

## 医療コーディネーターという職業の可能性 医者患者関係の新自由主義的再編という視点から

徳島大学総合科学部 榎田美雄（かしだよしお）

kashida@ias.tokushima-u.ac.jp

http://www.ias.tokushima-u.ac.jp/social/

キーワード：インフォームド・コンセント、倫理強化による専門家支配、新自由主義

### （1）医療コーディネーターという職業

「医療コーディネーター」という職業<sup>1</sup>（注1）について、医療コーディネーター協会（＝本部、東京都江東区＝）を中心に、調査活動を開始している。本報告は、その第一報である。

医療コーディネーターとは「医療者と患者（その家族など）のあいだに立って、さまざまな面で立場の違いからできる隙間を埋める医療ソリューションサービス」[医療コーディネーター協会、2006:18、但し下線は榎田]であり、患者側からお金をもらって、診療への立ち会い、セカンドオピニオン取得支援、決断支援、等の活動をおこなっている（資料1）。協会に所属していないコーディネーター（たとえば、東館弘美氏）がHP上で公表している業務もほぼ変わりはない。基本的に公的医療保険の外の活動であり、相談部分の時給だけをみると弁護士並の料金である（無料ボランティアではない）。対面してから活動を開始することが原則となっており、電話相談でもファックス相談でもない。協会では1時間1万500円を標準料金とするが、開業できるほどの収入はまだ得難く、協会の理事であっても、所属医療機関をもっている「兼業メンバー」が過半である。中立であることと、高い専門能力をもっていることを売りにしている。

組織の活動は年々活発になってきており、マスコミへの登場頻度も増しつつある。本年4月に第一回養成講座を修了して認定された23人のコーディネーターを加えて[日本経済新聞社、2006:11]、現在コーディネーター数は30余名となっている（公式ホームページで公表されている認定者は19名）。しかしこの数字は、育児等で活動休止中のものを含んでおり、常時活動可能なメンバーは多くない。メインの収入をコーディネーター業から得ているものは「いても2～3人程度」（川上事務局長へのヒアリング結果、20060519）とのことであった。協会がすべての紹介を仲介しているわけではなく（資料2の左下図）、したがってメンバーの収入把握もなされているわけではないが、「年収にすると200万。ただ、平均、というのは難しい考えです」（川上事務局長へのヒアリング結果、20060519）とのことであった。

### （2）「中立的・医療専門職」の意義

現在医療コーディネーター協会理事長である嵯峨崎氏は、以下のような文章を「私が『患者のため』に働かない理由」というエッセイの中にかいている。「患者自身をきちんと表現させるために、医療者というプロが臨床には必要なのである」[嵯峨崎泰子、2005:29]。ちょっと不思議な文章だ。単なる患者の意志代行実践者ではなさそうだ。また、別のところでは、以下のように論じてもいる。「環境が整うまでは、私たちもできる限り患者さんに寄り添って、患者さんが自分で治療法なり生き方を選択、決定できるようにアドバイスや情報提供をしてきたいと考えています」[嵯峨崎、2004:15] 未来の理想より現在の実践が志向されているようである。これらに示されている「決意/方針」こそは、「医療コーディネーター」という職業の意義として注目すべきものなのだとおもう。つまり、第一引用に関し

1医療コーディネーターという資格を認定している公的機関はない。商標登録もされておらず、何人も「医療コーディネーター」と名乗ることができる（実際に、協会と関係なく名乗っている人も複数いる）。しかし、報道頻度等を見れば医療コーディネーター協会が、最大手であることに疑義はなかろう。なお、「医療コーディネーター協会が認定した医療コーディネーターと名乗るためには、当該講座を受講」[医療コーディネーター協会 2005:2]する必要がある。講座は2段階編成になっており、前半の基礎講座を受講して修了したもので、かつ、医師または看護師として5年以上の実務経験のあるものだけが、後半の養成講座にすすみ、協会のメンバーになることができる。

て言えば「患者のために」を錦の御旗にしながら、その実所属組織の都合を優先する「おためごかし」をやめていく必要があることがおそらく含意されている（中立、という意義）、 第二引用に関して言えば、そのように、医療機関がおためごかしをやめるためには、患者側が十分に知識の面でも判断力の面でも医療者に対抗できる実力を備えなければならないが、（そしてそのような未来をコムルなら現在化しようと努力するわけだが）、現実的にはなかなか困難である。その空白を埋めるものとして「医療コーディネーター協会」の活動を医療専門職として行っていこう（専門職志向、という意義）、という枠組みにこれらの決意はなっているように思うのである。もちろん、本発表では、このような主張を「立証」するところまでは至っていない。しかし、上記のように私が主張する根拠をめぐって、そのアウトラインだけはなんとか述べていきたいと思っている。

なお、上記のように主張する背景には、現在の医療コミュニケーションの変動に関する以下のような構図的理解がある。副題との関連性も高いので、まずは、この図の説明から始めよう。

