

切れ目のないサービスの提供を可能にする
医療と介護と福祉のスムーズな連携に向けて

九州大学大学院医学研究院医療システム学教室

准助教 稲津 佳世子

【背景】

高度化、広範化、細分化、複雑化する医療システム、

さらに、入院期間の短期化で「効率」が求められるようになった
分断化したサービス提供 その狭間で悩む患者、家族の増加

(わからない、決められない、実行できない)

家族機能の衰退：アンペイド・ワークが可視化

日々、現場で感じること 家族も医療者も困っている→どうにかしなければ
そこで

コーディネーター、カウンセラー、プランナー、サポーター、ヘルパー、マネージャーなど
調整する第三者に対するニーズの浮上

【対策】

医療決断サポーター（支援員）：医療の入り口＝自宅から病院へ

THP：医療からの出口、リハビリ、介護、福祉へ＝病院から自宅へ

【必要性和重要性】

○【やらなければならない】 外的規制、高い透明性が求められる、
第三者の立会い、記録・統計、保証
社会的公平性、公費の投入など

例) 臓器移植コーディネーター、臨床治験コーディネーター

○【やりたい、あったら便利】

「包括的視点で動ける専門職が必要だ」

・ 現状では・・・経済的基盤、社会的承認、質の担保の問題が未解決

理由1) 効率性・・・医療職の「説明や事務処理」に関する時間的負担を軽減する

★例＊メディカル・クラーク：保険点数に認められた

より親身な対応、(個別性)

専門的対応(鳥の目、虫の目)

理由2) これませの専門職だけでは対応ができない新たな分野

退院支援、在宅、など医療から介護への連携など

○専門職である必要性)

医療界は専門職だらけ・・・その中であって、発言力&統率力が必要：「資格要項」

【現状の把握】

1、既に試行錯誤は始まっている

疾患特異的な対応：患者、医療者双方のニーズが合致(学会、患者会などが主導)

難病コーディネーター、不妊、遺伝、がんカウンセラーなどなど ピアサポートも
医療メディエーター

既存の資格にさらに上乗せ・・・臨床経験が必須（主に看護師、臨床心理士など）

（専門看護師 10 種、認定看護師 19 種）

新規導入・・・大学院プログラムとして

遺伝カウンセラー、THP

一般化 医療決断サポーター（支援員）

医療コーディネーター、医療情報コーディネーター

医療コンシェルジュ、医療クラーク

2、既にいるパラメディカルの活用は？

例) 薬剤師、作業療法士、理学療法士、社会福祉士、保健師など・・・

○薬剤師：専門薬剤師 5 種：がん、感染制御、精神科、妊婦・授乳婦、HIV 感染)

認定薬剤師（継続研修） 平成 20 年から

3、チームとしての包括化

災害派遣、緩和ケア、ペインコントロール、栄養サポート、感染制御、在宅、医療安全管理…

そして、結局は高度専門細分化がすすむ？・・・さらに上位の包括的専門職が求められる？

【包括的専門職に求められるもの】

1、知識＝情報

○医療全般に関する知識、

医学的知識、医療経済、医療制度・政策、

医療や介護福祉に関連する法律

（例：医療法、個人情報保護法、各専門職に関する法律、感染症新法、

訴訟に関する各種法律 例) 憲法、民法、刑法、訴訟法、家族法 等等)

