

厚生労働科学研究費（移植医療基盤整備研究事業）

分担研究報告書

入院時重症患者対応メディエーター(仮称)のあり方に関する研究

研究分担者 三宅 康史 帝京大学医学部 救急医学 教授

研究要旨：

懸命の治療にもかかわらず、結果として不可逆的な意識障害が遷延し、本人から重要な侵襲的治療に対する意思決定が不可能なケースでは、懸命に治療に当たる医療スタッフと家族を含む患者関係者との間での綿密な意思疎通が欠かせない。しかし現実には、医療スタッフ側の多忙、説明時間不足の一方で、患者関係者側の動揺、短時間で関係者（親族）間での治療方針を一致させることの困難さなども加わって、関係者相互の信頼と意思疎通が深まらず、相互不信がどんどん広がっていく危険性がある。入院の初期段階からその間に入り、両者に中立的な第三者として、医療カンファレンスへの参加と情報収集、患者家族に寄り添い不安・不信に対して綿密な話し合いを持つことにより、医療スタッフ側の説明内容、患者家族の理解度の進み具合、現状での問題点を抽出した上で、相互理解を促進する新たな職種となる“入院時重症患者対応メディエーター(仮称、以下対応メディエーター)”を養成し臨床現場に配置する事は、その解決策の一つとして大いに意味がある。そして患者が、最終的に脳死に至った場合は、家族関係者に対して、その支援活動の一つとして臓器移植があることの情報提供も行う。これまで、対応メディエーター育成のための研修テキストの作成とともに、育成・資格付与のための対面式の研修会を複数回実施し、十数名の認定を行ってきた。今年度は、with CORONA の中で、対面式と同様の質を維持したオンライン講習会の開催計画と講義部分の動画作成、ロールプレイで使用するビデオの作成を目標とした。結果として来年度以降に残されたのは、①オンライン研修会の試行的開催と、その結果を分析した上での研修内容のブラッシュアップ、②受講生の出席確認のための認証法の確立と、到達度を見極め受講証発行のための認定試験の作成、③受講者数を増やして、診療報酬の算定できる程度の活躍の場の準備とその評価法の構築、④事務局機能の確立、になる。

研究協力者	笠原 俊志 熊本大学 救急・総合診療医学分野
横田 裕行 日本体育大学 教授	教授
和田 仁孝 早稲田大学 大学院法務研究科 教授	林 昇甫 JOT あっせん事業部
会田 薫子 東京大学大学院 死生学・応用倫理センター 特任教授	別所 晶子 埼玉医科大学 総合医療センター 小児科
北村 愛子 大阪府立大学 地域保健学域 急性看護学分野 教授	
佐藤 圭介 帝京大学医学部附属病院 医療連携相談室	
池田 弘人 帝京大学 医学部 救急医学 准教授	

A. 研究の目的

救命救急センターを中心とする重症患者受入れ医療機関では、重症患者の集中治療と管理を少ないスタッフで交替しつつ継続している。そして、スタッフ以上に動揺し疲労困憊した患者家族に対して、十分な時間を取ってわかりやすく説明することは決して容易ではない。最も家族が説明を必要としその置かれた立場に理解が必要な時に、全スタッフは患者治療に専念することに時間を取られ、信頼される医療者—患者家族関係を構築することができない。発症段階から重症であるが故に、最良の治療を施しても、結果として家族の期待を大きく裏切る予後となることも少なくない。相互の理解が進んでいない状況で、今後の厳しい予後を説明し理解を得る機会そのものが、担当する医療スタッフにとっては短時間であっても気が重く、できれば後回しにしたいのも心情的に理解できる。

このような重症患者における急性期の医療者—患者家族間の避けられない溝を埋めるために、患者来院時からその間に入って必要な情報の共有を促進し、相互の理解を深めつつ最終的に短時間での信頼関係を構築していくために、両者間のコミュニケーション促進を行う専属の職種を配置することは意義のあることと考えられる。

入院後に重度の意識障害が遷延し本人からの治療方針を含む意思確認が困難な症例において、その家族・関係者に、疾患そのものについて、重要な治療方針の選択、将来必要になるケアに関して、医学的問題の理解と解決のみならず、経済的・心理的問題を含め全面的に支援する職種を新たに設定し、これを“入院時重症患者対応メディエーター(仮称)”と呼称し、これまで、①対応メディエーター育成のための研修テキストの作成、②育成・資格付与のための対面型研修会の実施に向けたプログラム設定、講義資料の作成、講師の招聘、会場の確保と受講生募集、実際の研修会実施、実施後の受講修了証の発行、受講後アンケートの実施、それらを基にした普遍的プログラムの策定を行ってきた。

