

文献選択の基準としては、検索の結果得られた候補となる文献について、タイトルや抄録を読み、対象者に上記の社会的な課題を表現する用語を含んでいるものから候補となる論文を抽出した。そのうち、本文が入手可能で、付き添い支援の効果に関して言及しているものと研究計画を詳細に記述しているものを採用し精読した。

【結果】

候補となる文献 213 件について、タイトルや抄録から候補となる論文を 86 件に絞り、本文が

入手可能な 74 件について最終的に精読した。そのうち、付き添い支援の効果に関して言及しているものは 50 件、研究のプロトコール論文は 8 件であった。それらの文献についてまとめた結果である「エビデンステーブル」を表 2-2-1、表 2-2-2 に示す。

得られた文献において、patient navigation は社会的な困難を抱えた患者が医療機関を受診する障壁を少なくすることを目的とした取り組みと説明されていることがわかった。具体的には、以下のような取り組みを実践していた。

文献から得られたペイシェント・ナビゲーションの取り組み例

- 医療への受診やがん検診に同席
- 診断や処方を患者に再度説明したり、理解を確認したりするなどして、医療従事者との合意形成や患者理解の向上を図る
- 受診のための交通手段の手配・調整
- 医療機関へ受診時の通訳
- 医療機関への受診時に保険等に関する相談を通じた医療に関わる支払い手続き支援
- 介護ケアプランの立案やその他のケアのための社会資源の活用調整
- 定期通院や退院後受診の調整
- 緊急時の相談

付き添い支援を行う人材の呼称については、patient navigator, community health worker などがみられた。付き添い支援の人材はボランティアや自治体の職員、医療機関に所属している対人支援の経験や研修歴のある者が実践しているケースが多かった。

米国では Patient Navigation Research Program (PNRP) というプログラムが州単位や都市単位で実践されていた。PNRP は、米

国国立がん研究所 (National Cancer Institute: NCI) の主導のもと都市や州単位で実践されている研究プログラムで、特に乳がん・子宮頸がん・前立腺がん・大腸がんの患者に関して、予防や治療開始への格差が大きいことに注目し、patient navigator による人的支援がそれらの格差を縮小するかを検証するために始まった。対象として、社会的なリスクを有する人種的マイノリティにあたる者と、貧困や孤立などの社会

経済的に低い地位にある人、および米国内のへき地に在住する者を想定している。PNRP 研究は、patient navigator によるがん検診の受診率やがん診断のための精密検査・がん治療へのアドヒアランスの向上効果や、受診中断や未受診率の改善効果などを検討することを目的としており、米国の複数の州でランダム化比較試験 (randomized control trial: RCT) などが実践されている。米国国立がん研究所からの補助金が各地域でのプログラムへと配分されており、多くの論文が出版されていた（表 2-2-1）。米国のモデルを参考にして、英国やフランス、デンマーク・その他発展途上国においても同じような実践があった（表 2-2-1）。

Patient navigation の効果に関しては、社会的な課題を抱える集団のがん検診の受診率や治療開始率の向上や、これらの格差の縮小が報告されていた。それだけでなく、地域のすべての住民の受診率や治療開始率の向上がみられることも報告されていた。また、社会的な課題を抱える人の受診中断や入院の予防、頻回受診の減少、医療機関受診時の満足度の向上なども報告されていた。

調査対象者には、糖尿病などの慢性疾患有する患者、HIV 感染症および AIDS 患者、孤立などの社会的な課題を抱える患者、小児や妊婦を選定した研究も存在した。付き添い支援の効果を検証するための研究のプロトコールについての論文も多く、米国をはじめとした諸外国でも社会的な課題を抱えるとされる集団への付き添い支援への効果を実証しようとする動きが見受けられた（表 2-2-2）。

2-2-1：社会的な課題に対する取り組み

(PN: patient navigation. RCT: randomized controlled trial. Z:之多公作比較試驗)

著者・年	国	デザイン	対象	PNの方法	効果／結果
Ali-Faisal et al (2017) ¹²⁾	米国	系統的レビュー・ メタアナリシス	PNの効果を示した英語の論文	文献にもよるが、受診や検診の同行・アレンジメント・保健指導など	健診・予防活動への参加 がん治療アドヒアランス改善
Arosemena et al (2013) ¹³⁾	米国	横断研究	ハリケーンに被災した妊娠婦	ソーシャルサポートやエージンバラ産後うつスケールなどを用いて、被災した妊娠婦の精神状態や社会的なつながりを評価	PNの調査により詳しく被災した妊娠婦の状況が理解できた。(PNによる介入の突破口は今後の課題)
Austad et al (2017) ¹⁴⁾	ゲアテマラ	総説	低所得な者への対応から始まつたが、がん検診の対象者や慢性疾患の罹患者など、PNの対象者は拡大している	受診に同行し、医療従事者とのコミュニケーションの向上を図る	個人が持つ社会的な障壁を減少させられるアプローチである。パイロット研究が進行中である。
Balaban et al (2015) ¹⁵⁾	米国	RCT	再入院予測スコアの高い患者	受診や交通手段のアレンジメント・電話や面接・服薬支援・プライマリケア医との連携	高齢者の再入院を予防
Basu et al (2018) ¹⁶⁾	米国	RCT		受診のスケジューリング・アレンジメント・金銭的支援の指導・通訳・ソーシャルサポートの提供・コミュニケーションの包摂・腎移植チームとのつながりづくり	腎移植を待っている者で、社会的な課題を抱える者（無保障・低所得・人種など）腎移植を待つ患者登録割合の上昇、しかしその効果は大きくない