○特定分野に関する専門知識

看護、介護、福祉、各専門分野

☆○高い情報処理能力（情報収集、情報選択、情報提供）

情報機器やインターネットの使用

2、技能

○コミュニケーション能力＝協調性

アサーション、ディスカッション、ファシリテーション、カウンセリング、

○マネジメント、コーディネート・・・メディエーション、ネゴシエーション、

1 対 1 対応のみならず、1 対多対応（家族療法的システムズ・アプローチ）

○リーダーシップ & 役割分担の明確化

3、実践

○ケース（症例検討、現場での体験実習）・・・応用力、感情処理

以上は教育と経験で解決出来る

しかし、専門職として最も重要なもの

4、倫理規範＝価値基準

「弱い立場」である「被援助者」の利益を第一とする

×援助者の誘導、指示、命令になってはいけない！！（容易に可能であるからこそ）

×「自分のやりたい」援助を押し付けてはいけない。・・・淡々としかし確実に

☆この倫理が確立、維持されるためには何が必要か？

○社会の承認（利用者＝住民、国民の切実なるニーズ）

○経済的基盤の安定、（貧すれば鈍する）…理念だけでは良いケアは提供できない

雇用体制の例 医療機関、法人、などの雇用

行政の雇用（保健師など）

利用者の個人雇用

NPO

ボランティア

利用者は元々「弱者」であり、支払い能力には限界がある

利用者に求めるのは困難→ならば相互扶助！（しかし、現実には誰が？）

保険？（承認されるまで時間がかかる）→ 現場にいる人が無償で・・・？！

《現状では》

独立した専門職としてではなく、+αの職能として対応？

時間をかけて社会の承認を得る事も必要 そのためには、効果の実証、広報

仲介職の特徴】

○「黒衣」としての仲介職

黒衣はいても、居ないこととして舞台上に存在する

黒衣がいなければ、舞台は展開しない＝高い存在価値・・・専門職

しかし、表立って評価されにくい

いなくても関係が成立するようになることが目標＝価値矛盾

○仲介職が介入する事で余計に手間隙がかかる可能性がある

独りで決断できない（当事者の意向優先、無視するのは本末転倒）

対話を中心：相談、報告、すり合わせのための時間・手間が追加（効率性と矛盾）

○常に葛藤場面（板ばさみ）、踏み台になるリスクが高い

「感情労働」：自分のメンタルヘルスをどう保つか

同業者でのささえあいが不可欠

○ 質の評価？（基準は何か、満足度？→比較が難しい、金銭換算が困難）

これから本格的に議論が始まる

アメリカの医療機関で働いている「医療以外の」専門職】

医療に直接関与しないが病院機能を維持するためには不可欠な専門職たちがいる

アメリカ病院協会が統括

「資格認定センター」が各専門職の「資格試験」を管理

- American Society for Healthcare Engineering (ASHE)
施設管理: 設備基準、感染制御、事故防止など
- American Society for Healthcare Environmental Services (ASHES)
環境整備: 清掃、リネン、家具、備品などの管理
- The National Association of Healthcare Transport Management (NAHTM)
移送管理: 郵便、患者の搬送(院内、院外)、物流管理、検体移送
- American Society for Healthcare Human Resources Administration (ASHHRA)
人材管理
- American Society for Healthcare Risk Management (ASHRM)
医療安全管理、リスクマネージャー
- Association for Community Health Improvement (ACHI)
地域医療との関係: 病院へのアクセス、慢性疾患の管理、地域の特性分析、広報など
- Association for Healthcare Resource & Materials Management (AHRMM)
物流: 資源や物の管理
- Association for Healthcare Volunteer Resource Professionals (AHVRP)
病院ボランティアコーディネーター
- Association of Healthcare Administrative Professionals (AHCAP)
病院経営
- Medical Fitness Association (MFA)
メディカルフィットネス
- Society for Healthcare Consumer Advocacy (SHCA)
患者アドボカシー、
- Society for Healthcare Strategy & Market Development (SHSMD)
マーケティング、経営

ちなみに、日本病院協会でも。。。診療録管理士、医療安全、経営、感染制御など
専門職化することのメリット、デメリット】

メリット: 社会的地位、(医療界での発言権)、満足感、スキルの獲得、収入の確保?

デメリット: 「患者」から遠のく(?)、さらなる経費、人材不足(格差が生じる)

「ジェネラリスト」と「プロフェッショナル」

- 1、【「プロ」の「ジェネラリスト」
- 2、「ジェネラリスト」で「プロ」でもある

まとめ】

とはいえ、MDSにも ニーズは確実にそこにある!

