

# 広島文化学園大学看護シンポジウム 「ナースがつなぐチーム医療」

広島文化学園大学看護学部

高 田 昇

**論文要旨** チーム医療とは、異なる職種のメディカルスタッフが連携・協働し、それぞれの専門性を発揮することで、患者中心の療養をサポートするものである。言葉として理解は容易であるが、日本の医療の現状では、医療現場の伝統、各専門職の教育や経験、施設内の人員配置などのシステム、そして経済的な背景からチーム医療がうまく展開されにくい場面がある。患者と直接接することの多い看護師は、患者の希望や状況に応じて、チームをコーディネートする役割にうってつけで、よりよい医療の起点になる可能性がある。基調講演の鶴田恵子教授は、チーム医療の概念、歴史と枠組みと課題、そして始まったばかりの地域包括ケアシステムへの繋がりについて、ご自身の体験を交えて解説された。エイズは新しい領域であるが、チーム医療のモデルとして広島大学病院の齊藤誠司医師、畝井浩子薬剤師、浅井いづみ臨床心理士、木下一枝看護師がチームの中でのそれぞれの役割について報告し、他の職種から自分が学ぶことの重要性を述べた。シンポジウム終了後のアンケートでは、一般参加者は医療施設の看護管理者と思われる方も多く、チーム医療実現の難しさを指摘するものもあったが、シンポジウム自体の評価は良好であった。

**キーワード：**チーム医療、看護師の役割、コーディネイター、エイズ医療、モデル、team care, role of nurse, coordinator, AIDS care, model

広島文化学園大学看護シンポジウム

ナースがつなぐチーム医療

日時：2014年11月1日

会場：広島国際会議場小会議場らん

後援：公益社団法人広島県看護協会

主催：広島文化学園大学看護学部

## プログラム

### ● 基調講演

「チーム医療で看護が果たす役割」

鶴田恵子 日本赤十字看護大学教授

### ● シンポジウム

テーマ：「チームの中で看護に求められる力 ～HIV 感染症ケアをモデルに～」

### ◆シンポジスト◆

■医 師：齊藤誠司さん 広島大学病院輸血部助教

「医師はチームの一員～スタッフから学びましょう！～」

たかだ のほる

〒737-0004 広島県呉市阿賀南2-10-3 広島文化学園大学看護学部

■薬 剤 師：畝井浩子さん 広島大学病院薬剤部副薬剤部長

「HIV 感染症ケアからみた医療チームにおける薬剤師の役割」

■臨床心理士：浅井いづみさん 広島大学病院エイズ対策室

「チーム医療におけるカウンセラーの役割 ～HIV 感染症患者へのアプローチを通して～」

■看 護 師：木下一枝さん 広島大学病院看護部Ⅰ外来（内科）副看護師長

「看護師はコーディネーター，チーム医療の強みを最大限に発揮しよう！」

## ● 総合討論

◆コメンテーター◆

■鶴田恵子さん 日本赤十字看護大学

◆座長◆

■高田 昇 広島文化学園大学

【高田座長】 こんにちは。広島文化学園大学の高田 昇です。これから基調講演の座長を務めます。最初に演者の鶴田恵子先生をご紹介します。鶴田先生は大分県のご出身です。聖路加看護大学を卒業され、聖路加国際病院でご勤務されました。その後しばらく九州にお帰りになった後、聖路加看護大学の大学院に入学されまして、修士課程をお済ませになっておられます。

そのあと何と横浜市の衛生局の方に次長としてご勤務になられました。ここでは横浜は先駆的なことかと思いますが、専門看護師の導入と言うことに力を注がれました。その後、東京のお茶の水にありまして東京医科歯科大学病院の看護部長・副院長に抜擢されまして、ご勤務になっておられます。

そのあと、ここ10年間は広尾にございます日本赤十字看護大学の看護学部の教授ということでご活躍になっておられます。夏に今回のご講演のお願いに参りましたときに、大変きれいなキャンパスで、沢山の学生さんが見えまして「ああ良い雰囲気だなあ」と感じました。

鶴田先生は看護管理学会の理事長をお勤めですので、医療ケアシステムという面からみたチーム医療についてお話し頂けると思っております。では、鶴田先生よろしくお願いします。

## 基調講演

演題：チーム医療で看護がはたす役割

講師：鶴田恵子

日本赤十字看護大学看護学部教授



【スライド1】 高田先生ご丁寧なご紹介ありがとうございます。鶴田でございます。このたびは広島文化学園大学の公開講座にお招き頂きありがとうございます。今日はチーム医療がタイトルとなっていますが、私は看護管理学の教員をしております。看護の基礎教育の中で統合科目という内容がここ数年で変わりまして、去年ぐらいから国家試験にチーム医療ということが出題範囲にも入りました。チーム医療について本学の場合では看護管理学の中で教えておりますので、それで私の方に講演のお話があったのかもしれませんが。

### 本日の論点

1. 「チーム医療」とは何か；社会学の知見
2. 医療イノベーションとしての「チーム医療」
3. チームマネジメント
4. 地域包括ケア時代の「チーム医療」
5. D型の「チーム医療」の体験を通して看護のはたす役割

【スライド1】

【スライド2】 今日はどういう形で進めるかというと、最初はチーム医療とは何かという復習です。復習に当たりまして今日おいでの学生の皆さん方が勉強をしてきたことと若干違うことを私が言うかもしれません。最終的には厚生労働省の考えに落ち着くように持っていきますけど、チーム医療の本来の在り

方はどうだろうかという社会学の知見を含めながら説明をしたいと思います。

現在、国が動かしているチーム医療と言うのは、ある意味では医療イノベーションです。医師や他職種の業務をタスクシフトしていくという医療のサービスが膨らんでいくなかで、高齢化の中でどのように乗り切っていくかということになります。医師がやっている所を看護師に持っていく、看護師がやっていることを無資格者に持っていくという様々な医療イノベーションというものがありますので、そこに触れていかななくてはなりません。

チームのマネジメントと、地域包括ケアシステムというのが今年の6月に法改正がありまして、ここ1年介護保険や保助看法の改正も目白押しであります。消費税が5%から8%、10%と上がり、今まで社会保障制度の中で課題になっていたお金が確保できたので制度が変わってきます。その中で医療というのは病院完結型ではなくて、地域の中で最期というか地域の中で在宅療養していくという仕組みに変えないと日本は立ちゆかないという状況になっています。そういうことをシステムとして地域包括ケアシステムということが提唱されて、今回法改正の中で医療も含めた形で動いていくことになりました。たぶん今回の国家試験の中では介護保険のことだけしか入らないと思いますが、そういう流れの中でこれからの地域包括ケア自体のチーム医療についても多少触れていきたいと思います。

その中で今回私が体験したことの事例を通して、チーム医療について少し私見を述べていきたいなと思っています。

## 1. 「チーム医療」とは何か

1. 「チーム医療」の歴史
  2. 主な国家資格
  3. コ・メディカルと呼称
  4. 「チーム医療」の種類
  5. 「チーム医療」の4つの要素
  6. 「チーム医療」の条件
  7. 多職種協働のアクションリサーチの結果から看護師のはたす役割
- <引用文献>  
細田浩和子：「チーム医療」とは何か、医療とケアに活かす社会学からのアプローチ、日本看護協会出版会2012。

【スライド2】

【スライド3】 チーム医療とは何かですが、チーム医療の歴史は医療社会学者に言わせると、医療従事者の協働は本質的にユートピア的で実現不可能。1970年代からいろんな職種の人たちが協働していくというのは妄想に近いものがあるということが言われていました。ですから難しい、簡単ではないということを理解してもらいたいと思います。

日本で1996年に書かれている論文によりますと、医療における連携は患者が持つ諸問題を医療従事者や医療機関が囲いこんで医療従事者の良心に頼る仕組みであり、患者不在である。医療者がチーム医療だと言っている中には患者がいいるのではないかと批判された時代がありました。米国の論文には、異なる原理に立脚する知識をもつ者同士が討議していくと言うことが医療におけるチームワークだというのがありますが、異なる原理に立脚する知識をもつ者同士の討議と言うのはある意味、バトルなんです。それは綺麗ごとではいけないんです。それぞれの専門職のなかでとらえるときにはいろんな意見交換があって、トラブルが嫌いな人は避けて通りたい、だけどそういうディスカッションもしていかないといけないというような指摘がされています。

ここに書いてある細田さんという若い医療社会学者の本をみますと、定義は「チーム医療を実践していくのは異なる知識と情報を持つもの同士がその知識と情報に基づいて自由にコミュニケーションしあう中で最適な医療を見つけていく営みである」と述べています。私は細田さんの定義に凄く感銘しているわけで、できればこれが日本中に伝わればいいと思っています。しかし日本はまた違う流れがあり、それは医療イノベーションという観点から抱えているチーム医療の定義は皆さん方が勉強されているものになります。

## 「チーム医療」の歴史

1. 医療社会学の定説  
○米国：「専門職支配」仮説(E. Freidson/1970) 医療従事者の協働は本質的にはユートピア的で実現不可能  
○日本：医療における連携は患者の持つ諸問題を医療従事者や医療機関が囲い込み、医療従事者の良心にたよるしくみで患者不在 (立石/1996)
2. 医療におけるチームワーク(Opie/2000)  
異なる原理に立脚する「知識」を持つ者同士の「討議」が条件  
→ 「チーム医療」を実践していくことは、異なる「知識」と「情報」を持つ者同士が、その「知識」と「情報」に基づいて自由にコミュニケーションしあう中で最適な医療を見つけていく営み(いとなみ)である。(細田/2012)
3. 医療イノベーション(2010)  
医師以外の医療専門職の役割の変化；医療体制や現行行政上の問題を乗り越える概念として「チーム医療」が論じられている。
4. 地域包括ケアシステムにおけるチーム医療(2014)

【スライド3】

【スライド4】 医療イノベーションというのは2010年にチーム医療の推進に関する検討会というのが厚生労働省にできまして、その報告書に医師以外の医療専門職の役割が変化し、医療体制や現行の行政上の問題を乗り越える概念としてチーム医療が論じられています。看護教育の中で言われているのはどっちかっていうと細田さんあたりの理想的なチーム医療の事を教えつつ、医療イノベーションということに

ついてもこれから法改正が進みますので、そこらへんもこれからは視野に入れていかなくてはなりません。新たにできる地域包括ケアシステムというのは、病院の中だけではなくて地域の中にとのようにつなげていくかという医療もこれから進んでいくだろうということです。2014年6月に法改正が通りましたのでそこを申しあげました。

## 主な国家資格

1883(明治16)年 医師	1883(明治16)年 歯科医師
1899(明治32)年 助産婦	1915(大正4)年 看護婦
1925(大正14)年 薬剤師	1941(昭和16)年 保健婦
1951(昭和26)年 診療エックス線技師	1958(昭和33)年 衛生検査技師
1965(昭和40)年 理学療法士	1965(昭和40)年 作業療法士
1971(昭和46)年 視能訓練士	
1987(昭和62)年 社会福祉士	1987(昭和62)年 介護福祉士
1987(昭和62)年 臨床工学技師	1987(昭和62)年 義肢装具士
1991(平成3)年 救急救命士	
1997(平成9)年 言語聴覚士	1997(平成9)年 精神保健福祉士
1997(平成9)年 介護支援専門員	

【スライド4】

【スライド5】 主な国家資格はみなさんご存じだと思いますが、最初にできたのは1883年の明治16年の医師で、一番新しいのは精神保健福祉士です。医療関係職種の資格では精神保健福祉士、介護支援専門員（ケアマネ）が1997年で、20世紀末までにはおおかた決まっています。今後、新しい職種を作る様子は今のところなく、今ある資格の中の業務の見直しをしているわけです。

## コ・メディカルの呼称(1982)

コ・メディカル (co-medical: 和製英語)

- “co”は、「協同」の意味
- 医師や歯科医師の下に業務を行う医療従事者を示す。厚生労働省で公的に使用している

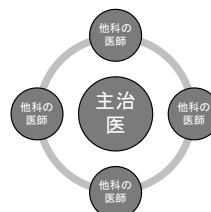
パラメディカル (paramedic, paramedical staff)

- “para”は、「補足する」「従属する」の意味
- 1982年に第1回糖尿病患者教育担当者セミナーで阿部正和(慈恵医科大学学長)が患者教育には、医師のみならず関係スタッフの協力が不可欠として医師以外の関係スタッフを卑下したパラメディカルの呼称をやめコ・メディカルの呼称を提唱した

【スライド5】

【スライド6】 もうひとつ確認しておきたいのが、コメディカルという言葉はチーム医療の中ではよく使います。厚生労働省の報告書のなかでも良く使います。これは和製英語でコメディカルと言っても海外の方には分かりません。英語で言うと「パラメディック」ということになります。これも「パラメディカル」という言葉を使いますが、これは1982年に慈恵医科大学学長の阿部正和先生が糖尿病の教育担当のセミナーに出席した時に、患者教育には医師のみならず関係スタッフの協力が不可欠だ、医師以外の関係を卑下した「パラメディカル」に替わるコメディカルの呼称を提唱したのが契機で、今、定着しています。古い教育を受けた医療従事者は今でも「パラメディカル」という言葉を使用する人もいますが、今はコメディカルという言葉が主流。最近では「para」も「co」もメディカルスタッフと言って一緒にしても良いのではないかとディスカッションも進んでいます。「para」というのは補足・従属するとか「パラサイト」とか寄生虫などの言葉にも使われるのであまり使用しない方が良いのではないかとということになりました。コメディカルという言葉は日本語ですが、日本語として使っていただければ良いと厚生労働省もこのカタカナだけは許しています。

