますか

○行っていない ○行っている

34-2 上記の 34-1 で「行っている」と回答した方、人材育成のために実施していること (複数回答可)

 外部研修の受講 病院内での人事交流 病院外での人事交流 他施設の医療対話推進者との勉強会や交流会への参加 その他 ()

問 35 医療対話推進者のキャリア

あなたの病院の医療対話推進者で 医療対話推進者を経て 就いた職位として最も高い職位は何ですか

○院長 ○副院長 ○部長 ○室長 ○係長 ○該当なし (前例がない) ○その他 ()

質問は以上です。ご協力くださり誠にありがとうございました。

医療対話推進者の業務と研修に関する指針改定に向けてのヒアリング調査

研究分担者 東京医療保健大学大学院 助教 本谷園子

研究要旨

（目的）

本研究の目的は、医療対話推進者の業務指針および研修内容の見直しに向けて、令和5年度に実施したアンケート調査から明らかになった課題などについて、アンケート調査からは明らかにできなかった問題の詳細な背景や理由を聞き取ることを1つの目的とする。さらに課題への対策として、現状の医療対話推進者が実践や必要な制度的対応についての示唆を得ることを目的とした。

（方法）

全国8施設、医療対話推進者6名を含む計11名を対象に、半構造化インタビューを実施した。看護師、事務職、医師、薬剤師であった。インタビュー項目は、①実施困難な業務とその対応、②研修内容と継続教育、③職種ごとの研修ニーズ、④医療事故調査制度への対応、⑤職員支援の実態、⑥暴力・カスタマーハラスメント対応、⑦医療安全部門との連携、⑧業務指針の評価、⑨患者サポート体制充実加算に対する意見、の9項目であった。得られた語りは質的に記述・整理し、アンケート結果と照合しながら分析した。

（結果）

アンケート調査で困難業務とされた「職員研修の実施」、「医療事故対応」、「説明と対話の文化の醸成」について、実施困難の理由として医療対話推進者の組織内における認知の低さや、権限・役割の不明確さが共通していた。研修については、現状の20時間程度ですべての業務スキルを網羅することは難しく、普段の相談対応と重大事案対応を分けた段階的な研修体系等が提案された。医療事故調査制度については、養成研修で制度の知識を学ぶ必要性のほか、医療対話推進者の役割や医療安全部門との連携が不明確であるという課題が指摘された。これに対し、医療事故後の患者対応において医療対話推進者の必要性が認識されること、業務指針等で医療安全部門との連携と役割分担にも言及する必要性や養成研修で具体的な連携モデルを示すこと等も提案された。医療対話推進者と医療安全部門の定期的な情報共有や、医療対話推進者の医療安全委員会への参画の必要性も検討課題とされた。また、医療対話推進者が医師を含め職員による患者説明の場に同席するなど、職員支援を行っている実態も明らかとなり、これを業務として明示すべきとの意見が挙げられた。暴力・カスタマーハラスメント対応では、医療対話推進者の業務ではないが関わりを求められる場合もありえるため、組織として必要な対応体制を知り、整備を図っていくことが求められた。患者サポート体制充実加算については、「相談窓口に常時1人以上配置」が困難であること、「医療対話推進者の効果が見えにくいいため届出のインセンティブが働かない」などが届出の課題として指摘された。

（考察）

次の5つの観点で業務指針に見直しが必要であることが示唆された。①医療安全との連携の明確化：連携の具体的内容を明文化し、医療対話推進者が関与すべき場面や役割を明確にすること。②自ら相談を受けるとともに、患者・家族と職員との対話促進を行う役割の明示：相談窓口としての対応に加え、対話を促進し、各部署が自立的に対応できるよう支援する役割を明示すること。③患者・家族支援だけでなく職員支援も業務として位置付ける必要：職員に対する支援が日常的に行われていることを業務として明記し、研修や評価にも反映すること。④医療事故対応時における医療対話推進者の役割の明確化：事故初動からの関与を検討し、医療安全管理者との役割分担を含め業務指針上に明示すること。⑤「説明と対話の文化」の意味と具体実践の明確化：説明と対話の文化が意味することを明記し、それを現場で実践するための方法を示すこと。これらの見直しに伴う研修プログラム作成指針の見直しも必要である。以上より、アンケート調査の結果とも整合的に、現場の医療対話推進者・関係者の意見や実践を踏まえた業務指針の改定が求められることが明らかとなった。

A. 研究目的

1) 背景

本研究班では2023（令和5）年度に医療対話推進者の養成研修を実施する団体へのインタビュー調査および、医療対話推進者の業務と研修の実態・課題に関するアンケート調査を病院の看護部長および医療対話推進者を対象に行った。その結果、医療対話推進者が実施にあたり困難を感じる業務として「職員教育・研修の実施」「医療事故を疑った患者・家族への対応」「説明と対話の文化醸成」などが明らかになった。困難を感じる背景・理由としてアンケート調査では「業務が難しい」「時間がない」などの回答が選択されたが、その詳細な背景や原因は不明であった。

そこで、困難を軽減するための対応策および活動を促進するための方策について検討をするために、現場の医療対話推進者やその関係者・管理者等の意見を聞く必要があると考えた。具体的には、アンケート調査の結果の妥当性を確認するとともに、業務困難感への改善に向けての意見・要望を聞き、指針改定に向けた基礎資料とすることを企図した。

2) 研究目的

医療対話推進者が困難を感じる業務の阻害要因や対応策、および活動を促進するための研修のあり方についての助言を得ることを目的とする。

医療対話推進者の実践家からの助言を得ることで、医療対話推進者の業務及び研修の指針の改定項目と改定のあり方を検討する。さらに指針の改定案を策定することにより、医療対話推進者の業務上の課題解決および研修内容の改善・充実により、医療対話推進者の質の向上が期待される

B. 方法

1) 研究デザイン

質的記述的研究

2) 対象

(1) 医療機関において医療対話推進者の役割を担う者（医師、看護師、事務職など複数の異なる職種、経験者も含む）：機縁法による7施設10名

(2) 医療対話推進者を配置する病院の管理者（病院長）：1施設1名

3) 調査方法

対面またはオンラインで半構造化面接を行った。依頼手順としては、まず対象者に書類送付の承諾をとり、依頼文書一式（依頼状、同意書・同意撤回書、フェイスシート〈資料2-1〉、ヒアリングシート〈資料2-2〉、研究概要）を送付した上

で、口頭で研究概要を説明した。その際、所属長である病院長への依頼文書も同封し、病院長の同意を得たうえで参加することとした。2～3名の小グループ、または対象者の都合により個別で行った。当日は、研究協力および録音に関する同意を再確認し、事前配布のヒアリングシートに沿って実施した。

4) 調査内容

主なヒアリング項目は、研究1および2を基に、より充実させるべき研修について、①実施困難な業務とその対応、②業務の質向上に向けた研修内容と継続教育、③職種ごとの研修ニーズ、指針に追加記載すべき業務とその研修について、④医療事故調査制度への対応、⑤職員支援の実態、⑥暴力・カスタマーハラスメント対応、このほか⑦医療安全部門との連携、⑧業務指針の評価、⑨患者サポート体制充実加算に対する意見、の9項目とし、ヒアリングシートの中に盛り込んだ。