全ては「患者」さんのために・・・“In the Name of the Patients”「SHCA」のテキスト標題より

リスクコミュニケーター は誰のため? 医療者の価値観の押し付けでは本末転倒

医療決断サポーター(支援員)

Medical Decision Supporter

医療者と患者の隙間を埋める人材養成の試み



九州大学大学院 医学研究院

医療システム学教室

稲津 佳世子

平成22年2月15日

今日の流れ

- 医療決断サポーター(支援員)養成講座
- 医療者と患者の架け橋
- (仲介的職種)に関する考察
- アメリカにおける様々な専門職の戦略
- 私達の進む道

医療決断サポーター(支援員)

- 医療における
- 決断(decision)を
- Supportする人



インフォームド・コンセントの場に立ち会う

医療決断サポーターの仕事

- 医療者と患者の橋渡し
 - 医学的な問題解決
 - 心理的な問題解決
 - 社会・経済的な問題解決
 - 家族、医療者との関係調整
 - 医療から「生活」への橋渡し

医療決断サポーター養成講座

- 第1回 平成16年 開始
 - 12月18日～平成17年2月20日
 - 8日間 延べ40時間
 - 九州大学医学部百年記念講堂にて
- 対象者:現在医療機関で活動している医療関係者
- 問い合わせ:約200件
- 現在5期生終了

医療決断サポーター養成講座

応募者

看護師	108
医師	6
歯科医師	1
薬剤師	8
社会福祉士	22
その他	23
介護支援員	11
合計	179

参加者

看護師	36
医師	6
歯科医師	1
薬剤師	4
社会福祉士	9
その他	10
合計	66

参加職種と人数

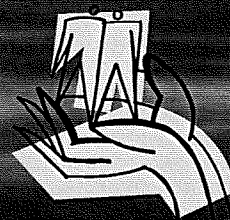
	第2回	第3回	第4回	第1回	合計
医師	1	2	4	7	14
看護師	27	17	24	36	104
薬剤師	2	1	1	4	8
社会福祉士	5	3	4	9	21
ケアマネージャー	1	2	3		6
治験コーディネーター	1	0	0		1
臨床検査士	1	1	2		4
その他	4	10	2	10	26
合計	42	36	40	66	184

日程	曜日	9:20 連絡	9:30~11:00		お昼 休み	13:40~15:10		15:20~16:50	
			1時間	2時間		3時間	4時間		
第1回	日	連絡	がん治療 (信友)	MDSとは (津津)		アイヌブレイク (津津)	アメリカにおける患者 コーディネーター (岡本 俊和子)		
第2回	土	連絡	インフォームド・コンセント (池永)			終末期医療における自己決定 (二ノ坂)			
第3回	日	連絡	精神疾患を持った方 との関わり (原)	医療コミュニ ケーション (萩原)		医療倫理(患者とし て、家族として) (波多江 伸子)	リスクマネージメ ントと医療決断サポー ター (點澤)		
第4回	土	連絡	遺伝と遺伝医療を正しく知ろう (櫻井)			医療用語の説明 (後)	医療と社会資源 (地域連携) (栗山)		
第5回	日	連絡	医療メデイエーション① (中西)			医療メデイエーション② (中西)			
第6回	土	連絡	医療コミュニケーション実習① (荒木)			医療コミュニケーション実習② (荒木)			
第7回	日	連絡	EBMへのアプローチ (大河内)	生活習慣病をコントロール するには (中島)		個性心理学の医療応 用 (和田 俊)	医療過誤訴訟概論 (浅野)		
第8回	土	連絡	医療と社会資源 (社会福祉) (田村)	患者として望むこと (内田)		癌コーディネーター として (土橋)	開業医療コーデ ィネーター (岩本)		
第9回	日	連絡	課題発表	課題発表		課題発表	終了にあたって		



修了生の活躍

- 病院ぐるみの研修制度
 - 霧島市立医師会病院
- 薬剤師として
- ケアマネージャーとして
 - 医療機関と介護の橋渡し
- その他
 - 相談業務
 - 地域連携室
 - 地域の支援センター
 - ボランティア