### 図 1 : 現在の医療コミュニケーションの変動に関する構図的アイディア

#### A : 医者 - 患者関係 (DPI 秩序) の、新自由主義的再編という現代的趨勢

2つの目標      患者の自己決定権の擁護（資源最適配分の為市場原理の導入）  
                    医師の決定負担の解除（複数選択肢からの選択は新しい負担）

#### B : 現行のインフォームド・コンセント体制（ヘルシンキ宣言等）の位置づけ

                    医師の倫理強化という方策

                                    部分的バランス・オブ・パワー（看護師の参加）

                                    にも不十分（cf おためごかし）、 にも不十分（力不足）

#### C : 既存の改革路線の位置づけ

賢い患者運動 .....      が実質的に解決されない（対抗可能性）

                                    専門職支援者でないと「意志」の妥当性を問いがたい。紹介能力をもつ第3者が必須。

法定規則強化 .....      はやはり「実質的には」解決されない

&

法による救済                      問題の深刻化、表層的責任回避策へ

つまり、どの路線も、 にも不十分、 にも不十分、かも知れない

#### D : 医療コーディネーターという職業（中立の医療専門職）の可能性

                                    にも十分、 にも十分、

                                    倫理強化とは別の可能性を指し示しているが、新自由主義的再編としては、現行の改革と同じ方向を向いている。

### ( 3 ) 彼女達はどんなことをしているのか

嵯峨崎 [ 2000:50f. ] には、脳腫瘍患者のサポートをした際の以下のような興味深いやりとりが紹介されている。

1 嵯峨崎「本人は手術というか、開頭をしたくないと入っているのですが.....」

                    （患者の気持ちを代弁）

2 医師 「えっ！ 良性ですから、開頭手術しかありませんよ。やらなければ死にますよ」

                    （中略）

3 嵯峨崎「ほかに治療方法はないのでしょうか？」

4 医師 「ガンナイフのことですか？」（聞き手の知識レベルの模索）

5 嵯峨崎「ええ、それから血管内手術とか、そのコンビネーションとか.....。ほかに

                    も方法があれば教えていただきたいのですが」

6 医師 「ガンマは5センチ以上は無理。それに今まで適応だと思われる人を二人、他の病院にガンマ目的で送ったが、良好な結果を得られなかった。エンボリはフィーダーが細くてカテをアプロ

ーチできない。だから、手術しかないのですよ」（準専門家向けの返答）

（嵯峨崎 [ 2005:50f ] を一部改変して掲載）

ここにあるのは、一見「専門家 - 素人」の会話である。3行目、5行目には、たしかに「教えていただきたい」という「知識差」を前提とした知識伝授の「依頼」が表示されており、それへの「応答」もなされてはいる。しかし、その関係の内実は「専門家 - 専門家の意見を専門的に吟味評価することができる程度の知識はもった、専門家に準じて取り扱われるべき素人」という微妙な関係になっている。というのも、医師は質問者の知識レベルを問う形での反問（「ガンマナイフのことですか？」）を4行目にしており、また、血管内手術に対して、それができないという見解（「エンボリはフィーダーが細くて……」）を、「血管内手術」という用語を用いずに、6行目でおこなっているからである。

このやりとりの後日談はおいておくとして（実際には悪性で、他院でガンマと血管内治療のコンビネーション治療を行った）、この場面に限って、手術前の説明場面に医療コーディネーター（嵯峨崎氏）が同席したことが、どのような意味をもって働いていたかを検討していってみよう。

彼女は、患者の気持ちを確認に代弁している。（1行目）これなら、患者家族にもできるだろうし、少々の勇気があれば、患者本人にもできることも知れない。しかし、3行目と5行目で彼女がしていることは、誰に代行可能だろうか。ここでは、彼女が専門知識をもった質問者として自らを自己提示している。この自己提示が、医師からの積極的な「判断プロセスの開示」（6行目）を引き出している、といえるのではないだろうか（後日談にふれることになってしまうが、ここで医師の推論＝ガンマナイフや血管内手術ができないという推論＝に疑問を感じることもできたおかげで、他院でのコンビネーション治療の道が開けた）を導き出したことは、かなりありそうなことのように思われる。

もし、このような「他の選択肢に関する評価」につながるやりとりが、インフォームド・コンセント場面で存在しない場合、「開頭手術はなるべくしたくない」という患者の意向は、それがかなえられるにしてもかなえられないにしても、「感情の強さ（強情さ）」の関数になってしまうように思われる。このように、「他の選択肢に関する評価」が可能な知識が増える場合のみ、インフォームド・コンセントというものが、患者側の「自己決定権の擁護」につながる、といえるのではないだろうか。