所用時間：（個人）67～119分

（グループ）約150分

主な質問項目

○基本情報（フェイスシート）

1. 回答者の所属・部署、職種、経験年数など
2. （医療対話推進者の場合）医療対話推進者としての経験年数、労働環境、受講した研修など

○ヒアリング項目（ヒアリングシート）

1. 対象者自身について
2. より充実させるべき研修とその方法について
（4）調査項目の①②③
3. 指針に追加記載すべき業務とその研修について
（調査項目④⑤⑥）
4. 医療安全管理部門との連携における課題と改善策（調査項目⑦）
5. その他、2013年策定「医療対話推進者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針」（以下、現行指針とする）に対する意見や現行指針の改定に対する意見など（調査項目⑧⑨）

5) 分析方法

逐語録を作成し、ヒアリングシートの5項目に沿って関連する語りを抽出した。その中から、医療対話推進者の業務上および研修における課題を特定し、業務指針の関連箇所と合わせて検討した。さらに業務指針の改定により改善を図れる課題、業務指針の改定以外で解決を図っていく課題に分類した。

6) 調査期間

C. 結果

1) 対象者数

全国8施設の医療機関から、計11名（医療対話推進者および医療対話推進者に関わる医療安全管理者、管理者）にヒアリングを実施した。施設Dの看護師3名は、医療対話推進者のいない施設の養成研修受講者で、現場での患者・家族対応について参考意見を伺った。

2) 対象者の基本情報(表1)

対象施設の所在地は東京都・神奈川県・愛知県・兵庫県・愛媛県、病床規模も100床台から1,000床を超える施設までばらついており、病院の機能も急性期から療育、回復期リハビリテーション、ケアミックス型まで多様であった。

対象者の職種は、事務職3名・看護師5名（うち3名は施設D）・医師2名・薬剤師1名であった。

施設Dの看護師3名を除く8名について、医療従事者としての経験年数は20～30年が4名、30～40年が1名、40年以上が3名であった。対象者のうち、医療対話推進者6名の経験年数は8年から20年であった。患者サポート体制充実加算が新設された2012年以前から医療対話推進者の前身となる役割をしていた者も3名含まれ、医療対話推進者としての経験は比較的長いといえる。勤務形態は、専従者が3名、専任者が2名、兼任者1名で、医療対話推進者が複数名配置されている施設もあれば、1名または配置のない施設もあった。

養成研修の受講状況については、8名中7名がいずれかの養成研修を受講しており、研修の主催者はそれぞれ医療メディエーター協会3名、日本医療機能評価機構1名、架け橋3名であった。また、6名が医療事故調査制度事案を経験、1名が医療事故調査制度の前身のモデル事業における事案を経験していた。

3) ヒアリング項目ごとの主な語り

(1) 医療対話推進者が実施困難な業務とその対応(表2)

本研究班では、令和6年度のアンケート調査において、医療対話推進者の業務指針に記載されている業務についての困難感（「困難なく実施している」「少々困難だが実施している」「大変困難だが実施している」「実施していない」から選択）を尋ねている。同調査によると、実施はしているが困難感が高い（「少々困難だが実施している」「大変困難だが実施している」）業務は、「職員教育・研修の実施」「医療事故を疑った患者・家族への対応」「説明と対話の文化醸成」であった。

その理由としてヒアリング対象者の複数から語ら

れたのは、「20時間の研修を受ただけで医療対話の全業務を実施するのは困難」という意見であった。

「職員教育・研修の実施」:

困難理由としては、「職員研修で何を教えたらいいか（業務指針からは）見えにくい」、「養成研修で教わった中で、職員研修では何を話すべきか、テーマが絞られていない」、あるいは「自分の役割を伝える研修なのか、患者対応スキルを教える研修なのか分からない」など、院内研修の目的や具体的内容が業務指針や養成研修で明示されていないことが挙げられた。また、「対話の概念や、医療対話推進者は何する人なのか組織で理解がされない」、「様々な院内研修があるなか、医療対話の研修の優先度は高くない（法定義務ではない）」中で、「一職員である医療対話推進者が、院内の職員を集めて研修を企画・開催することはハードルが高い」、「医療対話推進者は、組織の中での動き方や体制が分からず、どのように組織を動かせばよいか迷う」など、組織内の医療対話推進者の位置づけや認知不足が活動の課題となっていることも語られた。

そのほか、「業務多忙の中で院内研修をする時間がとれない」ことや、「医療メディエーションの概要を30分か長くても1時間という限られた時間の中で伝えることは難しい」、時間制約のある中で医療対話の技術を伝えることの限界も語られた。

これらへの職員研修に関する困難への対応策として、まず研修内容については、「どの職種も困っている相談を取り上げる」「患者のニーズに対話でどう対応していくのか」のほか、「職員研修では、医療対話推進者にどういう相談や依頼をしたらいいのか、基礎知識的な内容があるとよい」など医療対話推進者の活用に関するものも複数あった。また、研修の開催困難に関しては、「医療対話推進に関する院内職員研修の受講義務化が望ましい」「院内の様々な研修（管理者研修、新人研修など）に組み込むとよい」などが提案された。

「医療事故を疑った患者・家族への対応」:

困難理由としては、「一次対応から困難事例・医療事故レベル対応まで、医療対話推進者はどこまでやればいいのか（不明である）」、「現行指針の業務範囲は広すぎて20時間の研修では医療事故対応の業務修得までいかない」、「患者が聞きたいことと、医療者が説明したいことがずれているため納得してもらえない」などが挙げられた。これに対し、①広く一般職員向けの相談対応用の研修と、②困難事例・事故対応まで含む、相談業務に携わる職員向けの研修と2階建てにする案が提案された。

「説明と対話の文化醸成」:

困難理由としては、「(文化醸成は)短期的には困難である」など中長期・継続的な取組が求められること、「医療対話推進者はさまざまな部門の一係で、院内の流れを変えていける力がない」など、医療対話推進者の組織における役割・権限が不明確である現状を指摘する複数の語りがみられた。これらに対応し、「業務指針上の『権限移譲』とは何か、明確にすべき」という意見や、「文化醸成は短期ではなく、医療対話推進者がどういう位置づけか組織で(その役割の概念・定義)を作っていくながら、長期視点で続けていく」ことが大事であるとの意見が挙げられた。

(2) 医療対話推進者の業務の質向上に向けた研修方法(表 3)

養成研修の現状の課題としては、「養成研修だけでなく、現場で医療対話推進者のスキルを身につけていくものだが、現場でのスキルアップを支援する人がいない」「相談事例の収集・分析・評価等は、一回の研修で十分に行き届かない」、受講者によって「学習ニーズが異なる」、「(特に医師は)3日間仕事を休んでの受講は不可能」という困難が挙げられた。これらに対し、フォローアップ研修の実施や、2、3日の集中講義ではなく、オンラインと対面を組み合わせた柔軟な研修体制や、研修時間を職種に応じて調整する必要があるなどが提案された。

(3) 職種により研修の充実が必要な項目と対応(表 4)