なぜ、今 医療決断サポーター(支援員)が 必要なのか

医師－患者関係の変化

- パーナリズム
- インフォームド・コンセント
- shared decision making

(問題点)

情報の非対称性

高い専門的知識

状況の非対称性

日常的判断と非日常



様々な「隙間」の存在

- 高度専門化、細分化する医学
- 広範化、複雑化する医療システム
 - 同時に効率化も求められる
- 分断化したサービス提供
 - 悩む患者、家族、医療者
 - わからない（情報の不足）
 - 決められない（多様すぎる選択肢）
 - 実行できない（人、時間、お金）



日本の医療・介護・福祉における 医師－患者間の仲介職

- 臓器移植コーディネーター
- 臨床治験コーディネーター
 - 骨髄移植ドナー承認説明時の弁護士の立会い
- HIV感染カウンセラー
- 不妊症カウンセラー
- 遺伝子病カウンセラー
- 難病カウンセラー
- 放射線カウンセラー
- メディカルクラーク
- 診療録管理士
- 社会福祉士(SW)
 - 医療社会福祉士(MSW)
- 精神社会福祉士(PSW)
- 臨床心理士
 - 医療心理師
- 介護支援専門員
- トータルヘルスプランナー
- 医療コーディネーター
- 医療情報コーディネーター
- 医療コンシェルジュ

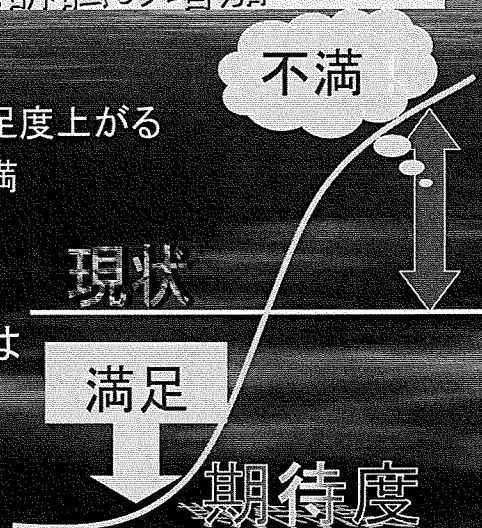
どんな場合に 医療決断サポーターが必要か

- より一般的な状況
 - 生命に関わる状態
 - がん
 - 手術
 - 侵襲の大きい検査
 - 医療過誤のおきたとき
 - 医療苦情の生じたとき
- 本人に判断能力がないとき
 - 子供
 - 障害者

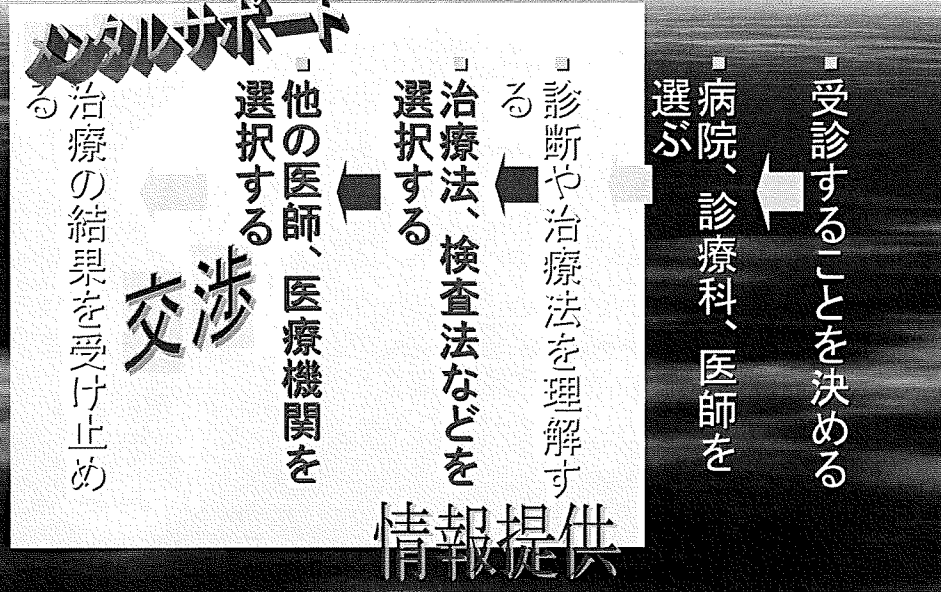


医療の結果に対する期待と 満足度と訴訟の増加

- 現実と期待の差
 - 期待 > 現実 → 満足度上がる
 - 期待 < 現実 → 不満
 - 医療訴訟の増加
- 満足度を上げるには
 - 現状を良くする
 - 正しい現状認識