同様のことを裏側からいうこともできるだろう。「医師」にとっても、患者側にこのような説明（6行目）ができない場合には、「開頭手術はなるべくしたくない」（1行目）といわれても、その意向に従うかどうかは、困難な問いになってしまう。なぜなら「なるべく」という部分が、細かな判断基準に分割していけないからだ。結局は患者や家族の「気の強さ」「押しの強さ」に遠慮するかどうか、という方針決定の仕方になってしまうのではないだろうか。しかし、そのようなことが外形的にばれてしまうと「医療訴訟」で負けてしまうリスクが生じてしまう。とすると、形だけでも（わかろうがわかるまいが）「医学知識的判断材料の提供」を行って、そのリスクを下げる、ということになるのではないだろうか（この落差に関する議論は、「わかる説明をすることを法的規制に含める」場合でも、論理構造的には同じことがいえる議論である）。

ここまで、嵯峨崎がその著書で紹介している例を用いて議論をしてきたが、「患者の自己決定権を実質的に保証する」路線は、他のメンバーの議論の中でも維持されているようにみえる。たとえば、「資料2」右側の事例において、宮坂友美は次のような例を挙げている。

「転院を希望していると思って聞いていたが、結局は現在の病院を変えたい訳ではなかった」（調整者：コーディネーター例）

「治験にエントリーしたいと明確に意志表示があった……中略……それは妹が調べてくれた情報の受け売りで……中略……藁をもつかむ思いで調べただけでこだわっていないとのことであった」（整理屋：カウンセラーの例）

このような「転回」の評価については置いておこう。ありとあらゆる報告は「物語化された報告」であって、この宮坂による報告にも「物語化された（自己正当化された）側面」は含まれているだろう。しかし、もし、「患者の意向」を代弁するだけの機能しかない「援助者」だったならば、このような展開はそもそもあり得なかったのではないだろうか。もし、多様な選択肢が患者に開かれていることが望ましい医療制度である、という前提をもつのなら、それが実質的に選ぶる社会体制になることは、真剣に探求されてよいことなのではないだろうか。

#### （４）まとめ

本報告では、“実際のインフォームド・コンセント場面では、法学・倫理学が想定している形での「患者の同意獲得」とは別の秩序が存在している、”という従来の私の主張のバリエーションとして、「医

療コーディネーターという職業の可能性」を論じてきた。現実のインフォームド・コンセントが、複数人の、かならずしも「契約締結の関係ではない関係」として運営されていることと、ここで「患者の代理人」としての「医療コーディネーター」の可能性を称揚することに、矛盾を感じる方もいらっしゃるかも知れない。しかし、契約関係ではないからこそ、患者と患者家族が望んでいることが、そして、インフォームド・コンセント場面でなされていることが、もし、「なるべく有利な条件での契約」ではなく、「自分は何を望んで人生選択をすべきかの模索」というようなことであるのなら、その「模索」の援助者として、「医療コーディネーター」は有力なアクターになり得るように思われる。続けて探求を行っていきたいと思っている。

## 文献・参考資料

ヘルシンキ宣言（ヒトを対象とする医学研究の倫理的原則）1964 2004

（[http://www.med.or.jp/wma/helsinki02\\_j.html](http://www.med.or.jp/wma/helsinki02_j.html) 日本医師会サイト上の訳文）

榎田美雄・寺嶋吉保 2003 「インフォームド・コンセントに家族はどのように関わっているのか - エスノメソドロジック的検討 - 」 『社会学年誌』44：33-55。

榎田美雄 2004 「エスノメソドロジック・会話分析から見た医師と患者の会話 - 患者の同意の共同的達成 - 」 『保健医療社会学論集』14-2:35-44。

榎田美雄 2004 「訳者あとがき」 『医療現場の会話分析』勁草書房:185-189。

榎田美雄・寺嶋吉保・相野田紀子 2005 「医学教育のエスノメソドロジック-OSCE と PBL チュートリアルを題材として-」 『医学教育』36 補冊:74。

中村和生・榎田美雄 2004 「＜助言者 - 相談者＞という装置」 『社会学評論』55-2:81-97。

日本経済新聞 2006 「橋渡し役登場/文書見直し 治療法やリスク患者の立場で説明」（2006年5月14日発行）:11。

日本医療コーディネーター協会 2006 <http://www.jpcca.net/> （公式サイト）

日本医療コーディネーター協会 2005 『医療コーディネーター基礎講座』（パンフ）。

日本医療コーディネーター協会 2006 「『医療コーディネーター』という仕事」、 『健康保険』2006年3月号:18-19。

宮坂友美 2006 『医療コーディネーターの仕事と役割』（パワーポイント原稿、直接入手）

嵯峨崎泰子 2000 『生命と医療にかける橋 - 患者と家族のための医療コンサルタント』生活ジャーナル。

嵯峨崎泰子 2005 「私が『患者のため』に働かない理由」 『Nursing Today』20-1:28-9。