

講演会

医療現場におけるコラボレーションの実践と看護の役割

梶原和歌*

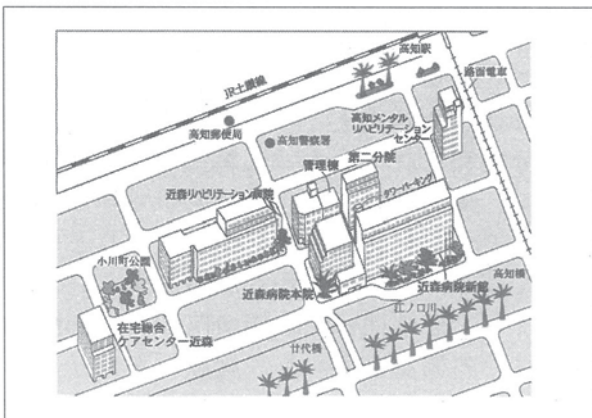
今日は医療法人近森会の組織を通して医療現場のコラボレーションの実践と看護についてご報告させていただきます。

(スライド1参照) ご存知の方も多いと思いますがこれは近森病院周辺の絵地図で近森会各施設の配置状況をあらわしています。昭和21年にスタートしたときからこの地にあり急性期医療からリハビリテーション・在宅医療までを標榜し、急性期の近森病院、総合心療センター近森として近森病院第二分院と高知メンタルリハビリテーションセンターがあり、近森リハビリテーション病院と在宅総合ケアセンターを有し大きく3つのグループで構成されています。管理部門・看護部門は一元化のためスタッフのローテーションがあり、機能や設備の集約による共有化がされています。つまり各施設が医療機能を特化し明確に役割を分担しつつ複合化、多角化を進めてきたことが特徴です。

1. 地域の中での連携

現在は(スライド2参照)のように急性期の近森病院と在宅を支える地域ケアの連携・

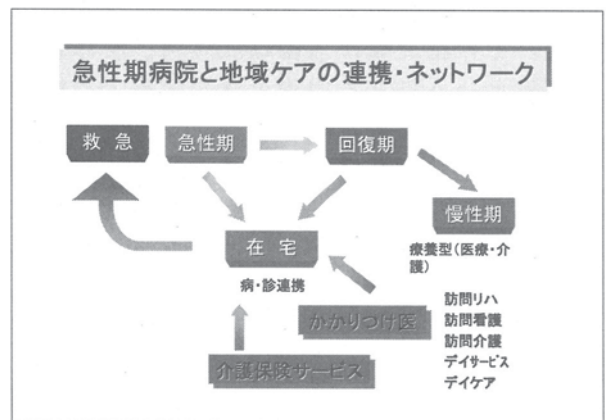
スライド1



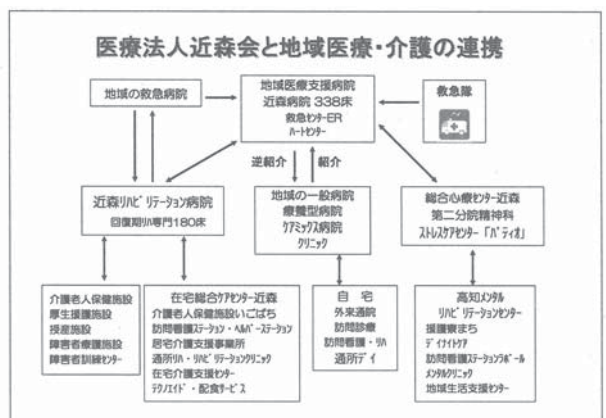
ネットワークが構築されています。(スライド3参照)は近森会の各施設の特徴と地域医療・介護施設との連携・関係をまとめたものです。地域医療支援病院を中核に地域完結型医療の展開という点で地域コラボレーションのモデル図といえるかと思います。

平成15年8月の「その他病床」が一般病床と療養病床に届け出区分されることにより医療の構造改革が一歩ずつ進んでおります。一般病床で働く看護職は自分の病院がどのような方向に進むのか関心をお持ちでしょうか。

スライド2



スライド3



*医療法人近森会

つまり慢性期でいくのか急性期でいくのかなど看護の提供の仕方が変わってきます。そういう変化の時代に生きているということです。厚生労働省の方向づけとしては、今147万7千床というベッドが日本にはありますが、5年以内に132万9千床にするという計画があります。つまり、14万8千床のマイナスということになります。10年以内には、急性期病床は50万床から60万床で十分だという予想で進んでいっていると聞きます。高齢者や障害者は今後増加していくわけですから、本当にかかなりの病院が在宅あるいは慢性期のほうへ移動するというシナリオが予想されます。そんな地域の中でみんなが人間らしく生活していくための支えあいとして施設・組織間の協業＝コラボレーションが必要となります。近森病院が承認を受けました地域医療支援病院は地域の中でのコラボレーション機能を発揮するべき存在だと思いますので少しそのことにふれます。地域医療支援病院は医療法によって位置づけられていて、①まず他の病院や診療所からの紹介患者さんに医療の提供を行います。その紹介率が当初は60%台、2年後には80%ということで中途半端な連携では困難な状況があります。80%をキープすることができる病院は少ないということで厚生労働省は計算式を変えて、80%に到達できるような計算式になる予定だという情報も入っています。②もうひとつは、設備等の共同利用の実施、③救急医療の提供④地域の医療従事者研修の実施です。このように地域医療支援病院はこれまで施設完結型総合病院スタイルから、紹介、逆紹介で互いに共存連携し合うもので、組織間・施設間の大きなコラボレーションが地域という舞台上で実を結ぶかがためされているといえます。例えば、かかりつけ医の先生が夜中の2時、3時に起こされて診察をするのは大変で、そのときは救急をやっている地域の支援病院が受けて立つ、土曜・日曜・祝日など、かかりつけ医が開業していない日には、連携している病院がサポートしていくということです。急性期治療が終了すれば確実に地域の病院・診療所に逆紹介していくというシステムを連携といっていますが連携の機能の中核にコラボレーションが存在す

