

活動 10 年目を迎えた患者支援部のこれまでとこれから

患者支援部 臨床心理士 深澤 龍永
 看護師 蛭原 桂子, 小野 典子
 事務 阪本 正行
 社会福祉士(MSW) 柏 慧美, 松岡峻一郎

看護師, 社会福祉士(院内呼称としては, MSW), 事務職員, 臨床心理士からなる患者支援部は, 2012 年の診療報酬改定を契機として発足以来, さまざまな種類の相談に対応してきた。自らの部署で対応が難しい場合には, 他部署・他機関と連携してきた。患者支援部には, 「多様性」, 「柔軟性」, 「縁の下型支援」の 3 つの特徴があり, 国の「地域共生社会」といった施策や『『個別性』への配慮』といった時代の潮流に適合しやすいものと思われた。今後は「地域共生社会」の一部として, 院外での活動も視野に, 人員不足の問題や各成員の知識や対応能力の課題を乗り越えつつ, 単に「縁の下」で埋もれることのないように各所にアピールしてまいりたい。

keywords: 患者支援部の 3 つの特徴, 『個別性』への配慮, 地域共生社会

1. はじめに

患者支援部は, 「患者・その家族の身体・精神・環境に関するさまざまな相談に対応し, 相談内容に応じた院内や地域の関係職種と連携し問題解決に向けた支援を行うこと」を意図して 2012 年 4 月に発足した比較的新しい院内組織の一つである¹⁾。発足から 10 年目を迎えた今, 患者支援部の活動と今後の課題についてここに報告する。

2. 沿革

設置の契機となったのは 2012 年に実施された診療報酬改定における患者サポート体制充実加算の創設である。この加算においては, 当該保険医療機関内に患者またはその家族(以下, 患者などと記す)からの疾病に関する医学的な質問ならびに生活上および入院上の不安など, さまざまな相談に対応する窓口を設置し, その窓口専任の医療有資格者などが当該保険医療機関の標榜時間内において常時 1 人以上配置されており, 患者などからの相談に対して相談内容に応じた適切な職種が対応できる体制をとって

いることなどが要件となった。そのため, 事務部に所属していた MSW 1 人と, 看護部に所属していた臨床心理士 1 人, さらに新たに採用した社会福祉士 1 人(院内呼称としては MSW。以下も同様)と, 管理者として看護部長兼任の患者支援部長と事務長補佐兼任の患者支援科長が着任し, 5 人体制で出発した。その後の曲折については表 1 の通りである。

表 1. 患者支援部の沿革

2012 年 4 月	患者支援センターの発足。 部長(看護師)・科長(事務)・MSW2 人(うち 1 人は新たに採用された社会福祉士)・臨床心理士の 5 人体制で活動開始。
2014 年 4 月	患者支援センター窓口を正面玄関に面する一室に設置し, 部長(看護師)・科長(事務)を中心に運営。
2016 年 11 月	院内の退院支援システム変更にもない, 退院支援看護師 1 人が着任。
2017 年 2 月	院内の退院支援システム変更にもない, MSW1 人増員。
2017 年 4 月	組織改編にもない, 退院支援看護師 1 人が地域連携室に異動。
2017 年 6 月	退院支援システム運用の効率化を図る目的で MSW3 人・臨床心理士が, 患者支援センターに籍を置いたまま地域連携室に席を移す。
2018 年 4 月	組織改編にもない, 患者支援センターを患者支援部に名称変更。 部長が交代し, 部長(看護師)以下, 事務 1 人, 看護師 1 人, MSW3 人, 臨床心理士 1 人の 7 人体制となる。

注) 2019 年 2 月に臨床心理士 1 人が国家資格である公認心理師として登録された。
 院内では両資格の名称を併用しているが, 本稿では臨床心理士表記で統一。

