

介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上 と今後のあり方に関する検討会における議論 の中間的な整理 (平成25年1月7日)

- ▶ 一方、介護が必要となった場合に、自宅で介護を受けたいという希望を持つ人は74%となっているなど、要介護者等となっても、高齢者が尊厳を持って、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるよう、地域包括ケアシステムを日常生活圏域で実現していくことが重要な政策課題となっている。

25

介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上 と今後のあり方に関する検討会における議論の 中間的な整理 (平成25年1月7日)

- ▶ こうした中、要介護者等に、その人にふさわしい適切な介護サービス、保健医療サービス、インフォーマルサービス等を総合的に提供することが、これまでも増して求められるようになってきており、介護支援専門員の資質やケアマネジメントの質の向上に対する期待も大きくなってきている。

26

介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上 と今後のあり方に関する検討会における議論の 中間的な整理 (平成25年1月7日)

- ▶ (3) 医療との連携の促進について
- ▶ 今後、重度者や医療の必要性が高い利用者が増えていくと考えられることから、介護支援専門員には、ケアマネジメントを行う際の医療との連携やケアプランへの適切な医療サービスの位置付けを促進するとともに、入院から退院後の在宅への移行時等における適切な連携を促進することが必要である。

27

介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上 と今後のあり方に関する検討会における議論の 中間的な整理 (平成25年1月7日)

- ▶ 現状では、サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していないのではないか、医療関係職種との連携が不十分なのではないか、といった指摘がされており、ケアマネジメントにおける医療との連携については重要な課題である。

28

介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上 と今後のあり方に関する検討会における議論の 中間的な整理 (平成25年1月7日)

- ▶ また、自立支援に向けては、リハビリテーションの活用が有効であり、ケアマネジメントの際に適切な連携がなされるよう、介護支援専門員にリハビリテーションに係る基礎的な知識が教育される機会を増やすとともに、早い段階からリハビリテーション専門職の適切な助言が必要に応じて得られることが重要である。

29

連携の担い手

- ▶ 「連携」は総合職
- ▶ 「養成」は専門職

- ▶ 法人や関連施設での連携
- ▶ 職種や施設を超えた地域での連携

◎連携の担い手を育てる

30

4 業務独占の変化

31

医師法の規定

▶ 医師の業務独占

第十七条 医師でなければ、医業をなしてはならない

第三十一条 次の各号のいずれかに該当する者は、三年以下の懲役若しくは百万円以下の罰金に処し、又はこれを併科する。

- 一 第十七条の規定に違反した者
 - 二 虚偽又は不正の事実に基づいて医師免許を受けた者
- 2 前項第一号の罪を犯した者が、医師又はこれに類似した名称を用いたものであるときは、三年以下の懲役若しくは二百万円以下の罰金に処し、又はこれを併科する。

医師の業務独占

<p>医師 医業の業務独占</p> <p>医業＝医行為＋業務 医行為：当該行為を行うに 当たり、医師の医学的判断 及び技術をもってするの でなければ人体に危害を及ぼ し、又は危害を及ぼすおそ れのある行為</p> <p>業務：反復継続の意思</p>	<p>医師でない者</p> <p>医業は刑事罰 医行為</p> <p>(業務)</p>
--	---

33

保健師助産師看護師法の規定

▶ 看護師・准看護師の業務独占

第五条 この法律において「看護師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう

第三十一条 看護師でない者は、第五条に規定する業をしてはならない。ただし、医師法又は歯科医師法(昭和二十三年法律第二百二号)の規定に基づいて行う場合は、この限りでない。

2 保健師及び助産師は、前項の規定にかかわらず、第五条に規定する業を行うことができる。

(第六条、第三十二条は准看護師についての規定)