現在、患者サポート体制充実加算の要件として、医療有資格者以外は研修受講が必須とされる一方で有資格者は必須ではない。しかし、今回の対象者からは、有資格者であっても医療対話推進者のスキルは別であり、職種に限らず医療対話推進者の任務に就く者は研修が必要であるという意見が複数みられた。事務職は患者のケアや傾聴を学んで現場に入ったわけではないため、ケアや傾聴の姿勢を含め、医療知識を学習する機会が必要とされた。また看護職は医療知識はあるが、医療対話推進者として患者だけでなく、患者・医療者の双方に寄り添う立ち位置を習得する必要性などが指摘された。

一方で、患者対応において、医療や医学的知識があることがかえって、医療・医学知識のない患者を理解するうえで障壁になる可能性もあるのではないかという問題も提起された。また、職種によらず、医療安全関係の業務の経験がない人には医療安全の研修を強化する必要性が語られた。

(4) 医療事故調査制度の経験(表 5)

まず、医療事故調査制度に対応する可能性があることを考えると、事前に制度の知識は必要であり、既に養成研修において講義も行われているよ

うだった。組織の中に、5人~10人ほどの一定数の職員が医療事故調査制度の知識をもつ必要や、報告書作成までの流れを学んでおく必要も語られた。

医療事故調査制度の対応については、医療対話推進者の役割が明確でないことが課題として示された。これに対し、医療対話推進者は医療事故対応にかかわることを、指針や組織のマニュアル等に明示することなどが提案された。既に医療事故調査制度案件において、医療対話推進者の役割、関わり方や医療安全部門との連携などがマニュアルに記載されている組織もあった。事故発生時において医療安全管理者には原因究明が優先される中で、医療対話推進者はどのような役割分担ができるか、指針等に示す必要が語られた。医療対話推進者は、初回の家族(遺族)対応に入ることが重要とする意見や、家族側に確認したうえで医療対話推進者が介入する形も提案された。

(5) 医療対話推進者による職員サポート業務(表 6)

医療対話推進者が患者対応を行う職員をサポートしている実態や実践例、それに対する対象者の考えが語られた。具体的には、「大変な事案において医療対話推進者自身が悩むわけではない。現場の当事者の方が大変な思いをする。その時に患者と医療者の両方を支える役割だと考え実践している」「医療者の(『訴えられるかもしれない』)という不安にも寄り添う」「組織において医療対話推進者ではないが、(養成研修を受けた者として)患者対応の相談を受け、共に対応することはある」などが語られた。また、「すべての職員が一定の質の患者対応ができるよう、(医療対話推進者が)整える必要がある」ため、医療対話推進者が「患者と医療者の両方を支える役割」であることを指針に示してもよいのではないかとといった意見も示された。患者対応時に医師のサポートを行ったことで、医師の対応が変わっていった事例も語られた。

また、現状では、事故発生時の医療者対応において、当事者の多くは看護師であることもあり、医療安全管理者がメインで精神的ケアを行っているが、「事故にかかわった当事者職員のサポートを医療対話推進者が支援することもある」との語りもあり、こうした精神的ケアをサポートする役割の明確化や指針上での明記が提案された。

(6) 暴力・カスタマーハラスメント(カスハラ)対応(表 7)

医療対話推進者の暴力・カスハラ対応に関しては、「役割ではないが医療対話推進者が関わることもある」実態が示され、実際の対応の難しさが語られていた。

その際、「もとをたどると医療者が怒らせている可能性がある。『理不尽だ、クレーマーだ』からスタートするのはやめてほしい」など初めから決めつけない姿勢が複数の対象者から示された。

また、「起こってる現象をどう捉えるか、(見極めが難しく)、本当にカスタマーハラスメントなのか自体も分からない。たいていは少し声をかけて、『これは違うな』と思ったら、暴力対応の次長を呼ぶようにしている」「メディエーションが通じづらいため、毅然とした態度でいくしかない。ひどいと警察に相談」といった対応担当をどうつないでいくかという事例も語られた。

これらの実態から、「カスハラ」の定義を明確にし、どこまでだれが対応する、またはつなぐかを示す必要がある」など組織的な対応の必要性が提案された。

しかしながら「暴力対応は自分(前職事務職)の担当」「クレームは(医療対話推進者に)回ってくる」「現場で初期対応はするが、手に負えなかったら医療対話推進者に回ってくる」など、医療対話推進者が対応を避けられない場合もあることから、「警察OBと事務部と医療対話推進者が一緒に関わる場合もありえる」「ハラスメントについて相談されることもある。直接かかわるより、現場の管理者がどうかかわるといいか、助言する役割と考えている」といった共同した対応も含め組織的対応の事例も語られた。

(7) 医療安全との連携 (表8)

「医療安全と医療対話推進者の連携とは具体的に何をするか、明文化されていない」「事故対応等において医療安全管理部と医療対話推進者の役割分担が明確になっていない」など、平常時および事故発生時の連携や役割分担について不明確な実態が語られた。アンケート調査の結果と同様、「医療対話推進者が医療安全委員会の参加メンバーでない施設もある」など、情報共有が十分でない実態も語られた。

これらに対し、「同じ『連携』という言葉でもイメージしていることが違うので、どのような連携か例示するとよい」「医療安全の中で、事故後の患者対応は医療対話推進者が必要と認識されることが重要」「(指針において)連携と役割分担にも言及する」「養成研修では『連携のモデル』をいくつか示し、病院特性によって参考にできるとよい」「月1回程度の安全管理委員会に対話推進者は出るべき。各部門の安全推進委員が患者の不安や悩みを知ることが重要。またどういう事故があったのか頭に置いておく必要がある。クレームになった事例との関連づけができる」といった意見や提案が挙げられた。

(8) 業務指針への意見 (表9)

業務指針に関しては、「指針の中で、『医療対話は管理者に必要な知識』として位置付ける」「医療者にとっても必要な人であることを理解してもらえるような記載を望む」といった意見があり、医療対話推進者の重要性を明記することなどが要望された。

また、業務指針に述べられている『管理者の指示に基づき』は活動制約になる可能性があるため、権限を得て自律して動けることが明文化されるとよい」「医療対話推進者に管理者から委譲される権限とは何か?を明示してほしい」といった語りから、組織内における立ち位置や自律性、役割の明確化に対する要望などが示された。

研修については、「現状の0時間の研修では、すべての業務ができるレベルに達しない」「なんでも相談対応などの一次対応と、重大な事故等に対応できるレベルがあるのではないか。研修はそのように分けられていない。今は相談窓口用の研修である」との語りがあり、研修の分化・段階的な研修システムの再編が要望された。

(9) 患者サポート体制充実加算への意見 (表10)

患者サポート体制充実加算については、「相談窓口で常時1人以上配置はかなり不可能」、「入院加算なのに、実際は外来や電話からの相談が多い」など相談受付場所の実態に合わない評価の仕組みや人的配置の困難さが課題となっており、柔軟な制度設計と届出が推進されるような見直しが望まれていた。

また、この加算をとれば患者支援体制が充実しているというわけではなく、「受けた相談に対し、それぞれの部署で対応する意識や姿勢があり、実践できている施設はある」など、加算を届け出していない施設においても患者サポート体制の充実に取り組んでいる実態も示された。