2014年4月より、主として外来通院中の患者などに対応する看護師・事務職員による患者支援センター窓口と、おもに入院中の患者などに対応するMSW・臨床心理士とで部屋を分けて活動を開始している。また、2016年11月からは院内退院支援システムの変更にともない、新たに退院支援看護師1人が異動してくる形で、外来、入院、そして退院支援・退院調整を図ったうえで地域へ、という現在に繋がる仕組み作りの整備が開始された。「在宅医療・在宅ケアの知識が少ないために、在宅で継続可能な医療やケアに調整・変更できない²⁾」医療者と、「疾病や傷害およびその後遺症である障害から生じる生活問題(経済的・社会的・精神的など)を、患者さんが自己決定のもとに問題を解決し、安全で安心した治療が受けられ、社会復帰できるように側面的援助を行う³⁾」ことに長ける一方で、医療やケアに精通しているとはいいがたい社会福祉士との橋渡しを退院支援看護師に期待しての試みであった。

その後、退院支援看護師が地域連携室に異動し席を違えることとなったものの、退院支援看護師とMSWの協働の必要性が高かったことから、2017年6月より3人まで増員されたMSWと臨床心理士1人が、地域連携室に席をおくこととなった。患者支援センター窓口と地域連携室という2箇所に分かれて現在まで存続してきている。

3. 役割

先述した通り、患者などから寄せられる疾病に関する医学的な質問ならびに生活上および入院上の不安などのさまざまな相談に対応するのがその役割であることから、その相談内容は多岐にわたる。そのため、自らの部署ですべての相談に対応することは難しく、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、セラピスト(理学療法士や作業療法士)、事務職員といった院内の各職種に連絡し、対応を依頼することも少なくない。また院内に留まらず、往診医を含む医療機関、訪問看護ステーション、薬局、介護保険法にまつわる地域包括支援センターや各種介護施設、障害者総合支援法にまつわる基幹相談支援センター、生活保護

法にまつわる福祉事務所、児童福祉法にまつわる児童福祉施設、児童虐待防止法に代表される各種虐待・DV対応の窓口となる児童相談所や市区町村、DVセンターや警察など、院外の各機関との連携も大きな役割の一つとなっている。

また、外来のさまざまな種類の相談、たとえばかかりつけ医の紹介、医療安全、クレーム対応、がん相談といった内容を包括的に受け付ける患者支援センター窓口においては、その相談内容によって、部内の社会福祉士や臨床心理士とも連携している。社会福祉士は、「専門的知識及び技術をもつて、身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する者又は医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者との連絡及び調整その他の援助を行うこと(社会福祉士及び介護福祉士法第二条)」を主たる業務としていることから、とくに社会制度に関する情報提供や地域連携が必要な場合に連携している。同様に患者などに対する心理的支援が必要と判断される際には、臨床心理士とも連携を図っている。

4. 対応件数の推移

患者支援部が発足した2012年度以降、患者支援部として患者などに対応した件数を図1に示す。おおむね2019年度までは右肩上がりに件数を増してきたが、2020年度に関しては、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の蔓延とそれにともなう院内受入れ体制の変更もあり、対応件数自体は減っている。

従来、患者支援部内の件数分類(表2)においては、医療の受け方に関する相談である【受診受療】に関するものが一番多く、以後、生活環境上の調整に関する相談である【生活環境】と療養上の不安などに関する相談である【心理相談】がほぼ同数でつづき、医療費や生活費に関する相談である【医療所得】はあまり多くないというのが発足以来の一貫した傾向であった。2020年度においては【心理相談】に関するものが一番多く、ここにも新型コロナウイルス感染症禍の影響が想像される。