今年度は、新型コロナウイルスの蔓延で開催が不可能となった対面型研修会のオンライン化を目標とした。

B. 研究方法

対面型研修コースは下表の如く、半日(4時間程度)コースであった。

対面型プログラム

時間割	内容	担当	備考
12:30-13:00	受付・資料・アンケート配付	事務担当	午前会場準備
13:00-13:05	主催者挨拶		
13:05-13:10	講習会に関する事務連絡	事務担当	
13:10-13:30	入院時重症 M の必要性と役割	横田・三宅	
13:30-14:20	入院時重症 M の基本的知識	和田	
14:20-17:00	ロール・プレイ(3人1組)3場面 インストラクション+準備 10分 ロールプレイの実施 15分 グループディスカッション 10分 全体振り返り(講師解説) 15分	和田 ファシリテーターの皆さん	
17:00-	修了証授与		
	終りの挨拶		
	原状復帰、班会議 & 反省会	全員	後片付け

M=Mediator(メディエーター)

事務官を除けば、講義 2 コマ(講師 2 人)、ロールプレイは総合討議の司会 1 名、受講生 3 名にファシリテーター 1 人のグループが複数必要となる。受講生は、それぞれ患者家族、受け持ち医療スタッフ、対応メディエ

ターに扮し、患者家族と医療者の2者での設定と、これにメディエーターの参加する3者のシナリオ(複数場面)を模擬体験し、ロールプレイを通じて患者家族の心情と理解、医療者側の短時間での説明とそれに伴う苦悩について学ぶこととなる。受講後は、受講終了証の発行、受講後アンケートへの記載後、散会となる。

今回、この4時間の講習会を、ZOOMなどweb会議の技術と手法を用いてオンライン化し、対面式と同様の質で開催可能な動画コンテンツの作成を試みた。また今後、継続的に安定して講習会を開催するための準備についても考察した。

C. 研究結果

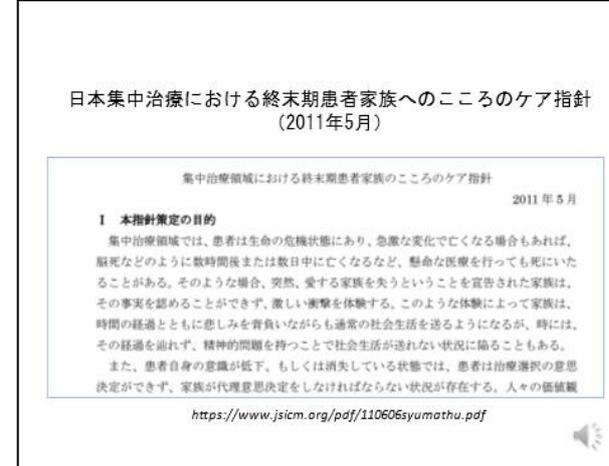
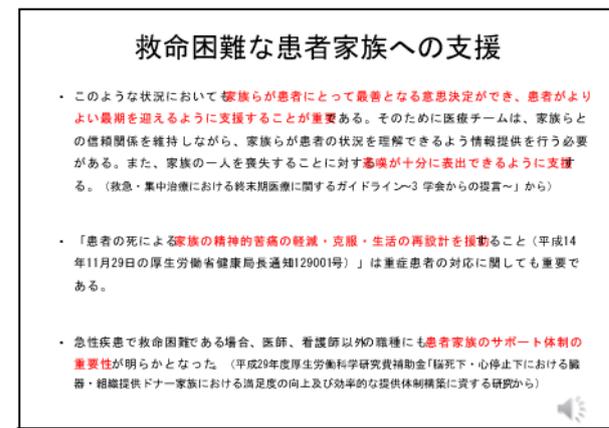
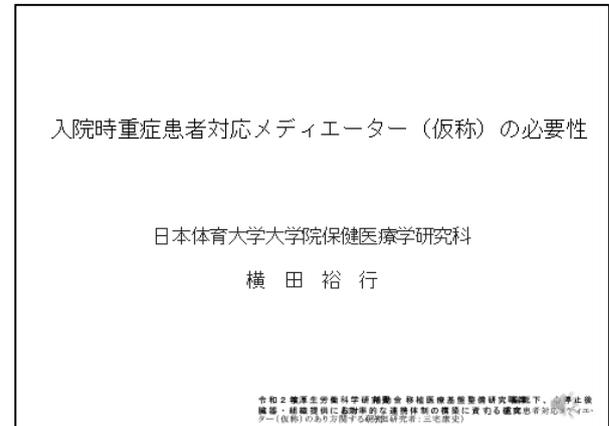
研修会プログラムについて