→ 第三十一条・第三十二条違反

第四十三条 次の各号のいずれかに該当する者は、二年以下の懲役若しくは五十万円以下の罰金に処し、又はこれを併科する。

一 第二十九条から第三十二条までの規定に違反した者

看護師・准看護師の業務独占

医師 医業の業務独占	医師でない者 医業は刑事罰
看護師・准看護師 「補助」	看護師・准看護師でない者 補助も刑事罰

35

医師又は歯科医師の「指示」

- ▶ 第三十七条 保健師、助産師、看護師又は准看護師は、主治の医師又は歯科医師の指示があつた場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をし、その他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない。ただし、臨時応急の手当をし、又は助産師がへその緒を切り、浣腸を施しその他助産師の業務に当然に付随する行為をする場合は、この限りでない

→第三十七条違反

第四十四条の二 次の各号のいずれかに該当する者は、六月以下の懲役若しくは五十万円以下の罰金に処し、又はこれを併科する。

二 第三十五条から第三十八条までの規定に違反した者

「補助」と「指示」

▶「補助」

→看護師等

→無資格者の補助は違法

→「補助」できる範囲はどこまでか

▶「指示」

→「補助」というためには「指示」が必要

→「指示」で「補助」の範囲を広げられない

というのが原則・・・

医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師
看護師法第31条の解釈について(通知)

(医政発第0726005号 平成17年7月26日)

ある行為が医行為であるか否かについては、個々の行為の態様に応じ個別具体的に判断する必要がある。しかし、近年の疾病構造の変化、国民の間の医療に関する知識の向上、医学・医療機器の進歩、医療・介護サービスの提供の在り方の変化などを背景に、高齢者介護や障害者介護の現場等において、医師、看護師等の免許を有さない者が業として行うことを禁止されている「医行為」の範囲が不必要に拡大解釈されているとの声も聞かれるところである。

医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について(通知)

(医政発第0726005号 平成17年7月26日)

このため、医療機関以外の高齢者介護・障害者介護の現場等において判断に疑義が生じることの多い行為であって原則として医行為ではないと考えられるものを別紙の通り列挙したので、医師、看護師等の医療に関する免許を有しない者が行うことが適切か否か判断する際の参考とされたい。

5 看取りの「プロセス」

終末期医療の決定プロセスに関する ガイドライン(厚生労働省 平成19年5月)

- 1)このガイドラインは、終末期を迎えた患者及び家族と医師をはじめとする医療従事者が、最善の医療とケアを作り上げるプロセスを示すガイドラインです。
- 2)そのためには担当医ばかりでなく、看護師やソーシャルワーカーなどの、医療・ケアチームで患者及び家族を支える体制を作ることが必要です。このことはいうまでもありませんが、特に終末期医療において重要なことです。

41

終末期医療の決定プロセスに関する ガイドライン(厚生労働省 平成19年5月)

- 3)終末期医療においては、できる限り早期から肉体的な苦痛等を緩和するためのケアが行われることが重要です。緩和が十分に行われた上で、医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等については、最も重要な患者の意思を確認する必要があります。確認にあたっては、十分な情報に基づく決定であること(インフォームド・コンセント)が大切です。その内容については、患者が拒まない限り、家族にも知らせることが望まれます。医療従事者ととも患者を支えるのは、通常、家族だからです。

42

終末期医療の決定プロセスに関する ガイドライン(厚生労働省 平成19年5月)

4) 患者の意思が明確でない場合には、家族の役割が
いっそう重要になります。この場合にも、家族が十分な
情報を得たうえで、患者が何を望むか、患者にとって何
が最善かを、医療・ケアチームとの間で話し合う必要が
あります。

5) 患者、家族、医療・ケアチームが合意に至るなら、そ
れはその患者にとって最もよい終末期医療だと考えられ
ます。医療・ケアチームは、合意に基づく医療を実施し
つつも、合意の根拠となった事実や状態の変化に応じ
柔軟な姿勢で終末期医療を継続すべきです。

43

終末期医療の決定プロセスに関する ガイドライン(厚生労働省 平成19年5月)

6) 患者、家族、医療・ケアチームの間で、合意に至らない場
合には、複数の専門家からなる委員会を設置し、その助言
によりケアのあり方を見直し、合意形成に努めることが必要
です。

7) 終末期医療の決定プロセスにおいては、患者、家族、医
療・ケアチームの間での合意形成の積み重ねが重要です。

44

6 相談支援の広がり

45

がん診療連携拠点病院の整備について

(健発第0301001号平成20年3月1日 厚生労働省健康局長)