課題として、「医療対話推進者の必要性や成果がみえにくいため、加算をとる必要性が伝わらない」などの指摘があった。

D. 考察

以上の結果をふまえ、アンケート調査の関連する結果にも照らしながら、次の5つ—1) 医療安全との連携の明確化、2) 自ら相談を受けるとともに、患者・家族と職員との対話促進を行う役割の明示、3) 患者・家族支援だけでなく職員支援も業務として位置付ける必要、4) 医療事故対応時における医療対話推進者の役割の明確化、5) 「説明と対話の文化」の意味と具体実践の明確化—の観点から考察する。またこれに伴う研修プログラム指針の見直し、および研究疑問の1つであった患者サポート体制充実加算の課題にも言及する。

1) 医療安全との連携の明確化

本調査では、医療対話推進者と医療安全部門、医療安全管理者との役割分担や情報共有の仕組みが十分に明確化されていないことが課題として挙げられた。現場では「事故後の初動では、患者の声を聴くのが医療対話推進者、原因分析や対策を考えるのが医療安全管理者と分担している」といった実践がみられるが、病院ごとに対応が異なるため、業務指針や養成研修の中で連携モデルを示し、役割分担を明確にするとともに、インシデントや事故情報などを医療安全管理者と医療対話推進者の間で定期的に情報共有する体制を整備することが求められる。

反対に、医療対話推進者が共有が必要と考える相談事例を医療安全部門に提供することも検討される。

令和5年度アンケート調査では、医療対話推進者と医療安全管理者の定期的な情報共有の機会が「ない」「不定期である」と回答した施設が3割を超えており、今回のヒアリング調査でも同様に、連携の不明確さが課題として挙げられ、具体的な連携方法や活動について、業務指針やマニュアル等で明示することの必要性が確認された。

2) 自ら相談を受けるとともに、患者・家族と職員との対話促進を行う役割の明示

医療対話推進者は、単に窓口に来た相談対応を受け止める役割はもちろんであるが、患者・家族と職員の関係性を再構築する促進者としての役割も有する。現行指針では患者相談の「一次対応」と表現されていたこともあり、部署が受けた相談等も医療対話推進者に丸投げされることが問題として指摘されていた。部署で受けた相談・苦情等は、原則として部署で対応することが信頼関係構築の基本であり、そのために医療対話推進者は患者・家族と部署職員の対話を促進しつつ双方を支援していく役割であることが再確認された。業務指針においても、患者・家族—職員間の対話の促進、組織全体における対話を推進していく役割を表す表現に見直す必要が示唆された。

アンケート調査でも、医療対話推進者の役割が院内で十分に認知されていないという回答が一定数あり、今回のヒアリングで確認されたような“相談対応と対話促進”という役割の明示が必要であることが確認された。

3) 患者・家族支援だけでなく職員支援も業務として位置付ける必要

本調査では、医療対話推進者が患者・家族支援に加え、患者対応を行う医療者に対する支援を行っている実態が明らかになった。たとえば、医師が患者・家族に説明する際に同席し、医療対話推

進者が関わったことで医師の態度が変わっていく様子や、医療事故の当事者となった職員のケアを直接・間接的にサポートした体験なども語られた。また、暴力・暴言の窓口となったり、医療対話推進者としてそうした患者に対応した経験なども語られた。

しかし現状では、職員支援は明示的な業務としては位置づけられていない。にもかかわらず、実際には医療対話推進者がこうした活動に「非常に貢献している」ことが多くの語りから示されている。したがって、今後はこの役割を業務として可視化し評価するとともに、研修プログラムにおいても職員支援に関する知識や心構え等を学べるよう整備する必要がある。

アンケート調査でも、「医師のICへの同席」「職員が患者に説明する際の同席」「医師・看護師等が対応で解決しなかった案件への対応」など、医療対話推進者が日常的に職員支援に関与している実態が確認されており、ヒアリング結果と整合的に、業務としての位置づけと組織的評価が必要であることが示唆された。また、暴力・暴言・ハラスメントに対しては、個人ではなく組織として必要な対応を知り、体制整備を図っていくことが求められる。

4) 医療事故対応時における医療対話推進者の役割の明確化

医療事故発生時の対応において、医療安全管理者が医療事故の原因究明に注力する一方で、医療対話推進者は患者・家族対応の主力として動く役割であると考えられる。本調査でも、医療安全管理者自身が、そうした役割分担を望んでいることも伺われた。

現状では、医療対話推進者が医療事故後対応にどのように、どの段階からかかわるのか、どこにも明示されていない。今後、役割や関わりを検討していく中で、できるだけ早い段階から患者対応に立ち会うことも提案されていた。そのためにも、医療事故対応において必要不可欠な役割であることを医療現場全体に周知することも重要と考える。業務指針や研修内容においても、事故対応の各段階への具体的な関わり方と対応スキルが反映されることが求められる。

アンケート調査では、医療事故調査制度の案件に関わった者は2割以上であったが、その半数は、遺族への説明、院内調査の運営など事故後対応において何らかの役割・業務を担っていた。さらに医療事故調査制度に限らず、医療事故後対応においては、約8割で何らかの役割があることが示された。医療事故後の対応においては医療対話推進者の関わりが不可欠であることを組織で共有するためにも、医療安全管理者の連携、役割分担

も含め、その役割・活動の実際を明確化し業務指針に示す必要性が示唆された。

また、医療事故調査制度についても、医療安全部門と医療対話推進者が共同で取り組んでいけるよう、複数の者が制度の知識を持つ必要があると考えられた。

5) 「説明と対話の文化」の意味と具体実践の明確化

「説明と対話の文化」という理念は、単に説明責任を果たすことを指すのではなく、「患者・家族支援体制が組織に根付き、医療者から患者・家族への説明が十分になされ、患者・家族と医療者の対話が推進されている文化」である。それは、医療対話推進者だけでなく、院内のすべての職員が、説明と対話の重要性を理解して、対話の方法について学び、日ごろの各自の業務の中で実践することから始まる。

本調査でも、「文化醸成は短期ではなく、医療対話推進者がどういう位置づけか組織で作っていきながら、長期視点で続けていく」ことが大事であることが語られた。また、「医療対話推進者は窓口に来た目の前の患者さんのことを一生懸命やるということだけではなく、院内の職員にこの役割を理解してもらい一緒に文化を作り上げていく力がないといけない」という展望も語られていた。

アンケート調査では、「説明と対話の文化の醸成」に関する業務が「困難」または「実施していない」と回答した施設が多かったが、ヒアリングでの語りもふまえて、「説明と対話の文化」が何を意味し、どのように醸成されていくのか、プロセスを業務に落とし込んで示す必要性が示唆された。業務指針の中でも明示することが検討される。

6) 研修プログラム作成指針の見直し

以上1)～5)に挙げた業務指針の見直しに伴い、医療対話推進者の養成を図る研修プログラム作成指針についても見直しが必要である。

具体的には、医療事故調査制度に関する知識の習得や、医療者の不安や葛藤に寄り添い支援する技術などを研修項目に加える必要がある。また、医療対話推進者の任務に就く職員については、研修受講必須とすることが望ましいことをプログラム作成指針上で明示することが、役割の理解促進と質の担保につながる。