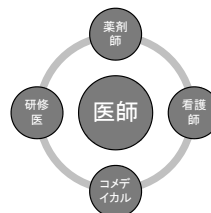
## A型 主治医を中心とした「チーム医療」



【スライド6】

【スライド7】 チームでやる医療には細田さんがA型と呼んでいるモデルがあります。今はもうないんですけど、主治医がいて他科の医師と一緒に話し合いながら行う医療です。例えば外科に癌かなんかで患者が入院します。糖尿病がみつかったら内科の先生と考えるというように、医師同士が色々な他科の先生と話し合いをしながら方針を決めていくという、これが古典的なチーム医療です。私が1999年に大学病院で看護部長をしていたときにはこういう考えをお持ちの先生もおられました。チーム医療ってのは専門医だけではなくて関係する先生方と相談しながらやっていくのがチーム医療だという。このモデルはそんなに古いものではないんですね。

## B型 医師を中心とした「チーム医療」

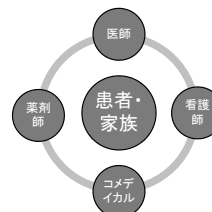


【スライド7】



【スライド8】次はB型のモデルで、医師を中心としてコメディカルの人たち……これはコメディカルに看護師・薬剤師を含むか議論はいろいろあるのですが……医療法には医師・歯科医師・薬剤師・看護師・その他と書いてあるんです。だからたぶんそのジャンルでいくとコメディカルというのはその他になるんだと思うんですが、この医師を中心としたコメディカルのチームで中核であるのは主治医の医師になるんですね。多少いろんな職種が入ってきたので民主的かなと思います。

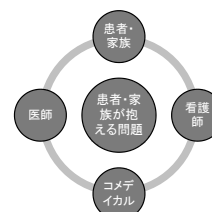
### C型 患者を中心とした「チーム医療」



【スライド8】

【スライド9】次のモデルはC型で、医師が中心ではなくて中核にあるのは患者・家族です。患者さんや家族が中心にいて、実際にはチームの中には入っていないのですが、見えない所に患者さんがいて、それをチームのいろんな医師、看護師、コメディカル、薬剤師その方たちがディスカッションするとこういうのがC型のモデルです。これは結構、進化してきました。

### D型 患者・家族も参加する「チーム医療」



【スライド9】

【スライド10】しかし、もっと進化したらどうなるでしょうかね。D型のモデル。これが一番進化しているんです。これはチームの中に患者・家族もいれてしまおうと、「エーッ」と思うでしょ。だけど患者が抱える問題を患者さんやご家族も含めた形で話し合っていく、これは介護保険の場合はこれをやるわけですね。いわゆる介護保険の場合はそういう関係の人達が集まってどうしようかとケアプランの作成を、どういうケアサービスを考えようかみたいなモデルです。ある意味では介護保険ではこれがスタートしているのです。このABCDのモデルをチーム医療で考えた時に、目指すべきはどのモデルかって言うのは病院によっていろいろあります。一足飛びにD型でやったら大混乱する病院もあるでしょうから、ぼつぼつやられたらいいと思います。

### 「チーム医療」の4つの要素



【スライド10】

【スライド11】細田さんはチーム医療には4つの要素が共通してあると言っています。A型でもD型でもあるんですね。1つめは専門性志向、専門性いわゆるチーム医療は他職種が専門性をそれぞれが発揮するという。2つめは患者志向ということ。3つめが職種構成志向。だから医師だけではなく様々な職種がはいって考えること。4つめが一緒に働く、いわゆる協働志向ですね。

### 「チーム医療」困難さ:4つの要素の相克関係

- ①「専門性志向」×「患者志向」:専門性の追求と患者の要求
- ②「専門性志向」×「職種構成志向」:専門職と雇用
- ③「専門性志向」×「協働志向」:専門性の相互理解
- ④「患者志向」×「職種構成志向」:患者の必要と専門職の配置
- ⑤「患者志向」×「協働志向」:患者と専門職の共通目標
- ⑥「職種構成志向」×「協働志向」:専門職の境界  
→「チーム医療」を实践しようとしても志向性が異なるとうまくいかない。しかし、求められている。

【スライド11】

【スライド12】これは結構相反することが、【スライド11】の①に書いてある患者志向と専門性については、対立するもあるし協働していることもあります。専門性が多いとみんなそれぞれ自分の考えを引かないことがあります。

### 「チーム医療」の条件

- ・カルテの統一化
- ・クリニカルパスの作成と運用
- ・カンファレンスや評価会議の開催
- ・「チーム医療」の教育
- ・日常的な交流の積み重ね  
→絶えざる「対話」(コミュニケーション)が「チーム医療」のカギ

【スライド12】

【スライド13】 専門性の追求と患者の要求が一致しない時、インフォームドコンセントで患者さんにご説明して納得していただくんですが、とにかくサインしてもらったら終わりみたいな感じです。そこがですね、本当に患者さんに説明で納得していただくまでいわゆる専門性を志向しながらやっていくというところ、ここは結構時間がかかります。患者志向と言いつつもその辺は傍から見ているとどうなのかなあと思う時もあるでしょうが、そのどうなのかなあと思う感じが大事なんです。これで良いんだろうかと。専門性志向と職種構成、専門職を看護師と医者だけがいるだけじゃなくて、今はいろんなコメディカルの方たちの参加も増えてきております。

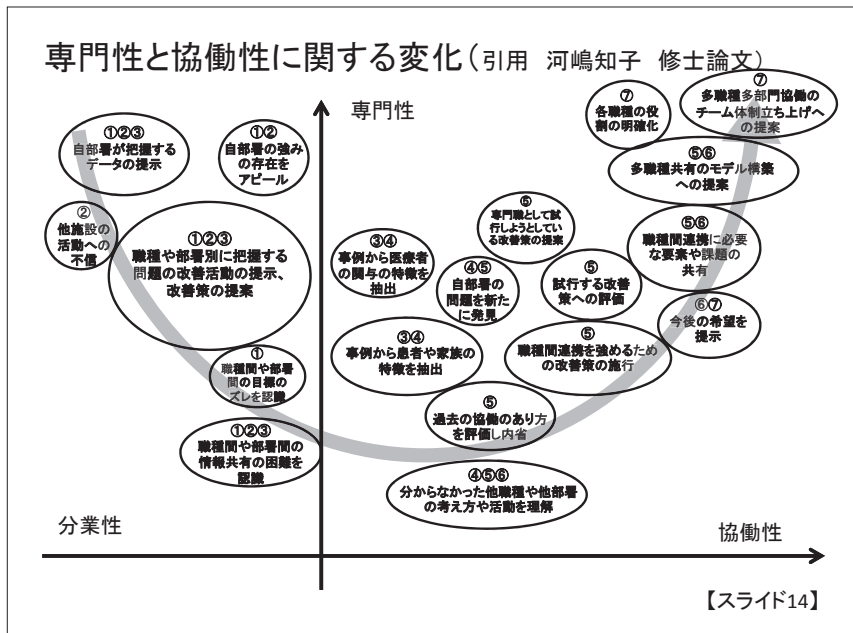
専門性を相互に理解する、その相互理解がなかなか難しいです。患者志向×職種構成志向、患者志向×協働志向、チーム医療を実践しようとしても志向性が異なるとうまくいかない。しかし求められている。こういうのが必要だといわれていますが実行に移すのがなかなか難しいんです。今日お話があるエイズのチーム医療は、実績があります。わたしの話の後の講演はたぶんすごく皆さんにはインパクトがあると思います。求められているけど難しいチーム医療を実際にやっている人達の話の話を聞くのが面白いと思います。

#### 多職種協働のアクションリサーチの結果

- ・河嶋知子 2011年度修士論文より
- ・研究テーマ: 脳卒中リハビリテーションのベストプラクティスを多職種協働で構築するプロセス
- ・研究参加者: 看護師長3名、認定看護師1名、看護師3名、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士(12名)
- ・研究期間: 2011年7月～9月 2週間に1回プロジェクトを7回実施

【スライド13】

【スライド14】 チーム医療の条件は、1つは共通のツールがいる。それは「カルテの統一化」とか「クリティカルパス」とか「カンファレンス」などです。チーム医療の教育は看護学生では卒前の基礎教育の中でやるのが必須となりました。それからそれを日常的な積み重ねていく、絶えざる対話がチーム医療の鍵です。だからチーム医療は真似事からでもいいけど始めておかないとなかなか定着してこないと言われています。



【スライド15】 私がいる大学院では、看護管理の大学院生が毎年5～6人入ってきて、多いときは8人入ってくる時もあるので、今10人以上の修士論文の準備をしています。他職種協働のチーム医療は実際の現場では難しいので、そのことをについて研究したいと思ってこられる方々が何人かおられます。その一つ、他職種協働のアクションリサーチの結果をご説明したいと思います。これは脳卒中リハビリテーションのベスト・プラクティスを他職種協働で構成構築するプロセスで、診療報酬がまだ点数化がされてなかった頃でした。大学院生は脳卒中のリハビリでは有名な歴史のある病院の師長さんだったんです。病院の

中ではうまくいくんですけど実際としては地域とはなかなかうまくがっていかなかったのです。それで  
は病院の中でどうすればいいのかを少しみんなで考えていこう、  
ということがベスト・プラクティスなのか、 どういうことをする  
のが良い実践なのかということをみんなと話し合っ一つモデル  
を作りました。そしてそれを実際にやってみてその効果がある  
かどうかということを見ていく研究の初期段階のものを修士論文  
にしました。そのときメンバーを募ったところ、 看護師長3名、  
認定看護師が1名、 看護師3名、 医師、 理学療法士、 作業療法士と、  
まあ12名ものみなさんが快くやろうということで乗ってきてくだ  
さって2週間に1回ぐらいやったわけです。さて、 どんなことが  
起こりましたでしょうか。

### 看護師のはたす役割

- ・患者志向:グッドプラクティス脳卒中リハビリテーション
- ・職種構成志向:プロジェクトメンバー
- ・専門性志向:専門性
- ・協働志向:協働性
- ・C型 患者を中心とした「チーム医療」
- ・研究者(看護師):コーディネーター

【スライド15】

【スライド16】コミュニケーションが難しいとか色々ありました。皆さんはやろうって集まったんですよ。  
集まったんだけど、これ専門性と協働性に関する変化をみますと、最初はですね、自分のところはこんな  
ことやってみたい、理学療法士の人は分からないとかね、みんないろいろ不満が先に出てくるわけです。  
自分の部署のことはすごくよくやっているのとか、他部署への不信だとか、そういう本音を語ってい  
きます。自分の病院にいる患者さんたちのケアの実践を看護の部門、理学療法士の部門など、いろいろ  
の部門がデータを出してみんなが眺めていくということですね。「あらあら、みんなよくやっているじゃ  
ない」と強みも見えてきます。

そうこうするうちに「ここは問題だね」と問題が見えてきます。リハビリはリハビリの部門へ行って  
やるだけじゃなくて、患者さんは毎日病棟に長くいるわけですから、私たちのところがリハビリもやった方がいいのかということ  
になりました。そうすると、やるのは看護師しかいないわけですよ、  
病棟には。看護師もやっていくには専門家を入れながらやった方が  
良いのか、最後はみんなガンガン言っていました。ある時に本  
音を語り始めて色々なことを理解し始めると、そのあとにカーブ  
が上がるようになりました。これは研究で終わっちゃうけど自分  
達は継続してやっていこうみたいな話になってですね。変化がU  
字カーブのように上がっていくことが、今回のデータで分析して  
いくと分かりました。

### 2. 医療イノベーションとしての「チーム医療」

- ・「チーム医療」の定義:多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつ互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること(2010)
- ・チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集(2011)
- ・看護師の役割拡大  
特定看護師(仮)(2010)  
看護師特定能力認証制度(2012)  
特定行為に係る看護師の研修制度(2013)  
保健師助産師看護師法の改正(2014)

【スライド16】

【スライド17】 それでその時の看護師が果たす役割を考えました。コーディネーターは研究者で看護師の  
師長さんで、患者さんにとっての良いケアは何かという患者志向でみんなが考えたわけです。グッド・  
プラクティスです。職種構成志向でそれなりにプロジェクトを集めて、専門性志向でそれぞれ専門性  
を持って協働していく。そうするとですね。患者を中心としたC型のチーム医療が、研究の初期段階で  
見えてきたということになります。これをみますと、看護師がコーディネーターになるのは有効では  
ないかということも言えてくるのです。

そこで、ずっとディスカッションの録音を聞き直すと、どうも  
コーディネーターは看護師には優しいんですけど、それ以外の人  
から意見を言われると聞く耳を持たないようなことが時々起  
きます。「わかっているわよ」って話になっていきます。私は指導者  
なので録音内容をみながら、「研究だから、みんなが話がで  
きるようにやっていきましょう」と助言をしたり、「だけど研究者である  
あなたはコーディネーターとしてどんなことをするの?」と修正  
をしたりします。

コーディネーターは色々な意見を集約しながらコーディネート

### 看護師の役割拡大の背景

- ・厚生労働省医政局通知(2007.12.28.)  
「医師及び医療関係職と事務職等との間等での役割分担の推進について」
- ・日本学術会議(2008.6.)  
「信頼に支えられた医療の実現 医療を崩壊させないために」  
医師以外の職種の知識・技能の発達や時代の変化に即して柔軟に対応。医師のみが実施し得るとされている医療行為の一部について、看護師など適切に教育を受け必要な知識や能力のある職種に業務を委譲していくことを提案
- ・日本学術会議 健康・生活科学委員会看護学分科会(2008.8.)  
「看護職の役割拡大が安全と安心の医療を支える」  
専門看護師の裁量の幅を拡大することと役割拡大を提案

【スライド17】



していきます。患者志向であるいろんな人の意見を聞いていく、しかし熱が入ってくると看護師は看護の話みたいになるんです。しかし結果的にディスカッションでは看護の意見がでなかったんですよ。リハビリテーションに看護師がコミットしていなかったことが見えてきました。コーディネートする力はあるんだけど、看護の実践が弱かったことも見えてきました。どこが悪いとかじゃなくて、自分たちに足りないことも見えてくるディスカッションになったことがこの研究の成果でした。