ることを述べさせていただいております。又これは医療を提供する側の協業ですが、医療を受ける患者さんの側もそのシステムを上手に使うために信頼できるかかりつけ医を持ち、意思決定に参加する協業精神が求められています。おまかせ医療ではなく自分で納得や選択できる住民になるために、つまりコラボレートできる意識の高い市民を育てていく役割りが看護職にはあるんだということも認識しておきたいものです。近森病院は、診療報酬上急性期病床加算というのをとっているので、在院日数が20日以内でないといけません。予定としては急性期特定加算をとる方向で整備していますので17日以内となります。今15日くらいですが、15日くらい「もっと病院に置いてほしい」と思っておられる患者さんが殆どです。入院されたときに早々と退院先について調整することはナースにとってもストレスフルなことですが、医療費の適切な配分、改革など先に述べましたような連携機能を発揮しようとするとは逃れられない役割りです。地域医療連携室やディスチャージナースを置いてソーシャルワーカーや病棟看護長など全ての協業で安心できる患者さんの退院に務めております。平均在院日数を下げると病床の回転が早くなり、粗雑な医療にならないためのチーム医療・協業が本当に必要になります。クリニカルパスもこんな背景の中で生まれたものですが、ナースの忙しさは増し、14日以内に下げると、質的にさらにガクンと困難な状況が発生しそうです。来年1対1の看護が出されるのではないかと聞いていますので期待して待っています。現在の2対1看護ではとても回らなく、実際は補助者も含めて、1.6対1看護で補助者は持ち出しということになっていますが、1対1の体制ができれば、悲鳴を上げている現場のスタッフは幾分緩和されて、もっと納得のいく看護ができて、少し人間らしく母親役ができたり、妻役ができたり、恋人探しができたりということになるのではないかと思います。いずれにしても、急性期は急性期病院らしく、療養病床はその機能を生かし、施設、かかりつけのクリニックや歯科医とも、救急隊ともかかりつけ薬局とも協働してこそ利用者にとって

豊かな地域医療が発展してゆきます。

2. 組織内での連携・コラボレーション

次に企業内、法人内のチーム医療を説明する中でコラボレーションの要素になる点を明らかにしてゆきます。医療法人近森会内のチーム医療は（スライド4参照）に示すような4つの特徴をもっています。患者さん中心のスタンスでいくこと、看護師がしっかりアセスメントしてベッドサイドでどの位患者さんのケアやケアができるか、そのために他部署からの協力がどの程度得られるか等がキーとなってきました。そのためのサポート体制（業務改善）こそコラボレーションだったと思います。そのためにもチームを組み協業できるいろんな職種が存在していることが重要です。チーム医療はまず職種集めからです。（スライド5参照）当会では医師75名、看護師427名、准看護師74名、歯科衛生士2名、介護福祉士48名、看護補助者21名、臨床工学士12名、PT79名、OT57名、聴覚言語療

スライド4

医療法人近森会のチーム医療

・特徴

1. 救急からスタートした組織風土
＝柔軟、変化への対応が早い
2. 法人全体をチーム編成しシステムを作成した
＝機能分化
3. 民間病院→効率・効果の重視→チーム医療
産む＝診療報酬
4. 患者中心の理念→看護職をベッドサイドへ
＝看護をサポートする支援体制

スライド5

チーム医療→まず職種集め

1. 理念や目標が明確＝理想・夢
2. 教育システム＝勉強になる
3. 協働・連携のシステム
4. 人間関係
5. 労働条件

各専門職が自らの専門性を高めることに
アイデンティティををっている

法士18名、臨床心理士3名、ソーシャルワーカー31名、の協業仲間が集まりました。どうしてこんなに人が集まったのかと思えばスタッフに聞いてみると理念とか方向付けがはっきりしていて、何か夢を持ってやれそう、先輩がいて教育システムがしっかりしているの勉強できるなどが理由でした。しかし、数さえ揃えばチーム医療ができるものではありません。

近森会のコラボレーションは（スライド6参照）病院が救急からスタートしていますので、組織風土として早期からチーム医療を大切に柔軟に対応してきたようです。病院は院長がトップのピラミッド型で医師中心の医療ですが救急という臨床場面では、互いに相手の専門性に依拠して短い限られた時間の中で命を救う医療を重ねていくわけで、その修羅場の中でチームが育ちコラボレートしています。次に視点を移すと、コラボレートという点では病院改革の第1期として、リハビリテーションの体制が確立したことが大きいと思います。開業の昭和21年から病床が徐々に増え、はっと気がついてみたら患者さんの3分の2はベッドに寝たきりになっていて、残り3分の1の患者さんの入院退院で病院が動いていたそうです。改革の柱にリハ病院の確立・看護の自立（基準看護）・コンピューター導入がありました。第2期としては、地域リハビリテーションを推進するための在宅総合ケアシステムができたことでまた新しいコラボレートできる職種たちが地域に、広がっていきました。第3期としては、先に述べた地域医療支援病院という大きな流れがあったと

スライド6

近森会のコラボレーション

1. 歴史

・院長をトップとするピラミッド型・医師中心の医療からチーム医療(救急)中心の医療

2. 改革

第1期<リハビリテーションの体制確立>

第2期<在宅総合ケアシステム>

第3期<地域医療支援病院→近森会の医療

から地域医療へ＝その橋渡し＝回復期リハ>

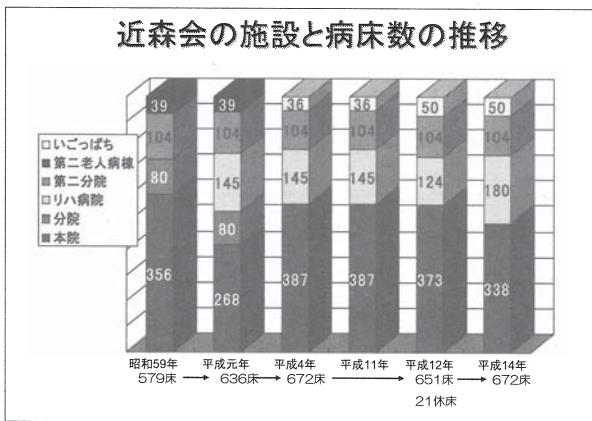
思います。

(スライド7参照) 病棟の推移で、昭和59年をスタートとして考えてみると急性期の病床が356床から338床に減っています。増えたのは180床のリハビリの病棟です。精神科は104床と変わっていません。法人内でベッドを有機的に動かしながら、時代が求めていることに応じて構成していたということがあります。ではもう少し具体的に話を進めます。