さらに、医療対話における知識・技能は一度の研修で完結するものではなく、継続的な学習と実践による深化が求められる。今回、現行の20時間の初期研修では、事故時対応や文化醸成まで求められる役割を果たすには不十分であるという声が複数名から聞かれた。そのため、研修機関には

初期研修に加えて、継続教育の機会を段階的に提供する役割が求められる。業務指針と研修指針の整合性を図り、職務と学習を連動させる仕組みづくりが今後の課題である。

7) 患者サポート体制充実加算の課題

加算制度の運用実態とその課題についても、今回のインタビューおよび令和5年度アンケート調査の両面から複数の課題が示された。

第一に、「相談窓口に常時1人以上配置」という要件が非常に困難であること。特に人員が限られる中小規模施設では、専従配置が難しく、加算届出にあたっての課題になっている。

第二に、実際には相談の多くが外来や電話対応であるにもかかわらず、入院患者のみを対象とした加算制度であることの不整合が指摘された。また、体制整備にかかる時間的・人的コストに比して加算点数が低く、制度的インセンティブとして機能していないという意見もあった。

さらに、医療対話推進者の配置効果が「目に見えにくい」ために、その効果が院内に十分伝わらず、加算を取得すべき理由として認識されづらいという課題も挙げられた。

E. 結論

以上から、業務指針において見直しが見直しが示唆される点として、次の5つを提示する。

1) 医療安全との連携の明確化

- ・医療安全管理者と医療対話推進者の役割分担と連携の在り方を明示する
- ・インシデント・事故情報の定期的な情報共有体制を明示する
- ・医療安全委員会等への医療対話推進者の参画を推奨事項として記載する

2) 患者・家族と医療者の対話を促進する役割の明示

- ・医療対話推進者は相談対応を行うとともに、患者・家族と医療者との対話促進者であることを明記する
- ・そのため「一次対応」の表現を見直す必要
- ・部署・職員が自ら対応できるよう、支援的介入を行う点を強調する

3) 「職員支援」を業務として位置づける必要

- ・患者支援に加えて職員支援も業務として明記し、業務として示す
- ・職員支援に関する実践的知識を研修に導入する
- ・暴力・暴言・ハラスメント等への対応は医療対話推進者に求められる役割ではないが、組織として対応するにあたっての知識を習得することを記載する

4) 医療事故対応時の役割の明確化

- ・医療対話推進者の医療事故対応における必要性和役割の周知を促す文言を加える
 - ・医療安全管理者と連携して、関係者の精神的ケアの支援にあたることを示す
- 5) 「説明と対話の文化」の定義と醸成方法
- ・「説明と対話の文化」の意味するものと目指す姿を明記する
 - ・組織的に「説明と対話の文化」醸成を推進していくための具体的な取り組み例やプロセスを記載

上記1)～5)の改定に伴い、研修プログラム作成指針の見直しも必要と考える。また、患者サポート体制充実加算の届出を推進するためには、医療対話推進者の配置効果を可視化することが重要と考える。

(研究の限界)

またヒアリング調査では一般化を目的とするものではないが、対象者の多くが制度以前から対話推進に取り組んできたベテランであり、業務への熱意や経験が豊富な実践者が中心であったため、困難を抱える初学者の視点が十分に反映されていない可能性がある。また、研修受講先も限定的であった。さらに、医療対話推進者の主要な職種の一つである社会福祉士・医療ソーシャルワーカーの声を反映できなかった点も限界であり、今後、対象として意見を聞いていくことが課題の一つである。

F. 健康危険情報

なし

G. 倫理的配慮

本研究においては、東京医療保健大学ヒトに関する研究倫理審査委員会に多機関共同研究の一括審査を申請し、承認を受けた上で調査を実施した(承認番号:教 T24-02D-R1)。

H. 研究発表

- ・本谷園子. 中間報告「医療対話推進者の質向上と医療機関内の医療安全管理部門との連携に向けての研究」. WHO『世界患者安全の日』記念 Web シンポジウム 2024—患者参加型医療の実現に向けて～院内体制を構築するために～. 2024年9月16日(東京都、オンライン同時開催)
- ・本谷園子、末永由理、坂本すが. 医療対話推進者養成研修の実施状況と課題—看護師の受講状況と課題を中心に—. 第28回日本看護管理学会(名古屋市、2024年8月25日)
- ・本谷園子、末永由理、坂本すが、稲葉一人. 医療対話推進者と医療安全管理部門の連携の実態と

課題. 第19回医療の質・安全学会学術集会(横浜市、2024年11月29日)

- ・本谷園子. 医療安全に医療対話推進者をどう活用していくか. 2024年度日本医療マネジメント学会医療安全分科会(オンライン開催)

S. Mototani, Y. Suenaga, S. Sakamoto, K. Inaba. Evaluating the Role of a Medical Dialogue Facilitator in Enhancing Staff Support. ICN 2025 Congress, Helsinki, Finland, 2025. 6. 11(予定)

I. 知的財産権の出願・登録状況

なし

引用文献

- 1) 令和5・6年度厚生労働科学研究費補助金地域基盤開発推進研究事業: 医療対話推進者の質向上と医療機関内の医療安全管理部門との連携に向けての研究分担報告書. 医療対話推進者の業務・研修の実態および配置効果. (研究代表者: 稲葉一人)

(資料2-1) フェイスシート

(資料2-2) ヒアリングシート

表1 対象者概要

	A	B	C	D	E	F	G	H
施設所在地	東京都	愛知県	神奈川県	愛知県	兵庫県	兵庫県	神奈川県	愛媛県
病床規模	103床	771床	218床	267床	199床	167床	1135床	350床
病院機能	回復期リハ	急性期	急性期	療育医療	ケアミックス	急性期・ 専門科	急性期・ 特定機能	急性期
患者サポ加算	有	有	有	無	有	有	有	有
部署	医療安全室	医療安全管理部	医療安全管理室	医療安全管理室／リハビリテーション科	医療連携相談センター	安全管理室	トータルサポートセンター (患者相談室)	外科
職位(職名)	医療対話推進者	医療安全管理係	医療安全管理室・室長	医療安全管理室・室長	医療メディエーター	課長	医療メディエーター	部署管理者／ 県医師会役員
職種	事務職	事務職	看護師	医師、 (看護師3名)	薬剤師	事務職	看護師	医師
職種経験年数	20年	14年	40年	22年	37年	9年(勤続26年)	40年	45年
医療対話推進者の経験年数	20年	8年	8年	0(医療対話推進者ではない)	15.5年	9年	13年	15年
勤務形態	専従	専任	兼任(医療安全管理者)	兼任(リハ室)	専従	専任	専従	医療対話推進者の役割はしていない
対象者以外の医療対話推進者の有無	有(5人)	有(5人)	有(5人)	無	有 (30人以上)	無	有(1人)	有 (40~50人)
養成研修の受講の有無(研修先)	有(架け橋)	有(架け橋)	有(架け橋)	無(看護師2名は医療メディエーター協会)	有 (日本医療機能評価機構)	有(兵庫県看護協会／医療メディエーター協会)	有 (医療メディエーター協会)	有 (医療メディエーター協会)
事故調案件の経験	無 (モデル事業有)	無	有	有	有	有	有	有