著者・年	国	デザイン	対象	PNの方法	効果／結果
Battaglia et al (2012) ¹⁷⁾	米国	コホート研究	乳がん検診・子宮頸がん検診で異常を指摘された女性	受診や社会資源の利用などのケアのコーディネート、保健指導	精査受診へと繋がるまでの期間の有意な減少
Battaglia et al (2016) ¹⁸⁾	米国	メタアナリシス	PNの効果を示した論文	文献にもよるが、受診や検診の同行・保健指導など	社会階層によらず、がん検診で異常を指摘されたあと、精査が必要な患者の受診行動にも好ましい影響がある
Berkowitz et al (2015) ¹⁹⁾	米国	前後比較研究 時系列中断デザイン	52-75歳の大腸がん検診が必要な者	通訳・カウンセリング・保健指導・交通手段や受診のアレンジメント	全住民のがん検診が向上し、学歴による格差が縮小した
Binswanger et al (2015) ²⁰⁾	米国	RCT	違法薬物で収監歴のある者	依存症への治療プログラムへの付き添い	入院の減少効果あり。救急受診の減少効果はなし
Capp et al (2016) ²¹⁾	米国	RCT	救急外来の頻回受診者	医療機関への受診支援や付き添い、保健指導など	プライマリケア医へ信頼感の向上、プライマリケアにおけるネガティブな差別的な体験の減少
Carter et al (2018) ²²⁾	米国・カナダ・オーストラリア	系統的レビュー	PNの効果を示した論文	文献にもよるが、受診や検診の同行・保健指導など	方法や効果にばらつきが大きいが、プライマリケアにおける今後のPNの発展が期待される
Enard et al (2013) ²³⁾	米国	コホート研究 準実験デザイン：差の差分析	救急外来の受診者のうち無保険者・メディケイドに加入している者	アドボケート・かかりつけ医の有無の聴取や誘導・プライマリケア医への受診同行・地域の社会資源の紹介・健康教育など	救急外来を再診する割合の低下・個々にかかる医療費の低下

— にて評定された黒田「接対に添ひ」の「接対に添ひ」にて評定

著者・年	国	デザイン	対象	PNの方法	効果/結果
Fouad et al (2014) ²⁴⁾	米国	RCT	低所得層が多く住む地域の女性で子宮頸がん検診の対象者	患者教育、受診日のスケジューリング、リマインドの電話、交通手段のアレンジ、保険の課題解消、受診同行、自宅訪問	予約日に受診できる割合の有意な上昇
Freund et al (2017) ²⁵⁾	米国	総説	PNの効果を示した論文	文献にもよるが、受診や検診の同行・保健指導など	特に社会的弱者（経済的な困難・無保険・人種的マイノリティ）での効果あり
Galbraith et al (2017) ²⁶⁾	米国	RCT	病院を退院した患者	受診支援・付き添い・電話連絡	60歳以上で再入院を予防
Goff et al (2016) ²⁷⁾	米国	RCT	低所得・人種的マイノリティな人が多い地域の16-50歳の妊婦	医療機関の質評価の方法（インターネット）の指導	高い評価を受けた医療機関を選択する割合が増え、患者経験の満足度スコアも良好であつた
Guadagnolo et al (2011) ²⁸⁾	米国	レビュー論文	人種的マイノリティのがん患者	文献による	全てのがんのステージで好ましい結果が出ているが、予防・スクリーニングの段階での介入に最も頑健な成果が多い
Guillaume et al (2017) ²⁹⁾	フランス	クラスターRCT (剥奪地域と非剥奪地域、介入群と通常群の4群)	各地域に住む大腸がん検診対象者（50-75歳）	がん検診への受診支援・同行受診・検診の完遂の確認	受診率向上（豊かな地域ほど効果あり）格差が拡大する可能性→傾斜のつけた普遍的のプローチが格差解消には必要

著者・年	国	デザイン	対象	PNの方法	効果／結果
Highfield et al (2014) ³⁰⁾	米国	ケーススタディ (対照群なし)	低所得者・無保険者	オンラインでの患者の支援	医療機関へのアクセスを改善できる可能性がある
Horny et al (2017) ³¹⁾	米国	後ろ向きコホート・差の差分析	糖尿病患者で、受診中断歴のある者	つながりづくり・受診支援（スケジューリング・交通のアレンジメントなど）・心理社会的サポート・プライマリケア医や眼科医など糖尿病ケアに関わる部門との連携	血糖コントロールの改善、受診行動の適正化（予約受診に来院する・受診中断が少ない）
Ingram et al (2017) ³²⁾	米国	観察研究	慢性疾患患者	患者への連絡・セルフケアのサポート・医療や社会資源への誘導と同行支援・患者教育	血糖・BMI・血圧・脂質の改善
Jean-Pierre et al (2016) ³³⁾	米国	横断研究	がん検診で異常を示した者のうち、人種的マイノリティ・低所得な者	がん検診陽性者への医療機関への受診支援	患者のPNへの満足度と、医療ケアの満足度は相関する
Ko et al (2014) ³⁴⁾	米国	多施設共同研究のRCT	National Patient Navigation Research Programに参加している乳がん女性	医療機関への受診支援や付き添い、保健指導など	PNは検診や受診行動の改善だけでなく、患者にとって最善の治療を受けられる効果もある

— ここで述べたのが、実際に「検討すべき」の「検討すべき」

著者・年	国	デザイン	対象	PNの方法	効果 / 結果
Lasser et al (2017) ³⁵⁾	米国	RCT	喫煙患者で低所得な者	電話連絡・面談・受診支援	禁煙の推進
Leone et al (2013) ³⁶⁾	米国	コホート研究	50-74歳のメディアトに入っている者で、大腸がん検診が推奨されるもの	医療従事者からの手紙・電話連絡・映像による受診推奨・実際の受診支援	6か月の観察期間では検診受診の向上などに有意な結果なし
Liang et al (2016) ³⁷⁾	米国	RCT	50-75歳の大腸がん検診が必要な者	検査の相談・計画・受診支援	推奨されている毎年の大腸がん検診を長期的に受け続けることができる
Localio et al (2018) ³⁸⁾	米国	RCT 質的研究	中等症から重症の気管支喘息患者（成人）	受診支援・同行受診・医療従事者の説明の復習など	医療従事者と患者の理解や知識のギャップが存在しており、それを埋められる可能性がある
Luckett et al (2015) ³⁹⁾	米国	後ろ向きコホート研究	産婦人科クリニックの受診中断者・未受診	受診支援・電話連絡・保健指導・傾聴など	受診中断者・未受診率の改善
Madore et al (2014) ⁴⁰⁾	米国	混合研究法	人種的多様性がある地域の乳がん患者	受診支援・保健指導・電話連絡	治療アドヒアラランスの改善
Matousek et al (2017) ⁴¹⁾	ハイチ	後ろ向きコホート研究	ハイチの僻地にいる医療アクセスに困難を有する者	医療機関への付き添い、自宅への訪問、保健指導	経済的な支援だけでなく、人的支援を行うことで適切に医療機関にアクセスできるようになつた
Mertz et al (2017) ⁴²⁾	デンマーク	RCT	新規に診断され、困難を感じている乳がん患者	傾聴と会話・心理教育・目標の設定・医療機関への受診支援など	治療やリハビリへの満足度に好ましい影響があつた。困難さの指標が改善した。