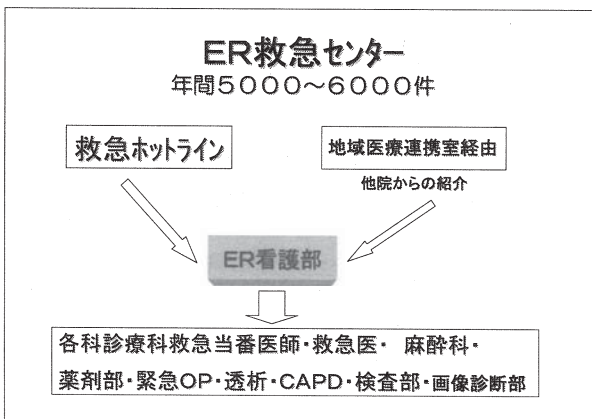
1) ERでのコラボレーション

(スライド8参照) 年間5,000件から6,000件の1次救急から3次救急までの対応をしています。ER専門の看護師、救急医、各科診療科救急当番医師、麻酔科、薬剤部、緊急OP、透析、検査部、画像診断部などのスタッフが献身的に協力し合っています。「いつでもしっかり頼りになる病院」として救急体制の整備や各部門のスペシャリストの育成に努力しています。ERでは1人のベテランの存在よりもチームワークが最も必要とされます。救急隊との顔の見える関係、情報収集、受け

スライド7



スライド8



入れ体制、応援体制を瞬時にやり、検査や治療を1分でも早く行わなくてはなりません。日頃の意思疎通、信頼関係がものをいいます。(スライド9参照) 救急はこの4、5年の間に考え方やシステム整備が急速に進んでいます。アメリカの心臓病協会が中心になって心肺蘇生の国際ガイドラインができたそうで当会でも、救急委員会が中心になり心肺蘇生委員会・全部の職員1,000名、事務長から看護補助者まで1次救急のできる救命処置のできるBLS講習を行いました。うれしいことに、看護職の何名かはその研修の場でも実践の場でも大きな役割を果せています。

2) 手術室でのコラボレーション

(スライド10参照) 手術室でのコラボレーションはどのようになっているのかを考えてみました。「情報の共有」「標準化されたマニュアル」「院外の業者・産業界から学ぶサービス」などについて述べます。

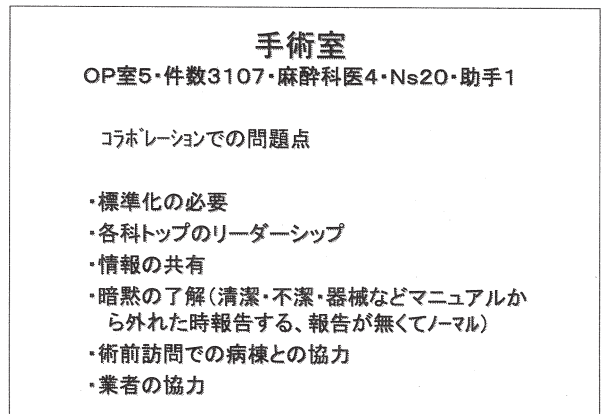
手術室は現在5室で構成され来年7室になる予定です。これは去年の数字ですが、年間約3,107件の手術をしています。麻酔科の医師スライド9

ERでのコラボレーション

・近森会救急委員会

- ①心肺蘇生委員会(Dr4名・コメディカル14名)
全職員がBLS講習・ACLS・P-TEC
- ②救急システム委員会(Dr5名・Ns4・地域医療連携室メンバー)
- ③ハートコール(内科・外科・麻酔科・救急システム委員・心肺蘇生委員は全員集合)

スライド10



4名、看護師は20名、助手が1名です。この体制になったのは心臓血管外科が入ってからです。レベルを上げるために他施設での研修や外国での学会などにも医師の勧めでOP室看護師・CCU看護師・臨床工学技士・放射線技師などが同行して研修することが開院以来つづいています。非日常の世界で各職種一緒に見学や研修できることがコラボレーションを築く上でとても役に立っていることを感じます。効率よく手術をやっていくという点で、医師間の差、麻酔のかけ方でも医師によってやり方があったりして、標準化がされていない部分もあるという現状でそのされていない部分に対して、他の職種との連携をとって標準化をはかっていくことがされてきました。情報の共有が最も必要でしたので毎朝カンファレンスを開催していました。在院日数が短くなり今はもう外来で手術をしてその日に帰るといふそういう時代ですので、手術の当日・前日にカンファレンスをしています。そういう情報の共有という部分で時代の求めているスピードと現場の状況という点で問題もありました。暗黙の了解というのは、マニュアルで決められている。清潔・不潔や、機械なんかのいろんなことがマニュアルに載ってますけど、マニュアルに載っていることはやって当然なので報告はしない、そのことからずれたときは必ずきちっと報告をするなどが決められていきます。報告がないときは、すべてマニュアルどおりにできているという暗黙の了解ということになります。そういうことがコラボレートするときに、ベースになることです。業者との協力という点では、業者は商売ですので、この手術をするのにこの機械が必要かということになると、業者さんが手術中ずっとついているだけではなく、最後までサービスをしてくれる。そういう点で、看護もサービス業ですけども、病院でない産業社会、商売の世界というのも、それはそれでサービス精神に富んでいることを学びます。だから私たちはもっとコラボレートするときに、サービスという概念を考えてみて、患者さん中心にということ＝サービス、“サービスとは”ということを考えていかなければならないと思います。