＜情報提供体制＞

(1) 当該部門に、国立がん研究センター(旧国立がんセンター)がん対策情報センターによる研修を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者をそれぞれ1人以上配置すること。

(2) 当該部門は、院内及び地域の医療従事者の協力を得て、院内外のがん患者及びその家族並びに地域の住民及び医療機関等からの相談等に対応する体制を整備すること。また、相談支援に関し十分な経験を有するがん患者団体との連携協力体制の構築に積極的に取り組むこと。

46

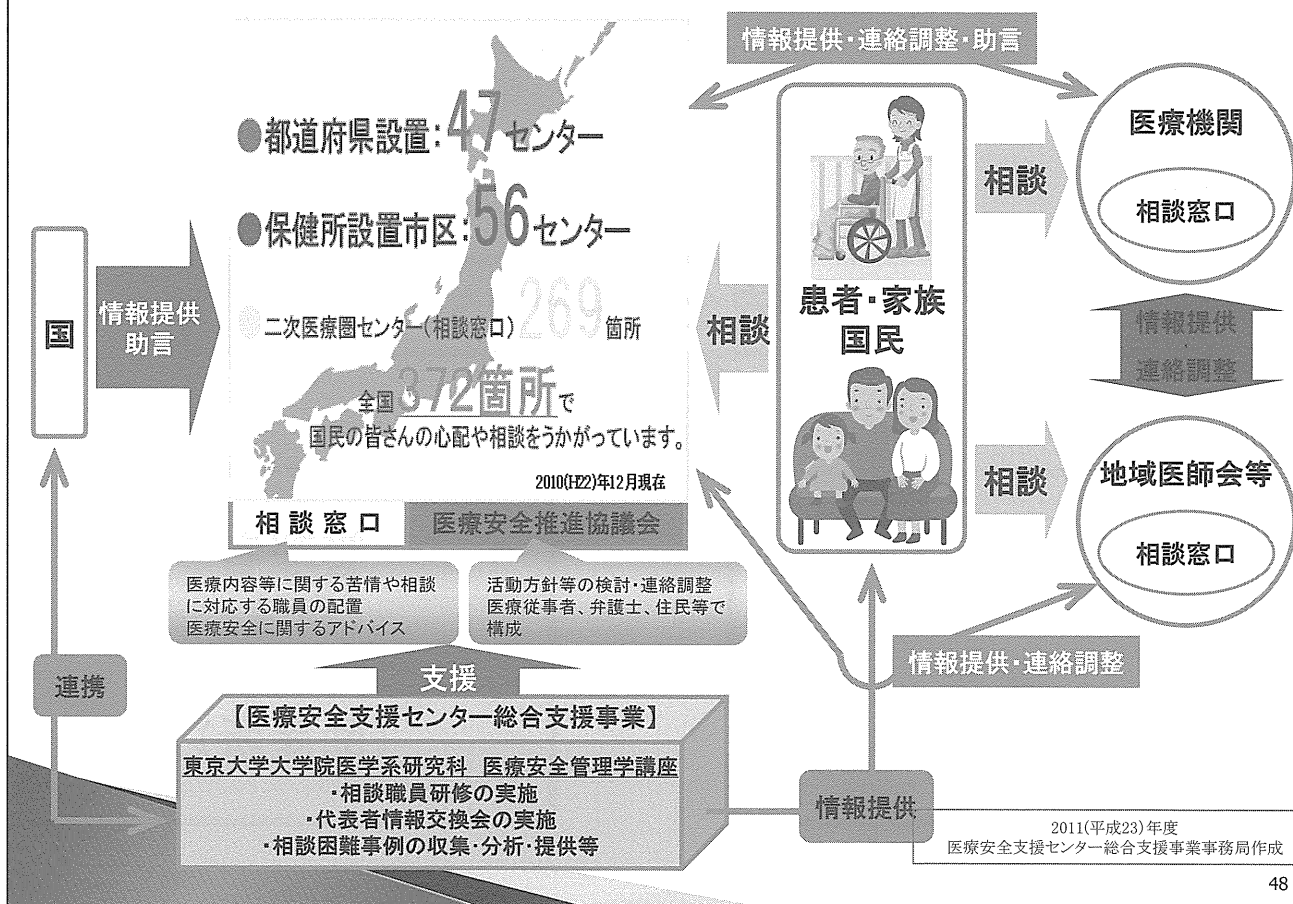
がん診療連携拠点病院の整備について

(健発第0301001号平成20年3月1日 厚生労働省健康局長)

