

チーム医療

チーム医療の担い手

チーム医療とは、「患者にとって望ましい医療を実現するために、医療従事者がお互いに対等の立場から連携して活動すること」であると考えられている。通例、医療従事者は、医師、歯科医師を合わせたメディカルスタッフと、それ以外の医療関連職種を意味するコメディカルスタッフに分けられる。主なコメディカルスタッフとしては、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚療法士、臨床検査技師、診療放射線技師、臨床工学士、栄養士、歯科衛生士、歯科技工士、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、臨床心理士、及び事務職が上げられるが、看護師をメディカルスタッフに加える見方もある。

チーム医療の重要性について指摘され始めた 1960 年代から 1980 年代までは、医師、歯科医師以外の医療従事者をパラメディカルスタッフと呼ぶことが多かったが、医療現場における対等の立場からの協働という意味合いのあるコメディカルスタッフの呼称がほぼ定着してきている。また、近年では、医療従事者をメディカルスタッフと総称する考え方や、患者を医療チームの一員と見なす考え方も浸透しつつある。

チーム医療に至る経緯

戦前まで日本の医療は、医師による診療を中心としてきており、患者の世話は看護師や付添者と家族に委ねられ、医療とは切り離されていた。戦後は占領軍主導により医療の急速な近代化が図られ、適切な医療にとって不可欠の看護、検査、栄養等、様々な機能を担う専門職種を加えて組織された入院医療体制が求められた。法律で身分を保証されている職種も、戦前は医師、歯科医師以外には看護師と薬剤師のみであったが、徐々に様々な専門職種が導入されるに至った。

その結果、すでに 1950 年代には、医療従事者による協力の重要性が認識されていたが、1960 年代に入ると、整形外科、脳外科、精神科などを中心としたリハビリテーション医療の領域で、様々な疾患や障害に対応する国家資格制度が整備されるのと並行して、専門職種による協働を可能にするチームワークの重要性が実感されていった。

こうした変化の背景には、生物学的な視点に傾いた西洋近代医学の限界が明らかになるとともに、疾患や障害を抱える対象者の生活や人生を含む全体像を視野に入れた医療の必要性が認識されるに至ったという経緯があった。すなわち、医師以外の専門職の持つ知識・技術とその文化的背景となる生物学、心理学、社会学を包括した全人的医療への社会的な要請に応じることが医療関係者の急務となった。

チーム医療という言葉が使われ始めたのは 1970 年代に入ってからであり、1980 年代、1990 年代を通じて関連文献が漸増していく中で、圧倒的に多くの文献は看護師が著者であった。医療法では医師に大幅な権限を認め、看護師は「診療の補助」と「療養上の世話」を担うと規定されている。しかし、看護師の多くは、治療方針への提言に医師が抵抗を示

すことや、療養上の世話を医師が介入することに不満を抱えてきた。患者の立場からも、医療過誤や薬害への異議申し立てと並んで、患者の人権尊重と患者中心の医療への要求運動が高まった。こうした動きの中で、看護師は医師の権限や権威に従うことによって、患者の訴えを封じてきたと批判を浴びることになった。それだけに、様々な専門職の対等性を前提としたチーム医療という理念を最も受け入れやすかったのが看護師であった。

1990年代後半以降、患者中心の医療と並んで医療事故防止への要請が高まり、医療内容への外部評価が普及し、さらには医療情報のIT化が進行する中で、チーム医療への動きが加速し、関連文献の数も飛躍的に増加した。チーム医療の推進に向けた法律・制度・システムの改善も本格化しつつあり、看護師やその他のコメディカルスタッフの役割拡大と多職種連携（IPW: Inter-professional work）を条件に診療加算が認められるようになった。

● 多職種連携によるチーム医療の特徴と利点

多職種連携によるチーム医療の特徴としては、以下の諸点を上げることができる。

- ① 3つ以上の専門職で構成
- ② メンバーは互いを認知
- ③ 定期的なミーティングでの合意
- ④ 特定職種への権限・責任の集中を排除
- ⑤ 職種を限定せずにチームリーダーを特定
- ⑥ 課題別担当者への決定権の付与