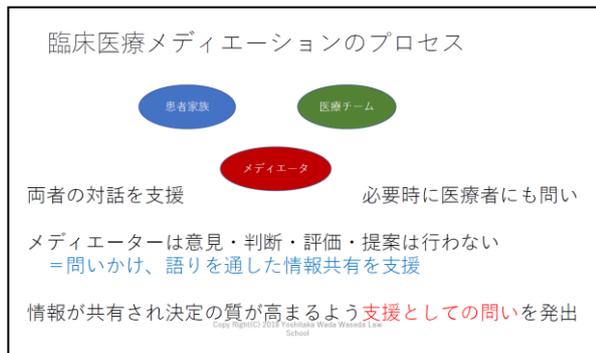
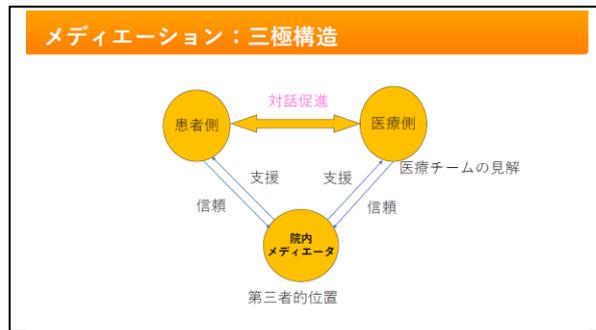
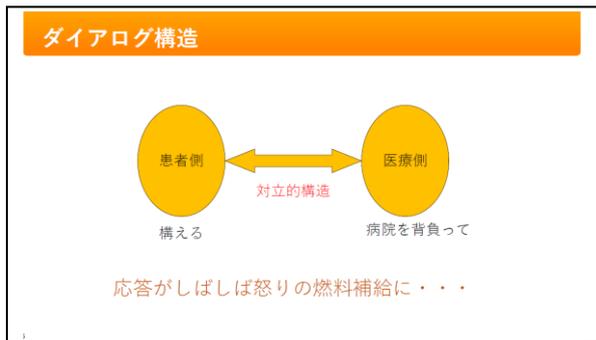
4時間の研修プログラムを、前半は事前視聴が可能な1時間弱の講義部分と、後半を疑似体験型のロールプレイに分割して、オンラインで受講、参加するように再構築した。前半の講義部分は、『入院時重症患者対応メディエーター(仮称)の必要性』約21分27枚の音声入りパワーポイント、『医療メディエーションとは』約27分のMP3動画の2講義となる。

対応メディエーターの役割をまずは講義を通して学ぶ。当事者間の対話を支援し、相互にポジティブな対話が実現するように支援するのがメディエーションであり、これを行う者はメディエーターと呼ばれる。医療現場におけるメディエーターの役割は、意思決定支援場面等での患者・患者家族と医療側の対話を支援し、信頼関係を構築・維持することである。メディエーターは、患者・患者家族に寄り添いながら、自らの見解や評価・判断は示さず、ただ受け止めながら傾聴し、患者側の感情や表面的な主張にとらわれずに、その深層で患者や患者家族が本当に求めているものは何かを見極めていく。メディエーターは、医師や看護師等と異なり、医療チームの一員ではなく、第三の立ち位置を維持することが、患者家族との信頼を厳しい場面でも失わないために重要である。その上で、医療チームとの連携・協力や情報共有を行うこともメディエーターの重要な役割の一つである。

オンライン講習会用の講義資料(前番)