著者・年	国	デザイン	対象	PNの方法	効果／結果
Myers et al (2017) ⁴³⁾	米国	総説	収監されているHIV患者	記載なし	釈放後のHIVの伝播の防止や個人が抱える社会的ニーズに対応できる可能性がある
Natale-Pereira et al (2011) ⁴⁴⁾	米国	総説	PNの効果を示した論文	文献にもよるが、受診や検診の同行・保健指導など	低所得者、人種的マイノリティ、他の医療的ケアが行き届いていない人の支援ができるだろう
Percac-Lima et al (2015) ⁴⁵⁾	米国	RCT	受診中断のリスクがある者（独自の基準）	電話連絡	受診中止者・未受診率の改善、長期的な影響は検討が必要
Percac-Lima et al (2015) ⁴⁶⁾	米国	コホート研究	非白人、英語を話せない者、メディケイド、無料医療制度の対象者、無保険の者でマンモグラフィに異常がある者	患者教育、受診日のスケジューリング、リマインドの電話、交通手段のアレンジ、保険の課題解消、受診同行、自宅訪問	社会的な課題をもつがん検診陽性者に対して、精査受診や治療受診を完遂できる割合を増加させる
Pratt-Chapman et al (2011) ⁴⁷⁾	米国	総説	英語を話せない者、移民、無保険の者などの不利な立場にある人	受診や社会資源の利用などのケアのコーディネート、保健指導	がんの生存者としての適切なケアを受けられる
Primeau et al (2013) ⁴⁸⁾	米国	コホート研究 準実験デザイン (Battaglia, 2012)の二次分析	乳がん検診・子宮頸がん検診で異常を指摘された女性	受診や社会資源の利用などのケアのコーディネート、保健指導	ヒスパニックや無保険の者は精査のための受診が遅れていった。(効果論文ではない)

— ここで述べたのが叶遇行黒田の「接対添み」の「接対添み」は隠匿的叶遇行黒田

著者・年	国	デザイン	対象	PNの方法	効果 / 結果
Raj et al (2012) ⁴⁹⁾	米国	記述疫学研究（対照群なし）	人種や言語的に不利な人が多く住む地域に住む人 乳がんと診断された者	がん検診への付き添い・検診の完遂の確認	人種や言語で不利な立場にいる者の乳がんの診断に役立つた
Ramirez et al (2014) ⁵⁰⁾	米国	コホート研究 準実験デザイン	乳がんに関するラテン系 アメリカ人女性	同行受診、移動手段のアレンジ、電話サポート、言語サポート、保険用書類記入支援	PNの介入によりがんの治療を開始した人の割合が向上した
Reuland et al (2017) ⁵¹⁾	米国	RCT	50-75歳 大腸がんの中等度リスクのあるもの 英語・スペイン語を話す者	がん検診への付き添い・検診の完遂の確認・通訳・受診や交通のアレンジメント	全住民（社会的な課題を抱える者も含めて）のがん検診受診率の向上
Roland et al (2017) ⁵²⁾	米国	系統的レビュー	PNの効果を示した論文	文献にもよるが、受診や検診の同行・保健指導など	乳がん・子宮頸がん・大腸がん検診が増加
Rosario et al (2017) ⁵³⁾	米国	前向きコホート	16-70歳の脳挫傷の後遺症をもつ患者	受診支援・患者と家族への教育・心理社会的サポート・社会資源とのつながりづくり・緊急時の相談	転倒・再入院の減少　社会参加・自立度の改善
Sarango et al (2017) ⁵⁴⁾	米国	質的研究 (デブスインタビュー)	HIV陽性のホームレス	医療機関への付き添い、ケアプランの立案などの全人的サポート	時間をかけて対応できるPNは健康アウトカムを改善できる可能性がある
Seaberg et al (2017) ⁵⁵⁾	米国	RCT	救急外来への頻回受診患者	診断や処方を患者に再度説明・フォローアップのアレンジメント・交通のアレンジメント・社会資源との連携	救急受診の減少、かかりつけ医受診の増加

著者・年	国	デザイン	対象	PNの方法	効果／結果
Shommu et al (2016) ⁵⁶⁾	カナダ	系統的レビュー	移民や人種的マイノリティである者へのPNの効果論文	文献にもよるが、受診や検診の同行・保健指導など	米国では移民の健康に関連する行動を改善できるが、カナダをはじめその他の国ではまだ報告が少ない。
Shroff et al (2014) ⁵⁷⁾	米国	Feasibility study	低所得者や人種的マイノリティの人が住む地域にある診療所を受診した51-70歳の女性	マンモグラフィの必要性の把握、受診やケアのための障壁を把握とその対応、検診の完遂の確認	マンモグラフィの検診受診率向上の可能性
Shusted et al (2018) ⁵⁸⁾	米国	系統的レビュー	肺がんへのPNの効果を評価した論文	検診受診、精査受診、治療のための受診への支援（詳細な方法は文献による）	検診受診率や精査受診率の向上、治療開始までの時間の短縮、患者満足度の上昇、QOLの向上
Tejeda et al (2013) ⁵⁹⁾	米国	横断研究	アフリカ系アメリカ人とラテン系アメリカ人の女性でがん検診に異常が認められた者	受診支援・電話連絡・保健指導・傾聴など	PNが介入することで、検診や医療機関受診への障壁が明らかになり、解消されやすくなる可能性
Valaitis et al (2017) ¹⁰⁾	カナダ	レビュー論文	プライマリケアと関連があるPN（その他キーワード含む）の効果論文	文献にもよるが、受診や検診の同行・保健指導など	ヘルスケアの提供と社会的ケアの提供の改善・特定の医療ニーズがある者への支援・QOLの改善など
Zibrik et al (2016) ⁶⁰⁾	カナダ	前後比較研究 (対照群なし)	非小細胞がん患者	電話連絡・家族との連携の維持	適切な治療介入効果