【スライド18】厚生労働省が考えるチーム医療を細田さんは医療イノベーションとバツサリと切った言い方をしています。なお医療イノベーションという言葉は国家試験には出ません。しかしジャンルとしてはこれだろうなとは思っているのですが、厚生労働省はチーム医療の定義を、「多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつ互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」としています。これは正解で間違いありません。国家試験にでるでしょう。

それぞれの専門性で目的と情報を共有し業務を分担しつつ互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すると、これをやっていくのはすごく難しいことは細田さんの研究でもわかっています。こういうのは本当に難しいです。補完するとかいうのは補完の仕方を明確にしようというのが業務を拡大する、役割を拡大するという動きになってきているわけですね。

2011年にチーム医療この考え方の定義を推進するために「チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集」を厚生労働省が示しました。本当はガイドラインを作るつもりだったんですけど、最終的にはガイドラインにはならなかったです。事例くらいに終えるしかなかったっていうのは、まだチーム医療の関しての実態がそれほど進んでない状態でガイドラインを提示できなかったんだと思います。

それと、看護師の役割拡大をしていくために、今、特定看護師の議論が2010年に始まり、最終的には「特定行為にかかる看護師の研修制度」がまとめられて、今回の保助看法の改正になり、その特定行為にかかる研修制度の議論がこの12月ぐらいまでに形になるというふうに厚生労働省の審議会で進んでいます。

この議論もいわゆる医療イノベーションに入るんでしょうか。それぞれが連携・補完しあうということで、補完のあたりに医療イノベーションという医師がやってきたことを看護師ができるようになる。それをするにはきちんと担保していく提案があるといえます。これはですね、学生の皆さん。今回の国家試験に出ませんから大丈夫なんですけど、これは着実に動きます。だからこのことに関しては関心を持っていかないと国家試験を通った後に驚くかも知れません。

#### 「チーム医療」とは

「医療に従事する多職多様な専門職が、それぞれの高い専門性を前提に、目的・到達目標・手段に関する情報を共有し、業務を分担しつつも互いに補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」(2010)

「チーム医療の推進に関する検討会報告書」

【スライド18】

【スライド19】看護師の役割拡大の背景には医師がかなり疲弊しているという状況があります。2007年12月28日に……年末のこう恐ろしいこんな時にこんなのを出すのかなと思うんですけど……国は「役割分担の推進について」という通知文を出しました。彼らは出したらそれで仕事は終わりなんですね。あとはこれを現場がどう生かすかってことです。医療関係職種も事務職も役割分担をもうちょっと考えなさいということで、これで医療事務職が医師の補助につく診療報酬の点数化になったというわけです。

それから学術会議も看護のアカデミズム学会の方たちも、看護師は教育も受けているのでどんどん取り組んでいくことが日本の医療にとっては重要だと述べています。専門看護師の裁量幅を拡大していわゆる裁量権ですね、処方権も含めた形で役割を拡大していくイケイケどんどんみたいな話もありました。しかし最終的には、処方権なしで何も変わらなかったんです。

#### チーム医療推進会議(2011):

##### チーム医療を推進するための基本的な考え方

1. 厳しい医療状況で必須
2. 医療の質的改善を図るには①コミュニケーション②情報の共有化③チームマネジメントの視点が重要。医療サービスの提供には①情報の共有②業務の標準化が必要
3. チームアプローチとしてカンファレンスの充実
4. 臨機応変に対応する
5. 情報の共有化の手段としてカルテや電子カルテ一元管理
6. 他の医療機関との情報共有化
7. 患者のサポートと患者参加
8. 医師・歯科医師はチームリーダーとしてチームワークを保つ必要
9. 包括指示の柔軟な活用
10. 医療専門職の卒後教育の必要性
11. チーム医療が連鎖するしくみの必要性
12. 医療ニーズにそったチーム医療

【スライド19】



【スライド20】それで最後のまとめは2010年のさっき申し上げた定義に繋がるわけです。「医療に従事する多職多様な専門職が、それぞれの高い専門性を前提に、目的・到達目標・手段に関する情報を共有し、業務を分担しつつも互いに補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」ということがチーム医療の定義ということで厚労省は進めているというわけです。

### チーム医療の実例

- ・ 栄養サポート
- ・ 緩和ケア
- ・ 院内感染対策
- ・ 褥創対策
- ・ 化学療法外来
- ・ 糖尿病センター
- ・ 在宅ケア(在宅医療)
- ・ 呼吸ケア
- ・ 治験・臨床研究における多職種連携

【スライド20】

【スライド21】先ほど申し上げた事例集でチーム医療が進んでいるといわれている施設の共通項をならべていくと1～12までの事が出てきます。厳しい医療状況では必須。医療の質的改善を図るには、コミュニケーション、情報の共有化、チームマネジメントの視点が重要。医療サービスの提供をしていくには情報の共有、業務の標準化が必要。チームアプローチとしてカンファレンスの充実、場合によっては臨機応変に対応する、電子カルテやカルテ類の管理が必要、他の医療機関との情報も今後必要、患者のサポートとそれに患者を参加させることも重要。

そしてここがポイントなんですね、私なんか「エーッ」と思いながら読みましたが、医師・歯科医師はチームリーダーとしてチームワークを保つ必要。これは医事関係の法律では全部医師の指示という言葉があるので、チームリーダーとしてチームワークを保つ必要性があるという言葉が、基本的な考え方の中にちゃっかり入っています。包括指示の柔軟な活用、医療専門職の卒前卒後の教育の必要性、チーム医療が連鎖するしくみの必要性、医療ニーズにそったチーム医療となっています。これではガイドラインから作れないですね、ばらばらで。チーム医療というのはある意味で言葉が先行しているんですが、実態はなかなか難しいということをお分かりいただけたでしょうか。

こういう状況の中で「ナースが<sup>つな</sup>ぐチーム医療」というのが今回の高田先生の構想なわけです。厚労省とは若干違う、けど本当はナースが<sup>つな</sup>いでいるんだって高田先生はおっしゃっているんだろうと思うので、あとで実態の事例発表を楽しみにさせていただきます。

### 3. チームマネジメント(篠田／2011)

「組織・チームが、人、モノ、お金、情報、知識という経済的資源を共有し、有効に活用することで、質の高いサービスを生み出す営み」

- ① 連絡モデル
- ② 連携・協働モデル：コアチーム
- ③ ネットワークモデル：ハブ(ケアマネージャー、MSW)

→ ①専門職を束ねるジェネラルマネージャーが必要  
②専門と連携を両立させるメンバーシップが必要

【スライド21】

【スライド22】病院の中でチーム医療がどういう形でネーミングされているか列举してみます。栄養サポートチームとか、緩和ケアチームとか、院内感染対策チーム、褥創対策チーム、化学療法外来もやっていますね。糖尿病センターもあります。在宅ケア、呼吸器ケア、治験・臨床研究における多職種連携です。ただエイズは入っていません。ここに書いているのはみんなお金が取れるんです。こう言うチームを病院が組織化するとですね、それぞれで点数が付いて収入が上がるんです。だからみんなやるんですけど、エイズは入ってないけれどやっているんですよ、それは心意気ですよ。エイズの医療に関する、エイズの患者さんの医療をなんとかしたいという気持ちの中で皆さんが集まってこのチーム医療やっているという草の根みtainなチーム医療なわけです。これがチーム医療の本質だろうと思うんです。

病院でチーム医療をやっているのは、ある意味では診療報酬のお金が付くからです。お金が付くにはきちんと根拠が無いと付かないんです。モデルになった病院の中で栄養サポートチームを作ると患者さんの栄養状態がよくなって、在院日数が短くなったとかですね、緩和ケアチームをやると患者さんたちのQOLが高まったとか、院内対策チームを作ったら院内感染の発生率が下がったと、そういうデータを元にこれがコスト化されているわけです。こういうことはとても病院は熱心にやっています。だけど魂が入っているかどうかはわかりません。

### チームマネジメントの今日的課題 (篠田／2011)

1. 限られた資源で最大の効果を生み出すマネジメントが求められている
2. 医師を頂点とした階層構造を構築しやすい
3. 教育課程た価値観が異なる部署を形成している
4. チーム対チームという新たな対立が起こっている
5. 個々の仕事に対するコミットメントは高いが、組織へのコミットメントは低い
6. 対人関係スキルが求められている

【スライド22】

組織化をするのは難しいことです。メンバーを決めて、仕事をして、議事録を作ったらそれでオッケーなんですけど、病院の組織図の中に栄養サポートチームの位置付けがどこに入っているかを明確にしないとPDCAサイクルが回っていかないんですよね。みなさん方もグループワークをやったりするでしょ。グループワークはうまくいく時といかない時があったりするじゃないですか。そのために次はどうしようとか改善していくじゃないですか。けれども病院の中のチームがそういう質改善になっているかどうか評価するのは難しいです。病院の中で質保証の委員会っていうのを作って、これらのチームを全部その中の下部組織にやっている病院もあります。いろんなやり方があります。

【スライド23】 チーム医療には先ほどコミュニケーションと情報の共有化とチームマネジメントが3つ必要だと申し上げましたが、篠田先生という福祉関係の専門家はもう一つのことを指摘しておられます。介護保険の場合は、ケアマネジャーという実際にチームマネジメントをしている人を置かないと介護保険は動かないわけですね。だから、介護保険はチームマネジメントが必須なわけですね。彼女は「組織・チームが、人、モノ、お金、情報、知識という経済的資源を共有し、有効に活用することで、質の高いサービスを生み出す営み」と言っており、これはケアマネの仕事の端的に表すということになるわけです。そこで彼女はチーム医療でもチームマネジメントをするようなジェネラルマネジャーが必要ではないかと言っています。それで専門と連携を両立させるメンバーシップが必要ということも理解できます。だけどケアマネを病院に入れるのかという訳の分からない話になるわけです。ではどういうことをすればよいかというと、チーム医療の中でマネージャーがマネジメントをもう少し洗練して果たさなければならぬということだろうと思います。

篠田さんはチームには3つのモデルがあると言っています。まず連絡モデル。ただ連絡をするだけのチーム医療ですね、あまり責任がありません。次に、今やっている緩和ケアチームのようなコアチームです。病院・病棟をラウンドしていて、何かあったらチームに相談をしていくような連携・協働モデルです。彼女は一つのジャンルに入れているわけですね。私も大学院生の研究をみると、チームをあまり利用しないようなんですよね。チームは診療報酬を得るために作るんだけど、例えば褥瘡チームだとか院内感染チームとかいろんなチームが来ると、みんなあんまり良い気がしません。病棟の人たちは、何かよこしまな力を感じて、チームは言いたいことだけ言って帰るように感じてしまうようです。もちろん本当に困ったときをお願いするのは良いんですが、関係ができてないのにチームが来られて、いろいろ言われるとなかなか使いきれないんです。それからチームを使う側の能力も必要ですね。そもそも看護というのはもともと看護チームというのがあります。毎日チームリーダーがいたりします。その中の一人のナースが癌の専門の人に相談したいと思っても、チームリーダーにこれ聞いていいんでしょうかって提案しにくいんです。リーダーを通していかないと直接看護師からコンサルテーションすることはできないしくみなわけですね。そうするとチームをうまく使いきれません。チームの使い方は難しいし、マネジメントも難しいです。このようにチーム医療って難しい。難しいですけど、おもしろいです。

#### 4. 地域包括ケア時代の「チーム医療」

1. 地域包括ケアシステム;まちぐるみの支え合い仕組みづくり(武蔵野市)
2. 病院を越えた「チーム医療」
3. 病院;退院支援・退院調整・療養支援
4. 地域連携に不可欠な「顔の見える関係」

【スライド23】

【スライド24】 チームマネジメントの今日的課題を篠田さんは次のように指摘しています。一つは医師を頂点とした階層構造を構築しやすいと、簡単だからですね。担当の主たる先生を持ってくるのが一番分かりやすいし、構築しやすいです。今、色々できてきたチームの中で個々の仕事に対するコミットメントは高いが、組織へのコミットメントが低くなります。チームの人たちは一生懸命チームの中で動くわけですね。ドクターが大体チームリーダーになりますから、チームリーダーが上司のように思う看護師が出てくるわけですね。そうすると看護管理者たちはそこで葛藤がおこっ

#### 地域包括的ケアシステム

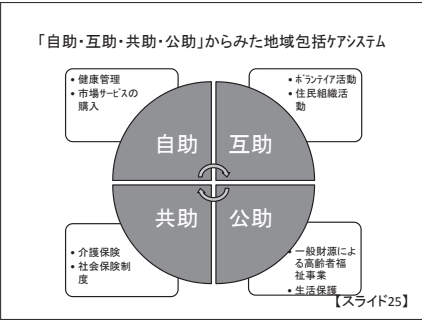


平成25年度 地域包括的ケア研究会報告書

【スライド24】

できます。つまりチームをマネジメントしていくときには、それぞれの職員の組織とのコミットメントみたいなことも考慮しないとイケない。対人関係のスキルが本当に大切で、看護の中には必須なのです。

【スライド25】 地域包括ケア時代の「チーム医療」の事をちょっと申し上げます。地域包括ケアという絵にかいたようなもちを国は動かそうとしています。とにかく病院だけではなくて地域で考えていきなさいよという、場合によっては看取りを地域でやろうというような動きになってきました。



【スライド26】 これを見て頂くと、植木鉢の下に本人・家族の選択と心構えがあり、それがあって住まいがあって、その上にサービスの提供があるということです。こうなると本人が最期を家で迎えたいとか家族が看たいというのは、本人と家族が選択しないと進まないわけです。ここの所が置きざりのまま、今サービスがどんどん作られつつあります。

退院支援・退院調整・療養支援

- 退院支援・退院調整はジェネラリストナースの役割(宇都宮/2011)
- 先駆的なプログラム
  - ① 外来・病棟の一元化
  - ② 退院支援を振り返る在宅医療移行検討会
  - ③ 認定看護師がサポートする退院支援
  - ④ 病棟看護師による退院前・後訪問
  - ⑤ 医療依存度の高い小児の退院支援
- 基本はカンファレンス