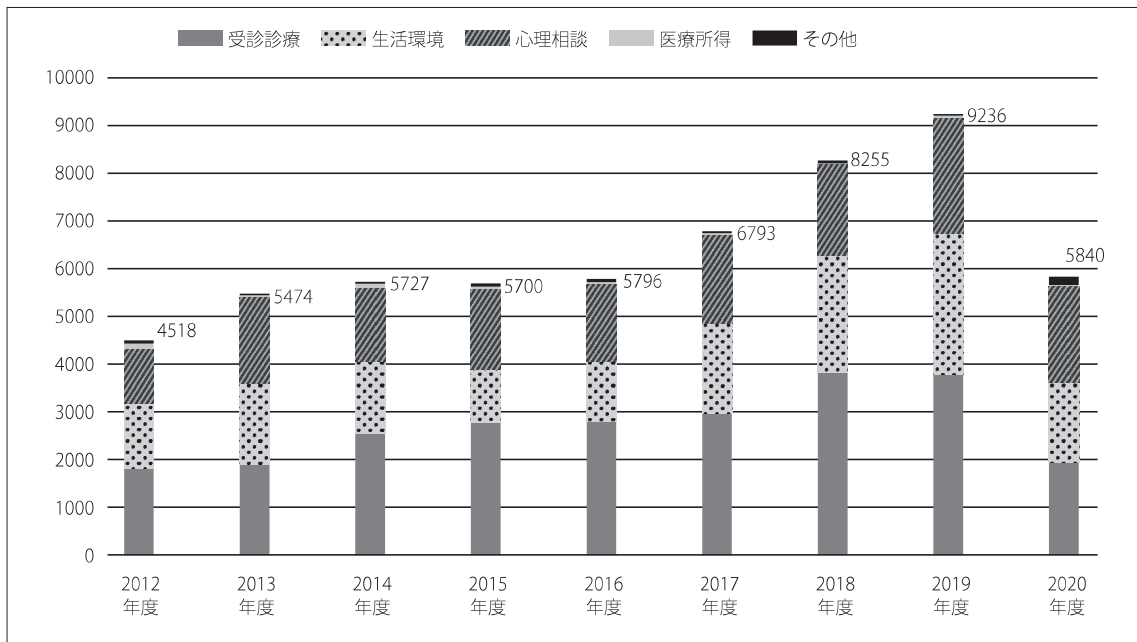


図1. 患者支援部の患者などに対する支援（年度別）

注1) 2012年度と2013年度はMSWと臨床心理士の対応件数の総和。
2014年度以降は加えて患者支援センター窓口の対応件数も和している。
注2) 『受診診療』とは、主として適切な医療の受け方に関する援助などを指す。
『生活環境』とは、主として適切なケアの受け方に関する援助などを指す。
『心理相談』とは、主として療養にまつわる心理的援助などを指す。
『医療所得』とは、主として医療費にまつわる制度利用に関する援助などを指す。
『その他』とは、いずれの分類にも区分できない援助などを指す。
詳細は表2を参照のこと。

表2. 患者支援部における援助内容の区分

- (1) 受診診療援助（図1では「受診診療」と表記）
 - ・生活と傷病の状況に適切に対応した医療の受け方に対する援助
例) 通院方法の相談、かかりつけ医・訪問診療・訪問看護調整など
 - ・医師などの医療上の指導を受け入れない場合の社会的問題に対する援助
 - ・診断、治療内容の不安に対する援助
例) 医師のIC 同席支援など
 - ・社会的原因で症状の出る患者に対する援助
 - ・転院のための医療機関の選定に対する援助
- (2) 生活環境上の援助（図1では「生活環境」と表記）
 - ・療養中の家事、育児、教育、職業などの問題に対する援助
 - ・復職、復学に対する援助
 - ・住居の確保など住居問題に対する援助
 - ・在宅ケア諸サービスの活用に対する援助
 - ・社会福祉施設などの選定に対する援助
 - ・療養に必要な物品などの充足に対する援助
 - ・生活環境上の問題の有無の確認
- (3) 心理・情緒的援助（図1では「心理相談」と表記）
 - ・疾病に関するさまざまな不安や不信、葛藤、拒否、逃避などを抱く患者や家族に対して心理的にサポートし、気持の整理や自己洞察を深め、精神的安定をはかるための援助
 - ・精神症状、環境不適応などにより不定愁訴のある場合の援助
- (4) 医療費・所得保障に関する援助（図1では「医療所得」と表記）
 - ・入院や入院外を問わず患者が医療費、生活費に困っている場合に、保険や福祉など関係諸制度を活用できるようにする援助