患者の医療決断とサポート



非対称性

- 情報の非対称性
 - 医療の高い専門性
 - 専門用語
 - 特殊な状態
- 状況の非対称性
 - 非日常性
 - 当事者と観察者
 - 生命、身体の障害

知 意 情

医療決断サポーター(MDS)の ニーズ

- 患者さんのタイプにより
求められる援助が違う

透明性の
確保

人数

↑
心理的
サポート

意

↑
情報提供

依存情

決断力

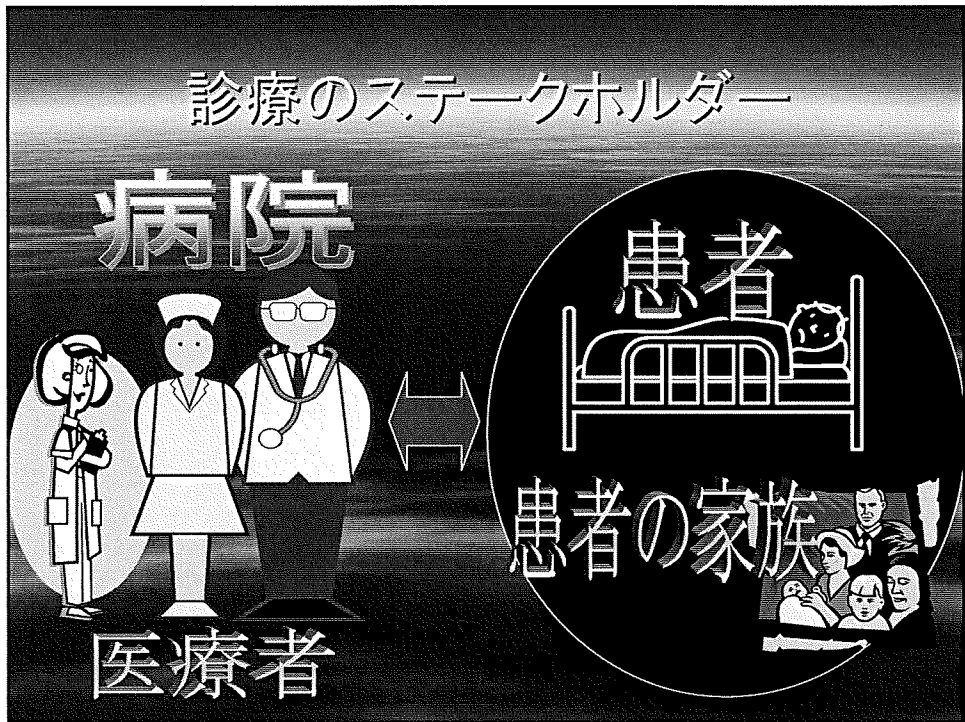
知

自立

立ち会う意味

- その場で観察する。
- その場で相互のやり取りを記録する。
- その場で質問を促す。
- 適度な緊張感
 - 相互に無礼な態度を抑制する
 - マルチボイス





三角関係 (ボーエンの家族システム論より)

- 二者というのは緊張関係を生みやすい。
 - 自己分化(巻き込まれなさ、他人との関係、自己の感情)
 - 感情 > 知性
- 第三者を巻き込もうとする
 - どちらかと癒着→病的関係
 - 分離、(分化)→相方にとって圧力になる
 - 自己分化が進む(治療的)
- 巻き込まれない第三者になることが重要