＜相談支援センターの業務＞

- ア がんの病態、標準的治療法等がん診療及びがんの予防・早期発見等に関する一般的な情報の提供
- イ 診療機能、入院・外来の待ち時間及び医療従事者の専門とする分野・経歴など、地域の医療機関及び医療従事者に関する情報の収集、提供
- ウ セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介
- エ がん患者の療養上の相談
- オ 地域の医療機関及び医療従事者等におけるがん医療の連携協力体制の事例に関する情報の収集、提供
- カ アスベストによる肺がん及び中皮腫に関する医療相談
- キ HTLV-1関連疾患であるATLに関する医療相談
- ク その他相談支援に関すること

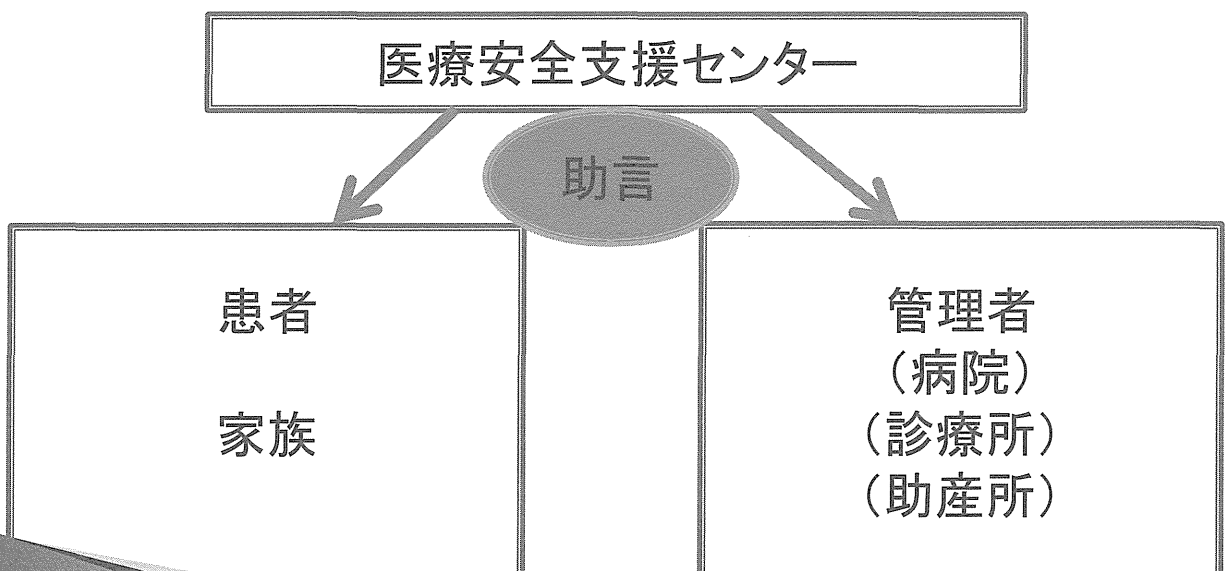
◆◆◆ 医療安全支援センター体制図 ◆◆◆



医療法6条の11

- ▶ 1. 患者又はその家族からの当該都道府県等の区域内に所在する病院、診療所若しくは助産所における医療に関する苦情に対応し、又は相談に応ずるとともに、当該患者若しくはその家族又は当該病院、診療所若しくは助産所の管理者に対し、必要に応じ、助言を行うこと。