注) 「がん相談・援助」、「医療安全に関する相談・援助」、「虐待に関する相談・援助」、「DVに関する相談・援助」を別に計上しているが、本論では詳細を論じないためここでは省略。

5. 患者支援部の特徴

上記にみてきたように、患者支援部の特徴の一つは「多様性」である。

所属している成員一つをとっても、複数の職種が属しており、それぞれの職種が強みとする領域も多様である。つまり、生物的視点(Bio・physio)に相対的に強みをもつ看護師と、社会的視点(socio)に相対的に強みをもつ社会福祉士、心理的視点(psycho)に相対的に強みをもつ臨床心理士、それらを効果的に取りまとめる事務職員といった具合である。このことが、寄せられる多岐にわたる相談への対応を可能とする一面もある。もちろんそのすべてに対応することは難しく、院内・院外のフォーマルなネットワークやインフォーマルなネットワークを駆使して対応する訳だが、その連携先も多様であることは先に見たとおりである。

もっとも「多様性」と「坩堝(るつぼ)」とい

うことは紙一重である、というのが実感である。そこではあらゆる種類の相談事が投げ込まれ、周囲からは当然に、少なくともごく短期間かつ容易に、それらの相談事を無事に解決・解消に導くことを期待される。その上、ここでいう“周囲の期待”という一言にも、その相談事を取り巻く当事者の数だけ存在する点に難しさがある。「多様性」を帯びているが故の難しさ、と考える。

二つ目の特徴が、「柔軟性」である。

病院組織においては、しばしば部門ごと・専門職ごとのセクショナリズムや業務手順の硬直化の弊害が指摘される⁴⁾。その点、これまで見てきたように、自部署だけで業務を完結することが少ない患者支援部においては、連携する院内外の各職種(各部門)、各組織の在り方ややり方によって、自分たちの業務手順を柔軟に変更する必要がある。

一例として、患者などを対象として提供される「すべての人が、その人の必要に応じて、切れ目のない医療・福祉などのサポートを活用して、安心して療養、生活ができるように支援する⁵⁾」場合を考えてみる。看護部と連名で作成された『三菱京都病院在宅支援マニュアル』においては、そのような支援が必要であるのか否かを明らかにする「①情報収集・スクリーニング」という第1段階と、患者などの全体性に配慮しながら問題の所在を明らかにし、可能な限り解消するための支援についての具体的な目標や方向性を定める「②アセスメント・プランニング」という第2段階までは看護師の担当である。第2段階までで覚知された問題を、可能な限り解消するために医療・福祉などのサポートと具体的に結び付け調整を図る「③マッチング」とよばれる第3段階からがMSWの担当である。

しかし、実際の運用上は、部署により、担当の看護師により、あるいはその患者さん・家族さんが必要とする医療・福祉のサポートの内容によって、看護師とMSWの役割分担はグラデーションを描く。また、必要に応じて、外来

と入院、一般病棟と集中治療室、新生児集中治療室と母親の入院する急性期病棟、患者と家族、プライマリチームとチーム医療などといった枠組みを自由に行き来して対応することが可能である。柔軟性ある組織横断型の活動も特徴の一つである。