3) 集中治療室でのコラボレーション

(スライド11参照) 特定集中治療室管理料という高い点数をいただいている所です。CCUが12床、ICUが12床で、なんと看護師61名です。ここでの問題点は、医師との人間関係です。医師に求められる知識とか技術の要求水準があるわけですが、水準というのは、ドクターによって違ったり、その人の主観の問題だったり、その場合は許されたのに、この人の場合は許されなかった、この人の場合はOK、ここまでしてよろしいとかって言われて看護師のストレスが高まり、看護職同士が手をつないで、協働していきたいと思っても、医師によって分断されてしまうようなことがあったという経緯があります。しかしこの問題は医師の側にあるのではなく、看護が主体的に業務基準をつくり、院内のエキスパート制など人材育成・能力開発計画の実施が必要ということがわかってきました。重症集中ケアの認定ナースが必要なのです。ここでのソーシャルワーカーの仕事は終末期の単身者の方とか、身寄りのない方が、集中治療室を出られたらハイケアユニット、一般病床の方へ移られるわけですが、その方たちへの介入、あるいは病状が変化して命が危ないところに入っておられる家族の方へのアプローチだとかを看護職と共に行います。しかしそこに関わるソーシャルワーカーは、やはりある程度の人生経験を要するのですが、最近では若い卒業したてのソーシャルワーカーもいるので、対応の点で問題が生じることがあります。一般病棟と集中治療室の連携の点では、情報交換だとか、この患者さんは人工呼吸器をつけているので、個室でもこの広さの個室がいるけれども、7,000円の部屋代は払

スライド11

集中治療室 特定集中治療室管理料24床・Ns61名

コラボレーションでの問題点

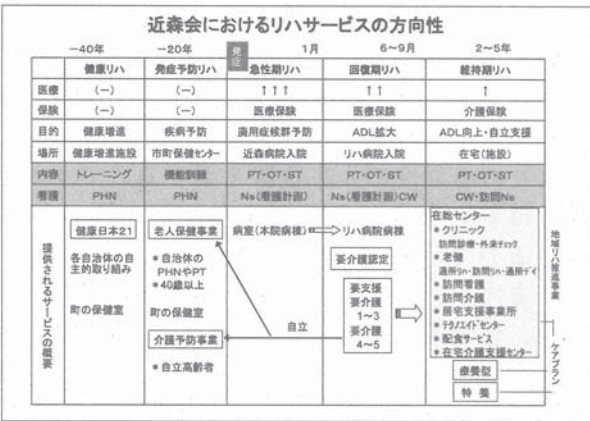
- ・Drとの人間関係(求められる知識技術と要求水準・主観の問題)
- ・ME(常駐・on call)
- ・リハ(呼吸リハ・OMR)
- ・MSW(終末期単身者の方向・人生経験)
- ・病棟間(情報交換・病室の選択)
- ・解決=患者中心の発想

えないとか、そんないろいろなことが業務になってきますけど、いかにスピーディーに処理していくかが求められています。実際の現場でコラボレーションしていくときに、患者さん中心の発想でどういうふうに業務をやっていくかということが集中治療室でのお話です。

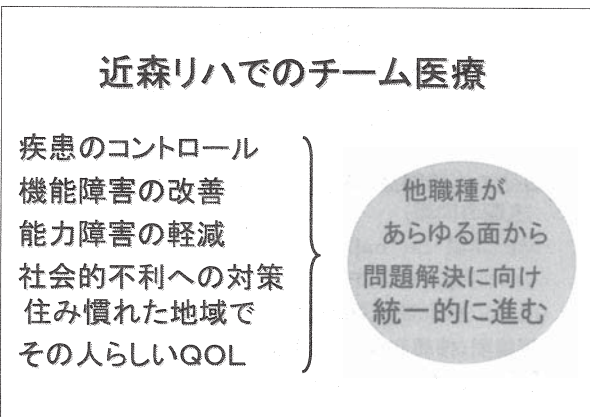
3. 近森会のリハビリテーション

(スライド12参照) これは厚生労働省が作成した表ですが健康だった人がたどるかもしれないリハビリテーションサービスの概要と方向性を網羅しています。健康増進のための健康リハ、疾病予防のための発症予防リハ、もし発症すれば急性期リハが廃用症候群の予防のために、さらにADL拡大のための回復期リハ、そしてADLの向上自立支援に維持期リハが看護職、医師、セラピストたちにより提供されることを示しています。特に維持期リハを担う在宅総合ケアセンター近森で専門の組織・システムがコラボレーションできる仕組みになっていることを示しました。

(スライド13参照) リハビリテーションこそチームアプローチそのものです。疾患のコスライド12



スライド13



ントロールや機能障害の改善、能力障害の軽減、社会的不利への対策、住み慣れた地域でその人らしいQOLを支えるという目的のために多職種があらゆる面から統一的に力を出し合うことをめざしています。医師・看護師からスタートした医療の枠を超えて、PT・OT・ST・ソーシャルワーカー・ケアワーカー・さらに歯科医師・歯科衛生士らがチームで決めた方向性に向かって統一的に進む時代になりました。回復期リハを受け持つ近森リハ病院では(スライド14参照)急性期リハの本院脳外科病棟も(スライド15参照)の陣容でスタッフを揃えています。ナースステーションといわずスタッフステーションとよぶ多職種が混在するその場は活力にあふれています。6人床を潰してでも急性期の病棟に訓練室をつくり早期離床、早期リハに全スタッフが取り組むその心意気がコラボレーションの鍵のように思います。今まで見えなかったOTやPT、STの指導が日常的に自分のフロアで、ベッドサイドで見れるということ、距離の近さ、気安いコミュニケーションの多さ、それを受ける患者さんの反応を見ることスライド14

	2階	3階	4階	計
病床数	60	60	60	180
医師	2	2	2	6
看護要員				
看護	25	25	25	75
介護	10	10	10	30
助手	1	1	2	4
計	36	36	37	109
リハスタッフ				
PT	10	10	10	30
OT	9	9	9	27
ST	3	3	3	9
MSW	3	3	2	8
計	25	25	24	74
総計	61	61	61	183