助言



医療安全推進協議会

医政発第0330036号平成19年3月30日

- ▶ 都道府県及び保健所設置市区に設置されるセンターは、地域における患者・住民からの相談等に適切に対応するために、センターの運営方針や地域における医療安全の推進のための方策等を検討する「医療安全推進協議会（以下「協議会」という。）」を設ける。
- ▶ なお、二次医療圏センターにおいては、当該医療圏の実情に応じて協議会を設けるよう努めること。

相談支援の広がり

- ▶ 専門性の高い研修
- ▶ 地域と連携する仕組み作り
- ▶ 情報収集と情報提供の双方向性

7 新しいリスクマネジメントの模索

53

手順書

- ▶ 基本的なサービスの手順を定める手順書
- ▶ サービスのあり方について
 - 利用者とともに模索する
 - 多職種が連携して模索する
 - 地域住民とともに模索する
- ▶ 課題を共有し、プロセスを定める手順書

54

コミュニケーションの重要性

- ▶ 利用者や家族とのコミュニケーション
- ▶ 組織内のコミュニケーション
ボトムアップとトップダウン
- ▶ 地域とのコミュニケーション
受信と発信の双方向性

55

構造変化を乗り越えるために

- ▶ 人材養成
- ▶ システム作り
- ▶ 課題とプロセスを共有する
- ▶ 目標を明確に、基本に忠実に

56

医療安全支援センターにおける効果的なサービス提供のための研究

－国際比較による地域住民に対する啓発活動のあり方の検討及び
支援センター職員のセルフマネジメントに対する研修プログラムの検討－

分担研究者 杉山恵理子 明治学院大学心理学部 教授
研究要旨

現状の住民啓発活動，医療機関や支援センター職員への研修は，なお，質量ともに拡充の必要がある。本研究では，住民の集団へのかかわりと絶望への対処能力との関連について国際比較を行い，効果的に啓発活動を行うために必要な介入について検討した。また，現場のニーズに応じて支援センターの職員自身のセルフマネジメントスキルに関する研修を行い，その効果について検討した。

研究1 国際比較による我が国の地域住民に対する啓発活動のあり方の検討

A. 研究目的

我が国において，医療安全に関する住民に対する啓発活動は先駆的な自治体において試行されている段階であり，質量ともに拡充の必要がある。

住民に対する啓発活動については，昨年度，精神障害者を含む住民，支援者を対象に啓発活動の効果を測る尺度として，治療要因調査尺度（杉山，1997）の妥当性を検証した。その結果，妥当性を確認すると同時に，この尺度のみでは効果を生むメカニズムの吟味は困難であるということを見いだした。効果的なグループ活動の前提条件としては，グループに対する安心感が抽出され，地域全体につながりを広げていくためには集団に対する安心感の存在が必要条件となることが示唆された。しかし，啓発活動を用いて地域全体に安全感を高めるた

めの具体的な技法については明らかにされなかった。

さらにこの研究からは，住民の啓発活動グループは生活や人生の支えとなるような意味を有していることが示唆されたが，一方でその意味は現状を維持させるための最低限の条件に過ぎず，将来への希望を生起・継続させる機能は持ち得ていないことが示された。

精神疾患に限らず，一般的に「患者になる」という状況にはさまざまな困難が予想される。特に医療安全相談センターを利用しようとする住民は単なる患者としての困難に加えてさまざまな困難を抱えていることが想像される。このような困難を抱えても，なお希望を見いだす力は，「患者」であるという困難な状況を生きる上で重要な力となり得ると考えられる。

そこで，本研究では，住民啓発活動において体験されている安全感を地域全体に広

げるために必要な要因およびその活動の体験から希望を生起させるメカニズムについて検討することを目的とした。そのため、従来の楽天性の研究等から、地域住民全体の希望を見いだす力において高いと考えられる地域の一つとしてポルトガルを選定し、我が国との国際比較を行った。