そして、三つ目の特徴が「縁の下型支援」である。

あまり広くは知られていないかも知れないが、患者支援センター窓口は医療安全窓口を兼ねており、患者などの苦情を一手に受け付けている。もちろん、各現場で初期対応が試されている中で、それでも気持ちの持っていき場のない方々の対応を行うことが大半である。一方で、その場で直接医療者に伝えることができなかった思いをやっとの思いで語られることもあり、丁寧に対応することを心掛けている。中でも、2014年6月に成立した医療事故調査制度に基づく院内調査や家族(遺族)への説明の場面に医療安全管理者と共に関与する際には、細心の注意を払って対応している。

その他、当院は「京都府がん診療推進病院」を拝命しており、その指定要件でもあるがんサロンの運営や、がん患者会との連携の窓口も担っている。とくにがん患者会との連携の際には、院内のリンパ浮腫・乳腺診療推進チームとの密な連携に努めている。

さらに言えば、日々多忙を極める医療者に対して、当院産業医や各部門長と連携しながら労働者としての医療者のメンタルサポートを提供することもその役目である。コロナ禍という特殊な1年であったことの影響が大きいことは明らかであるが、2020年度に患者支援部(おもに臨床心理士)から院内の職員に提供されたメンタルサポートの件数は350件を超える。これらの件数が公に語られることはなく、本稿の図1にも反映されないが、重要な業務の1つと認識している。ここに示したように、表だって語られる訳ではないが、確かに病院組織のうちで必要とされる業務に代表される「縁の下型支援」がもう一つの特徴である。

6. これからの患者支援部について

最後に国が主導する医療政策・福祉政策を視野に入れつつ、これからの患者支援部について述べて論を閉じたいと思う。

筆者の理解するところでは、この20数年の間に起こっている医療施策の転換は次のようなものである。すなわち、マクロの視座でいえば、疾病や障害を如何に治すか、といった治療医学に基づく「医学モデル」に立脚した『病院完結型』と呼ばれるものから、疾病や障害を抱えた患者などの生活の質(QOL)を如何に高めるか、といった「生活モデル」に基づく『地域包括ケアシステム』への転換である⁶⁾。そしてミクロの視点では、インフォームドコンセント、セカンドオピニオン、患者主体の医療、チーム医療など、現在の日常臨床でも語られる概念の拡がりである⁷⁾。

インフォームドコンセントの制度化は1997年の第3次医療法改正時である。パターンリズムを背景としたインフォームドコンセントではなく、自己決定権に基づく「自分にとってよいと思う診療が自分の望む場所で行われる⁸⁾」ためのセカンドオピニオンが市民権を得ていくのが2000年代である。契機の一つとなったのは、1998年に東京高裁判決、2000年に最高裁判決の出た“エホバの証人無断輸血事件”である。高裁判決において、「(患者の)同意は、各個人が有する自己の人生のあり方(ライフスタイル)は自ら決定することができるという自己決定権に由来する⁹⁾」とし、治療を受ける・受けたくないおよび治療場所についての「選択の機会(自己決定権行使の機会)を奪われ、その権利を侵害された⁹⁾」とする判決が出たことが影響したものと想像される。その後も、「医療を受ける者による医療に関する適切な選択を支援」「医療を受ける者の利益の保護」といった文言とともに患者主体の医療がより強く意識されたのが2007年の第5次医療法の改正。チーム医療推進協議会が設立されたのが2009年(厚生労働省にて第1回チーム医療推進会議が開催されたの

が翌2010年)である。

これらのミクロ・マクロの変化に通底するのが、『個別性』への配慮が求められるようになってきた、ということである。猪飼(2014)の言葉を借りれば、「マスの問題に対して特に効果の高い支援戦略」から、「1人ひとりをすくい上げてゆくことを基本とする支援観」へのシフトである⁶⁾。くわえて、現在進行形で国が主導しているのが、地域包括ケアシステムを高年齢者以外にも拡充することを念頭においた「地域共生社会」、「我が事・丸ごと」といった政策である¹¹⁾。これも地域性という『個別性』への配慮を視座した政策に他ならない。