— ここで述べたのが叶遇行黒川の「接対添み」の「接対添み」は、隣接困辻伸

表 2-2-2 : Patient Navigation (PN) の研究プロトコール論文。がん検診や治療以外への応用も検討されている。

著者・年	国	デザイン	対象	PN の方法
Blake-Lamb et al (2018) ⁶¹	米国	コホート研究 準実験デザイン	低所得な妊娠初期の女性とそのパートナー・生まれてくることどもどその養育者	食事や身体活動などを含む生活指導・電話相談・保健指導など
Brenner et al (2014) ⁶²	米国	RCT	50-75 歳のラテン系アメリカ人	がん検診への付き添い・リマインドの電話連絡・受診アレンジメントなど
Broder-Fingert et al (2018) ⁶³	米国	RCT	自閉症スペクトラム障害をもつ小児	自閉症スクリーニングの質問紙を完成するための補助・早期介入に向けた環境調整など
Buscemi et al (2017) ⁶⁴	米国	コホート研究 準実験デザイン	50-75 歳の大腸がん検診が推奨される者	がん検診の教育と動機付け、スケジューリング、同行受診
Gwadz et al (2017) ⁶⁵	米国	一部実施要因計画法 (Fractional factorial design)	アフリカ系アメリカ人・ヒスピニック・黒人のHIV 患者で、特に男性同性愛者 (MSM)	HIV の治療を受けるための指導・受診のアレンジメント
Highfield et al (2015) ⁶⁶	米国	非ランダム化 Stepped wedge 法 (クラスター毎に対象者はランダム割付)	乳がん患者で無料または低額の医療を受けたことがある者・貧困ラインの 200% 以下の収入の者・無保険の者	検診受診、精査受診、治療のための受診へのアレンジメント
Lloyd-Evans et al (2017) ⁶⁷	英国	RCT	うつや不安障害があり孤立している人	社会資源などの紹介、つながりづくり、目標の設定とその支援などの情緒的サポート
Quintiliani et al (2015) ⁶⁸	米国	RCT	低所得な喫煙患者	金銭的インセンティブを与えた禁煙指導・外来への付き添い支援

レビュー結果のまとめ

国内外の文献レビューの結果、付き添い支援とは孤立や貧困などの社会的な課題を抱える人々の受診に付き添って、手続きやコミュニケーション等の障壁を改善する活動をすることにより、社会的な課題を抱える人々の受診を支援することと定義できると考えられた。また、単に医療機関の受診への付き添いに終始せず、公的サービス利用のための手続きなど、個々の住民のニーズに合わせた支援がされていた。個別のボランティアによる同行受診と異なり、組織的にプログラム化された取り組みの場合、支援を提供するスタッフやボランティアには、対人支援の方法に関する研修等、人材育成の手段が提供されているものが多かった。

付き添い支援の効果についてのまとめと考察

諸外国、特に米国では、patient navigationと呼ばれる取り組みが各州や各都市でプログラム化され、効果に関する数多くの論文が出版されていた⁸²⁾。系統的レビューやランダム化比較試験*による研究の報告が多く含まれていた。

Patient navigation が持つうる効果についての研究成果を表にまとめた（表 2-2-3）。

Patient navigation は、対象者のがん検診の受診率やがんの治療開始率の向上だけでなく、その格差の縮小、対象者の受診中断や再入院などの受診行動に関して保護的な効果がエビデンスレベルの高い研究により報告されている。つまり、社会的な課題を抱える人々の医療機関の受診に、信頼関係の構築されている支援者とともに同行することで、患者の健康が維持され、より良いケアを提供できる可能性が高いことを示す、複数の科学的証拠が確認できた。しかし、付き添い支援が頻回な救急受診を減らすか否

かについては、効果があるとする研究とないとする研究が混在しており、さらなる検証が待たれる。

また、がんに関連する研究だけでなく、糖尿病や HIV 感染症などの慢性疾患有する患者、孤立などの社会的な課題を抱える患者、小児や妊婦を対象とした研究へと応用されていたが、まだ研究のエビデンスレベルは高くなく、効果を検証した研究も少ない。しかし、表 2-2-1、表 2-2-2 にあるようにさまざまな規模でランダム化比較試験などが現在進行中、ないし実施が計画されており、将来さらに有望なエビデンスが出てくる可能性がある。

本文献レビューで得られた研究結果は米国のがものが多数を占めていたが、米国のエビデンスをそのまま日本の文脈に当てはめられるかどうかについては慎重な検討が必要である。諸外国で実施または計画されている研究を参考にして、今後日本でも、科学的に妥当性の高い、効果検証のための研究を行うことが望ましい。

*ランダム化比較試験は、対象者を無作為に割り付けて、該当するサービスを受ける群と受けない群に分けてその影響や効果を評価するものであり、因果関係を最も正確に評価し得る（エビデンスレベルが高い）研究デザインである。さらに、ランダム化比較試験の結果を報告した複数の論文のデータを包括的に分析した「ランダム化比較試験の系統的レビュー」は、個々の研究が様々な特徴を持つ集団でも同じように効果がみられるかを観察することができるため、さらにエビデンスレベルが高い研究とされている。