【スライド26】

【スライド27】 自助・互助・共助。こういうのは学生の皆さんは国家試験の為に勉強していると思いますが、介護保険は共助ですよね、自分でやるのは自助、ボランティアは互助、公助は生活保護になるわけです。一番今足りないのは互助のいわゆる住民組織のボランティア活動が足りないということです。ここは個別の話だと思っていたのですが、国は行政の仕組みの中にボランティア活動中にいれちゃったわけです。そのくらいお金が無くて切羽詰っているのです。ここら辺りが地域包括ケアの中で重要なポイントとなってきています。

地域連携に不可欠な「顔の見える関係」

- 江口研二：緩和ケアプログラムによる地域介入研究(厚生科研/2006～2010/132,503,000円)
- 介入①緩和ケアの標準化と継続性の向上
  - ②がん患者・家族に対する適切な緩和ケアの知識の提供
  - ③地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション
  - ④地域緩和ケアチームの設置
- 森田(2012)：地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か
  - 「顔の見える関係がある」とは
    - ①名前と顔がわかる
    - ②考え方や価値観・人となりがわかる
    - ③信頼をもって一緒にしごとができる
  - 顔の見える関係があることは、地域連携が良いことを構成する要素の一つである。

【スライド27】

【スライド29】 退院支援とか退院調整とかは、在院日数を短くして地域に戻していくために色々なやり方をしています。病院の機能分化で超急性期病院、急性期病院である大学病院の在院日数は益々、短くなります。超急性期病院から急性期病院、急性期病院から慢性期病院そして在宅へとこれをどうやって動かしていくのがよいか。基本的には本人やご家族に納得して頂きながらやっていくのが決めてです。その為のプログラムがたくさん今できています。これもある意味では私はチーム医療だと思うんです。基本はカンファレンスで、外来・病棟でやっていく退院支援、部署をつくる検討会を開いていきます。

家族の紹介(3人の子、7人の孫、4人の曾孫)

	父 (医師)	母 (主婦)	私 (看護師) 勤務地 東京	妹 (大学教 師)	弟 (医師)
平成24年	88歳	83歳	60歳	58歳	50歳
平成25年	89歳	83歳 11ヶ月 10月 永眠	61歳	59歳	51歳
平成26年	90歳 2ヶ月 7月永眠		62歳	60歳	52歳

【スライド29】



【スライド30】 地域連携に不可欠な顔の見える関係を作ると、地域に出かけて行って勉強会を開くとか言う形がいいんじゃないかと<sup>つな</sup>思われます。病院の中では顔の見える関係でありながらうまく繋がらないわけですから、顔だけ見えたなら繋がるかってのも若干疑問に思っています。でも顔が見えれば顔が見えないよりは繋がるわけです。だから病院の中でのチーム医療も諦めずにやって行けば私は繋がるような気がしています。

### 母の在宅での看取り

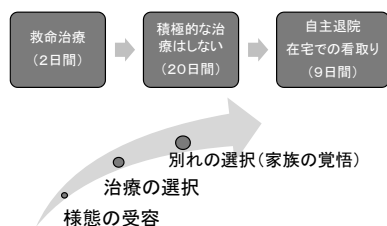


25年9月 3日 雨の中自宅近くで  
倒れ救急病院に搬送  
かかりつけ病院に転院  
集中治療室に入室  
9月4日 一般病棟に転棟  
9月25日 気管内挿管チューブ  
抜管後、自主退院  
10月 3日 9時32分83歳で  
笑い声の中、永眠

【スライド30】

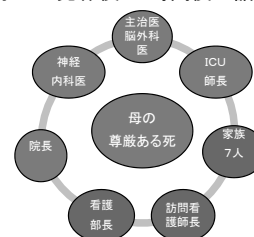
【スライド31, 32】ここで「チーム医療の体験を通して」というD型のいわゆる患者・家族をチームとして考える体験をご紹介します。D型ってというのは、患者家族が抱える問題を医師・患者・看護師・コメディカルがやっていくというモデルです。

### 母の経過と家族の納得経過



【スライド31】

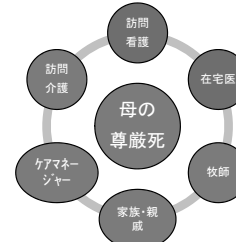
### D型：患者も家族も参加するチーム医療 9月4日 発作後29時間後の話し合い



【スライド32】

【スライド33】 これはちょっと個人情報ですが平成24年ですから3年前です。私のうちはクリスチャンですので、春のイースターは教会に行っています。毎年春になると私は東京から大分に帰ってイースターの写真を撮るわけです。大事な復活祭を喜んで迎えるのは大切なことで、私の家の年中行事なんです、お正月よりも大事にしています。

### 9月25日の奇蹟：自宅母を看取る縁



【スライド33】

【スライド34, 35】 この家族が崩壊したわけです。つまりこの母が去年亡くなり、今年父が亡くなりました。この家族でどうやって最期を看取っていったかというお話をします。私の母は「私は病院に行きたくない。自宅で最期を迎えたい」という過激な母でした。「トラブルのないように胃ろう栄養法はしない」というのが父の意思でした。

### 在宅での看取り日記から

- 母が退院して3日目の夜。父は母が退院したことを聞いて、病院から自宅に戻ってきました。父と母は、いつものようにベッドの隣り合せて寝ています。ラジオ深夜便からジャズが流れてきます。
- ベッドの間にいすを置き、母の痰吸引を終えた私は2人を眺めています。意識のない母は、酸素マスクで呼吸しながら、静かに眠っている様です。
- 父は、いつものように目を閉じてラジオから流れるジャズを聞いている。ルイ・アームストロングの歌う“WHAT A WONDERFUL WORLD”が寝室を包みます。オレンジ色の照明に包まれた穏やかな生活が戻っていました。
- 妹と「シュールだね」と言いながら、笑顔で見合っていました。両親と妹と四人で過ごした忘れられない夜。

【スライド34】



【スライド35】

【スライド36】 母は9月3日にくも膜下出血で倒れ集中治療室に入室し、救命救急センターに入りました。くも膜下出血ですから手術治療が考えられます。75歳という予後不良ですが、家族の希望があれば何歳でもやってくれとおっしゃって頂きました。しかし本人は前から「手術したくない」と言っていましたので、9月4日に一般病棟に移りました。本人は家に帰りたいはずなのですが、挿管チューブを抜けないと帰れません。チューブを交換する時に自発に呼吸があったら抜けると思いました。自発呼吸は母

### 在宅での看取りから

- D型「チーム医療」の体験
- 本人の意思表示
- 家族の意思統一
- 家族の覚悟を支える（親戚の訪問、牧師さんの訪問と祈り）
- 地域包括ケアシステムの存在
- 訪問看護の実力
- 日常生活の営みがもたらす寿命

【スライド36】



が自宅に帰りたい表れだと思い、ともかく診てもらったら自発呼吸ができましたので、その日の夜に連れて帰りました。本人の生前の意思だったからです。そして10月3日、家族の大笑いしている最中に母は亡くなりました。

【スライド37, 38, 39】母の経過は2日間救命治療、そして積極的な治療はしないで、自主退院となりました。最後は父が頭を下げまくって連れて帰りました。家族もこれを選択するのは時間がかかったので3週間くらいの時間が必要だったのです。まさに母の尊厳のある死をチーム医療で話し合いました。9月4日にICUから一般病棟に移す時も、チームの皆さんと話し合いをして家族の意見は一致しました。もうモンスターファミリーってやつです。病院長もでてきましたが困られたでしょうね。だけどぜひお願いしたいということでこういうことになりまして、発作29時間後、一般病棟に移る時に皆さんで1時間くらい話しました。これだけの人が集まってもらうには、病院にも多大な尽力を注いでいただきました。

#### 地域包括ケア時代の看護の役割

本人の意思と家族の覚悟を支える

【スライド37】

【スライド40】9月25日抜管したあとに家に帰る時は、牧師さんも含め家族・親戚中のみんな母の尊厳ある死を待ち望んで連れて帰りました。ここまでやるのは簡単にいかないですね。復活ということを信じている宗教があったからこれができたわけで、何も無くて家に連れて帰るのはなかなか難しいことだと思います。

【スライド41】在宅ケアになりました。母が退院して3日目の夜、父は母が退院したことを聞いて病院から自宅に帰ってきました。父と母はいつものようにベッドの隣り合わせで寝ています。ラジオ深夜便からジャズが流れてきます。ベッドの間に椅子を置き私は吸引をしているわけですね。私は吸引がへたくそで母は大変でしたけど。私は二人を眺めています。意識の無い母は酸素マスクで呼吸しながら静かに寝ているようです。父はいつものように目を閉じてラジオから流れるジャズを聴いています。ルイ・アームストロングが歌う What a wonderful world が寝室を包みます。オレンジ色の照明に包まれた穏やかな生活が戻っていました。妹とシュールだねと笑顔で顔を見合わせました。両親と妹と4人で過ごした忘れられない夜でした。在宅ではこんな感じの事がずっと続いてくわけです。

【スライド42】最期はまた教会で亡くなりました。

【スライド43】在宅での看取り、これはD型のチーム医療です。ここはそうしたいという本人の意思を本人は喋れないわけですから、それを家族がきちんと代弁し、それを先生方や看護師さんや在宅のチームとうまく繋いでいくということになります。家族は最期に命が絶えることを受け入れ、最期の看取りをできれば、その方が良いでしょう。

母が最期をどう迎えるかという覚悟を決めるときに重要になったのは、訪問看護師さんたちが支えてくれた訪問看護でした。「お母さんは大丈夫です。やっていけます。」と言って下さいました。牧師さんも「これもご本人の意思です。」と祈ってくれました。親戚も訪問してくれました。なんとかやりましたね。

やってみたらね、地域包括システムの資源は全部そろっていました。できないことは何もない。訪問看護も実力がありました。これをやることで本当に日常生活の営みがもたらす寿命ということで最期を迎えることができました。

【スライド44】地域包括ケアの時代には、本人の意思と家族の覚悟を支えるというのがすごく看護にとって重要だと私は思います。これは医師の指示かどうか関係ありません。どこに寄り添うかが大切です。医師に寄り添うのか、患者に寄り添うのかということを私たちは看護の基礎教育で教えていますから、

看護学生さんたちは当たりまえよと思っているでしょう。それが看護の原点ですから。だけどそれが病院に入るとなかなかできない状況が私はあるように思います。地域包括ケアの場合は病院から患者さんがどんどん色んな施設を動いて行って、場合によってはすぐに家に帰れたらいいですけど、なかなかそうもいかない。そういうことを家族と一緒に考えていく時に、そこにこそ看護の役割があるんじゃないかなと私は思っています。

患者さんのこれからの事を家族と先生方と話し合っていくことになった時に、これをコーディネートするのは患者さんを見ている、家族を見ている看護師だと私は思うんです。ただクリニカルパスでもって流していくようなケアが看護だとは私は思っていません。看護というのはその人がその人らしく生きていくのを支えるのが看護だと思うから私は看護に期待するわけです。

母はそういうことを言い続けていました。私が看護師を目指して看護大学を入学するときに一番喜んでくれたのは母だったんです。1971年に大学に入ったときに入学式に出たのも母でした。もしかしたら最終的に母を看取るために大学に入ったのかなと思うくらい私にとっては凄く印象的でした。でも看取りの時にチーム医療ということが無かったら家には連れて帰れなかったでしょう。今はその受け皿があるんですよ。訪問看護ができていし、在宅医もいるし、介護保険制度もあるから制度的にはできています。それをつなげていく力が大切です。患者さんにとって、家族にとってどうしたらいいんだろうかと頭を悩ませながら進めていくのが看護の役割ではないでしょうか。コーディネートするときに、何のためにそれをチーム医療の会議を作るのかっていうことに、いつも行ったり来たりするのが看護の役割ではないでしょうか。難しい時代ではありますが、看護の原点に立ち帰って、ナースがつなぐチーム医療ということをここにいらっしゃる看護学生の方にも、また現役で働いていらっしゃる方にもお願いできたらなと思っています。以上です。



高田：それぞれのご発表は、かなり内容の濃いお話でした。ここで会場から各演者に質問があればお受けしたいと思います。いかがでしょうか？では司会者から切り出すことになりますが、情報共有の面で電子カルテはすごく重要なツールだと思います。広島大学病院（以下、広大病院）では患者さんのカルテには医師だけではなく看護師、薬剤師、心理士、ソーシャルワーカーなど、ケアに関与した人は誰でも書き込むことができます。それぞれのスタッフがどういう風に診ているかがわかります。もちろん秘密を約束したことは書かれませんが、電子カルテの役割について、斉藤先生いかがですかね？



斎藤：そうですね。まあ普段の診療では、医師の診察時間はだいたい一人あたり10分くらいのことが多いです。患者数がそれほど多くない日は、ある程度時間を使える時もあるんですけど、ほかの仕事が入

ることも多くて、患者さんから十分な情報を聞き出せていないかもしれません。実際、検査の結果を説明して、薬を処方してということにばかり追われていることもあります。そんなときに、看護師さんなどが面接で聞いた情報が電子カルテに記されているのを次の受診のときに見て、ああそういうことだったんだと合点がいくことがあります。「そういうことがあったんだね。そこはどうなった？」というように話ができます。このようなことは電子カルテの強みだと思います。



高田：そうですね。すべての病院で電子カルテを導入されているわけではありませんが、電子カルテの利用は医療の質を上げる、標準化をするという面で非常に大きなツールだと思っています。鶴田先生の方から何かご質問はありますか。

鶴田：木下さんにちょっとお聞きしたいのは、内科外来に勤務されておられて、エイズの外来があるときには面談に入られるということなんですね。エイズの患者さんの外来のサービスは、他の内科のサービスと比べるとどう違うのか、ちょっと教えて下さい。

木下：はい、いわゆる HIV のチームを外来で作ると診療報酬の加算があります。呼吸器ですとか栄養サポートなどとは異なる形ではありますが、各職種のチームメンバーを備える施設基準があります。エイズの場合は看護師以外の職種は兼任でいいんですが、看護師だけは HIV の業務を専従で当たらなければいけないというしほりがあります。そこが他のチームの場合と違うところでしょうか。