養成研修の最初の講義部分で使用する『入院時重症患者対応メディエーター(仮称)の必要性』パワーポイント(音声入り)の一部を以下に示す。





オンラインで使用するロールプレイ用シナリオ

研修会の後半は、2本の講義を基本として理解した上で、院内医療メディエーターのインストラクター資格を持つファシリテーター1名が3人の受講生とグループになり、患者家族、担当医療チームの2者間での重症患者入院後の対話、そして入院時重症患者対応メディエーターが両者の間に入っての3者による対話の2形式を、各受講生が各役割となって立場ごとの台本をもとに、医療現場での逼迫した状況に応じた対話を疑似体験してもらう。短時間で難解な医療情報の説明と理解の困難さ、緊迫した状況下での心理的負荷と変化、予後予想の困難さや誤解の生じる危険性、などを体験し、メディエーターの存在意義を実際に感じてもらった上で、対話方法のコツ、解決策の導き出し方、などをグループ全員で討論する。

使用する3つのケースのシナリオ1（メディエーターなし）を紙芝居形式で紹介する。

症例1-A: (1) 発症と入院までの経過

- 38歳男性 自宅で夕食中に突然の頭痛、意識消失
- 妻が直ちに119番通報
- 救急隊到着時は心肺停止→処置で自己心拍再開
- 救命救急センターに搬送

【ナレーション】

患者は38歳の男性で、IT関係のコンピュータープログラマーをされている方です。昨晚、自宅で夕食をとっていたときに突然に頭痛を訴え、意識を消失しました。妻によって直ちに119番通報され、救急隊が到着したときには心肺停止の状態になっていましたが、即座に救急救命士によって蘇生処置が実施され、10分後に自己心拍が再開して、そのまま救命救急センターに搬送されました。

患者はこれまで、特に大きな病気をしたことはなく、家族構成は妻34歳(専業主婦)、長男4歳、長女2歳の4人暮らしです。

病院到着時には自己心拍は再開していましたが、深昏睡、瞳孔散大、対光反射がない状態で、自発呼吸はわずかにみられました。血圧は142/80mmHg、脈拍108/分でした。頭部CT検査をしたところ、くも膜下出血と診断されましたが、状況から、現時点では手術の適応はないと判断されました。

症例1-A: (2) 発症当日夜、医師と患者家族の面談

まあ落ち着いて聞いてください。頭のCT検査で、くも膜下出血がありました。心拍や呼吸は回復しています。しかし深い昏睡状態で、瞳孔が散大しています。このまま経過観察をしていくことを考えています。

先生、夫は大丈夫ですか？
命は助かりますよね？
意識は戻りますよね？

症例1-A: (2) 発症当日夜、医師と患者家族の面談




くも膜下出血！
手術は必要ないんですか？
経過観察で大丈夫なんですか？
私の父は手術で助かったんです。
意識は戻らないんですか？
何かできないんですか？
手術してもらえないんですか？

症例1-A: (3) その後の経過



- 朝まで経過観察
- 意識状態改善せず、状態悪化や脳死に至る可能性指摘
- 本今朝、午前5時に血圧低下、昇圧剤投与
- 自発呼吸なし、脳死に至った可能性

症例1-A: (2) 発症当日夜、医師と患者家族の面談



今は手術ができる状況ではありませんので、少し様子を見ていかざるを得ない状態です。今のところ命にかかわる状況ではありません。意識が戻る可能性は...かなり低いですが、絶対ないということはないです。精一杯の対応はさせていただきます。

じゃあ、命は助かるんですね。後遺症が残っても生きてほしいんです。

【ナレーション】

その後、朝まで経過観察をしていたのですが、意識状態の改善はみられず、今後、脳血管れん縮による状態の悪化や脳死にいたる可能性が高いと判断されました。

本日の朝午前5時、血圧が低下し、昇圧剤の投与が必要となりました。また自発呼吸がみられなくなり、脳死に至った可能性が高いと判断されました。

症例1-A: (4) 病状悪化後の医師と患者家族の面談



作成中



【ナレーション】

その日の夜、患者の妻に、診療を担当した医師から病状の説明がなされました。

【妻】(顔はこわばり、心配そうに) 先生、どうなっていますか？ 夫は大丈夫ですか？ 命は助かりますよね？ 助けてもらえますよね？ 意識は戻りますよね？

【医師】(早口で) まあまあ、落ち着いてください。落ち着いて聞いてください。頭のCTを撮ったところ、くも膜下出血がありました。最初は心臓も呼吸もとまっていたとのことでしたが、今は心拍はもどっていて、ご自分で呼吸もできています。しかし深い昏睡状態で、眼の瞳孔が散大といって、大きく開いている状況です。血圧は140の80、脈拍は108回です。治療方針ですが、このまま、経過を観察していくことを考えています。