このような条件を満たした医療チームでは、以下の効果が期待できる。

- ① 患者のニーズと提供可能な医療の適切な結合
- ② 異なる専門職同士の協調と相互支援
- ③ 明確で公平な分業に基づく効率的活動
- ④ 全人的な視野に基づく適切な治療計画の策定
- ⑤ 患者・スタッフへの社会的学習の機会提供

● チーム医療の課題

チーム医療の重要性については、すでに社会的な合意形成が成立したと考えられる半面、課題も少なくない。多数の専門職によって構成されたチームが個々の患者の治療に携わることによって、患者の抱える様々なニーズに対応できる可能性が広がったのは事実である。しかし、専門職がそれぞれの専門性の発揮を競って自己主張を重ねれば、患者にとって何が大切なのかが見失われかねない。また診療加算の取得を急ぐあまり、多職種を揃えることを優先すると、チーム作りが疎かになる恐れが生じる。患者中心の医療を志向する場合も、諸職種がそれぞれに患者の要望に応えようとする、医療チームとしてのまとまりを欠くことになる。こうした状況は、互いに教育背景の異なる専門職がチームを組む以上、避けて通れないが、共に経験と工夫を積み重ねることによって、徐々に改善されることが期待できる¹⁾。特に重要な点は、医療の専門職だけの連携に止まらず、患者自身や患者を地域で支える福祉職を交えたチームによる協働に努めることである。近年、基礎教育の段階から専門領域を越えた交流の機会を取り入れた IPE(Inter-professional education)の試みも普及しつつある。

文献

- 1) 細田美和子：「チーム医療」とは何か。日本看護協会出版社、2012

(宮本真巳)

患者会と家族会

患者会・家族会の機能

患者会と家族会は、いずれも疾患や障害を持つ患者やその家族という医療の専門職ではない当事者が、対等の立場からの相互支援を目的として作った集団である。どちらも、主な機能としては、①疾病や障害からくる苦悩の共有、②療養生活に関わる情報交換、③制度改革や状況改善に向けた社会運動、という3点を上げることができるが、抱えている課題や結成に至る経緯に応じて機能の重点は異なる。

苦悩の共有に重点を置くのは、アルコール依存症の患者会として1935年にアメリカで結成されたAA(Alcoholic Anonymous)に代表されるセルフヘルプグループ(以下、SHG)であり、精神的な問題を抱えた当事者による患者会にとって重要なモデルとなっている。また、身体疾患別の患者会や家族会の多くは、疾患に関する情報収集や療養上の問題をめぐる情報交換に重点を置いている。一方、社会的な偏見と差別に苦しむことの多かった結核、ハンセン病、全身性障害者などによる団体の活動は、制度の不備や社会的な偏見の解消を求める社会運動としての特徴を帯びている。ただし、いずれの集団も、3つの機能を兼ね備えている場合が多く、重点の置かれ方は時期や社会状況によっても変化する。

社会運動

日本における患者会の先駆けは、戦後間もなく結成された結核やハンセン病の患者による団体である。いずれも発症が確認されると隔離収容を強制され、劣悪な境遇に置かれた疾患であり、患者会の役割は生活保障や偏見の排除を求める社会運動という性格を帯びた。

1950年代には、知的障害者の家族会が結成され、障害者対策の充実を訴える活動を始め、その後も、自閉症児、精神障害者、認知症患者の家族や介護者による団体が次々と結成されていった。疾患や障害を持つ患者の家族は、経済的負担に加え、社会的偏見による精神的負担によって患者と共に追い詰められており、家族同士による思いの共有と情報交換は大きな支えとなった。それに加え、発信力の乏しい患者に代わって、制度改革に向けた社会運動を展開し、いくつもの具体的要望を実現させていった。

高度成長期に入ると公害病の被害や医療過誤による被害が顕在化して、損害賠償請求のための医療訴訟が取り組まれ、その活動を支えるための患者団体が結成された。

身体障害の当事者団体は1950年代に結成されたが、1970年代に入ると、障害者に対する社会的な差別を告発し、偏見の解消を訴える障害者解放運動に取り組む人たちも現れた。こうした活動は、1980年に始まった国際障害者年を契機とした国際交流を経て、全身性障害者の地域自立に向けた権利要求の運動である自立生活運動につながっていった。