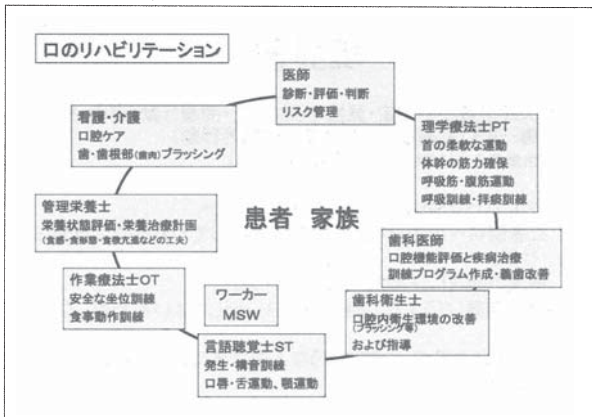
スライド15

脳外科病棟36床	スタッフ合計35名	病棟に訓練室
Ns	18名	夜勤加算1
ナースエイト	1名	
病棟クラーク	1名	
医事課クラーク	1名	
MSW	1名	相談業務・6F担当
医師	3名	オーダーング・発生源入力
薬剤師	1名	服薬指導・6F担当
栄養士	1名	栄養指導・他病棟兼任
理学療法士	6名	ハットサイトリハ
作業療法士	2名	ハットサイトリハ

が看護者にチーム医療の強さを教えます。

(スライド16参照) これは口のリハビリテーションを行う職種と役割りです。患者さん・家族に対して医師は診断と評価・リスク管理を行います。理学療法士PTは首の柔軟な運動・体幹の筋肉確保・呼吸筋・腹筋運動・呼吸訓練・咳痰訓練を行います。OTは安全な座位訓練、食事動作訓練を、歯科医が口腔の機能評価をして入れ歯を作ったり、歯科衛生士がブラッシングの指導とかアイスマッサージの仕方とかきれいな口の保持を教えてください。この歯科衛生士さんの仕事は看護に属しています。歯科衛生士が病院にいてもポジションとして点数が取れないわけです。STは発声とか唇、舌の運動に関わっています。歴史的に当会では、口のリハはSTがやることなのよという時代がありました。しかしそうではなくて、誰が専門ということではなくきちっとみんなが持続的に関わっていくということが最も効果があがります。食べるために栄養士が栄養上の評価をする。評価に従い治療計画を立てる。看護がやっていたケアをこのようにチームで行うようになって、朝昼夜コンスタントに関わっていくのはナースでありケアワーカーです。その評価や関わり技術が専門化されケアの質があがっていくことがうれしいことです。よく看護は玉ねぎのように他職種に領域を奪われ何が看護の専門として残っているのかと危惧する声を聞きますが、患者さんの代弁者としてこれらの他職種のコーディネイトをする、情報交換をする、身体レベル・精神レベルのモニタリングをしていくことが役割で変な自己矛盾に陥る必要はないと思います。(スライド17参照) これは近森リハ院長の栗原先生の「急性期の医療

スライド16

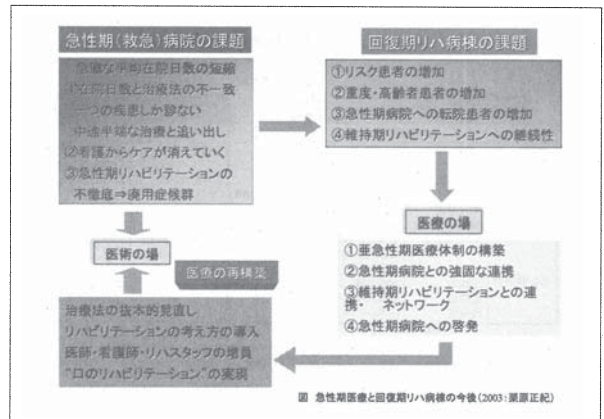


と回復期リハ病棟の今後」の図です。連続した治療とケアをチーム医療でとりくむべき課題が整理されています。こういう統一した認識をみんなが持つということがケア行為を意味づけていきます。同じ認識で進むためにはさまざまなミーティングが必要でチームアプローチは時間と能力を必要とします。自分の専門領域を患者さんへの具体的な関わりで説明し、議論し、記録に留めなくてはなりません。そのレベルに達するまでが大変ですが熱心に夜遅くなくても自発的に自分のタスクを整理しています。その熱意には頭が下がるし何がそう駆り立てているかということと仕事への情熱ではないかということ、その情熱をひきだす組織風土が日頃のチームの人間関係ではないか、その仕掛けをつくる、感謝を伝えることなどではないか…と考えます。

4. 精神科医療のコラボレーション

(スライド18参照) 今度は精神科の方ですけれども平成15年から平成25年の3月、つまり10年間の間の、精神保健福祉総合計画とい

スライド17



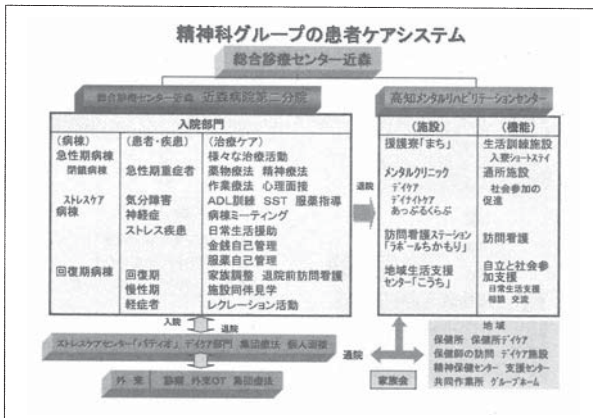
スライド18

精神保健福祉総合計画
(H15. 4~25. 3末)

- ・ダイヤモンドプラン6つの方向性
 1. 在宅福祉サービスの充実
 2. 住居の確保
 3. 地域医療の確保
 4. 精神科救急システムの確立
 5. 相談体制の確保
 6. 就労支援

うダイヤモンドプランが発表されました。施設内保護から在宅への流れです。在宅福祉サービスの充実、住居の確保、地域医療の確保、精神科救急システムと相談体制の確立、そして就労支援です。こういう背景の中で第二分院の精神科グループは（スライド19参照）総合心療センターを立ち上げました。建物は第二分院とメンタルリハセンターに分かれています。急性期治療から在宅生活・就労支援という在宅への流れ、システムはこれまで述べてきた高齢者サービスモデルと同じです。新しい第二分院は急性期治療病棟と回復期病棟に分かれ、急性期病棟は閉鎖病棟とストレス疾患など神経症レベルの開放病棟で個室対応の受け皿も用意しました。精神科での治療活動は、メンタルリハで行うデイケア・ナイトケアも含めてチーム医療で行われています。具体例として最近富み多くなり、しかも周囲をてこずらせる摂食障害の患者さんへのアプローチについてチームアプローチを考えてみます。（スライド20参照）治療的アプローチには集団療法と家族療法があります。井上先生のお話でのコラボレーションの中には患者