【妻】くも膜下出血！！昏睡で瞳孔も拡大しているって。手術は必要ないんですか？ このまま経過観察って、それで大丈夫なんですか？ 私の父も、くも膜下出血で倒れて、すぐに緊急手術して、後遺症は残ったけれど命はとりとめたんです。このまま、意識は戻らないんですか？ 経過観察って、何かできないんですか？ 手術してもらえないんですか？

【医師】今は手術ができる状況ではありませんので、少し様子を見ていかざるを得ない状態なんです。今のところ、命にかかわる状況ではありません。意識が戻る可能性は...残念ながらかなり低いのですが、絶対ないということはないです。

【妻】じゃあ、命は助かるんですね。後遺症が残っても生きてほしいんです。

【医師】はい、精一杯の対応はさせていただきます。

【ナレーション】

この病状の悪化を受けて、医師から、患者の妻に再び病状の説明をすることになりました。

【妻】(息せき切って) 先生、意識は戻ったんですか？ どうなりましたか？

【医師】残念なことをお伝えしなければなりません。先ほど旦那さんの容体が急変し、血圧が低下し、自発呼吸もなくなりました。いわゆる脳死という状態に至ったと思われます。

【妻】えっ、脳死！！ 先生、意識が戻ることもあるって言ってたじゃないですか！。脳死って、もう戻らないということですか？ 死んでしまったんですか？ (感情的に)

【医師】残念ですが、容体が変わったんです。脳死についてご説明します。脳死とは、脳の病気やケガ、または脳以外の病気が原因で、一定時間の間、脳に血液や酸素が運ばれなくなってしまっ、脳の働きすべてが非常に大きなダメージを受けてしまい、その後も永久的に脳の働きが元に戻らない状態のことを言います。やがて、他の重要臓器も傷んでくることになって、死亡を免れなくなる状態になります。

【妻】(泣きながら) そんな、脳死なんて...！ だから、すぐに手術してもらえないかって言ったじゃないですか！？ 手術していたらこんなことにはならなかったんじゃないんですか！？ どうしてなんですか？

紙芝居を供覧の後に、各場面での医師の話し方や説明の問題点と、その改善法などについて、ファシリテーター、司会者の誘導により、ディスカッションが行われる。

シナリオ1では、メディエーターが最初から同席して患者族と2者面談し情報を共有した上で、3者面談へと向かうシナリオが対となっている。そのメディエーターありのシナリオを以下に示す。

当日夜のメディエーター対応場面1

(最初にメディエーターが患者家族をケアする)

M: 私はこの病院で、ご家族と医療チームの橋渡しの役割をしているメディエーターのMと言います。本当にご心配のこととお察しします。先生とのお話のお手伝いなどさせていただきます。なんでも今の気持ちや、聞きたいことなど、話してくださいね。

妻.: (顔はこわばり、心配そうに) まさか夫が倒れるなんて。まだ38歳なんです。これまでずっと元気だったのに。急に倒れて、いったいどうなるのでしょうか。

当日夜のメディエーター対応場面2

M: 本当にご心配ですね。これまでお元気だったのに、本当に急なことだったんですね。

妻.: そうなんです。まだ、子供も小さいんです。二人いるんです。

M: 小さいお子さんもおられるんですね。いま、先生たちが一生懸命治療してくれていると思います。回復してくれるといいですね。

妻.: ええ。不安なんです。怖くて、怖くて。

(メディエーターが寄り添う)

当日夜のメディエーター対応場面2

M: 本当にご心配ですね。これまでお元気だったのに、本当に急なことだったんですね。

妻.: そうなんです。まだ、子供も小さいんです。二人いるんです。

M: 小さいお子さんもおられるんですね。いま、先生たちが一生懸命治療してくれていると思います。回復してくれるといいですね。

妻.: ええ。不安なんです。怖くて、怖くて。

(メディエーターが寄り添う)

当日夜の説明場面1

(医師が出てきて説明する。メディエーターが同席する)

