

6月21日 看護情報学ディスカッション記録

発表者：伊藤美奈子さん

テーマ：「医療決断サポーター」の可能性

発表後の質疑応答、感想など

(質問) 実践している病院で患者からの評価は取り入れているのか？評価が得られれば病院としてもお金を掛けられるのではないか。

(回答) 自己決定支援コースは2004年から開催。2006年に終了したばかりで、また患者評価などは得られていない。看護部長の自己評価では「患者の満足度は上がっている」とのこと。今後の評価が課題。雇うならばCNSとかが先で、アドボケイターを雇うという体制はなかなか難しいのでは。

(意見) 以前読売新聞で、患者が個人でそういったサポートをしてくれる人を雇って、時給1万円とかで同じような仕事を依頼している人がいた。

(回答) おそらく医療コーディネーターのことを指しているのかと思う。医療コーディネーターについても調べてみた。医療コーディネーター協会というところが民間資格を授与している様子。受講にも時間がかかるし、しかもお金がかかる。おそらくそれを専門としてやりたい人は多い。サポーターは病院の中で自分の役割に加えてやっている現状がある。

(質問) 9日間で5万円というのは？

(回答) これは九州大学がメインのNPO法人九州医療システムが主催している。

(意見) 業務内容としては医療コーディネーターもサポーターも大差ない。医療コーディネーターは患者のアドボカシーについて全く触れていない。そこが一番大きな違いかもしれない。…自分が臨床でムンテラとかに参加しても記録をしたり、「どうでしたか？」と理解を確認したりはしたが、意思決定をサポートするということはなかった。看護職のやるべきことなのかなと思ったが、それがまた別の職種に外注化されてきている傾向があるのかと思った。

(質問) 意思決定場面に参加したことがある方はいるか？

(質問) 決定とはどのようなものを指しているのか

(回答) 自分が考えているのは化学療法にするか、放射線療法にするかなどということ。でも、小さいレベルでも沢山あるか…。

(質問) これは主に外来でのことを指しているのか。

(回答) 特に外来のみということはない。病棟においても行われている。「ベッドサイドが一番近いのは看護師」だからと看護部長は言っている。

(意見) 「今までやってこなかったからこのようなことが出てきたのか」といっていたが、自分をもっと看護師がこのようなことをできるようになったらいいなと思う。看護師だからこそ、患者を理解してもっとかかわることができると思う。普通のその人、

その人のベースを知っているナース、「患者さんはこんなことを知りたいのではないか」など予想を立てることもでき、患者に近い立場で医師に質問したりできるのではないかと。

患者を支える時に看護師としてはこのようなことができる、と普段から看護師がそういうことをしていれば、資格を持ってしなくてもいいのではないかと思う。他の職種の人が資格を持ってやることには意味があるかも。

(意見)

CNS の役割に倫理調整なども含まれるので、確かにそれを雇えばいいけれど、普通のナースがそういったことができることが大事かもしれない。院内にそういった教育を受けた資源が

(質問) CNS の機能に含まれているのか？

(回答) 患者にとって一番いい資源をそろえたり、調整ができるように、という役割にはかなり重複する部分がある。CNS が自己研鑽でやっていかななくてはならない部分も多いと思う。

(意見) 調べてみながら「なぜ看護師なのか」とおもった。患者に一番近い立場で、主観的な情報を把握しやすい立場にいる。アドボケイトという考え方は看護職の専門性にも関わってくるのではないかと考えた。

(先生意見)患者が意思決定するに当たって必要だと思う。意思決定には時間がかかる。決定までのスピードを速めて思い通りの決断をするには、他者の支援が必要。選択肢があまりない、それに関する新しい技術がまだないなどという時にはそのようなことはないと思うが、特にがん医療に関しては必要だと思う。がんに限った話ではないが…。支援することも難しい。説明してもわからないとなると、医療者が決める。そして訴訟などになることがある。医療側もそのような人がいてくれたほうが良い場合が多い。アメリカなんかでは実際にそういった人をやとっているところも多い。

意思決定の技術もわかってきた。それを知っている専門家がいる以上、それは医療においてもより良い意思決定をサポートできる。なるべく第 3 者がいいのでは。意思決定に関する最新の情報も知っていなくてはいけない。医療者も患者もそれぞれのために必要であることがわかればお金も動く。いつかは保健適応になるようにしなくてはいけないのではないかと。また資格化されることもあるだろう。アメリカとはシステムが違うので、日本なりにやっていかななくてはならないと思う。まだできたばかりで効果もよくわかっていないので費用的にも難しいが、病院の訴訟費用を考えたなら安いかもしれない。

「医療コーディネーターの職業の可能性 (榎田美雄)」では実際の取り組みについて分析しているので参考にされたい。榎田さんはエスノメソドロジーの研究者。第 3 者が入るとどのような結果になるかということをお患者との会話の分析から出している。患者のためとはいえ、医療者はその機関に属しているわけで、完全に患者の立場に立つことはない。自分で勉強して何とかできる人は良い。そうでない人に、そのような職業の人がいるということが広まれば、需要は多いかもしれない。私も調べ中。

助産過程の教員がやっているオタワの意思決定なども、医療現場で看護師も用いるが、あくまでも支援であって誘導しないように、ガイド（シート）を用いながらやっているのが現状。中立性を守るためにも、ガイドに沿って行う。一つの方向性として、それが診療報酬になればいい。ツールを使う技術があってもいい。そういう方向性もある。

（質問）では誰がやってもいいのか？

（先生回答）ある程度知識・技術が必要。彼女たちは遺伝看護で行っているのでそういった認定の人とかの役割は大きい。他の領域でもそのようなものを育成すれば、もっと意思決定支援できるのではないか。いろんなところからいろいろやってみて、うまくいくもしくは患者が選べるようになっていったらいいと思う。