高田：診療報酬でエイズのチーム医療加算（注：220点）をとるための要件ですね？

木下：そうです。チーム医療加算をいただくためにそのような要件があります。専従の看護師が HIV の患者さんのケアにあたっているのですが、患者さんが20人来院される日もあれば5人の日もあり、とにかく外来日は HIV の診療が終わるまではその療養に従事するということになります。ただ実際には患者さんが目の前にいらっしゃる時だけが看護師の出番というわけではなく、患者さんから電話がかかることもありますし、今日いらっやってない方のことについてもチームのメンバーの間で情報交換と次のプランで連携をとるといったようなこともしています。

その他の疾患の場合は、多くの患者さんがいらっやる中で個々の患者さんにかかわる時間の確保が課題で、医師から看護に療養指導の依頼があった場合について療養指導を外来相談室で行っています。これまでは私たちが待っているという姿勢が多かったのですが、それではいけないということになり、やはり看護師の方からも問題を抱えている患者さんのことについて少しずつですが療養指導を始めています。それこそ加算がなくてもやっていくという体制をとっているところではあります。

高田：簡単にいうと、エイズなら堂々とやっていけるということですね。

木下：そうですね、HIV に関しては。この時間は HIV 専門なのと大手を振ってできます。

高田：ありがとうございます。病院によってはなかなかできないかなということも多いと思います。これから色んな領域で広がっていった方がいいと思いますか。

木下：そうですね、マンパワー等の課題はありますが、やはり保険診療上の加算がなくとも必要なことはやっておく、そのあとで診療報酬はついてくると私は理解しているので、そのような看護師のかか



わりというのはどの診療科目によっても重要だと思います。

高田：看護師としてのプライドは高めますか？

木下：ええ、もちろん！（笑い）

高田：だそうです。さて、では薬剤師さんの役割。昔は薬剤師さんというのはお薬の専門家だったんですね。ところが最近はお薬を飲む人の専門家にもなる必要性が出てきました。チームの中で薬剤師さんの役割の変化について、畝井さん、何か追加はありませんか？

畝井：そうですね。スライドでも見ていただきましたように薬剤師の役割は最近急激に変わってきました。その中で医薬品の適正使用というのが強く言われているのですが、今ほんとに医療というのは高度化、多様化しています。例えば移植医療を支えているのは免疫抑制剤がありますが、そういった中で適切に、そして副作用が少なく効果的にということで投与設計し、また患者さんにあった薬の使い方を患者さんとも話しながら、そして医療スタッフとも話ながら行っています。このようなことは大きく変わってきたことだなと思っています。



高田：薬剤師がチームに加わることによって、他の職種のスキルを学ぶこともあるのでしょうか。

畝井：そうですね。私たちは薬に関する知識なら誰にも負けないぞと思う専門職なんですが、患者さんにわかりやすく説明したり、HIVの治療を始めることに抵抗をおぼえている患者さんにどのように話をしたらいいとか、コミュニケーションのテクニックについては臨床心理士の方から非常にたくさん学びました。またいろんな社会的事情を抱えている患者さんが使える社会資源があるということを、ソーシャルワーカーの方から学びました。経済的な問題は大きいですから、ソーシャルワーカーの方のいろんな考え方を教えていただくのは大きいです。

高田：広大病院の薬剤師さんは薬のこと以外に、セクサーセックスの話題も大丈夫。セクシャルヒストリーをうまく聞き出していたりします。看護師は初診時には最初に30分ぐらい問診をしています。そこですっかり話してしまっ、診察室に入った時には患者さんが安心した様子になっていることもあります。一方、臨床心理士を病院で雇っているところは残念ながら少ないです。診療報酬や国家資格の問題が背景にあります。病院の性格によって違うでしょうが、心理的なサポートは必要だと思っています。浅井さん、そこらへん何かアドバイスはありますか？

浅井：そうですね、心理的な変化には患者さんの長年の中で備わってきた特性とかパーソナリティが基本にあります。病気を抱えた患者さんが、少しずつ生きやすいように支えていくというのは心理士でもそれなりの時間がかかったりします。医療のスピードと心理的变化のスピードがそぐわない部分が実際にはあるんですね。ちょっと時間がかかる部分があったり、目に見えない変化が出てくる時、心理士の側からはかの職種にどう伝えていくかという問題もあります。



高田：1984年にサンフランシスコの血友病センターに1日だけ見学に行った時、すでに臨床心理士がチームの中ではっきり位置づけられていました。患者さんも心理士に会うのは当然という形でした。日本ではカウンセリングを勧めると、「えっ心理？私はカウンセリングは要りません。」と引いてしまうの



が実際かもしれません。日本では精神科でも心理相談室でも、部屋で待っていて入ってくる患者さんに対応しています。しかし、1997年にニューヨークの病院で研修した時は、外来待合室に心理士がやってきて「ああ久しぶりですね。ちょっと話して行きませんか。」と誘いに来ていました。どうですか、カウンセリングの売り込みは？

浅井：頑張ります。定期的に会っている方もいらっしゃいますが、今ではこちらから声をかけて「最近どう？顔を見たくなったから呼んでみたの」という感じで患者さんに声をかけている場合も結構あります。看護師さんに「あの人と会いたいですけど」と、<sup>つな</sup>繋いで貰うこともあります。

高田：ありがとうございます。広大病院の場合は初診時に看護師が「うちは心理士さんに会うことになってますよ」というようにカウンセリングのハードルを下げているのがいいのかなと思っています。学生さんに聞いてみましょう。チーム医療という言葉聞いていたという学生さん手を挙げてください。いっぱいいますね。では病院実習の中で他の職種と話したことのある学生さんはいますか？ああ良かった。少しだけど、いることはいるんですね。

では、病気を抱えたまま地域に戻っていく、あるいは癌の末期などで自宅に帰りたいという話はよくあります。今日の講演とよく似ていますが、地域の医療機関や訪問看護ステーションとの連携も必要になってきます。そこで、ちょっと無茶振りしてしまいましたが、会場にいらっしゃる馬庭さんにお伺いします。馬庭さんは広島で訪問ステーションを始めた方で、鶴田先生のお友達です。エイズと訪問看護を広島では最初にやられたわけですね。そこらへんで何かありましたでしょうか？

馬庭：一番最初に高田先生からエイズの患者さんの在宅看護をして欲しいと依頼され、お引き受けしたのは私が以前勤めていました訪問看護ステーションでした。それ以前にボランティアでずっとエイズの患者さんの在宅を支えてきていましたが、そのあとに診療報酬が付くようになって、訪問看護ステーションの枠組みの中でできるようになりました。その時に一番思ったのは世間からのご理解がなかったことです。たとえばヘルパーさんが入っていくときの教育ができていなくて、患者さんの情報をどこまで伝えるのかと言う倫理の問題がありました。（会場から）

ある非常に難しいケースでは少しずつボランティアさんが入り、そのあと介護保険ができてケアマネジャーさんが入り、今では大手を振って在宅ケアができるようになりました。このような歴史を振り返ると、いろいろチームを組んで地域の中で障害を持った患者さんを支えていくのには、やっぱり5年とか10年かかると言うことです。互いの職能を理解しながら、コミュニケーションをとって顔と顔が見える関係になって患者さんのために私たちは何ができるのかと、忌憚なく話すまでに時間がかかるなって感じるんですね。今ではようやく栄養士さんや理学療法士さんなどがチームのメンバーに加わって、たくさん職種の人と手を<sup>つな</sup>繋ぐことができるようになったと実感しました。

今日講演を聞かれている看護学生さんは卒業後にはたくさんの人と出会うでしょう。価値観も職種も違っている人とチームを組まなければいけない時代のナースたちだと思うんですね。地域包括ケアの時代になると病院の仕組みではない中で働かないといけないので、ぜひしっかりとコミュニケーション能力をきっちり発揮して良い看護師さんになって欲しいと思います。今日は一生懸命メモを取っていらっしゃる方もいらっしゃるって、こういう若い人が育てくださると私の老後は安心だなんて思っています。

高田：鶴田先生のお母さまが亡くなって行かれる過程は、いろいろ困難があったけれども資源はだいぶ揃っていたとおっしゃっていました。最近HIV感染者の中にも地域に移っていく患者さんが出てきました。必要なスタッフには情報を提供して引き受けて頂く時代になってきました。しかしまだ途上であって、どこでもできるわけでもありません。まだできていないから作る苦労と楽しみがあるということなのかなあと思いました。

鶴田：私はコメンテーターなので、何か言わなければと思ってずっと考えてたんですが、一言だけコメ

ントをしたいと思います。今回エイズのチーム医療の話を伺いながら、私の話とちょっと空気が違っていました。私はチーム医療は難しいとお話したのに、HIV はうまくいっているというお話でした。これは斉藤先生の資料にもありましたが、エイズの医療提供体制の整備の歴史を考える必要があります。エイズはある意味、薬害での HIV 感染があり、エイズに関する法律を患者さんたちが動いて変えてきたという、すごく大きなインパクトあったわけです。私は HIV の治療が著しい科学の進歩によって進んでいることは、あまり知りませんでした。HIV の医療の整備と法的な整備があってチーム医療がほかの領域を超えた形で進んでいるということを目の当たりにして、私はここに来てよかったなと思っています。痛もそうなんですけど患者さんたちが法律を作ることに動き、患者さんたちの意見が入った仕組みはとても良いモデルになるなと思いました。

私が横浜市に1991年に着任したころはエイズパニックの前後だったものですから、患者さんが入院しても見る看護師さんがいなくて、確保するのも大変でした。針刺し事故を起こしたら大問題で、組合問題の後始末を私が行政でやっておりました。そういう中でもケアをやり続けてきた看護師さんとドクターがいて今があるんだなって思っております。

もう一つ、私の教え子がアフリカに行って、今エボラや HIV の仕事をやっている人がいます。気が気じゃないんですよ、帰って来られるのかしらと心配しています。しかし自分はそこに身を置いてできることを考えていきたいと飛び出して行きました。最初はそういうパイオニアの精神のもった人たちが今日の HIV のチーム医療につながったんだなと思うと胸が熱くなります。チーム医療ってのはそう簡単にはいかないんだけどそれを進めている HIV のチーム医療があることを今日お伺いして元気づけられました。本当にありがとうございました。

高田：ありがとうございました。少し訂正させていただきます。1989年に日本で作られたエイズ予防法は社会防衛のために作られました。しかし薬害エイズの裁判の和解勧告があって、1998年に今の感染症法として作りかえられました。すなわち患者の人権を守りながら、公衆衛生対策を行うという両輪ということになっています。その結果、性病予防法、伝染病予防法、結核予防法まで一つにまとまりました。他に和解勧告に基づいてエイズ治療のための拠点病院ができました。そういう意味では、薬害エイズの裁判は確かに制度を変えてしまうインパクトがあったと思います。

さて皆さんには、今日のシンポジウムで HIV ケアをモデルにしながら「ナースがつなぐチーム医療」という趣旨をご理解頂けたと思います。これでシンポジウムを終わります。どうも発表者のみなさん、鶴田先生ありがとうございました

司会：これで本セミナーを終了いたします。最後に広島文化学園大学看護学部長山内京子から皆様へご挨拶をさせていただきたいと思います。

山内：本日は広島文化学園大学看護学部のシンポジウム公開講座「ナースがつなぐチーム医療」にみなさまご参加いただきありがとうございました。前半の基調講演では、看護管理の領域ではお名前を知らない人はいない、鶴田先生からチーム医療についてお話をいただきました。特にD型のチーム医療につきましては、看護職の立場ではなくご家族の立場から私たち看護職にいろんな考える宿題というか課題をいただいたように思います。後半のシンポジウムでは斉藤先生・畝井先生それから浅井先生・木下先生にチーム医療の実践、それぞれのお立場で日々日常的なレベル、また、具体的なレベルでのお話を伺うことができました。本学の4年生が参加をさせていただきまして、半年後には同じ私たちと同じ看護専門職として頑張ってもらわなくてはいけないのですが、チーム医療について考えるたくさんのキーワードを先生方からいただけたように思います。ほんとうにありがとうございます。最後に広島のエイズの医療チームのさらなる活躍を期待いたしまして私のあいさつにさせていただきます。本当にありがとうございました。