表 2-2-3：本レビューで得られた文献による社会的な課題を抱える患者への
patient navigation の効果のまとめ

エビデンスレベル 高 ← → 低

効 果	系統的レビュー / メタアナリシス	複数の RCT	ひとつの RCT	観 察 研 究 (準実験)	観 察 研 究	ケー 斯 タ デイ	総 括
受けた医療への 患者満足度	○	○			○		複数の RCT を統合して検証済
がん検診 受診率の向上	○	○					複数の RCT を統合して検証済
がん検診格差の 縮 小	○	○					複数の RCT を統合して検証済
がん精査受診率の 向 上	○	○					複数の RCT を統合して検証済
QOL(Quality of Life) の向上	○	○					複数の RCT を統合して検証済
再入院予防		○					複数の RCT により検証され 信頼できる
未来院の予防		○					複数の RCT により検証され 信頼できる
受診中断の予防		○					複数の RCT により検証され 信頼できる
禁 煙		○					複数の RCT により検証され 信頼できる
救急受診減少		△	△				差があるものとないもので ばらつきあり
頻回受診減少		△	△				差があるものとないもので ばらつきあり
腎移植待機リスト へのエントリー			○				複数の RCT により検証 (効果は小さい)
受診時の 差別的体験の減少			○				ひとつの RCT で検証、 追加研究が待たれる
コミュニケーション の改善			○				ひとつの RCT で検証、 追加研究が待たれる
医療費の削減				○			RCT による追加研究が待たれる
付き添い支援への 患者満足度					○		因果効果には迫れず 追加研究が待たれる
慢性疾患の アドヒアランス					○		因果効果には迫れず 追加研究が待たれる
転倒の減少					○		因果効果には迫れず 追加研究が待たれる
社会参加の向上					○		因果効果には迫れず 追加研究が待たれる
ADL(Activities of daily living) の改善					○		因果効果には迫れず 追加研究が待たれる
災害後の精神衛生・ 社会的つながり						○	ケーススタディのみ

○は効果ありの報告。△は効果あり、効果なしの双方が報告されている場合

(RCT: ランダム化比較試験、エビデンスレベルの信頼度の高低は引用文献 83) を参考に著者作成。)

3 国内の付き添い支援・同行受診の取り組みについてのレビュー

【方法】

本レビューでは、まず日本の現在の医療機関への同行受診に関して、書籍や論文、インターネットから広く情報を収集し、同行受診の実態を整理した。また、文献検索エンジンである医学中央雑誌・Google Scholarなどを用いて、特に社会的な課題を抱える人に同行して医療機関への受診を支援する活動報告を抽出した。これらの報告から国内で実践されている同行受診についての実態を調査し、対象者や実施者などの方法やそれぞれの同行受診の利点や欠点、課題などを整理した。

【結果】

日本での付き添い支援の現状

家族以外の第三者が患者の受診に付き添うことは「同行受診」という用語で行われていることが多かった。自治体・福祉事務所・地域包括支援センター・社会福祉協議会・NPOなどさまざまな団体による活動が報告されていた。同行受診にはいくつかのパターンがあり、文脈や目的によって同行受診の方法や意味が異なっていた。そこで、まずは同行受診という言葉に含まれるそれぞれの意味を確認し以下の5つに分類した。

以下、この5つの分類のそれぞれについて、同行受診の方法や実践例について記述する。

同行受診の5つのパターン

- 1) 公的サービスによる送迎支援（有償、介護保険サービス）
- 2) 私的サービスによる送迎・受診手続き支援（有償）
- 3) ボランティア団体等による送迎・受診手続き支援・診察同席（無償・有償）
- 4) フォーマルケアの担当者による業務外の受診支援・診察同席（無償）
- 5) フォーマルケアの担当者による業務内の受診支援・診察同席（無償）

1) 公的サービスによる送迎支援 (有償、介護保険サービス)

身体的な不自由や認知機能の問題のためにひとりでは受診できない場合には、家族や近隣の住民が付き添うことがあるが、家族が遠方であったり、近隣住民からの支援が得られないなどの理由で付き添いが困難な場合に、公的な介護保険サービスの一環で訪問介護や介護タクシーを用いた送迎サービスが使われる。一般的には居宅から医療機関への通院に必要な身体介助のみであり、受診手続き以降の院内での介助は原則として適応外である⁶⁹⁾。診察室での同席

は公的には認められていない。また、介護保険による公的サービスで利用者負担は一部である。要介護認定を持つ者しか使用できないサービスであり、時間的制約もある。

2) 私的サービスによる送迎・受診手続き支援 (有償)

医療機関への送迎による通院介助に加え、書類記入や会計などの受診手続き支援を有償で実施する全国的なNPO法人が存在することがわかつた^{70) 71)}。利用者の制限がなく、要介護認定者でなくとも利用でき、時間外の対応をしてい

る事業所もある。したがって、介護保険制度ではカバーできない部分を担っているといえる。

有償であるため、経済的に困窮している場合は利用しづらい。また、支援員は私的サービスの提供者として派遣される者であり、サービス提供に際してどの程度、利用者との信頼関係や治療内容等の情報共有がされているのかについては判断できなかった。

3) ボランティア団体等による送迎・受診手続き支援・診察同席（無償・有償）

ボランティア団体による支援も散見された。社会的な課題を抱える患者の受診について、通院の介助から受診手続き、診察同席まで対応しているケースも広く存在していた。たとえば、医療ニーズを抱えた在日難民の受診をコーディネートしたり、無料低額診療事業^{*}を実施している医療機関に同行して受診したりすることで医療費の負担を軽減するなどして、難民の受診行動を支援するNPO法人があった⁷²⁾。受診に同席して医師や患者とのコミュニケーションを援助している団体もあった。聴覚に障害をもつ住民への手話や日本語の理解が困難な人への医療通訳なども該当する^{73) 74)}。

利用者の費用負担があるものと、無償のものとがあった。支援の質の管理方法や、ボランティアへの研修や教育の機会の有無については、組織ごとにばらつきがみられた。

4) フォーマルケアの担当者による業務外の受診支援・診察同席（無償）

フォーマルケアの担当者が受診支援や診察同席を実施している事例があった。たとえば、介護保険サービスを利用している住民が医療機関を受診する際に、その担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）が直接通院の介助を行ったり、救急車に同乗したりして診察室まで付き添い、病状や生活の現状を医療従事者に説明するケースである⁷⁵⁾。同じように精神障害をもつ患者の