自立を「自己決定による自己管理」と規定し、自己対処に加え、援助希求行動(以下、求助行動)を自己管理の重要な柱とみなす自立生活運動の発想は、健康行動の中核である

セルフケアの概念規定に大幅な修正を迫るものであった¹⁾。すなわち、患者にとって自己管理とは医師による指示の遵守ではなく自己決定に基づく行動であり、医師の役割は患者の自己決定に基づく対処行動と求助行動に沿った提案として位置づけられる。

● 苦悩の分かち合い

AA メンバーには、飲酒をやめたいと願い、飲まない生き方を持続し、他の患者も飲まないで生きられるように手助けすることが求められる。飲酒をやめたいという願いの背景には、自ら招いた飲酒による失敗と、飲まない生活にまつわる困難の数々がある。AA メンバーは、「私たちはアルコールに対し無力であり、思い通りに生きていけなくなっていたことを認めた」に始まる 12 ステップを活動指針に、失敗と困難のエピソードを日々語り合うことによって苦悩を和らげると共に、飲まない生活を持続するための知恵と活力を得ている。

また、薬物、ギャンブル、過食・拒食、買い物・浪費、恋愛、性行為、ゲームなどの嗜癖、さらには精神障害や情緒的な苦悩を抱えた人々とその家族も、AA をモデルとした SHG 活動を展開している。これらのいわゆる 12 ステップグループは、1960 年代以降、全世界に浸透し、参加者の総計は 2,000 万人を越えると考えられている。

一方、1970 年代に入ると、腎臓病、心臓病、がん、糖尿病など様々な疾患ごとに、情報交換・情報提供を通じた交流と、緩やかな相互支援を目的とする患者会が次々と結成されていった。これらの患者会の中には、患者自らが呼び掛けて地域で結成され、専門職とは一線を画し SHG としての性格が色濃い患者会が多い半面、専門職の呼び掛けに患者や家族が応じて結成され、その後も援助が継続され医療依存度の高い患者会もある。専門職による呼び掛けなしには患者会の結成が難しい場合も多いが、活動の継続と活性化という観点からすると、専門職は徐々に運営の主導権を当事者に委ねていくことが重要である。

● ネット社会における情報共有

1990 年代後半にはインターネットの普及により、従来は疾患や障害による移動の制約から交流が不可能だった人たちが、居住地域や接触時間に限定されずに同病者と出会える機会が飛躍的に増大した。ただし、現状では、ネット情報の受信に止まって判断が偏ったり、交流が持続しなかったりする当事者も多いと考えられる。SHG の原点ともいえるべき、対面による交流の機会を織り込んだネット患者会、家族会活動の展開が今後の課題と言える。

一方で、ネット社会の到来は、様々な当事者団体同士の交流と、政策提言の機会をも飛躍的に増大させた。その結果、政策批判や医療訴訟といった反体制、反医療的な社会運動の形態をとらなくても、当事者の声を政策担当者に届けることが容易になった。患者中心の医療を心掛ける医療職が代弁しなくても、患者会が主体となって実効性のある具体的な提言を行うことによって状況を変えて行く可能性が開けてきている。

文献

1) 宮本真巳：感性を磨く技法 3 セルフケアを援助する。日本看護協会出版会，1996

(宮本真巳)

地域包括ケア

● 地域包括ケアとは

団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年頃には、介護・医療費など社会保障費の急増が懸念されることから、2008 年「地域包括ケア研究会」（座長：田中 滋 慶応義塾大学大学院教授）が設立され、今後の医療・介護・福祉に関する政策の方向性について議論されてきた。

2008 年度の研究会報告書では、地域包括ケアシステムは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義されている¹⁾。ここでいう日常生活圏域は「おおむね 30 分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本としている。