## ＜一般参加者のアンケート結果＞

一般参加者35名中26名から会場でアンケートを回収した。

- 参加者の内訳：職種は看護師24名、OT 学生1名、教員1名で、男性1名、女性25名であった。年齢は20代2名、30代5名、40代5名、50代12名、60代2名であった。
- 基調講演への満足度は、①大変満足：7名、②満足：15名、③どちらともいえない：1名であった。評価する点としては、①内容：17名、②講師：16名、③時間：2名、④その他：（実際の体験）であった。
- シンポジウムの満足度は、①大変満足：2名、②満足：16名、③どちらともいえない：3名であった。評価する点としては、①内容：15名、②講師：8名、③時間：3名、④その他：（具体的な事例を通して他職種が関わったプロセスなど紹介したほうが良かった）であった。
- 看護シンポジウム全体の満足度は、①大変満足：4名、②満足17名、③どちらともいえない：2名であった。評価する点としては、①内容：19名、②講師：16名、③開催日時：6名、④会場施設：3名、⑤会場場所の立地：6名であった。
- チーム医療に関する自由意見（順不同）。
  - ・看護師がリードしていく印象があります。それは本人に寄り添っていくのが看護の基本とおっしゃっていたからです。
  - ・コーディネートするということを、しっかり考えていきたいです
  - ・「チーム医療」医療従事者は年代も幅広いため、「定義」同じ価値観、情報共有ができてないのが現状ではないか。患者・家族中心というが、病院での在日数の短縮など、いろいろな面での調整が大切となっているが、このようなことを、患者・家族が知らないことが今多すぎる。医師の負担軽減等のサポートのほうが中心となっているような気がする。困難が多い。
  - ・チーム医療に新しく加わるメンバーの教育は、基礎教育から行われていますが、現任教育でどのように行っていくのか課題があると思っています。
  - ・看護学生さん、若い看護師さんに、チームという中での看護の面白さ、大切さをつかんでいただけるのかと、日々の中で不安を持っております。他職種の方は、チーム（医療における）をどう感じておられるのか、また、教育的に入っているのか疑問です。
  - ・大学病院内のチーム医療における看護職の役割がよくわかりました。他職種がどういう仕事をしているのか知ることが大切だと知った。
  - ・今回、当シンポジウムに参加して、チーム医療の大切さを実感いたしました。当院でも、チーム医療を大切にしております。回復期リハビリ病棟では毎日、緩和病棟では週に1回、他職種カンファレンスを持っております。月に1回は、退院された患者さんの在宅での状況のカンファレンスを持っております。
  - ・看護師個々の適性や能力に合わせ、能力アップを心掛けていますが、なかなか難しいこともある。その中でもゆっくりでもスタッフの能力向上が見られると喜びを感じる。
  - ・医師・薬剤師などとチーム医療を実践する際には、医療知識をある程度持っていないと相手にされないの、その努力は必要。そのうえでディスカッションを重ねることが必要。
  - ・演者により時間が大幅に延長し、討論時間が短縮し残念。鶴田先生の話をもっと聞きたかった。
  - ・鶴田蕙子先生の講演で、看護管理のお話を含め、チーム医療を通して看護の本質を学ばせていただいた。ご自身の経験を話していただき、とても感激した。現場としては、Dr（医師）との連携が難しい。
  - ・チーム医療で看護師が握る役割は大きいと感じます。役割を果たすには時間を必要とするので、専任が望ましいと思いますが、病院によっては人員の確保が難しいので課題。
  - ・大学ではチーム医療についてよく習っていたが、実際はDr（医師）やその他スタッフと集まる時間の確保やコミュニケーションがとても難しいと思った。しかし、いろんなスタッフが集まることで、患者は支えられると思うし、よりよい医療を提供できると思うので、日常のコミュニケーションを深め、Ns（看護師）としてチームの要となれるよう専門性を高め、情報共有していきたい。

とても良い講演を聞くことが出来、勉強になりました。本当にありがとうございました。

- ・実際に現場では、チーム医療ということで色々なチームがありますが、やはりどちらかというと、しなければならぬ感が強く、一人一人の患者に対し、何かをしてあげたいという気持ちが薄いのではないかと思います。医療従事者みんなが、同じ思いになるためには大変な労力がいるようです。
- ・HIV のチーム医療は、患者さんを中心にしていくには、院内の働く人たちが知識（古い知識）のままであり、協力と理解が深まっていない。
- ・看護師の情報収集が鍵となっていて、その情報のアセスメントをするのが難しい。それぞれの職種が専門性を追求することが重要であると考えている。
- ・HIV 医療におけるチーム医療は素晴らしい印象を感じました。一般病棟では（特に個人病院において）チーム医療の現状と大きな隔たりを感じます。
- ・地域包括ケアシステムについての話
- ・精神疾患を抱える人を支える問題など
- ・今日の講師、すべて最高でした！！
- ・鶴田蕙子先生のお話は素晴らしかったです。以前講義を受け、又お聞きしたいと思っていたので、この機会をいただき、とても嬉しかったです。ありがとうございました。

#### 参考文献

白阪琢磨ほか：HIV 診療における外来チーム医療マニュアル（改訂第2版） 平成21年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究班」（<http://www.haart-support.jp/manual/index.htm> 2015年5月24日）



## **Symposium Report “Nurses Coordinate Team Care Services”**

### **Moderator and Reporter**

Professor, Hiroshima Bunka Gakuen University, Faculty of Nursing  
Noboru Takata

### **Key note lecture**

Professor, Japanese Red Cross College of Nursing  
Keiko Tsuruta

### **Symposists**

Physician, Hiroshima University Hospital, The AIDS Care Unit  
Seiji Saito

Pharmacist, Hiroshima University Hospital, Department of Pharmaceutical Services  
Hiroko Unei

Clinical psychologist, Hiroshima University Hospital, The AIDS Care Unit  
Izumi Asai

Vice head nurse, Hiroshima University Hospital, Department of Nursing  
Kazue Kinoshita

It is well acknowledged that the team care in medical setting is to collaborate by different kind of health care providers using their expert skills for the patient-centered care. Although understanding is easy as words, in the current state of Japan's medical field, there is the scene which is hard to be widely developed from the tradition of the healthcare setting, education and experience of each staff, systems such as staffing of the facility and the economical background. The nurse with many contacting a patient directly is ideal for a role to coordinate a team depending on patient's wish and the situation, and it should be in the best medical starting point. Professor Keiko Tsuruta of keynote lecture explained the concept, history, framework and challenges of team care, and commented about the local comprehensive care system just begun which was mentioned through her own experience. AIDS is a new territory, but Dr. Seiji Saito, Hiroko Unei pharmacist, Izumi Asai clinical psychologist and Ns. Kazue Kinoshita of Hiroshima University Hospital reported on the respective roles in the team and described the importance of learning from other staff as a model of team care. In the questionnaire after the symposium completion, many general participants were thought to be nursing managers. Some of them pointed out the difficulty of the team care implementation in their hospitals, but the evaluation of the symposium itself was satisfactory.

2014.11.1 広島文化学園大学看護シンポジウム

## 医師はチームの一員

～スタッフから学びましょう～

広島大学病院 輸血部/エイズ医療対策室  
齊藤誠司

## 広島大学病院




- 病床数 746床
- 外来患者数約1800名/日
- 2013.9月新外来棟開設
- 広島駅から約2km  
バスで15分
- 繁華街からも約2km




AIDS Care Unit, Hiroshima university Hospital

## 中四国エイズセンター



スタッフ


- 医師 3名
- 看護師 3名(うち専従2名)
- 認定薬剤師 3名
- 臨床心理士 2名(常勤)
- 社会福祉士 2名(常勤1名、非常勤1名)
- 事務担当 1名

主な仕事

- HIV感染症の包括ケア
- 拠点病院、一般病院への研修会の提供

## 私とHIV感染症

さいとう せいじ  
**齊藤 誠司** 広島大学病院 輸血部 助教



1975年 石川県生まれ。

1994年 福井医科大学入学。

2001年 血液内科医として研修。


2005年 広島県血友病患者会サマーキャンプ参加。

2006年 広島大学病院でエイズ診療に従事。

2010年 高田先生御退官。現職。

2014年 現在 多職種連携によるエイズ診療を楽しく実践中。

## エイズとはどんな病気？



ヒト免疫不全ウイルス(HIV)が生体内のリンパ球(特にCD4リンパ球)に感染し増殖。

↓

CD4リンパ球(数)の減少による免疫の崩壊(免疫不全)。

↓

免疫不全により起こる、普段なら症状を来さない感染症の出現(日和見感染症)。(この時期をエイズと言う)


↓

エイズで死ぬ、のではなくエイズ指標疾患によって死亡する

**死亡**

AIDS Care Unit, Hiroshima university Hospital

## リンパ球, CD4陽性細胞とは？



CD4リンパ球=司令官

Tリンパ球

CD4+

CD8+

Bリンパ球

CD19+

CD20+

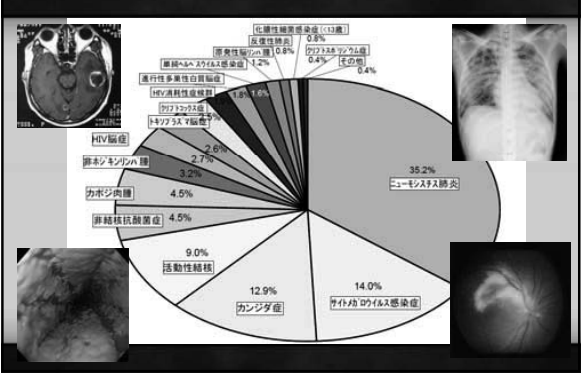
リンパ球

NKリンパ球、その他

この細胞にHIVは感染する！

AIDS Care Unit, Hiroshima university Hospital

エイズと呼ばれる 23の疾患



エイズウイルスの感染経路

- 性感染: 1回での感染リスクは**0.3%**くらい
- 血液感染: 1回の針刺し事故での感染リスクは**0.3%**くらい
- 母子感染: 子への感染リスクは**20-30%**くらい



AIDS Care Unit, Hiroshima university Hospital

エイズ診療の今と昔

昔 (20-30年前)	今 (2014年)
<ul style="list-style-type: none"><li>● エイズパニック</li><li>● 感染力が高い?</li><li>● 治療法がない</li><li>● 血友病患者が感染</li><li>● 多くの患者さんがエイズを発症して死亡</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● 慢性感染症</li><li>● 治療は1日1回内服</li><li>● 治療で感染拡大は防げる</li><li>● 同性間性交渉による男性感染者が多い</li><li>● 患者さんの高齢化</li></ul>

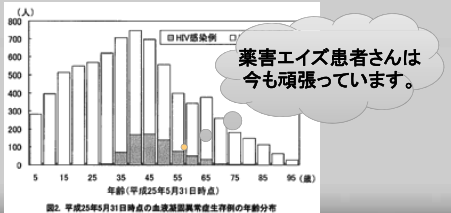
日本のエイズ医療体制整備の歴史

- 1983年 日本でエイズ患者第一例
- 1992年 エイズ診療拠点病院体制整備
- 1996年 薬害エイズ訴訟和解成立
- 1997年 全国の「エイズ治療拠点病院」公表  
エイズ治療・研究開発センター(ACC)設立  
「ブロック拠点病院」を全国8ブロックに整備  
担当医師、看護師、カウンセラー、情報担当職員の配置  
個室の外来診察室、個室病床、カウンセリング室の確保
- 2006年 都道府県毎に原則1ヶ所の「中核拠点病院」を整備  
ウイルス疾患指導管理料2(チーム医療加算)創設

目標  
HIV感染者が全国のどの医療機関においても安心して  
高度な医療とサービスを受けることができる

日本における血友病HIV感染者

本邦の血友病患者 約6,000人  
HIV感染者 約1,500人  
HIV感染による死亡 約700人

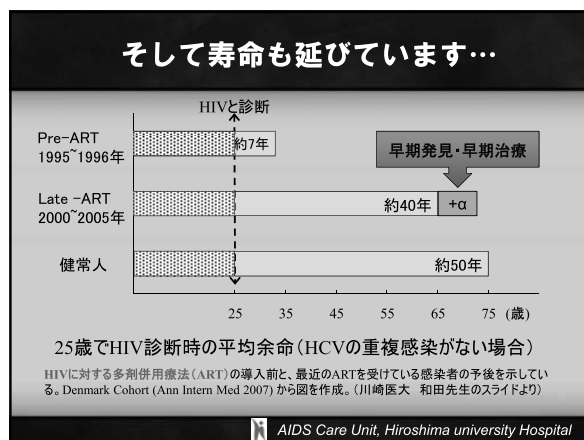


平成25年度 血液異常症全国調査より引用

HIVは治療をすれば...

- ウイルス量が減り、感染しにくくなります。
- CD4数(免疫力)が上がってきます。
- エイズ指標疾患が治癒、または軽快します。
- しかし、エイズが治った、と言う表現はしません。
- 治療により、仕事に復帰したり社会生活も通常通り行うことができます。
- 落ち着いている方の通院頻度は月1回~3ヶ月に1回です。
- 慢性疾患としての管理と合併症の治療が主体です。

AIDS Care Unit, Hiroshima university Hospital

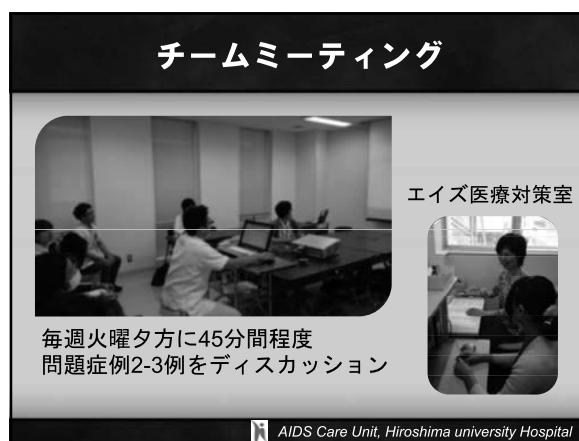
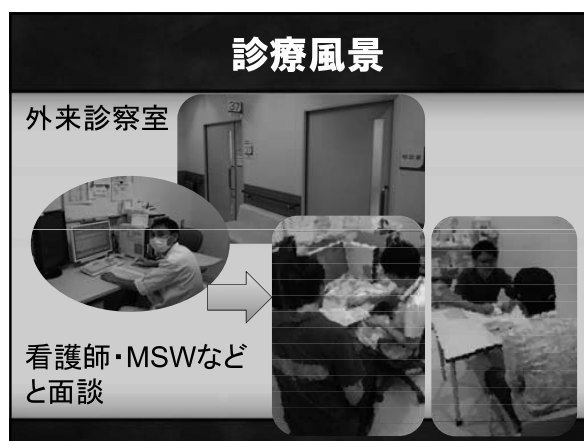


### 抗HIV薬の特徴

- ・ 正確かつ継続した服用が必要（血中濃度維持）
- ・ 長期の服薬が必要（根治療法ではない）
- ・ 剤形が大きい→新規薬剤ではサイズダウン
- ・ 中途半端な服薬により早期に耐性を誘導する
- ・ 治療費が高額（7,000円/日×30日…月額）

1日1回 食事に関係なし 23:00 就寝前

DTG（デビケイ®） + ABC/3TC（エブジコム®）



### チーム医療の必要性

- HIV感染症は疾患による身体や身体機能への影響に留まらず、心理状態や社会生活にも、その影響は及ぶ。
- 適切な支援を各スタッフが専門に応じて役割を分担し、連携を取りながらチームでケアを提供することが重要。