就労支援のために、就労支援機関やその担当者が医療機関へ同行受診し、主治医と連携を取るケースもあった⁷⁶⁾。

これらは公的サービスの担い手である介護支援専門員等が、本来の役割を超えてボランティアで行っている業務外の支援である⁷⁵⁾。また、支援の受け手は現在公的サービスを何らかの形で利用している人に限られる。

5) フォーマルケアの担当者による業務内の受診支援・診察同席（無償）

医療や保健の専門職や担当者が患者に同行して医療機関を受診するケースもあった。代表的なものは保健師による同行受診である。保健師は、社会的なリスクを抱える住民の健康だけでなく、幅広く地域保健の課題の解決にも重要な役割を果たす専門職である⁷⁷⁾。保健師が同行受診するケースについては、生活保護受給者や精神障害を有する者、児童虐待のハイリスク家庭など、さまざまに渡っており、また受診前後に継続的な関わりを持っていることも特徴的であった⁷⁸⁾。多くは福祉事務所に所属している保健師、あるいは福祉事務所と連携している自治体の保健センター等の保健師による同行受診の事例であった。現在、福祉事務所に常勤の保健師が配置されている自治体は少ないが、生活保護受給者への健康管理支援の普及に伴い、今後増加していく可能性がある⁷⁸⁾。

保健師の活動として、いくつかの先進的な取り組みが存在した。埼玉県上尾市では、生活保護受給者の自立支援プログラムに保健師が参画していた。特に健康状態にリスクを抱える受給者に対して保健師が直接指導する健康管理支援プログラムにおいて、必要時に医療機関への同行受診を行っていた。このように住民全体を対象とする包括的なアプローチを実践しつつも、医療機関受診が必要な受給者に対して、選別的なアプローチとしての同行受診を実践することで、医療中断者や未受診者を減らし、受給者本

*無料低額診療事業については報告書1：第3章 生活保護データベースの分析による生活保護受給者の健康状態とその関連要因の分析の「コラム」を参照されたい。

人がもつ力を後押しする取り組みとして報告されていた⁷⁹⁾。

神奈川県川崎市では、生活保護受給者のうち、ケースワーカーの訪問頻度が少ないケースを中心に、高齢者の健康支援や生活習慣病の重症化予防に関する取り組みを実践していた。具体的には、生活習慣病をもつ受給者の通院や服薬指導を実践している。また、うまくコミュニケーションを取りにくいといった課題がある受給者などとは、医療機関へ同行受診し連携を密にしており、このような個別支援の事例も報告されていた（表2-3-1）。こちらも同様に、社会的な

リスクを多く抱える受給者に対して直接医療機関に同行受診し、連携をとってケアを提供するなど、医療機関への送迎以上の付き添い支援が実践されていた⁸⁰⁾。

その他にも、各都道府県に配置されている若年性認知症支援コーディネーターが同行受診を行う場合があった⁸¹⁾。企業に勤める40-50代の若年性認知症の患者に対する同行受診を通じて、医療機関との協働を図りながら、患者の仕事や生活の支援を行うことができることが報告されていた。

表2-3-1：川崎市における保健師による生活保護受給者の健康支援の事例

頻回受診をきっかけに生活習慣病の重症化予防、介護予防の支援を行った事例	
事例1	85歳女性、単身生活。高血圧と腰痛で通院及び内服治療中で、健康の相談相手がほとんどおらず、ほぼ毎日整形外科を受診。最初は警戒心が強かったが、本人が信頼しているケースワーカーから保健師と民生委員を紹介し、さらに保健師と民生委員が地域包括支援センターを紹介する形で相談相手を増やしていく。保健師が病院へ同行受診をして、適正な受診回数を主治医に確認。訪問を継続して飲み忘れないように服薬支援を行った。本人から関係者に受診について相談するようになり、居場所づくりや介護予防サービスの利用を始めたことで受診回数が減少した。
家族それぞれに健康課題があり、他部署と連携をとりながら支援を行った事例	
事例2	70歳代の夫妻、30歳代の長男長女との4人暮らし。夫の心疾患での入院をきっかけに保護開始となった。ケースワーカー、保健師、障害者支援担当職員で同行訪問。長男長女とも中学卒業後から引きこもり生活。妻は病院嫌いで、長年健康診断を受けていない。時々頭痛があるが受診歴なし。「自己管理はしっかりしているから体で悪いところはない」と話す。訪問時の血圧測定で260/110mmHgと高値、受診の必要性を伝えたが拒否の姿勢を示す。妻が健康でいることの大切さや治療の必要性を伝え、健康に対する思いを聞き、受診方法を提案することで不安が解消され、訪問当日に同行受診し治療開始となった。家族がもつ健康課題に対し、他部署と連携、役割確認をしながら多方面から支援した。その結果、長男長女は精神科通院を開始した。その後、キーパーソンである妻の健康状態の把握に努め、定期的に面接し、体調や受診、服薬状況の確認、食事等の指導を行っている。

出典：引用文献80) より

表2-3-2に現行の同行受診に関連する人的資源がカバーしている範囲、表2-3-3に「同行受診」のパターンと付き添い支援としての利点と欠点をまとめた。

表2-3-2：日本の現状の同行受診に関連する人的資源がカバーする範囲

同行受診のタイプ	サービス内容			
	通院介助	受診手続き	診療同席	金銭的負担
1) 公的サービスによる送迎支援（有償、介護保険サービス）	○	○	×	低
2) 私的サービスによる送迎・受診手続き支援（有償）	○	サービスによる	サービスによる	高
3) ボランティア団体等による送迎・受診手続き支援・診察同席（無償・有償）	サービスによる	サービスによる	サービスによる	サービスによる
4) フォーマルケアの担当者による業務外の受診支援・診察同席（無償）	○	○	○	なし
5) フォーマルケアの担当者による業務内の受診支援・診察同席（無償）	○	○	○	なし