B. 研究方法

本研究では、日本・ポルトガルともに可能な限り同じ構造で研究を行った。

対象：精神障害者、家族、一般住民（ボランティア）

手続き：[ポルトガル群]希望を持つことと所属集団（家族、地域、医療機関）における集団体験との関連について、フォーカスグループ、個人面接調査により質的検討を行った。同時に、昨年度の研究により、尺度としての妥当性が検証された治療要因調査尺度、ストレス対処能力を測定する尺度として国際的にデータの蓄積されているSOC スケールのポルトガル語版を作成し、質問紙調査を行った。

[日本群]フォーカスグループに関しては昨年度のデータを再構成して使用した。質問紙調査に関しては新たに調査を行った。

分析：質的調査に関しては逐語データのM-GTAによる分析を行い希望と集団に関連する要因を抽出、カテゴライズし構造化した。量的データに関してはSPSSによる統計処理を行い、選択率の分析、クラスター分析による量的検討を行った。

（倫理的配慮）

研究協力者に対して、研究目的、匿名性の保持などについて十分な説明を行い、同意を得て行った。C. 研究結果

1. 質的調査と量的調査の結果は両国群ともに基本的に齟齬の無いものであった。

2. 治療要因調査結果：ポルトガル群は日本群より、愛他性、希望、対人関係理解、家族関係理解、役割遂行において、有為に高く集団との関わりの意味を見いだしていた。日本軍は安全感のみにおいて、有為に高く意味を見いだしていた。

ポルトガル群において、希望を見いだすことに関連する要因は、非患者群では他人の役に立つ体験と役割を果たす体験、患者群では自分の状況を受け入れることであった。日本群においては、家族関係理解が希望を見いだすことを阻む要因として示唆された。

3. フォーカスグループ／個人面接結果：ポルトガル群のフォーカスグループおよび個人面接ではネガティブな体験とポジティブな体験が両方とも希望につながる体験として話し合われ、希望を生起させ継続させる要因として、絶望的な状況にもかかわらず未来は良くなるという信念・信仰と共に他者を援助し援助される相互扶助の重要性、家族のつながりの有用性があげられた。

日本群の分析結果からは、啓発活動グループに対する安心感が生きることを支えることとされる一方で、グループ外の世界（地域）に対するネガティブな感情、家族関係の難しさが述べられ、現にある地域や家族との関係に直接働きかけるのではなく、支援活動グループのような質をもつ場を地域全体に広げることが希望を生むために必要と論じられた。

4. SOC 調査結果と治療要因調査の関連：SOC 得点の下位尺度得点パターンは両国群で同じ特徴を示したが、すべての対象においてすべての下位尺度で有為にポルトガル群の方が高い得点を示した。治療要因調査結果との関連では、ポルトガル群におい

て、他者の役に立つことと役割を果たすことは manageability (有意味感) と、カタルシスは meaningfulness (処理可能感) と有為な相関を示した。

D. 総合考察

本研究結果から、ポルトガル群においては、集団の中で自らの困難な体験について語り、意味のあるカタルシスを得ることが困難に意味を与え、希望につながる体験として示され、この体験を有することがポルトガル群の高いストレス対処能力につながっていることが示唆された。

加えて個人要因としての信仰に基づく強い信念;「神は乗り越えられない困難を与えない」「いつも神に守られている」「未来は必ずいつか良くなる」、他者や家族との相互支援の体験が希望を持つことに高く寄与することも示唆されている。

他者に対する愛他性の体験は、たとえ見知らぬ他者であっても「助ける」という行動を自発的に選択し、かつ実際に役に立つ、役割を果たすことにより自己尊厳が高まり、自分の命に意味を見いだす効果を生むと考えられる。また、逆の立場で他者に「助けられる」ことは、周囲の集団に対する安心感や信頼感の醸成に寄与すると言えよう。面接調査からはポルトガルでは日常的に地域社会の中で、あるいは学校や会社などの所属集団の中で相互扶助が行われ、集団に対する安全感や信頼感が当たり前存在していることが示された。ポルトガル群では日本群と異なり集団からの受容や安全感の体験が意味を持ち得なかったことも、このことを支持するものと考えられる。