妻.: (息せき切って) 先生、どうなっていますか？夫は大丈夫ですか？命は助かりますよね。助けてもらえますよね。意識は戻りますよね？

M: ご不安ですよね。先生に詳しく説明してもらいましょうね。先生、いかがですか？

Dr.: CTを撮ったところ、くも膜下出血でした。心肺停止でしたが、自己心拍は再開しています。自発呼吸もありますが、深い昏睡で瞳孔は散大しています。血圧は、140/80、脈拍は108です。このまま、経過観察します。

当日夜の説明場面2

(医師が出てきて説明する。メディエーターが同席する)

M: くも膜下出血ですね。いまは、自発呼吸も少しあるが、瞳孔拡大。奥さん、今の説明でわからないことはありませんか？

妻.: くも膜下出血！！瞳孔も拡大って。手術は必要ないんですか？このまま経過観察って、それで大丈夫ですか？父もくも膜下出血で倒れて、すぐに緊急手術して、後遺症は残りましたが命はとりとめたんです。観察って何かできないんですか？手術してもらえないんですか？

当日夜の説明場面3

M: ご不安ですね。先生、手術する可能性や必要性はどうなんでしょうか

Dr.: 今は手術して何とかなる、という状況ではありません。少し様子を見ていかざるを得ない状態です。**今のところは命にかかわる状況ではないので安心してください。**

M: 先生、手術のできる状況でないとはどういうことでしょうか？お父様の場合は手術されたそうですが、する場合、しない場合で、どういう違いがあるのでしょうか？

当日夜の説明場面4

Dr.: 今は、ようやく心臓の動きが回復して、人工呼吸器によって酸素をもらった血液が全身をめぐるって、**大切な臓器に酸素と栄養が運び込める状況になったばかり**です。しばらく呼吸と心臓が止まっている間に痛んでしまった身体に、新鮮な血液を送り込んで、脳を含めた生命維持に必要な**臓器が回復してくるを見定める**時間が必要です。そんな時に、ダメージの残る身体に大きな麻酔と手術を施すのは、ふたたび心停止を起こす危険性があります。脳に関しては、最初にくも膜下出血で脳に大きなダメージを受けた上に、心肺停止により酸素とエネルギーが止まってしまう、2重のダメージを受けています。その様な脳に、今、手術を施すのは、**3重のダメージを与える危険性**があるのです。

当日夜の説明場面4

妻.: 手術する状況ではないんですね。父の時とは、違って・・・。それなら、安心していいということですよね。

M: 先生、さきほど、「**今のところは安心してください**」と言われましたが、今後の容体について、どのような可能性があるのでしょうか？

Dr.: 今のところ、血圧や脈拍はシッカリしていますので、今後、意識が回復するようならば、手術ができる可能性は残っていますが、脳が腫れたり、くも膜下出血後に起こることの多い脳血管攣縮が生じれば、脳死に至る可能性があります。その場合には、意識は戻らず、血圧低下や心停止に至る危険性が出てきます。

当日夜の説明場面5

妻.: (泣きながら) 難しい状況になることもあるということですね。このまま、意識が戻ることはないのでしょうか。

M: 本当にご心配ですね。ご不安ですよね。

Dr.: 意識が戻る可能性は、**絶対ないということはない**です。

M: 先生、その可能性は高いのですか？(低いことを説明させるため)

Dr.: 残念ですが、おつらいでしょうが、かなり難しいと思います。

妻.: (泣きながら) わかりました。先生、よろしくお願いします

ナレーション

- ・その後翌朝まで経過観察したが意識の改善がみられず、今後、脳血管れん縮による急変や脳死にいたる可能性が高いと判断された。
- ・今朝午前5時血圧が低下し、昇圧剤が必要となり自発呼吸みられなくなった。脳死に至った可能性が高くなった。
- ・病状の悪化を受けて、D医師は、患者Aさんの妻に病状説明をすることになった。

早朝の説明場面 1

(医師が出てきて説明する。メディエーターが同席する)

妻：(息せき切って) 先生、意識は戻ったんですか？どうなりましたか？

Dr.: 残念なことをお伝えしなければなりません。先ほど容体が急変し、血圧が降下し、自発呼吸もなくなりました。いわゆる脳死という状態に至ったと思われます。

M：(無言で妻に寄り添う)

早朝の説明場面 2

妻：脳死……。やはり脳死になったんですね。
脳死って、もう戻らないということですよね？

M：先生、脳死について、もう一度、説明していただけますか？

Dr.: 本当に残念です。脳死とは……………

(ここでは、説明した、ということで省略しましょう)