院内型と院外型

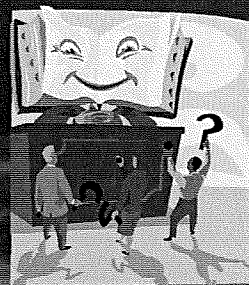
	長所	短所
院内型	近くにいるので、依頼しやすい	患者から病院側の人間と見られる
	患者からも医療者からも依頼できる	職位が上の人への「注意・注文」に困難感
	職員と顔見知りで交渉しやすい 解決が早い可能性 経済的に安定	院内職員から孤立する危険性 経営者や職員の十分な理解が必要
院外型 独立型	中立性が保たれる 患者側の立場での視点を貫ける	介入できるまでの手続きが必要
	院内の職位に左右されない発言権	医療機関と患者が完全に対立する危険性
	特定の医療機関に拘束されず、地域全体を資源に出来る	両者の信頼を得るまで時間がかかる 経済的な問題 専門性と高い倫理性が要求される

包括的専門職にもとめられるもの

包括的支援専門職にもとめられるもの

1、知識

- 医療全般に関する知識
 - 一般的医学知識
 - 医療制度、医療経済、医療法制
 - 個人情報保護法など
 - 介護や福祉全体に関する知識
- 特定分野における専門知識
 - 看護、介護、福祉、各専門分野
 - (理学療法、作業療法など)
 - 自分の強み、価値観、視点



包括的支援専門職にもとめられるもの

1、知識(その2)

■ 情報処理能力

－ 情報収集能力

- 何に関する情報がどの程度必要か
- 正確な情報はどこにあるのか
- どうやって手に入れるか(口コミ?インターネット?)



－ 情報選択能力

- 情報の確からしさ
- 個別の必要性と合致するか EBM

－ 情報提供能力

- 誤解を受けない、わかりやすい情報提供の仕方

包括的支援専門職にもとめられるもの

2、技能

■ コミュニケーション能力

－ アサーション、ディスカッション、ファシリテーション

－ カウンセリング

- 人の話を聴く、相互に理解を深める、会話を促進する

■ マネージメント、コーディネート能力

－ メディエーション(調停)、ネゴシエーション(交渉)

▪ コンフリクト・マネージメント

- 1対多対応の調整(家族療法的システムズ・アプローチ)

■ リーダーシップ

－ 役割分担の明確化

包括的支援専門職にもとめられるもの 4、倫理規範

- 最も重要
 - 専門職としての拠って立つ場所
 - 価値観
 - 「弱い立場」である「被援助者」の利益を第一とする
 - × 援助者の誘導、指示、命令になってはいけない
 - 容易に可能であるからこそ気をつける
 - × 「自分のやりたい」援助だけを押し付けてはいけない
 - 淡々と、しかし確実に 「専門職」としての対応を

包括的支援専門職にもとめられるもの 3、実践

- ケース
 - 症例検討
 - 現場での実習
 - 経験を積む
 - 個別事例への応用力
 - 感情処理
 - 実際のケースでは様々な「感情」への対応が必要
 - 「感情労働」
 - 「自分」の傾向の再認識したうえでの専門職としての対応



この「倫理」を確立、維持するために

- 社会の承認
 - 利用者＝地域住民、国民 の切実なるニーズ
 - 尊敬、感謝、承認・・・自尊心の維持
- 経済的基盤の安定
 - 継続的就労を可能にする(経験の蓄積)
 - 職務に専念できる
 - 雇用形態として考えられるもの
 - 医療機関、法人の雇用
 - 行政の雇用
 - 利用者が直接雇用
 - NPO、ボランティア



この「倫理」を確立、維持するために

- しかし、利用者は「経済的弱者」の可能性が高い
 - 当事者だけでは背負いきれない
 - では、誰が?・・・相互扶助の精神
 - 保険制度?行政お抱え?
 - 現場でとりあえず頑張る
- 現状では
 - 独立した「専門職」としてではなく「+α」の能力として
 - 時間をかけて社会の承認を得る
 - 効果の実証、検証や広報が必要