2012 年度の研究会報告書では、システムの構成要素を「植木鉢の絵」（図 1 は 2015 年度に修正が加えられたもの²⁾）でわかりやすく提示するなど、システムの骨格となる概念整理を行っている。

2015 年度の研究会報告書では、2040 年を見据えつつ、2025 年までの地域包括ケアシステムの構築を進めるために、自治体に求められる役割である「地域マネジメント」の方向性を議論し、地域の実態把握と課題分析を通じて設定された地域の目標を達成するために、「自助・互助・共助・公助」に基づく「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」「介護予防・生活支援」「住まい」の各資源を発掘・整備し、組み合わせ、ニーズに対応していくことが重要であるとしている。



図 1 地域包括ケアシステムの「植木鉢」

● 地域包括ケアシステムがめざすもの²⁾

1. 利用者から見た一体的なケア

地域包括ケアシステムは地域の住民が心身の状態が悪化した場合でも、住み慣れた地域において生活を継続できる仕組みであることから、ニーズに応じた多様なサービスや支援が、仮に複数の事業者や専門職から提供されていても、一つのチームから提供されていると感じられることが重要である。そのためには、事業者間、専門職種間の連携が不可欠である。

2. 地域の特性にあった地域包括ケアシステム

高齢化の進展は地域によって大きく異なり、2040年に向けて地域が抱える課題も異なっている。過疎化が進む地域では地域生活のための基盤の維持が困難となり、地域の中心部への住み替えなどを検討しなければならない地域もある。こうした地域の実情に合わせて、画一的なシステムの構築をめざすのではなく、それぞれの地域の実情にあった地域包括ケアシステムが必要である。

3. 自助・互助の潜在力を活かす

地域生活を継続する際の基礎は、自らの生活を自ら支える「自助」である。介護保険法にも、要介護状態にならないように国民ひとり一人が介護予防に努める義務が明記されている。高知市の「いきいき百歳体操」など³⁾、各地域で住民による体操教室等が介護予防に成果を上げている。こうした取り組みは地域住民の交流の場にもなり、お互いに助け合う「互助」の地域づくりにつながっている。こうした「自助」や「互助」のベースの上に、介護保険制度という「共助」があることを地域住民に理解してもらうことが大切である。

4. 人生の最終段階におけるケアのあり方を模索する

自分の人生の最期をどこでどのように迎えるか、高齢者本人の意思に沿ったケアの提供を可能にする体制の構築が重要である。疾患による意識障害や認知症等のために自己決定が困難になった場合に、自分の意思を家族などに伝える「終活ノート」も普及しつつあるが、死生観に関わる価値観を押し付けるのではなく、時間をかけて考える機会を提供するとともに、人生の最終段階におけるケアの選択肢を豊かにしていくことも重要である。

5. 社会や政策の変更によって柔軟に進化する

2012年度の地域包括ケア研究会で初めて示された「植木鉢」の図は、2015年度の検討により、「保健・予防」の葉が「保健・福祉」という表現に、植木鉢の土は「生活支援・福祉サービス」から「介護予防・生活支援」に変わった。こうした修正の背景には、2015年度より、介護予防給付として提供されていた介護予防サービスが「介護予防・総合生活支援事業」へと再編されたことが挙げられる。自助や互助の取り組みを通して社会参加の機会が増え、日常生活の中で生活支援や介護予防の機能が発揮されることが期待されている。

● 多職種協働のポイント

1. 地域ケア会議による自立支援型マネジメント

介護保険サービスは要介護高齢者毎に作成されたケアプランに沿って提供される。このケアプランの作成においては、介護保険法第1条に明記された介護保険制度の理念である「高齢者の尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う」ことが基本である。

実際のケアプランの作成においては、要介護高齢者の「困りごと」を介護保険サービスの提供により解決することをめざしがちである。歩行に不安があり、外出が困難な高齢者に代わってヘルパーが買い物をする支援を行うことで、高齢者の生活課題を解決したかに見えるが、こうした支援により高齢者はますます動かなくなり、生活機能が低下し、介護