表2 医療対話推進者が実施困難な業務とその対応

困難業務	困難の理由	解決に向けた対象者の意見・提案等
1)職員教育・研修の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・職員研修で何を教えたらいいか（指針からは）見えにくい ・養成研修で教わった中で、職員研修では何を話すべきか、テーマが絞られていない ・職員研修は、自分（医療対話推進者）の役割を知ってもらうための研修（どう活用してくださいと周知する）なのか、患者対応のスキルを伝える研修なのか迷う 	<ul style="list-style-type: none"> ・職員研修の中にどの職種も困っている相談事例と対応を取り上げるとよい ・職員研修では、医療対話推進者にどのような相談や依頼をしたらいいのか、基礎知識的な内容があるとよい ・患者のニーズに対話でどう対応していくのか、考え方と方法は興味をもたれるのではないか
	<ul style="list-style-type: none"> ・メデイエーションの概要を30分か長くても1時間という限られた時間の中で伝えることは難しい 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者対応の基本姿勢として「メデイエーションマインド」を入れる
	<ul style="list-style-type: none"> ・様々な院内研修があるなか、医療対話の研修の優先度は高くない（法定義務ではないので） 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療対話推進に関する職員研修の受講義務化が望ましい
	<ul style="list-style-type: none"> ・役職や長期間の経験がなく、係としてのポジションにいる人が院内全体を動かすような職員研修をやるのはハードルが高い 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療対話推進者の組織内での位置づけを明確にし、管理者から委任され活動することを強調 ・院内の様々な研修（管理者研修、新人研修など）に組み込む
2)医療事故を疑った患者・家族への対応	<ul style="list-style-type: none"> ・組織により医療対話推進者は相談業務が主で、事故対応は業務範囲とされていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・養成研修では、①相談窓口での患者相談対応（一次対応）用の研修と、②困難事例・事故対応まで含む研修と2階建にする。①は広く一般職員も受講でき、②は患者相談から事故対応まで携わる職員向けとする
	<ul style="list-style-type: none"> ・医療事故対応は、1回の養成研修で修得できるレベルではない 	<ul style="list-style-type: none"> ・学んだだけではできないので何回もロールプレイして、繰り返しやっていると難しい
	<ul style="list-style-type: none"> ・患者が聞きたいことと、医療者が説明したいことがずれているため納得してもらえない 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療安全管理者研修や、グリーフケア研修、メディカルピアサポーター研修なども（患者・家族の心情を理解するのに）役立つ
3)説明と対話の文化の醸成	<ul style="list-style-type: none"> ・医療対話推進部という部署はなく、指針があるのにそれをコントロールできる立場や役職にない 	<ul style="list-style-type: none"> ・指針上の「権限移譲」とは何か、明確にすべき ・医療対話推進者の組織内での位置づけを明確にし、管理者から委任され活動することを強調

	<ul style="list-style-type: none"> ・医療安全管理者は権限が明確だが、医療対話推進者の権限は不明確である 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・医療対話推進者はさまざまな部門の一係で、院内の流れを変えていける力がない ・専従及び専任ぐらにならないと、文化醸成には着手できないし、対話推進者の位置付けが病院の中でどれくらい浸透できているか（が問題）。 	<ul style="list-style-type: none"> ・専従・専任でないと文化醸成まで着手するのは難しいことから、医療対話推進者の位置づけがどれだけ病院で理解浸透されるか重要
	<ul style="list-style-type: none"> ・文化醸成は一足飛びにいかず、続けていくには、医療対話推進者がどういう人なのかをもっと組織の中で作らないといけない 	<ul style="list-style-type: none"> ・文化醸成は短期ではなく、医療対話推進者がどういう位置づけか組織で作っていきながら、長期視点で続けていく。 ・医療対話推進者は窓口に来た目の前の患者さんのことを一生懸命やるということだけではダメで、院内の職員の人たちにちゃんとこの役割をしっかりと理解してもらって一緒に(文化を)作り上げていくということができないといけない

表3 医療対話推進者の業務の質向上に向けた研修方法

研修における現状の課題	解決に向けた対象者の意見・提案等
<ul style="list-style-type: none"> ・養成研修だけでなく、現場で医療対話推進者のスキルを身に付けていくものだが、現場でのスキルアップを支援する人がいない ・(医療対話推進者を) ずっとやっていると我流になってくる 	<ul style="list-style-type: none"> ・現場に戻って困ることに対するフォローアップ研修があるとよい
<ul style="list-style-type: none"> ・相談事例の収集・分析・評価等は、一回の研修で十分にできるところまでいかない 	<ul style="list-style-type: none"> ・2、3日集中ではなく、積み上げていくタイプの研修が望ましい
<ul style="list-style-type: none"> ・加算のための研修だと動機づけになりにくい ・患者相談対応が学べればよい人、事故後対応まで身に着けたい人では、学習ニーズが異なる 	<ul style="list-style-type: none"> ・広くたくさんの方が受けられる医療対話の(外部)研修があるとありがたい ・知識を得るレベルの研修から、資格の取れる研修まで段階的な研修があるとよい
<ul style="list-style-type: none"> ・3日間仕事を休むことが不可能(特に医師) 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師に関する研修に関しては、4時間あるいは6時間、丸1日だけのコースがあるといい。(時間のとれない) 医師に対しては院内に講師を呼んで研修する方法もある
<ul style="list-style-type: none"> ・対面、オンライン研修についての規定が指針になり 	<ul style="list-style-type: none"> ・ロールプレイ演習等は対面が効果的だが、通いやすさなどを考えるとオンラインの方法があつてよい。講義はオンラインでよい。

表4 職種により研修の充実が必要な項目と対応

職種による業務遂行上の困難感、課題	解決に向けた対象者の意見・提案等
<ul style="list-style-type: none"> ・対話推進のスキルと医療職としてのスキルは別物、有資格者だからといって養成研修を受けないでいいとはならない ・看護師（有資格者）であるため、なかなか研修に行けなかった 	<ul style="list-style-type: none"> ・有資格者も養成研修受講は必須と示すべき ・看護師には対話の場で、医療がわかる者としての相談スキルを、対話推進者としての立ち位置に置き換える訓練が必要である
<ul style="list-style-type: none"> ・事務職は患者のケアや傾聴を学んで現場に入ったわけではない。教育背景・文化がちがう ・事務職は医療に対する知識が他の職種に比べて薄いことを実感している ・患者対応においては医療・医学的知識がかえって邪魔になることがある 	<ul style="list-style-type: none"> ・事務職は医療に対する知識を勉強する機会があったほうが良い ・医療安全関係の業務の経験がない人には医療安全の研修を強化する ・指針の指す「医療知識医療上の情報」とは何か？明確に、具体的に示されるとよい