家族に関しては家族は必ず味方になり支え守りあうといった強い信頼関係の存在が示唆されている。信仰や信念といった個人

要因に加えて存在の意味を強く支える家族の存在がポルトガル群の絶望的な状況への対処能力を支えていると考えられる。日本群においては家族関係を維持する困難が語られており、患者本人だけでなく家族を丸ごと支援する必要が示唆されている。この家族に関する両国群の相違は、すべてのデータの比較において日本群に希望を持つことの困難が示されたことと関連していると考えられる。

E. 結論

ポルトガル群は絶望的な状況において、信仰と信念および家族、周囲のひとびととの相互扶助により絶望への対処能力を高め、困難な状況に対して希望を見いだし維持し得ていた。他方日本群では、集団に対して安全感を得ることが難しく、家族・地域の集団に対して安心感や信頼感を持つことに困難を抱え、相互扶助に意味を与えるに至らない状況にあることが示された。我が国においては、個人が困難に打ち勝ち希望を持つこと、地域全体のストレス対処能力を上げることのために、集団に対する安全感を培うこと、家族関係を支えることが必要であることが明らかとなった。また、集団運営の中で、安心感の形成のみならず、困難な状況において体験された感情を表出し理解しあう体験を大切にし、その結果として困難に意味を見いだすことを助けるとともに、さまざまな形で相互扶助を促す介入が意味をもつことが示された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

“The Psychological Coping Mechanism against Despair in Portugal in comparison with Japan”

21st. world congress of Social Psychiatry, Lisbon, 2013, June.

H. 知的所有権の取得状況

なし

研究2 相談支援センター職員のセルフマネジメントに対する研修プログラムの検討

A. 研究目的

相談支援センターの職員は「苦情処理」という相談活動の中でもストレスの高い業務に就いているにもかかわらず、相談支援に関する非専門職であることが少なくない。初任者研修において、参加者の支援の特徴をワークによって調べてみると、例年全国どこの地域においても、傾聴、明確な自己表現力、感情の取り扱いなどのコミュニケーションスキルが低く、業務に関わる責任感のみが非常に高いというアンバランスな状態が観察される。スキルの低さは相談活動の不調につながり、高い責任感には罪悪感につながる。これは素手で危険な業務に当たっているような状況であり、その結果としてのうつ状態、バーンアウトなどを生む危険性を孕んでいると言える。

このような状況に対して相談業務にあたる職員を支援するためには、相談支援のスキルをあげるだけではなく、責任感の適切な果たし方を学ぶ機能をもつ心理教育的な介入が必要と考えられる。自身の状態を吟味・自覚しつつ相談業務を行うことは、よりよい支援をするためのコミュニケーションスキルとして大切なだけでなく、自身のメンタルケアに対しても必須のスキルとなるからである。

本研究では上記の問題意識から、上記の問題に対処するための研修プログラムを作成・試行し実態、効果と今後の問題点を検討した。

B. 研究方法

対象：医療機関において医療安全支援業務に当たっている職員。保健所が医療安全支援センター事業；患者相談担当者研修会として実施した研修の参加者36名（医療機関の患者相談担当者及び管理者，従事者（医師・歯科医師・看護師・歯科衛生士・助産師・受付・事務等））。

研修内容：この研修は、当初医療安全業務従事者に対し、相談苦情対応のスキルアップを目指して企画されたものであるが、研修内容を事前に協議する中で、職員自身のセルフマネジメントスキルの向上の必要性が共有されたため、コミュニケーションスキルの向上と職員自身のセルフマネジメントスキルの向上の2つを目的として研修を組み立てた。そのため、通常の研修ではコミュニケーションスキルについてのみの内容を約3時間で行うところを2時間弱に短縮して行い、約1時間をセルフマネジメントスキルに当てた。なお、本研修も含め、スキルアップ研修では通常研修効果の深化を図るために講義後に30～60分のグループディスカッションを行い、ディスカッション内容に対するフィードバックを15～30分行っている。

手続き：上記研修に対するアンケート結果を資料として、相談業務にあたる職員に対する研修の内容と方法の妥当性、効果について論じる。

C. 研究結果

1. 対象 参加者の勤務先は病院に限らず診療所、歯科診療所も含まれており（有床