『個別性』への配慮、ということを考える時、既に述べた「多様性」や「柔軟性」といった患者支援部の特徴は、時代の要請に合致したものであると筆者は考える。被虐待者(児)、無戸籍者、コロナ禍の影響から住所を失った行路人などにも須く対応している当事者としては、従来の医療機関が有してきた『病院完結型』の支援に収まらないことを日々実感するとともに「何が当事者にとって有効な支援となるかは究極的にはわからないという認識に立つ支援¹⁰⁾」と「当事者の状態を規定している状況(環境)は極めて複雑で個別的であるという認識に立つて行う支援¹⁰⁾」の重要性を痛感するからである。

今後は「多様性」や「柔軟性」といった患者支援部の特徴を一層生かすべく、「地域共生社会」の一部として、自らが地域へ出向くことも視野に活動してまいりたい。そのためにも、目の前の対応で手いっぱいになってしまう人員の問題や成員の知識や対応力の向上といった課題の解消に努めるとともに、もう一つの特徴である「縁の下型支援」はそのままに、単に「縁の下」として埋もれてしまわないように各所にアピールしてまいりたいと考える。

7. まとめ

患者支援部は従来言われてきた『病院完結型』と呼ばれる医療的・福祉的支援に留まらず、『個別性』への配慮に根ざした『地域包括ケアシス

テム』や「地域共生社会」の一部として機能する当院の窓口の一つとして役割を担ってきた。そのことを可能にする「多様性」「柔軟性」といった患者支援部の特徴を活かしつつ、もう一つの特徴でもある「縁の下型支援」はそのままに、単に「縁の下」に埋もれてしまわないように院内外の各所にアピールしてまいりたい。

文 献

- 1) 三菱京都病院. 患者支援部業務マニュアル. 2021.
- 2) 宇都宮宏子. 病棟から始める退院支援・退院調整の進め方. 病棟から始める退院支援・退院調整の実践事例. 東京：日本看護協会出版会；2009. p. 10-37.
- 3) 菊地かほる. これがMSWの現場です. 東京：医学通信社；2010. p. 5-9.
- 4) 正木義博. 組織の理解. 医療経営人材育成事業ワーキンググループ編. 経済産業省サービス産業人材育成事業 医療経営人材育成テキスト [Ver. 1.0]. 東京：KPMGヘルスケアジャパン；2006. p. 14-18.
- 5) 三菱京都病院. 在宅支援マニュアル. 2021.
- 6) 猪飼周平：生活モデルに基づくヘルスケア再編の射程. 病院 73(1): 18-23, 2014.
- 7) 高山恵理子. 医療ソーシャルワーカーの業務に医療政策が及ぼした影響 診療報酬の動向と医療ソーシャルワーカーの「退院支援」業務との関わり. 上智大学社会福祉研究 43: 10-30, 2019.
- 8) 宮本恒彦. 最近の話題 セカンドオピニオン. ターミナルケア 12(1): 38, 2002.
- 9) 最高裁判所. 高等裁判所 判例集. [引用 2021-05-29].
https://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail3?id=20156
- 10) 中野智紀, 朝比奈ミカ, 日置真世 他：生活モデルで支援を紡ぐ. 訪問看護と介護 23(2): p. 77-87, 2018.
- 11) 厚生労働省. 「地域共生社会」の実現に向けて. [引用 2021-05-29].
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html>
- 12) 伊藤新一郎：ソーシャルワーカーにとっての「社会福祉の理論・歴史・政策」の意義 近年の福祉政策と社会福祉士国家資格制度の動向を踏まえて. 北星学園大学社会福祉学部北星論集 57: p. 43-61, 2020.
- 13) 小西加保留. 「医療ソーシャルワーク」における歩みと研究を振り返って. Human Welfare 10(1): p. 9-16, 2018.
- 14) 厚生労働省. 社会福祉士及び介護福祉士法第二条. [引用 2021-05-29].
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=82021000&dataType=0&pageNo=1