

# 患者中心医療(PCM: Patient Centered Medicine)をめざして

— 看・薬・医による患者検討会のこころみ —

Patient Centered Medicine

— Results of a Clinical Conference among Nurses, Pharmacists  
and Doctors at Shinshu University Hospital —

小林 信や・天野 純・百瀬 領子\*  
森田 孝子\*・大久保吉弘\*\*  
全田 浩\*\*・小林 正信\*\*\*

## 〈要 旨〉

病棟において、患者さんを中心にしたよりよい医療およびケアを行うことを趣旨とし、看護師、医師および薬剤師で患者検討会を開いてきた。毎週1回、総回診後に約20分間、いずれも勤務者が、スタッフステーションの一つのテーブルを囲んで行った。検討内容は、①特別な管理を必要とする患者さん、②術後合併症になった患者さん、③ターミナル・ケアを要する患者さん、④家族、経済など背景に問題のある患者さん、を中心に、⑤お互いに業務に対する提案、要望、⑥医療過誤の防止、についても話し合いその記録を残した。途中で一度アンケート調査も行い、問題点および提案として、①症例の選択、②毎日の申し送りとの区別、③集合がわるい、④薬剤師の参加、などがあがった。これからも患者さん一人一人において、問題となっていることをスタッフが共有し合い、それぞれの立場からアプローチできる話し合いを持ち、円滑なチーム医療をすすめてゆきたい。

## 〈キーワード〉

患者中心医療、チーム医療、チーム・アプローチ、症例検討会

## I. はじめに

患者中心医療(PCM: Patient Centered Medicine)は取り立てて新しいことではなく、チーム医療と言い換えることができるかもしれない。始めたきっかけは新病棟の開設である。東8階病棟は内科に外科が参入した。当時、多くの戸惑いと不安があった。話し合いをもったが、業務の押しつけ合いなど職域間が硬直化し、医師側と看護側の意思の統一に欠け、簡単な伝達も途絶えてしまう事に気づいた。当然のことながらターミナル・ケアも充分でなく、いずれのケースもチームとしての反省もなく、学習もされなかった。

## II. 目的

そこで、まず患者さんを中心において検討することとした。対一のコミュニケーションから複数対複数のコミュニケーションにより患者さんの問題点を多くの人が共有することを目的として、医師と看護師での患者検討会を開いた。

### Ⅲ. 方法

出席者ははじめ看護師と医師で、後に薬剤師が加わった。勤務者で、無理せずに出席可能な人が週1回総回診の後20分間、スタッフステーションのテーブルを囲んで、司会者を立てておこない、それをノート記録した。

検討する内容は

①手術に特別な管理を必要とする患者さん

糖尿病など手術・術後管理に支障を来す合併症があったり、気管切開などで声が出なくなるような術後生活の質が著しく変わる場合。

②術後合併症になった患者さん

創傷治癒遅延や感染症など。

③ターミナルの患者さん

除痛、告知などで、多くは④も同時に問題となった。

④家族、経済などに問題がある患者さん

退院後在宅看護が必要な場合、ソーシャル・ワーカーに相談したいと思ったが、できなかった。その他に

⑤お互いの業務に対する提案、要望

依頼書・返書などお互いの取り決めごと、病棟施設の利用法など

⑥医療事故の防止

検討すべきアクシデントもあったが、この会に報告されなかった。

### Ⅳ. 結果

半年たった1999年3月にアンケート調査をした。症例を選択するべきである、毎朝の申し送りとはっきり色分けすべきであるとの意見が出た。現在は全員（10～12名くらい）の検討をしている。また、患者検討会は強制的ではないため、集まりは悪く、医師が集まらないときは流れることもあった。途中から薬剤師にも参加してもらい、その場で薬の専門的知識を得ることが出来た。薬剤師にも患者さんに面接してもらい、顔を見て薬の指導をお願いした。

アンケートで課題として残った問題は、必要によっては家族を入れるかということであるが、時期尚早という結論になった。問題によっては参加してもらってもよいのではないか。

はじめてみて気づいたことであるが患者中心医療（PCM）は、研修医、医学生の教育にもなっている。それは以下の点である。

- ① ほとんどの情報が看護婦からもたらされることを認識する
- ② 自分の考えに固執せず、他人の意見を聴く
- ③ 積極的に専門家の知識・意見を集める
- ④ チーム医療を意識する

### Ⅴ. 考察

患者中心医療（PCM）と銘打ったが、必ずしもきちんとできているわけではない。しかし、患者さんに少しでもよい医療とケアができる可能性がある。看護師、薬剤師および医師の患者に向け

るベクトルを同じ方向に向けることにより、その力は大きいものになると考える。ここでは、患者中心医療（PCM）というチーム医療がなぜ日本ではすすまないか、患者中心医療（PCM）を医師としてはどのように捉えてゆくか、これからの問題点について述べる。

#### A. 日本で浸透しない理由

残念ながら日本では患者中心医療（PCM）が浸透していない。北原<sup>1)</sup>はアメリカと比較し、その理由として以下の問題点をあげている。

##### 1. 主治医がチームの意思決定にきわめて強い影響力を持っている。

- ①伝統的な医師－患者関係
- ②不十分なインフォームド・コンセント
- ③医師の裁量権が強い

##### 2. チーム・メンバーの専門職としての技術・知識の差が大きい

医師とその他のコメディカルとの差が大きい。これからはコメディカルも専門分野を専攻することが要求される時代になる。看護師には、それぞれ専門看護師となり、発言してほしい。そのための専門制度などの整備が急がれる。

##### 3. 治療目的が曖昧なことが多い。

目的は曖昧であるため、チームがまとまらない。しかし患者検討会というこの患者中心医療（PCM）の実践そのものがこの問題の解決となる。

#### B. 医学教育における意義

中心医療（PCM）は医学教育にとっても意義あることと考える。なぜならば、今までの医学教育は講堂でスライドを見ながらの講義形式で、いかに多くの知識を吸収し、記憶するかに力を注いできた。そして、医師になったとき、看護師、薬剤師とどのように協力すべきかの経験も訓練も受けることはなかった。いま、信州大学医学部でも附属病院で終日の臨床実習をしているので、そこでチーム医療を経験してほしい。同じことは研修医にもあてはまる。

#### C. これからの課題

##### 1. カルテの統一

この会に薬剤師が出席するようになり一つの問題があがった。薬剤師はどのカルテに記入すべきかということである。薬剤師は看護のカルテと医師のカルテに目を通さなくては行けないし、薬剤師の記載するカルテも決まっていない。これを解決する方法は院内におけるカルテの統一であると思う。

##### 2. ソーシャル・ワーカー（SW）の必要性

患者さんの経済的問題、在宅看護のマネジメントは医師や婦長がするのではなくソーシャル・ワーカー（SW）にしていきたい。いつでも相談にのってもらえ、この患者検討会にもSWが参加できるシステムがほしい。

##### 3. 家族の参加

ある症例で家族を入れて検討するかということが問題になり、その時は時期尚早ということでは担当医師と看護師が家族と話した。しかし、北原<sup>1)</sup>によるとアメリカでは、家族がチームの

カンファレンスを必要とした場合、家族が検討会を招集できるそうである。そうなるまでには日本の社会、医療のよりいっそうの成熟が必要であろう。

#### IV. まとめ

患者さん一人一人の今問題となっていることをできるだけ多くのスタッフが共有し合い、それぞれの立場からのアプローチできるようにしたい。

#### 文 献

- 1) 北原雅樹：医師を取りまく環境「チーム医療」；特集－国際比較「どこへ行く日本の医療」。18 1327-1332, 1999.