さんも家族も入ってというのがありましたが、患者さんが入って集団療法が行われているし、家族を対象にした家族グループ（家族療法）も行われています。チームアプローチに欠かせないミーティングシステムにはスライドの項目があり、情報交換や方針が話し合いにより決められていきます。昔は統合失調症、精神分裂病の方が70%以上を占めていましたが、近森の場合は今47%位です。これは非常な驚きです。増加したのは、人格障害とか摂食障害、うつ病など看護が難しい疾患です。統合失調症の方への関わりには、抱え込みや支配の構造があったわけです。今看護師は振り回され、痛みを感じつつへとへとになりながら、チームで受け、その治療的枠組みをつくっていております。病理の理解と日々の臨床の中で個人療法を超えた入院治療という環境や集団が治療効果を発揮するための訓練を行っています。（スライド22参照）また例ですが、境界例患者へのチームアプローチを考えます。この病の主な問題点は、人間関係が不安定、見捨てられ不安がある、自殺、自傷、過食など自殺行為に近い自己破壊行動があると多



スライド20

精神科<摂食障害患者へのチームアプローチ>
 集団療法: Dr・Ns・OT・薬・栄・患者
 家族療法: Dr・Ns・CP・家族

精神科のミーティングシステム
 朝の全体ミーティング
 診療会議
 合同運営会議
 病棟カンファレンス
 治療ミーティング
 各部門の振り返り

精神科医療におけるコラボレーション

チーム構成メンバー
 Dr・Ns・CP・MSW+OT

過去・現在・未来
 疾患構成の変化(統合失調症47%)
 支配・抱え込み→共振・痛み・対等
 心に触れるチームのコラボレーション
 日々の臨床がその核となるものの追求

スライド22

境界例

- 人間関係が不安定・見捨てられ不安・問題行動(自殺・自傷・過食・乱暴な運転など自己破壊的行動)
- 治療者の中に生じやすい気持ち(成田善弘)

「力になってやりたい、助けてやりたい」→
 二者関係への埋没「患者のことをわかってやれるのは自分だけだ」→
 病理の開花「こんなはずではなかった」→
 困惑と葛藤「どうすることもできない・どうしてよいかわからない」→
 「悪いのはお前だ、お前のような人間は皆にみすてられた当然だ」

様な異なった問題点を持っている人が多いです。こういう人たちが入院してきて、看護する立場になったらどうなるのでしょうか。このような方の生育歴をみると、いろいろ不幸な生い立ちがあったりします。スタッフはなんとか力になってあげたい、助けてあげたいという気持ちが出てきます。それで、一生懸命になってくると、力動が二人の問題にすりかわってくるわけです。そうするとこの人たちの場合は依存が強まって、問題行動も治まらないし、病棟をかき回すような事件が起こって来たりします。スタッフはこんなはずではなかったと困惑し、葛藤が生じます。もうどうにもできないとなったときに、やっぱり悪いのは患者さんなんだ、あんたのような患者さんはしかたがないのよと見捨てるパターンになると、入院前と同じ病理ですとまわっていくということになります。このようなときに関わっていかねばならないスタッフはみんなにサポートして欲しい、どこが間違っていたか教えて欲しいと思いますし、そんなときにみんながディスカッションできる、それがカンファレンスやミーティングです。みんなで協働していく、コラボレートしていくっていうこと、人と人が結び合っていくっていうことは、このような極端な病理も含めて、深いところで支え合わないと。ただ人が集まって、チームができたからコラボレートできるっていうわけでもないし、非常に難しい、深さを求められている。そこで、がんばって協働しているし、悩んでいるしというのがうちの精神科です。

(スライド23参照) 摂食障害者の家族教室っていうのを開いています。月1回夜の6時からスライド23

摂食障害者の家族教室 セルフ・ヘルプグループ[®](武田)

基本的なアプローチ法

1. 家族の努力や問題への対処法を聞いて肯定的に評価する
2. 解決すべき問題があれば具体的な問題・行動レベルの問題に絞る
3. その問題について参加者全員で当面の解決法を考える

<助け、助けられながら家族は結構変わる>

ら8時くらいまでの2時間。純粋にがんばる人たち、医師、看護師、OTさんとかのスタッフと行っているんですけど、ここでの家族への基本的な働きかけ、アプローチ法をちょっと挙げてみます。温かい雰囲気の中で家族の努力や問題への対処法を伺って、それを肯定的に評価することをくりかえします。家族は、自分の育て方が悪かったのではないかと悩んでいるわけです。家族の対処法を聞いて、肯定的に評価する。それから解決すべき問題があれば具体的な問題、あるいは行動のレベルの問題に絞る。あなたの心だけがいけないとかそういうのでなくて、行動レベルで解決すればあなたの心はこうなるのではないかと、という行動のレベルに絞った話し合いをする。それから、参加者全員でその問題の当面の解決方法を考える。このミーティングには4～5家族の方にいらしていただいています。夫婦でいらっしゃる場合もあるそうです。やはりクローズドですし、誰でも参加するっていうわけにはいかないですが、暗中模索で家族も含めて、家族とともに家族教室をやっていく、家族療法というおこがましい言い方をしないで、家族をサポートする方法です。関わったスタッフが感じた実感は助け助けられる関係性の中で家族は結構変わっていくという実感だそうです。コラボレートし合うということは人の行動や意識を成長させるのですね。

5. その他のコラボレーション

1) 組織風土

(スライド24参照) 組織風土は組織の特性や相互作用によって形成され、職員の行動に影響を与えるものです。心だけでなく行動にスライド24

組織風土

1. 組織風土は組織の特性や相互作用により形成される
2. 職員の行動に影響を与える
3. 次世代のメンバーに受け継がれる
4. 意識化・言語化・コミュニケーションにより確認していく作業
5. ポジティブな組織風土を継承していく
↳ コラボレーションを重視する風土