早朝の説明場面 3

妻：(泣きながら) もう、夫は戻ってこないんですね。あんなに元気だったのに、、、。

M：(涙ぐみながら) おつらいですね。

Dr.: 本当に残念です。

紙芝居を見た後に、同様にディスカッションが行われ、各場面でのメディエーターや医師の説明で対応の良くなった点、更に改善できる点について議論され、メディエーターの役割についての考えをそれぞれ述べて、ケース1のロールプレイの終了となる。

今回提示したシナリオ1と同様に、メディエーターあり/なしの2パターンあるシナリオ2：34歳女性の自殺企図で重症頭部外傷例、シナリオ3：在宅介護を受けている17歳男性の窒息による心肺停止蘇生例のシナリオが準備されている。

今後、医療関係者が同席して声優による声入れと、挿絵の完成版作成がおこなわれる。

D. 考察

「重症患者対応メディエーター(仮称)」研修のオンライン化に向けた準備に終始した1年であった。そのため、対面型講習会における手法は既に確立されていたにもかかわらず、今年度の実質開催はなく、受講修了者は1人もいない。

今後、①オンライン研修会の試行的開催と、その結果を分析した上での研修内容のブラッシュアップ、②受講生の出席確認のための認証法の確立と、到達度を見極めたうえでの受講証発行、③診療報酬の算定できる程度の院内における重症患者対応メディエーターの活躍の場の提供と理解されやすい評価法の構築、④オンライン講習会の定期開催と継続を容易にする事務局機能の充実が必要となる。

① オンライン研修会の試行的開催と、その結果を分析した上での研修内容のブラッシュアップ

講習会のオンライン開催には、ZOOMなどの会議システムがサクサク動き、参加する受講生のインターネット環境が安定している必要がある。そのためオンライン上で集合してロールプレイを開始するまでに、受講生各自のインターネット環境の確認、2つの講義が視聴済みであることを事務局によって確認する。さらにオンライン会議の全員集合の場での意見交換、各グループに分かれてのディスカッションなどがあり、ロールプレイに際しては経験深いコントローラーが必要で、これは(特に馴れるまで有料で)業者をお願いする必要がある。そして、多くの優秀なファシリテーターの育成には、社団法人日本医療メディエーター協会

(<http://jahm.org/pg256.html> : 理事長は研究協力者の和田仁孝早稲田大学大学院法務研究科教授)の全面的な協力がかせない。経験豊富な多くのファシリテーターの参加してもらい、オンライン講習会で受講生とのロールプレイのトライアルを重ねて、その都度、修正を加えてブラッシュアップすることが来年度の1つの目標となる。

② 受講生の出席確認のための認証法の確立と、到達度を見極めたうえで受講証発行

受講修了者には受講証が発行され、正式な名称が与えられて、勤務する各自の医療機関で入院時重症患者対応メディエーターとして活躍してもらう必要がある。そのためには講習会の質を維持し、正確に出席を確認する。これは公的な認証をするための基本であり、ここが揺らぐと制度そのものの信頼性が失われる。ロールモデル実習はwebでの対面式であるため出席確認の問題ないが、2つの講習の既読の確認と受講後すぐに行う試験により到達度を確認でき、認証に値するか否かを判断できると考えられる。

③ 診療報酬の算定できる重症患者対応メディエーターの活躍の場の提供とその評価法の構築

目標の中で、最も困難が予想される。この職種の役割が医療機関で十分認知され、活躍が認められるためには、まずはより多くの受講修了者を作りだし、全国で活躍してもらう必要がある。そして、納得できるより標準的な視点による評価法を確立し、結果的に診療報酬を算定出来るレベルの評価を得よう準備する。評価法として定量的な評価は容易ではないが、医療スタッフ、担当した患者家族の評価に加え、本人の仕事満足度なども評価法として有効ではないかと考えられる。

④ オンライン講習会の定期開催に向けた事務局機能

研修会の安定した継続開催とその質の維持、認定資格、受講生情報の管理などが的確に行われるためには、専用の事務局が必要である。

具体的に、半日分の会議システムが安定して開催できるオンライン環境の確保とその費用、受講生募集のための開催関連の広報とアクセスしやすい応募方法、受講費の徴収、キャンセル対応、開催者側のスタッフ募集、日当、交通費支払い、事前講義と資料の配信と漏洩防止措置、講義受講と試験結果の確認、アンケートの回収と結果集計、受講後の修了証の配信、受講生情報の管理、事