表2-3-3：同行受診のパターンと付き添い支援としての利点と欠点

	利 点	欠 点
1) 公的サービスによる送迎支援（有償、介護保険サービス）	介護保険によるサービスであり比較的低額である 利用者のことによく知る人が支援者として対応できる	介護保険の認定を受けている者でないと利用できない 休日や夜間の対応が困難になりやすい 医療機関までの通院の介助であり、診察室などへ付き添えない 医療機関利用に際して書類などの手続きの支援ができない場合がある
2) 私的サービスによる送迎・受診手続き支援（有償）	介護保険や行政のサービス時間外や休日の対応ができる 介護保険の認定を受けていなくても利用可能である 医療機関内の手続きにも対応できる	自費サービスであるため費用負担が大きくなりやすい 継続的に利用していなければ利用者を知らない人が支援者となる
3) ボランティア団体等による送迎・受診手続き支援・診察同席（無償・有償）	受診者や地域の生活や状況をよく知る存在が対応できる 診察室まで同席しているケースも多い	経済的・人的な持続可能性の課題がある ボランティアに依存するため地域ごとのばらつきがある
4) フォーマルケアの担当者による業務外の受診支援・診察同席（無償）	受診者の生活を熟知した担当者が対応できる 診察室などに付き添うことで、理解を助ける存在となる	本来の業務外の対応である 介護保険の認定や障害の認定を受けている者でないと担当する支援者とつながりにくい
5) フォーマルケアの担当者による業務内の受診支援・診察同席（無償）	専門職かつ行政職が関わる対応ができる。 診察室などに付き添うことで、理解を助ける存在となる行政による継続的なケアが提供できる社会資源などにつなげる介入を行いやすい	全ての住民に対応するにはマンパワーが不足 行政機関内の他部門との連携が必要

4 今後の付き添い支援サービスの展開へむけて

1) 制度上の位置付けについて

現在厚生労働省は、地域包括ケアを社会的孤立や制度の隙間にいる人、障害のある人、子ども等への支援にも普遍化する、いわゆる地域共生社会の実現を目指している。個人やその世帯の地域での生活課題を把握し、解決していくことができる包括的な支援体制の構築によって、分野別・年齢別に縦割りだった支援を当事者中心の「丸ごと」の支援とすることを提唱している⁸⁴⁾⁸⁵⁾。付き添い支援の普及に向けた検討も地域共生社会の枠組みの中で論じることが望ましい。

諸外国で行われている付き添い支援では、住民の個別性に合わせた受診行動に関する教育と、受診に向けた調整役を担うことが重視されていた。付き添い支援の実施者は、生活困窮者の生活上の課題を理解し、生活困窮者へのケアの在り方やプライバシーの保護に関しての基本的な態度と知識が求められるだろう。また、場合によっては、医療に関するある程度の専門知識を有することが求められる。実際はそのような人材は限られていることから、今後は一定程度の教育の機会を設けつつ、多様な人材を活用する必要があると思われる。

以上を踏まえ、国内での付き添い支援については、以下の4点の課題があり、今後の展開に向けて検討すべきだと思われた。すなわち、

- ・付き添い支援の業務上の規定の整理
- ・付き添い支援の担い手の育成
- ・支援対象者のプライバシーの確保
- ・取り組みの効果評価と、効果的な実践の

あり方についての研究事業の展開

である。以下、それぞれについて説明する。

2) 担い手の明確化とその業務としての規定

これらの担い手として、国内の同行受診のレ

ビューからわかったことは、現状としては介護支援専門員や保健師、地域のボランティア団体に所属する一般住民や専門職等も同様の活動を実践している状況であった。生活保護受給者に関しては、福祉事務所のケースワーカーや保健師等、健康管理支援にかかる専門職による支援もあった。また文献としては発見できなかつたが、関係者らからの意見等を鑑みると、生活支援コーディネーターや民生委員による同行受診も存在するのではないかと思われる。

いずれにしても、文献上の指摘や現場での意見にもあるように、本来規定されている業務の範囲外であるが、対象者に必要な支援であるとの個人的、ないし組織的な認識のもとに、職員が無償で実施している事例が一定数存在することは注目に値する。公的なサービスとして付き添い支援を普及していく場合は、それぞれの担い手が付き添い支援を行う際の業務上の定義づけが求められるだろう。

以下にそれぞれの職種が付き添い支援を実践する際の位置づけと課題をまとめてみた。

介護支援専門員（ケアマネジャー）

制度上、個々の住民の介護ニーズを把握しており、なお医療や介護、利用できる社会資源などに関する知識を有し得る介護支援専門員は、現在も業務の範囲内外で付き添い支援を実施していた。同行受診の普及においても、担い手となる重要な人材となる可能性が高い。

介護支援専門員の対象者は、介護保険サービスの利用者であるため、同サービス利用者の医療サービス利用の困難さ等を簡便に評価できる仕組み等を介護サービスの提供プロセスに組み込むことで、医療機関への同行受診を効率的に実施できる可能性がある。現状では介護支援専門員の慈善的な無償の活動となっている場合が多く、業務として規定するなどの制度的措置を検討することが推奨される。

保健師

保健師の業務範囲は幅広く、受診同行も含まれ得る。実際に業務として生活困窮者への同行受診が実施されている。今後も重要な担い手として期待される。

課題としては、人材不足がある。地域包括ケアシステムの構築に向け、保健師には、社会的リスクを抱えた住民への個別支援に加え、地域づくり型の介護予防活動やそのための地域組織のネットワーキングのコーディネーション、地域ケア会議の開催等々、地域保健における統括的、マネジャー的な役割が期待されている。支援を強化するには、保健師の人材確保を進めるか、社会福祉協議会等との一層の連携のもと、個別の住民への支援活動に関してはタスクシフトしていくことが必要と思われる。生活保護受給者や路上生活者など、福祉的支援の対象となっている生活困窮者への同行受診の充実が検討されているが、医療ニーズを抱えている場合、医療の専門知識のある保健師の存在は大きい。しかし、自治体の福祉事務所に保健師が配属されているケースはごく限られているのが現状である⁷⁸⁾。福祉事務所と保健センター等との一層の連携が期待される。