も影響を与えますね。しかもそれは、次の時代のメンバーに受け継がれる。だから、いいことも悪いこともずっと伝わっていきます。家族療法するとき三代まで遡ると言いますが、組織の特性も同じで、自分の組織にはこういうプラス、マイナスがあるということ意識してお互い言葉に出して、プラスの面を継承し、マイナス面を少なくすることを重視していくということはコラボレーションを重視する上で大切ではないかなと思います。

2) トップリーダーの影響力

なんだかんだといっても組織は結局トップの影響をうけて方向が決まってゆきます。

(スライド25参照) 近森会は本院グループ、精神科グループ、リハグループと運動会も色別運動会があったりして競技するんですけど、カラーがありますね。病棟の師長によって、病棟のカラーが出るっていうことは皆さん感じませんか。コラボレーションしていくにはトップの民主的リーダーシップが重要です。とはいってもいろいろのタイプのトップリーダーがいるわけで、そんなときは看護師長、看護部長などのコーディネーター役が必要になります。コラボレーションというのはアメリカから出てきた言葉ですね。アメリカという国はコロンブスが発見して以来開拓者精神でみんなが協力し合ってやってきた国です。日本はどうだったでしょう。日本は第二次大戦終了まで女性の選挙権がなかったことを知ってがくっとしました。儒教精神で女性は男性に頼る依存の文化の中で育った私たち。違う文化の中で生まれたコラボレーションの概念が果たしてうまくいくものなのでしょうか。医師に気を遣い、依存し、要らない努力をしていると思います。そのことを意識して看護が自立することの必要性もコラボレートするためには看護が考えねばならないことかもしれません。

3) 職種間コラボレーション

(スライド26参照) 薬剤師とのコラボレーションですけれども、これまでは薬剤室が仕事場でした。今は調剤薬局で院外処方になっているところがほとんどでしょう。その結果、

患者さんのそばに薬剤師が出てくるようになりました。患者さんがどのように薬のことを理解しているのか、患者さんにどのように薬が効いているのか、副作用はどうか、そんなことを実際に病棟に来て患者さんに会って、薬の相談に乗るとか服薬指導やカンファレンス、クリニカルパス委員会で協業するようになりました。

(スライド27・28参照) 栄養士の場合はどうでしょうか。栄養士の仕事場は厨房でした。選択メニューづくりや栄養指導がこれまでの主な業務で病棟のベッドサイドで見かけることは少なかったと思います。それが栄養サポートチーム (NST) を立ち上げ医師、薬剤師、看護師などといっしょになって入院患者さんの栄養管理を積極的に行うようになりました。当会では組織図上そのポジションが確立された栄養委員会が動いています。この栄養委員会には医師部門、看護部門、栄養部門、PT/OT/STなどのリハビリ部門、薬剤部門や外部業者が入っています。その下に、NS

スライド25

近森会トップと看護師たち

各院の特徴

トップのリーダーシップ
コーディネーター役の看護長
日本の文化とコラボレーション
依存と自立
看護は本当に自立しているか

スライド26

職種間コラボレーション

薬剤師の場合

- ・過去→薬局が仕事場
- ・現在→患者さんの側(外来・入院)
- ・病棟サポート業務: 薬剤個人別1包化・病棟 在庫薬管理・医薬品情報・薬剤SPD
- ・これからの業務: 仕事場→ベッドサイド
服薬指導面でNsと協働
- ・患者が薬を理解しているか・服用しているか・効果はどうか・副作用はどうか<情報交換>

Tサポートチームが作られて、入院患者さん全てに栄養評価を実施しています。そのための栄養カンファレンスは毎週各病棟で開催されています。

(スライド29参照) コラボレーションのためのフォーマルなディスカッションの場としてクリニカルパス大会があります。パスを作成するのも各職種合同で行いますがパス大会は大きなカンファレンスの場のように、疾患

の説明を医師が、パスの使用結果を病棟や外来看護師が、抗生剤の使用に関しては薬剤部が水分や栄養に関しては栄養科が、医療費や在院日数に関しては医事課が問題提起するなど医療の質を高める視点、コラボレーションを大事にしていくことのメリットを目に見える形で理解できると思います。

おわりに

(スライド30・31参照) 最後に近森会の組織全体・本院・リハグループ・精神科グループはみんなの合意の下に進めていく最高の決議機関合同運営会議を持ち、そこで各職、各部門の協働討議がされていく、安全な医療を提供するためには医療安全委員会が、感染対策に対しては感染対策委員会が、褥瘡対策委員会、等々さまざまな委員会活動がベースにあって、それらが織物のように織り込まれて運営されている。各糸の色はさまざまだが、すばらしい織物になるためにはどの糸も欠かせず、どの糸も光ってないといけない構成に