務局維持費用の捻出、などが挙げられる。講習会専用HPの開設はその第1歩となる(下記HPの例)。

受講料をその原資とするのが原則ではあるが、一般社団法人臨床教育開発推進機構(Organization on Development and Progress for Education in Clinical Medicine:ODPEC)に業務委託することも選択肢として考慮していく必要がある。



E. 結論

新たな職種としての“入院時重症患者対応メディエーター(仮称)”は、いまだ正式名称も決まらず、コロナ禍によりその認定人数もごく少数に留まっている。ただ、日々重症患者の治療に当る現場スタッフの、この職種に対する期待は大きい。患者救命のために頑張ったにもかかわらず病態は改善せず、連絡を受けて駆けつけた患者家族との信頼関係を構築する前に、最悪の事態について話さねばならないケースも少なくない。救命治療に医療スタッフが頑張っている間、メディエーターが患者家族に寄り添い励まし、治療の合間に何とか時間を見つけて病状説明に現れた医療スタッフが、初対面で厳しい話をせねばならない状況でも、両者の間を取り持って信頼できる関係を構築できる大事な役なのである。それ故に役割を果たした後の満足度も大きい。

この認定を受けたい、役立ちたい、と言う医療スタッフが講習会の応募に押し寄せてくるような職種にするべく、今後も怠りなく活動を継続していく必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

【参考文献】

1. 救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3 学会からの提言～
2. 平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金：免疫アレルギー疾患等政策研究事業（移植医療基盤整備研究分野）
「脳死下・心停止下における臓器・組織提供ドナー家族における満足度の向上及び効率的な提供体制構築に資する研究」
3. 平成 29 年度厚生労働科学研究費補助金：免疫アレルギー疾患等政策研究事業（移植医療基盤整備研究分野）
「脳死下・心停止下における臓器・組織提供ドナー家族における満足度の向上及び効率的な提供体制構築に資する研究」

4. 清水哲郎：『臨床倫理セミナーテキスト 臨床倫理エッセンシャルズ 2016 年春版』、東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座、2016.

5. 日本老年医学会：「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」
<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachiba/jgs-tachiba2012.pdf>

6. 会田薫子：患者の意思を尊重した医療およびケアとは：意思決定能力を見据えて。日本老年医学会雑誌 2013;50 (4) :487-490.

7. 清水哲郎：生物学的〈生命〉と物語られる〈生〉—医療現場から。哲学 2002;53(1):1-14.看護, 38:672-679,2015.

8. 日本医師会生命倫理想談会：『「説明と同意」についての報告』、1990.

9. 清水直樹：小児集中治療における終末期医療の特徴と課題 — 両親とどう関わるか。ICUとCCU 31:215-221,2007.

10. Roter D: The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. Patient Educ Couns 39:5-15,2000.

11. 清水哲郎：『臨床倫理セミナーテキスト 臨床倫理エッセンシャルズ 2016 年春版』、東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座、2016.

12. Iserson KV: Is informed consent required for the administration of intravenous contrast and similar clinical procedure? Annals of Emergency Medicine 49:213-233,2007.

13.前田正一:第4章インフォームド・コンセント、前田正一・氏家良人共編『救急・集中治療における臨床倫理』, 克誠堂出版, 東京、2016、pp.41-54.

14.有賀徹:救急医療と生命倫理 — 救急医療における倫理的な視点・考え方について.有賀徹・手嶋豊共編、『シリーズ生命倫理学第10巻 救急医療』, 丸善出版、東京、2013、pp.1-15.

15.日本外傷学会、日本救急医学会監修：外傷初期診療ガイドライン JATEC 改訂第5版、2017.へるす出版

16.日本救急医学会、日本神経救急学会、他監修：ISLSガイドブック 2018.へるす出版

17.日本臨床救急医学会 総監修：救急現場における精神的問題の初期対応 PEEC ガイドブック改訂第2版。2018, へるす出版

18.日本母体救命システム普及協議会 総監修：母体救命アドバンスガイドブック.2017,へるす出版

19.日本医療メディエーター協会 HP
<http://jahm.org/pg256.html>

20.一般社団法人 臨床教育開発推進機構 ODPEC HP
<https://odpec.or.jp>