表5 医療事故調査制度（事故調）の経験

現状の課題	解決に向けた対象者の意見・提案等
<ul style="list-style-type: none"> ・事故調案件に対応するなら、制度の知識が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・既に養成研修で講義を入れている ・研修を受けた人間を各医療機関に最低5人から10人ぐらい配置して、その人たちが中心となって事故調案件の報告から最終的な報告書作成までを行うのがよいと考える
<ul style="list-style-type: none"> ・事故調案件発生時における医療対話推進者の役割が不明確 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療対話推進者は医療事故対応にかかわることを(指針や組織のマニュアル等に)明示する ・医療事故発生時マニュアルに医療事故後における医療対話推進者の役割を示す(自組織のマニュアルでは医療事故後の対応として、医療安全との連携が必要な事案が発生した場合に対話推進を始めると記載されている)
<ul style="list-style-type: none"> ・重大事故が起きたら、医療安全管理者は期間限定で原因究明が迫られ、患者対応までたどりつけない 	<ul style="list-style-type: none"> ・事故調に限らないが、医療事故が起こった時の医療対話推進者と医療安全管理者の連携、役割分担について(指針などに)示す ・医療安全管理者と役割分担をしつつ、情報共有をして一緒に報告書をまとめていく ・医療対話推進者が介入するか、患者に確認してからかかわる
<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関が最も困っているのは「遺族対応」である 	<ul style="list-style-type: none"> ・メディエーターが最初の1回目の対話から患者ご遺族との間に入ってくれることが重要
<ul style="list-style-type: none"> ・規模の大きな病院では医療安全管理者と共同で患者対応するが、小規模病院では役割(人)を分けられない 	

表6 医療対話推進者による職員サポート業務

現状、実践していること	解決に向けた対象者の意見・提案等
<ul style="list-style-type: none"> ・大変な事案において医療対話推進者自身が悩むわけではない。現場の当事者の方が大変な思いをする。その時に患者と医療者の両方を支える役割だと考え実践している ・医療者の（「訴えられるかもしれない」という不安にも寄り添う ・組織において医療対話推進者ではないが、（養成研修を受けた者として）患者対応の相談を受け、共に対応することはある 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者サポートの加算で患者から支払われるので強調できないが、患者対応の質向上のために医療者およびすべての職員が一定の質の患者対応ができるよう、（医療対話推進者が）整える必要がある。 ・患者と医療者の両方を支える役割だと考える。それを指針に示してもよいのではないか
<ul style="list-style-type: none"> ・気難しい医師にもかかわる。患者対応時に同席・支援することで医師が変わることもある 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療対話推進者が職員（特に医師）の患者対応をサポートすることは、働き方改革という意味でも貢献している
<ul style="list-style-type: none"> ・事故発生時の医療者対応(当事者の多くは看護師)は医療安全管理者がメインで行っている 	<ul style="list-style-type: none"> ・事故にかかわった当事者職員のサポートを医療対話推進者が支援することもできる

表7 暴力・カスハラ対応

対応の現状	解決に向けた対象者の意見・提案等
<ul style="list-style-type: none"> ・もとをたどると医療者が怒らせている可能性がある。「理不尽だ、クレマーだ」からスタートするのはやめてほしい 	<ul style="list-style-type: none"> ・「暴言・暴力・反対」のポスターは、初めから対立関係を表明するようで逆効果 ・暴言・暴力対応は本来役割ではないが、医療対話推進者が関わる場合がある。クレーム撃退したらいいという考え（問題解決思考）では対応できない
<ul style="list-style-type: none"> ・見極めが難しく、「対話推進者です」と声をかけた時に、どうなるかによってその後の対応者は変わっていく ・起こってる現象をどう捉えるか、本当にカスタマーハラスメントなのか自体も分からない、たいていは少し声をかけて、「これは違うな」と思ったら、暴力対応の次長を呼ぶようにしている 	<ul style="list-style-type: none"> ・カスハラの定義を明確にし、どこまでだれが対応する、またはつなぐかを示す必要がある
<ul style="list-style-type: none"> ・メディエーションが通じづらいため、毅然とした態度でいくしかない。ひどいと警察に相談 	<ul style="list-style-type: none"> ・明らかに悪意や金銭目的、実際に物を投げたりするのは対話のレベルではなく、ホワイトコードである（が、見極めは難しい）
<ul style="list-style-type: none"> ・暴力対応は自分(前職事務職)の担当 ・クレームは（医療対話推進者に）回ってくる。 ・現場で初期対応はするが、手に負えなかったら医療対話推進者に回ってくる 	<ul style="list-style-type: none"> ・警察 OB と事務部と医療対話推進者が一緒に関わる場合もありえる ・ハラスメントについて相談されることもある。直接かかわるより、現場の管理者がどうかかわるといいか、助言する役割と考えている

表 8 医療安全との連携

現状の課題など	解決に向けた対象者の意見・提案等
<ul style="list-style-type: none"> ・医療安全と医療対話推進者の連携とは具体的に何を するか、明文化されていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療安全との連携をさらに強化した書き方にする ・同じ「連携」という言葉でもイメージしているこ とが違うので、どのような連携か例示するとよい
<ul style="list-style-type: none"> ・事故対応等において医療安全管理部と医療対話推 進者の役割分担が明確になっていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療安全の中で、事故後の患者対応は医療対話推 進者が必要と認識されることが重要 ・(指針において) 連携と役割分担にも言及する ・養成研修では「連携のモデル」をいくつか示し、 病院特性によって参考にできるとよい
<ul style="list-style-type: none"> ・医療対話推進者が医療安全委員会の参加メンバ ーでない施設もある 	<ul style="list-style-type: none"> ・月 1 回程度の安全管理委員会に対話推進者は出 るべき。各部門の安全推進委員が患者の不安や悩みを 知ることが重要。またどういう事故があったのか頭 に置いておく必要がある。クレームになった事例と の関連づけができる
<ul style="list-style-type: none"> ・<u>医療事故の分析や再発防止は医療安全管理者、患 者や家族とのいわゆる対話やサポートは、医療対応 推進者という分担。1 人兼務でしか配置できない組 織もある</u> 	

表9 業務指針への意見

<p>(業務について)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・指針の中で、「医療対話は管理者に必要な知識」として位置付ける ・医療者にとっても必要な人であることを理解してもらえるような記載を望む ・「管理者の指示に基づき」は活動制約になる可能性。権限を得て自律して動けることが明文化されるとよい。医療対話推進者に管理者から委譲される権限とは何か？を明示してほしい <p>(研修について)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現状の16時間ないし20時間の研修では、すべての業務ができるレベルに達しない ・なんでも相談対応などの一次対応と、重大な事故等に対応できるレベルがあるのではないか。研修はどのように分けられていない。今は相談窓口用の研修である
--

表10 患者サポート体制充実加算への意見

<ul style="list-style-type: none"> ・相談窓口に常時1人以上配置はかなり不可能 ・入院加算なのに、実際は外来や電話からの相談が多い ・体制整備が大変なわりには点数が低い ・医療対話推進者になるために3日間休んで研修に行くことが難しい ・この加算をとれば患者支援体制が充実しているというわけではない。(受けた相談に対し、それぞれの部署で対応する意識や姿勢があり、実践できている施設はある) ・医療対話推進者の必要性や成果がみえにくいいため、加算をとる必要性が伝わらない
--

表11 業務指針見直しのポイント (案)

