

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)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とりこめるまでいかない」、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、メデイ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 ・専従及び専任ぐらいにならないと、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い 	<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。