ボランティア団体やNPO等

ボランティア団体やNPO等による付き添い型の支援活動は、社会的な課題を抱えた人への共助に基づく支援にあてはまる。各地で、様々なレベルで生活に困難を抱える人びとを支援するボランティア活動が行われている。一般の人の誰もがボランティアとなり得るため、人材確保の観点からは担い手候補として人材育成を強化すべき対象者といえそうである。諸外国には、一般住民への研修により付き添い支援の担い手として育てる取り組みが進められており、日本でも応用可能と思われる。受診同行支援を担うボランティア活動を普及することは、ボランティア自体のあらたな役割の創出にもつながるだろう。

課題としては、ボランティアやNPOという特性上、支援内容のばらつきと活動の持続可能

性がある。受診同行支援に対する報酬の設定や支給の手続き、契約方法、質の標準化、安全の確保等の整理が求められる。また、特に診察室まで同行する場合、支援者は対象者の健康状態などのプライベートな情報に触れることになるため、情報の秘匿の徹底やそのための技能育成についても検討する必要がある。

生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）⁸⁶⁾

生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）には、日常生活ニーズ調査や地域ケア会議などによって地域ニーズや地域に存在する社会資源の見える化を行うことや、地域の課題に関する問題提起、地域に存在する組織などの多様な主体への協力を依頼することなどを通じて、その居住地域の関係者のネットワークづくりと生活支援の担い手の養成、必要なサービスの開発（担い手を養成し、組織化し、担い手を支援活動につなげる機能）を行うことが期待されている。また地域の住民のニーズと社会資源などのサービスをつなげる役割を総合的に支援・推進することが期待されている。

活用に際しては、上記のボランティアと同様、報酬の問題、質の確保やプライバシー保護等についての課題を検討する必要がある。

民生委員⁸⁷⁾

民生委員は民生委員法にもとづき、厚生労働大臣より委嘱を受けている非常勤の地方公務員である。民生委員は、広く地域の実情に通じ、社会福祉の増進に熱意があるボランティア職員で、住民の生活上のさまざまな相談に応じたり、行政などのサービスへの「つなぎ役」としての役割を果たしたりしており、同行受診の担い手となり得る。活動上知り得た支援対象者のプライバシーについても、民生委員法第15条が「民生委員は、その職務を遂行するに当つては、個人の人格を尊重し、その身上に関する秘密を守り、人種、信条、性別、社会的身分又は門地によつて、差別的又は優先的な取扱をすることなく、且つ、その処理は、実情に即して合理的にこれを行わなければならない。」と明確に言及され

ている。

保健指導等、業務のカバー範囲が広いことから、業務量が増えやすい点、および近年の高齢化に伴う担い手の減少が課題と考えられる。

福祉事務所のケースワーカー

生活保護受給者を担当するケースワーカーは、業務上、生活保護受給者の個人の生活やその居住地域の状況を把握することが求められていることから同行受診を含めた支援対象者のニーズを把握し、自らが支援を提供する、あるいは必要なサービスへとつなげる担い手として重要である。さらに必要に応じて保健師や医療機関と連携し、診察室まで同席できる存在である。

課題としては、昨今の生活保護受給者の増加に伴い、業務量が増大していること、医療の専門職ではないため医療的ケアのニーズを把握する能力に限界があること等がある。福祉事務所における同行受診の推進においては、保健センターや外部の専門職を有する事業者との協力により、健康管理支援事業等と連携しつつ行うことが求められよう。

3) 人材育成

人材確保については、上述のように、現在同行受診を実施している多くの事業所が人材不足の状態にあるため、さらなる人材の動員や、業務の合理化等が必要であろう。また、社会的に困難を抱える人々は複数の機関に関わる者も多いため、同行受診を実践する人員の効率的な配置と連携の強化などの対応を検討する必要があるだろう⁷⁸⁾。例えば、同行受診を実施しているボランティア団体などへの追加的な経営支援を行政機関が実施することで、同行できるボランティア数を増やすといった取り組みが考えられる。これはボランティア団体による活動の持続可能性の観点からも検討すべき事項であろう。

必要な資源量を算定するためには、需要予測が有効である。同行受診のニーズがある対象者が、全国、ないし各地で何名いるかを推計するのである。

4) 支援対象者のプライバシーと権利の確保

支援の質の確保については、生活支援コーディネーターや民生委員、福祉事務所のケースワーカーは、必ずしも医学・介護・保健・福祉の知識が十分とは言いがたく、対人支援の理論などを学ぶ機会が保証されているわけではない。また、付き添い支援の実践においては生命的の危険や予後の告知、治療選択の意思決定などに迫られる場面に出会った時の対応法、その他の倫理的な配慮などについて研修を受けることが望ましい。さらには、医療や介護、福祉に関わる個人情報に触れる機会が増えるため、個々の住民のプライバシーへの配慮に関する教育も重要である。さらには、対象者への過剰な監視や介入により、権利を阻害することを避けなければならない。医療費の抑制等、行政や医療者側の期待に添うように対象者の意思決定に介入することを防止する必要がある。米国が研究プログラムの一環として、patient navigator を育成するために、それらに関する学習や研修の機会を提供していた。そういうた諸外国の活動が参考になるだろう。

* 対象者の状況に応じた支援者の選定

現状想定される付き添い支援の担い手それぞれについて、その役割と可能な支援内容を明確にし、だれがだれを支援するのが適切かを整理するとよいであろう。例えば、高度な医療的ケアや治療法に関する重大な決断が必要なケースの場合、保健師等の医療の専門知識を有する者が担当するか、非医療職の支援者が医療職に相談できる体制が求められよう。反対に、医療的ニーズが小さい一方で、孤立等の問題から医療機関への頻回受診を行っているような場合は、地域にある社会参加の機会に詳しいケースワーカーやボランティア団体、生活支援コーディネーターや民生委員など、“地域寄り”的な人材や組織による付き添い支援のほうがよいかもしれない。支援者とそのカバー範囲を把握することで、すべての住民へと、支援が行き届くように対応することが望ましい⁸⁸⁾（図 2-4-1）。