項目	具体的に表記修正や追加記載が必要なこと
1) 医療安全部門との連携の明確化	<ul style="list-style-type: none"> ・医療安全管理者と医療対話推進者の役割分担と連携の在り方を明示する ・インシデント・事故情報の定期的な情報共有体制を明示する ・医療安全委員会等への医療対話推進者の参画を推奨事項として記載する
2) 自ら相談を受けるとともに、患者・家族と職員との対話促進を行う役割の明示	<ul style="list-style-type: none"> ・医療対話推進者は相談対応を行うとともに、患者・家族と医療者との対話促進者であることを明記する ・そのため「一次対応」の表現を見直す必要 ・部署・職員が自ら対応できるよう、支援的介入を行う点を強調する
3) 患者・家族支援だけでなく職員支援も業務として位置付ける必要	<ul style="list-style-type: none"> ・患者支援に加えて職員支援も業務として明記し、業務として示す ・職員支援に関する実践的知識を研修に導入する ・暴力・暴言・ハラスメント等への対応について、組織的対応の知識をもち、体制整備を図っていくことが求められる
4) 医療事故対応時における医療対話推進者の役割の明確化	<ul style="list-style-type: none"> ・医療対話推進者の事故対応における必要性と役割の周知を促す文言を加える ・医療安全管理者との医療事故後対応における連携に関する具体モデルを提示する

5) 「説明と対話の文化」の意味と具体実践の明確化	<ul style="list-style-type: none">・「説明と対話の文化」の意味するものと目指す姿を明記する・組織的に「説明と対話の文化」醸成を推進していくための具体的な取り組み例やプロセスを記載

(対象者用)

ヒアリングシート

下記項目について、お話を伺う予定です。ご準備のほどお願い申し上げます。

1. 対象者自身について

フェイスシートをもとに確認

2. より充実させるべき研修とその方法について

- 1) 医療対話推進者が実施に困難を感じるため、研修充実を図る項目
(アンケート結果では、「職員教育・研修の実施」「医療事故を疑った患者・家族への対応」「説明と対話の文化醸成」の実施率が低かったが実際はどうであるか、研修で強化したほうがよいと思うか)
- 2) 医療対話推進者が業務のさらなる質向上のために、研修充実を希望する項目
(「相談事例の収集・分析、評価等」の困難感が高く、「患者・家族対応の基本的知識(信頼構築やコミュニケーションなど)は研修充実のニーズが高かった。初期研修に加え、どのような支援方法が可能か)
- 3) 医療対話推進者の職種により研修の充実が必要と考えられる項目とその理由

3. 指針に追加記載すべき業務とその研修について

- 1) 医療事故調査制度に関する業務へ医療対話推進者のかかわりの実際
(関わる場合は医療安全管理部門との役割分担の明示が必要ではないか)
- 2) その他、アンケートで現行指針には記載されていないが「実施している」の回答があった業務の実施状況(職員のサポート業務が多かったが実態は? カスタマーハラスメントや暴力対応も実施しているという回答が見られた。これらは医療対話推進者の業務と考えるか)
- 3) 1)2)についての研修の必要性とその方法(指針への記載のあり方も含め)

4. 医療安全管理部門との連携における課題と改善策

- 1) 医療対話推進者が医療安全管理部門の所属でない場合や、医療対話推進者と医療安全管理者の職種が異なる場合の連携の支援方法
- 2) 連携の方法や頻度について(会議頻度など指針に記載すべきか等も含め)
- 3) 医療安全管理部門との連携について、研修中に組み込めることはあるか

5. その他、現行指針に対する意見など

- ・対面・オンライン形式への意見、対話推進者周知への工夫
- ・患者サポート体制加算の届出の障壁

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

研究成果の刊行に関する一覧表

指針

著者氏名	名称	発行元	発行年	ページ
「医療対話推進者の質向上と医療機関内の医療安全管理部門との連携に向けての研究」 研究班	「医療対話推進者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針—説明と対話の文化の醸成のために—」	厚生労働省	2025年 (予定)	1-11

書籍 なし

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
本谷園子、末永由理、坂本すが	医療対話推進者養成研修の実施状況と課題—看護師の受講状況と課題を中心に—	第28回日本看護管理学会学術集会抄録集	28	-	2024
本谷園子、末永由理、坂本すが、稲葉一人	医療対話推進者と医療安全管理部門の連携の実態と課題	第19回医療の質・安全学会学術集会誌	19	420	2024
末永由理、本谷園子、坂本すが、稲葉一人	医療対話推進者の業務の現状	第19回医療の質・安全学会学術集会誌	19	519	2024
末永由理、本谷園子、坂本すが、稲葉一人	医療対話推進者の研修ニーズ	第19回医療の質・安全学会学術集会誌プログラム・抄録集	19	519	2024

厚生労働大臣 殿

機関名 東京医療保健大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 亀山 周二

次の職員の令和6年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 医療対話推進者の質向上と医療機関内の医療安全管理部門との連携に向けての研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医療保健学研究科 看護マネジメント学領域・助教
(氏名・フリガナ) 本谷 園子・モトタニ ソノコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京医療保健大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 中京大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 梅村 清英

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 医療対話推進者の質向上と医療機関内の医療安全管理部門との連携に向けての研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 法務研究所・特任研究員
(氏名・フリガナ) 稲葉 一人・イナバ カズト

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京医療保健大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名 称:)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和7年 3月 10日

厚生労働大臣 殿

機関名 公益社団法人 地域医療振興協会

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 吉新 通康

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 医療対話推進者の質向上と医療機関内の医療安全管理部門との連携に向けての研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 地域医療研究所 地域医療安全推進センター・センター長
(氏名・フリガナ) 石川 雅彦・イシカワ マサヒコ
- 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	地域医療振興協会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和7年 5月 1 日

厚生労働大臣 殿

機関名 埼玉医大総合医療センター

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 別宮 好文

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 医療対話推進者の質向上と医療機関内の医療安全管理部門との連携に向けての研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 小児科(新生児部門) 特任教授
(氏名・フリガナ) 加部 一彦・カベ カズヒコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京医療保健大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和7年3月31日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職名 院長

氏名 曾根 智史

次の職員の令和6年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 医療対話推進者の質向上と医療機関内の医療安全管理部門との連携に向けての研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医療・福祉サービス研究部・上席主任研究官

(氏名・フリガナ) 種田 憲一郎・タネダ ケンイチロウ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京医療保健大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東海国立大学機構

所属研究機関長 職 名 名古屋大学医学部附属病院長

氏 名 丸山 彰一

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 医療対話推進者の質向上と医療機関内の医療安全管理部門との連携に向けての研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部附属病院 ・ 教授
(氏名・フリガナ) 長尾 能雅 ・ ナガオ ヨシマサ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京医療保健大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 京都大学

所属研究機関長 職 名 医学研究科長

氏 名 伊佐 正

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 医療対話推進者の質向上と医療機関内の医療安全管理部門との連携に向けての研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 医学部附属病院 医療安全管理部・教授
(氏名・フリガナ) 松村 由美・マツムラ ユミ
- 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	京都大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名 称:)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和7年5月28日

厚生労働大臣 殿

機関名 一社) 日本医療安全調査機構

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 門脇 孝

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 医療対話推進者の質向上と医療機関内の医療安全管理部門との連携に向けての研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 一般社団法人日本医療安全調査機構・常務理事
(氏名・フリガナ) 木村 壯介・キムラ ソウスケ
- 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京医療保健大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: <u>機構内にないため</u>)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: <u>国立健康危機管理研究機構</u>)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: <u>機構内にないため</u>)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。