チーム医療の目的  
患者自身が服薬も含め自己管理し、自身の健康を向上・維持できるようになること

出典：HIV診療における外来チーム医療マニュアル第1版





平成26年11月1日 広島文化学園大学看護総合センター事業  
「ナースがつなぐチーム医療」


**HIV感染症ケアからみる  
医療チームにおける薬剤師の役割**

広島大学病院 薬剤部  
畝井 浩子

HIROSHIMA UNIVERSITY

**薬の安全性？**

薬は毒にて候へ共、  
毒と名を付け申さず候時は、  
長所を用い候故に候、  
人を用い候にはその長所  
を取って、短所に目を付け  
申さず候時、『聖人の道』に  
てござ候

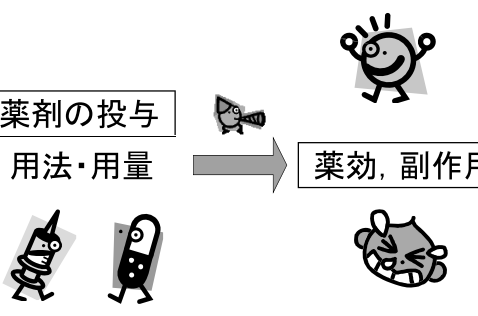


荻生徂徠肖像  
江戸時代の儒学者  
寛文6年(1666年)～享保13年(1728年)

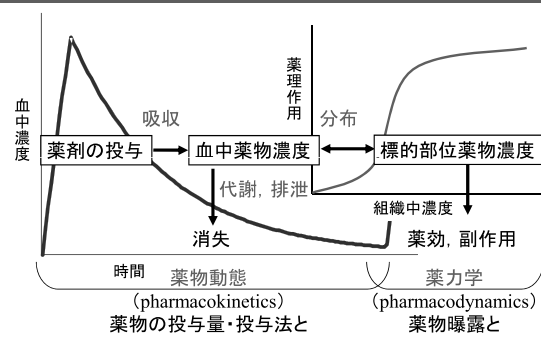
**薬が効く、ということ**

薬剤の投与  
用法・用量

薬効, 副作用



**薬物動態PKと薬力学PD**



薬物の投与量・投与法と  
体内薬物濃度・時間推移の関係

薬物曝露と  
薬理作用の関係

**薬剤師からの情報提供の基本**

生理・生化学  
薬物動態 PK  
Pharmacokinetics  
薬力学 PD  
Pharmacodynamics

医薬品の  
物理化学的性質  
医薬品構造式  
製剤的な特性

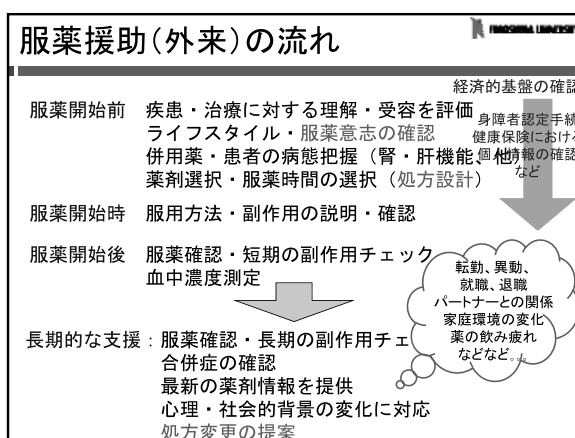
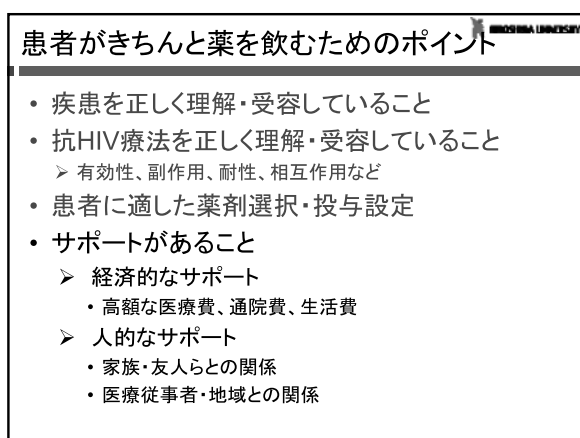
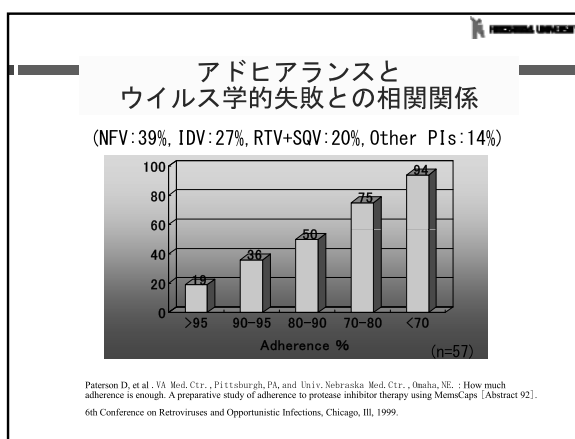
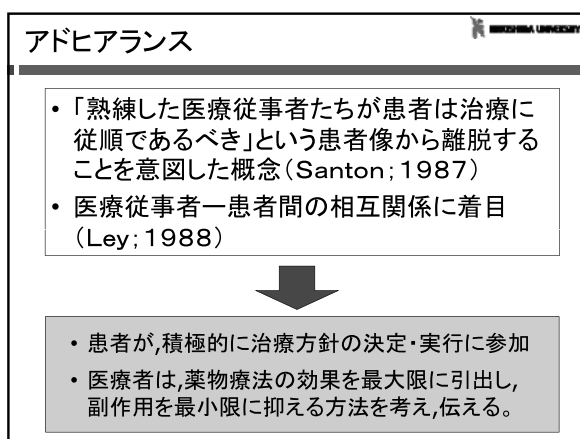
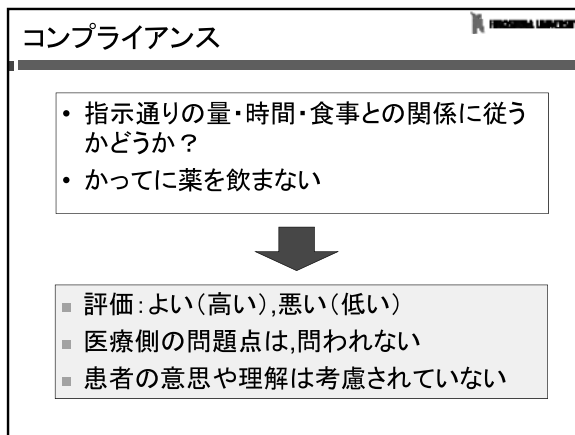
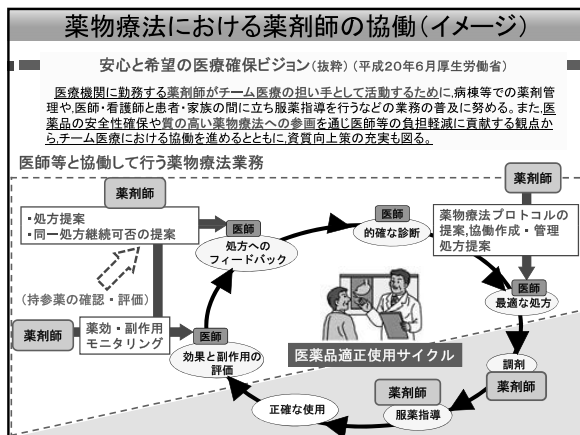
薬学的知識に基づいた情報提供

**業務変遷と専門性**

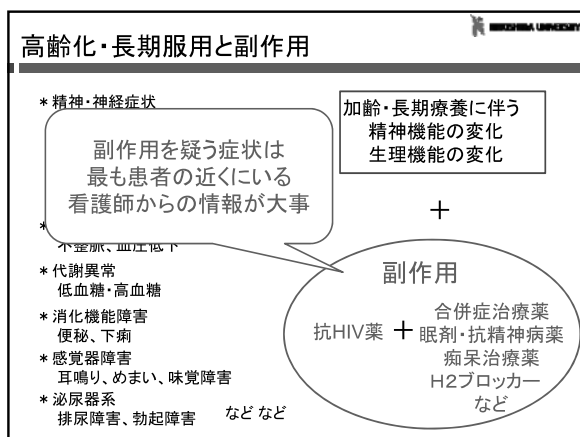
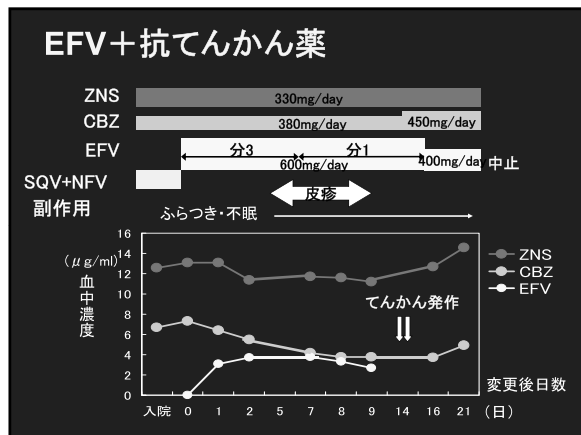
1980~	1995~	2000~	2007
外来患者中心 (一部院内患者)	病棟への業務展開 (分業の進展)	入院患者中心へ	入院患者中心へ
調剤・製剤・ 薬品管理 (薬局内での業務が主体)	調剤・製剤・ 薬品管理 (新しい業務の定着)	調剤・製剤・ 薬品管理 患者情報の把握 処方監査 投薬指導	調剤・製剤・ 薬品管理 患者情報の把握 処方監査 投薬指導
調剤・製剤・ 薬品管理 (調剤管理)	調剤・製剤・ 薬品管理 (調剤管理)	調剤・製剤・ 薬品管理 (調剤管理)	調剤・製剤・ 薬品管理 (調剤管理)
調剤・製剤・ 薬品管理 (調剤管理)	調剤・製剤・ 薬品管理 (調剤管理)	調剤・製剤・ 薬品管理 (調剤管理)	調剤・製剤・ 薬品管理 (調剤管理)

薬物療法の安全を追及する社会の流れ  
病院薬剤師業務の  
種類・量・質の激変  
Pharmaceutical Careの実践

日本病院薬剤師会チーム医療推進会資料2010年



たとえば・・・ 抗HIV薬 — 薬 相互作用	
抗HIV薬	ブースト、ATV、TDF (ATV ↓ Cmin約40%) ...
日和見感染症	抗結核薬 RFP (LPV ↓ AUC75%、FAPV ↓ AUC82%・・)、 VGZ: RTV、FLGZ
心のケア	ベンゾジアゼピン、ハルシオン、抗うつ薬、パキシル・・・
副作用 合併症	HMG-CoA、(カレトラ:リビトール ↑ AUC488%、メバロチン ↑ AUC33%、 RTV:糖尿病薬 ↑ (スルフォニル尿素1.5〜3倍)、Warfarin、・・・、 VCR、ステロイドなど
OTC	ATV:ガスター10、大正エスブロックZ、バンシロンなど
ドラッグ	ネットの拡大 違法ドラッグ、脱法ドラッグ (Recreational、Street)、バイアグラ ...
その他	ビル、抗けいれん薬
抗HIV薬 — 食事	
食事	脂肪、胃酸(pH) ATV、DRV、
健康食品 サプリメント	ニンニクエキス、セヨウオウトギリソウ



### 患者Aさんの場合

20代男性  
選択薬: カレトラ+ツルバダ → RAL+ツルバダ  
訴え: 最近、人が自分の悪口を言っているような  
気がしたり、人を殺してやろうかと思ったりする  
こともある。他、いろいろ苦しんでいる。前は、こ  
んなことなかった。

薬剤師から:  
薬剤変更時期と症状の発現時期の関係および  
RALの報告されている頭痛から中枢移行を疑い、  
RALによる副作用。薬剤変更を提案

### アドヒアランスおよびケア継続を向上させる介入法

- 患者のニーズに応えるには、ARTに対するアドヒア  
ランスを支援する一連のサービスが必要である。  
医療チームのメンバーは、誰もがアドヒアランスプロ  
グラムの成否を握る重要な役割を担っている。  
2014.05.01DHHSガイドライン改訂にて追加記載
- あらゆる治療計画と治療成功の基本となるのは、患者  
を治療の意思決定にかかわらせ、個々の患者に合っ  
た治療を行う事である。

DHHS 成人および青少年HIV-1感染者における  
抗レトロウイルス薬の使用に関するガイドライン より

### チーム医療とは

IRW(inter-professional work)

複数の領域の専門職者(住民や  
利用者も含む)が相互理解をしつつ、  
それぞれの技術と知識を提供しあい、  
利用者主体に共通の目標を目指す  
協働した活動。



チーム医療 (IPW)		
	これまでのチーム医療と教育	チーム医療 (IPW)
目的の明確化	専門職毎の患者のゴールを設定し、必要時提供	専門職種間で患者のゴールを共有
情報共有と開示	専門職毎に患者の情報を管理し、必要時提供	・専門職種間で患者の情報を共有 ・患者家族の積極的な参画を促す
職種専門性の高さ		専門職間の相互理解を尊重し、連携を図る
専門職種間のコミュニケーション		
リーダーシップ	チームリーダーは医師に固定化 (リーダーと権力を持つ者の混同)	患者や家族のニーズがその時々状況に応じて、リーダーが変わる柔軟性
アウトカムズ	部分的	患者満足向上、チームの満足向上、施設マネジメントの満足向上など多面的