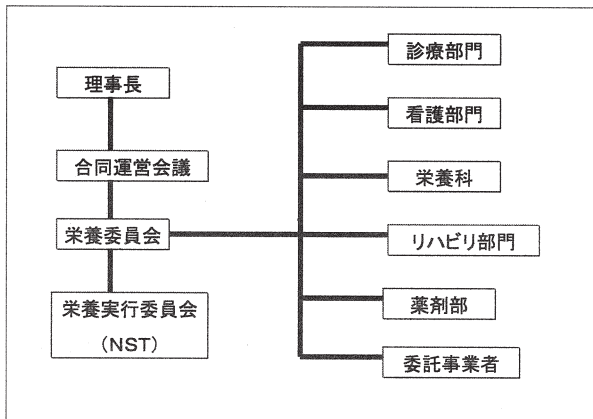
スライド27

職種間コラボレーション

- 栄養士の場合
 - ・過去→厨房or管理室が仕事場
 - ・現在→選択メニュー・栄養指導(指導室・個人・集団)
 - ・これから→栄養評価・栄養委員会活動

NST依頼書・栄養評価・栄養アセスメントシート
看護師と栄養士が患者に接することで得た気付きを
情報として伝え合う

スライド28



スライド30

織り成すチームで構成される組織

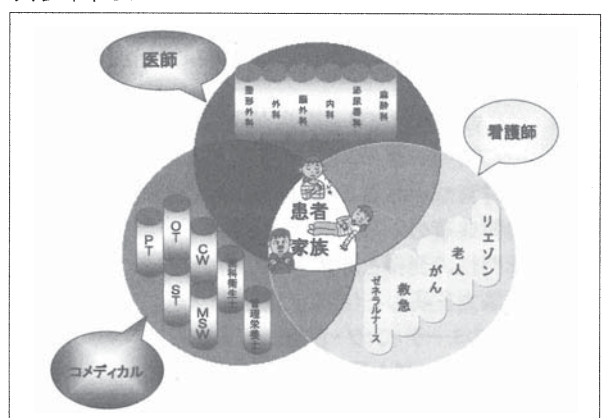
	本院チーム	リハグループチーム	精神科グループチーム
合同運営会議	本院合同運営会議	リハ合同運営会議	第二分院合同運営会議
医療安全委員会	本院医療安全委員会	リハ医療安全委員会	第二分院医療安全委員会
感染対策委員会	感染対策委員	感染対策委員	感染対策委員
褥瘡対策委員会	褥瘡対策委員	褥瘡対策委員	褥瘡対策委員
栄養委員会	栄養委員	栄養委員	栄養委員

スライド29

協働のためのフォーマルなディスカッション クリニカルパス大会

1. 疾患の説明……Dr
2. パスの説明……Ns
3. 外来でのパス運用と問題点……Ns
4. 病棟でのパス運用(利用率・バランス)・Ns
5. 今後の運用についての方向(病棟・外来)NS
6. ベンチマーク(パス先進病院との比較)……Dr
7. 抗生剤の使用の再検討など……薬剤師
8. 意見交換①看護問題とアウトカムについて……Dr
 - ②抗血小板剤等について(薬)③リハビリ導入について(PT)
 - ④水分摂取の栄養指導(米)⑤医療費の諸問題(医事)
 - ⑥患者の視点から(MSW)

スライド31



なっています。医師部門は各科認定制度が定着しています。コメディカルグループもPT・OT・ST、ソーシャルワーカー、歯科衛生士、管理栄養士というように独自の専門性を発揮しています。看護部はほとんどがジェネラルナースですがCNSや認定看護師も誕生しています。いろいろな特性を持った看護師たちがいて、私はこの縁を敢えてダブらした図にしましたが。患者さんや家族を中心に全て職種と重なる部分を持ちながら、患者さんと家族を中心に考えて、重なっている部分と重なっていない部分、独自性と協働部分をどう調整していくか、まとめていくか、重なっている部分をどうやって仲良くすみ分けていくか、ということが鍵ではないかなと思います。

(スライド32参照) いよいよ本当のまとめに入りますが、コラボレーションはチームアプローチの主要な構成概念であること。そして医療が形作られていくには、最初に実践があり、そこからより望ましい理念が形作られていきます。システムを作るトップのリーダーシップ能力が欠かせません。そのトップを中心に人材の育成計画をたて、教育するという仕掛けが必要です。そうやって人がそろったら、今度は情報を共有していきます。カルテの一元化が病院機能評価でも評価項目になっていますが全職種が情報を共有し合うことが必要です。職業倫理の上でたったお互いの専門性を尊び学び合うことが必要です。しかもチームで動きますので、集団力動というか互いの力関係だとか流れとかが見えて、団結して凝集力を高め、合意のためにミーティングを行い同意を得る、一人一人が人間や生活を

スライド32

チーム医療形成の過程

1. はじめに実践あり→理念が創られる
2. トップがリーダーシップを発揮する
3. 人材育成=教育的土壌づくり=仕掛け
4. 情報共有のシステム
5. 専門性の発揮と敬意=学び合い
6. 凝集力を高める(集団力動)
7. 多くのミーティング・合意
8. 一人ひとりが人間や生活を知り成長

知って成長していき、実践にいかすというサイクルの中でチームが成長します。つまり、個々人が成長しないとチームの成熟も劣ってしまいます。

(スライド33参照) コラボレーションにとって必要なことは、なんのためのコラボレーションか、原点に返ることだと思います。患者さんを中心にしたいということ、医療の質をあげ、効果のある効率的な医療をすること、アウトカム重視、患者さんがこうなってほしいと願うことで一致団結する。その手段として1人1人の情報収集能力や、分析能力を高める。これはその人の知識だとか技術になってくると思いますが、そういう力を高めていくこと。個人が専門職といわれて恥ずかしくない質を保っていて職種間の壁を破っていくということ。ここは私のテリトリーという狭小な考えではなく、協働部分を共有していくことに喜びを見出す心の広さが必要です。その中で、看護の専門性はここでと表現できる、そして他の専門性を尊敬する関係が大切ではないでしょうか。ちなみに私は、看護の専門性は患者さんの治癒力を高め引き出し、生活支援をしていくことが看護の専門性だと思っています。随分抽象的で範囲が広いですがそれが看護というものだと思っています。最後には人間性という、1人1人の温かいまなざしとか、一緒に手をつないでいくための常識が必要になってきます。マベリックでない人になることが必要です。マベリックというのは、しらけている、行動せずに評論ばかりしている、自己主張の強い一匹狼タイプ、極端に無口で意見表明しない人、上司や組織に不信感や恨みを持っている人、組織

スライド33

コラボレーションにとって必要なこと

- 発想→患者中心・医療の質の向上と効果効率
- ゴール・アウトカムの一致による団結
- 一人ひとりの情報収集、分析能力のUP
- 職種間の壁を破る。協働部分の共有
- 専門性への尊敬
- 信頼関係による情報の共有
- チームアプローチ・集団力動・リーダーシップの研鑽
- 人間性(温かい眼差し・常識・マベリックでない)

の共通目標や理念を統合しない人、規律・規則をしばしば破る人、特定の思想に凝り固まっている人、固定観念が強すぎて物事を決めつける、自分は大卒だからとか、自分を別格だと思っている、ああいえばこういうあまのじゃく、こんな人のことを指すそうです。こんな人がいるとコラボレーションできないということを、当院のコミュニケーション委員会で

学びました。これも全部の職種の人が集まってきて、研修するわけですけど、先ほどお見せした織りなす組織づくり、重複して支え合うということが研修されていると考えます。いろんな工夫をして組織の中にコラボレーションが息づく、根づいて患者さんが幸せになれるようにとがんばっている状態です。本日はありがとうございました。