問題点に対応するリーダー選択には患者に、最も寄り添い近くにいる看護師さんの役割りが大事！

滋慶医療科学大学院大学 田村 由美 資料改変

### 理想のチーム医療を語る時の落とし穴

- 医療機関の違い (地域の役割、規模、システム)
- 医療機関によりスタッフ、患者数が異なる
- 患者によって問題点やニーズが異なる

理想はさておき。。。↓

看護師さんの  
コーディネートが鍵を握っています！

## チーム医療における カウンセラーの役割

—HIV感染症者へのアプローチを通して—

広島大学病院 エイズ医療対策室  
臨床心理士 浅井 いづみ

2014.11.1 広島文化学園大学看護シンポジウム

## 自己紹介

- × 現在：広島大学エイズ医療対策室  
HIV専任カウンセラー
- × 少し前まで：あるブロックの中核拠点病院  
中核カウンセラー＋派遣カウンセラー  
プラス精神科のカウンセラーも。
- × その前は：あるブロック拠点病院にて  
HIV専任カウンセラー



- × ひとつの場所でチーム医療に携わり、その成長を見てきたわけではない。
- × それぞれの場所によって、チームとしてのあり方は異なっていた。
- × 私の場合の経験をお話いたします。
- × まずは、HIVカウンセリングの歴史を・・・

## HIV医療におけるカウンセリングの歴史 —1980年代後半から1996年前半まで—

- × 血液製剤によるHIV感染（薬害エイズ）
- × HIV感染者に関する報道～エイズパニック
- × エイズ発症から死に至る患者の増加

1988年 WHOより日本におけるHIV告知とカウンセリング導入を勧告。翌年より、血友病治療機関におけるHIV感染者の心理的サポート体制が整備が始まる

- ☆効果的な治療法はなく「エイズ発症＝死」
- ☆エイズカウンセリング  
＝ターミナルケア、ホスピスにおける看取り
- ☆「社会的偏見と孤立を抱え、死と直面したエイズ患者をどう支えていくか」

「HIVと心理臨床」より

## HIV医療におけるカウンセリングの変遷 —1996年後半から現在まで—

1996年 HIV薬害訴訟の和解  
⇒医療体制の整備、社会福祉制度の保障、抗HIV薬の発展  
→ エイズ発症による死亡率の低下  
HIVは長期生存可能な慢性疾患へ

カウンセリングにおける相談内容の多様化

HIVカウンセリングは

「ターミナルケア」から「慢性疾患の心理的ケア」へ

「HIVと心理臨床」より

## 私と HIV感染症との出会い

- × 今から8年ほど前のこと・・・
- × 心理職の仕事を探していて・・・

## チーム医療との出会い

HIVカウンセラーをする人探してるんだけど・・・





### HIVカウンセリングの構造的な特徴

- × カウンセリングの対象者は身体疾患患者
- × カウンセリングへの動機づけは必ずしも高くない
- × カウンセリングの枠組みが曖昧
- × カウンセラーの勤務形態、雇用形態が多様

### 当初の思い（戸惑い？）

- × それまでは、精神科Drと話をすることが多かった
- × 心理学の専門用語を使っても（比較的）話が通じた
- × 患者さんと約束した時間にカウンセリングを行っていた
- × 何かしなければ！（チームへの貢献）
- × どのように動けば？？
- × 伝えることの難しさ
- × カウンセリングにつながらない  
（周りからはそれを期待され・・・）



### 一方で、、、

- × 特殊な領域では決してない。
- × 心理臨床の基本は他領域と変わらない。
- × ちょっと応用が必要、かも。

### 試行錯誤の中で・・・

- × まずは、顔と名前と居場所を覚えてもらう
- × カウンセリング活用の大まかな枠組みをチーム内で決める  
（紹介のタイミング、声掛けの仕方など）
- × 患者についての情報共有＋日常会話



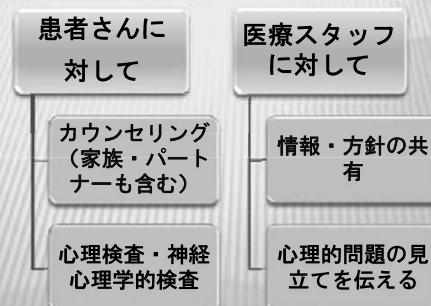
### チーム医療といってもいつも同じではない

- × 専任カウンセラーか派遣、中核カウンセラーか
- × チームとしてどの発達段階にいるのか
- × チームの一員として新しいメンバーが入ったとき

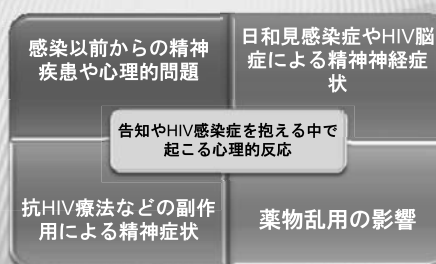
### HIV医療において心理的支援が 重要なのはなぜか？

- × 今なおHIV/AIDSに対する偏見、差別  
社会的サポートが少ない、孤立感
- × 継続的な服薬と通院  
終わりがいいことへの疲弊感
- × HIV感染とライフサイクル上の課題との関連  
仕事や進路、結婚、育児、性行為 etc
- × セクシュアルマイノリティでの葛藤  
HIV感染と2重の負担感を持つ人も

### チームにおけるカウンセラーの役割

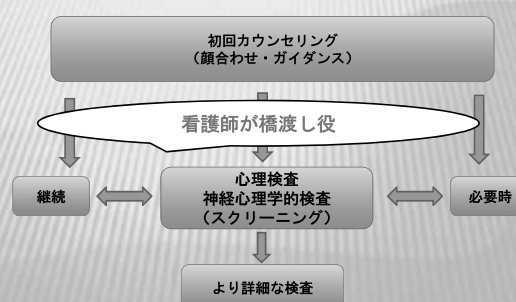


### 心理的問題のアセスメントが大切



### 当院におけるカウンセリング体制

カウンセラー2名が常駐



### 心理士にとってチームの看護師の存在

- × 心理支援の重要性を理解してくれている
- × 患者の精神面、身体面の両面からアセスメントをし、心理士につなぐタイミングを考えてくれる
- × 支援の場をコーディネート
- × 心理面に注目しがちな心理士の傾向にブレーキをかけてくれる(多面的な側面から患者を理解している)
- × お互いの情報を統合することで、患者理解が深まっていく




### チーム医療において大切なこと

- × 各職種の専門性に対する理解と関心
- × 役割分担
- × 柔軟性と臨機応変さ
- × 情報共有  
(カンファレンスだけでなく、ちょっとしたやりとりの時間の積み重ねが役に立つ)

自身の専門性への問いかけと  
コミュニケーション






## 看護師はコーディネーター

～チーム医療の強みを最大限に発揮しよう！～

広島大学病院看護部 I 外来（内科外来）  
日本エイズ学会認定HIV感染症看護師  
木下 一枝

## 看護部組織の概要

- 看護単位：27部署（病棟23部署、外来4部署）
- I 外来：18診療科（内科、外科など）
- 内科外来：9診療科、1日平均受診患者数：640名  
HIVは血液内科で診療
- 内科看護師配置数：8名  
HIV担当看護師数：3名  
＜内訳＞  
・エイズ医療対策室看護師：1名  
・内科看護師：2名  
外来日のみ専従勤務
- 看護部エイズワーキンググループ  
HIV/AIDS看護に興味を持つ有志  
1回/月 18名で活動中



看護部マスコットキャラクター  
ひろしくん と かすみちゃん

## 内科外来の風景

＜受付、待合＞

呼び出し受信機

診療担当一覧

診察室前待合

内科待合


## 内科外来の風景

＜中央処置室＞

受付窓口

処置室内

相談室



## 私とHIV/AIDSとの関わり

木下 一枝 看護師19年目 内科外来副看護師長

- 1995年 広島大学医学部附属病院原研内科（血液内科）病棟  
HIV脳症・カリニ肺炎などのエイズ患者のケアに当たる
- 1996年 薬害エイズ訴訟和解成立  
当院が「中国四国地方エイズブロック拠点病院」となる  
薬害HIV患者支援団体（NPO）でのボランティア活動
- 1997年 エイズ医療対策室設置  
エイズ医療対策室に専任スタッフが配置される  
中四国地方看護師向け研修会のお手伝い
- 2002年 エイズ拠点病院医療従事者海外実地研修（サンフランシスコ）  
看護部エイズワーキンググループに加入
- 2005年～ 産休×2、配置交代
- 2011年～ 外来配属 HIV看護実務担当者として従事


## HIVチームにおける看護師の役割

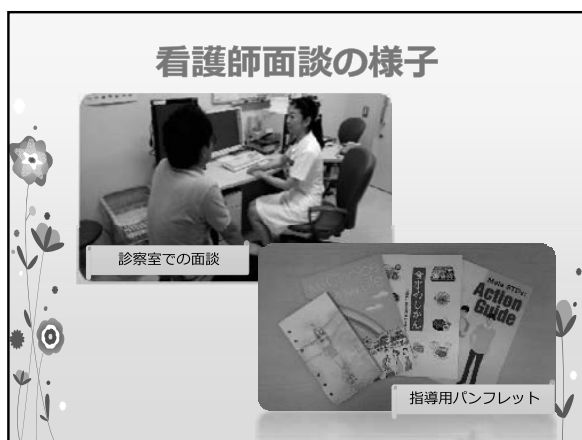
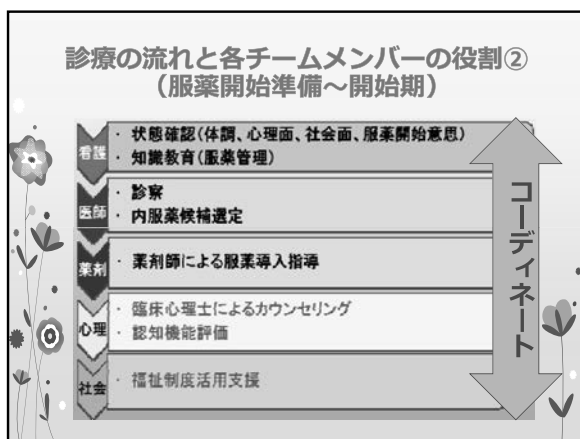
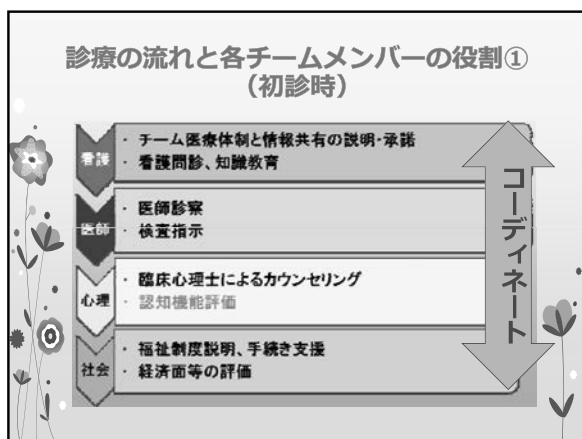
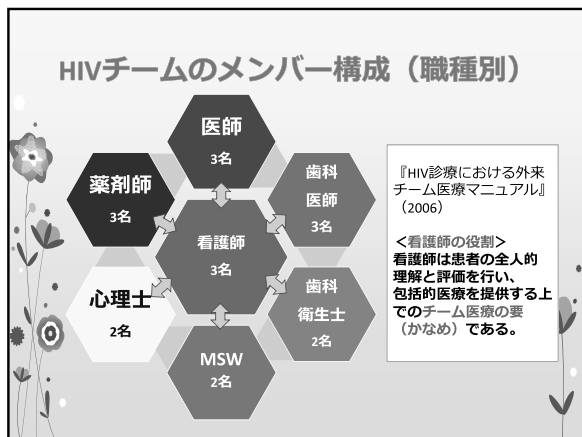
看護師は患者の全人的理解と評価を行い、包括的医療を提供する上でのチーム医療の要（かなめ）である。

HIV感染症は慢性疾患となり、患者の診療は治療の有無にかかわらず継続的定期受診を基本とする外来が中心である。療養と生活を両立するには患者の工夫や努力が必要であり、看護師は患者への最新情報の提供、正しい疾患理解の確認、患者からの相談への対応を行い、患者自身が意思決定を行えるように支援する。

看護師はケアにおける患者の情報の集約を行い、ニーズを見極め必要な専門職へ連携し、患者理解と患者の問題解決に向けて各専門職と意見交換を行い、それぞれの調整の役割を担う。

（HIV診療における外来チーム医療マニュアル）





### 看護師が行っているケアの内容

「H24年度 HIV/AIDS看護に関する調査」より

担当看護師の標準的ケア項目

ケアの種類	ケア内容	ケアの種類	ケア内容
療養に関する教育	①診察前のオリエンテーション	服薬支援	⑦抗HIV療法の概要説明
	②HIV感染症の概要説明		⑧内服方法や副作用の説明
	③検査データの読み方の説明		⑨服薬スケジュール立案
	④体調の観察と対処方法		⑩飲み忘れ予防対策の紹介
	⑤日常生活上の注意点と二次感染予防の説明		⑪服薬状況の確認
	⑥性行動についての相談		⑫服薬開始時の相談時間
サポート形成支援	⑬キーパーソンの確保	サポート形成支援	⑭家族・キーパーソン・職場への病名うちあけ支援
	⑮病名うちあけ相手への教育・相談		⑯サポートグループの紹介
	⑰社会資源の紹介		

## チーム医療の強み

### チーム医療とは

各専門職種が、それぞれの専門性すなわち専門的知識と技能を最大限に発揮し、それらをチーム全体で統合することによって、個別の専門職では達成できない総合的な患者支援を実現する小集団のこと



患者自身が服薬も含め自己管理し、自身の健康を向上・維持できるようになることを目指す！

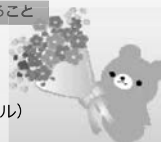


## 看護師はコーディネーター

コーディネーター＝各部を調整し、全体をまとめること

### 「情報共有」が命

- 情報は看護師に集まる（集める！）
- 「連絡魔」になる（対面、電話、メール）
- 情報共有における倫理調整



### 患者の権利擁護の立場で

- 「患者のために」ではなく「患者の立場に立って」患者の利益を考える

### 信頼関係が大事です

- 患者との関係
- 各職種間の関係
- チーム内の看護師同士の関係

## ご清聴ありがとうございました