度も徐々に重くなってしまうのである。

介護保険法の理念の実践には、高齢者の有する能力に応じ、自立した日常生活を具体的に描くとともに、その「めざす暮らし」を実現するために、どのような訓練（リハビリテーション）や支援が必要かを検討することが重要である。こうしたケアプランの作成はケアマネジャーひとりでは困難である。理学療法士や作業療法士、訪問看護師、保健師、栄養士、歯科衛生士、薬剤師等の専門職種との連携が不可欠である。全国の市区町村では「地域ケア会議」において、多職種連携によるケアプランの作成に取り組んでいる。

多職種連携によるケアプランの作成において、それぞれの専門職の専門性が効果的に発揮されるためには、ICF（国際生活機能分類）の考え方(図2参照)に基づいて、対象者の「めざす暮らし」を描くことが重要である。

対象者の生活観や価値観を尊重し、現在の生活能力や生活環境を踏まえ、どんな「活動」や「参加」が可能なかを考えることがポイントである。

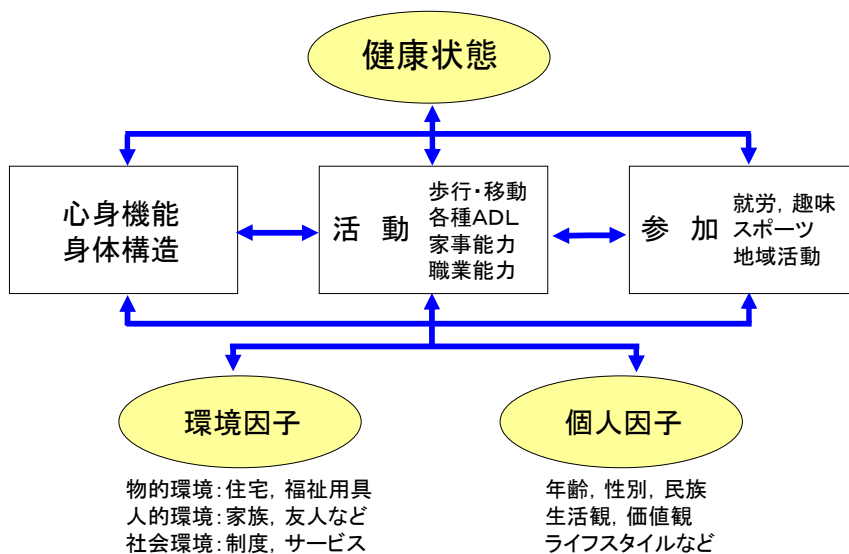


図2 ICF（国際生活機能分類）の概念図

2. 医療介護連携の推進

高齢者が脳血管疾患や骨折等、生活機能の低下につながる傷病のために入院した場合、退院後の生活に向けて、退院前カンファレンス等が開催され、入院中の主治医や看護師、理学療法士、作業療法士、ソーシャルワーカー等と退院後の療養に関わる診療所の医師、訪問看護師、ケアマネジャー等が参加して、患者に関する情報を共有し、退院後の支援のポイントやそれぞれの役割を確認している。

一方、急性肺炎（誤嚥性肺炎を含む）等の急性疾患で入院し、2～3週間で当該疾患が完治して退院する場合には、退院に際して介護関係者との情報共有もなく、いきなり退院ということも多い。その結果、入院中に低下した生活機能を回復させるためのリハビリテーションや肺炎の原因となっていた嚥下機能の低下に対する対応がとられることなく、介護状態の悪化や再入院に至る場合も少なくない。

こうした事態を避けるためには、高齢者（特に、要介護認定を受けている）が退院する際、退院前に地域のケアマネジャーや地域包括支援センターと必ず連絡を取り、入院中の生活機能の変化に応じたケアプランの見直しが確実にできる仕組みを構築することである。特に、医療機関の誰がいつ誰に連絡をするのかルールを作っておくことが必要である。

3. 在宅医療連携の推進

安定した在宅療養の継続には、往診してくれる医師、訪問看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、ホームヘルパー、ケアプランの作成と管理を担当するケアマネジャー、さらには、急変時の入院を引き受ける後方病院のスタッフなど多職種の連携が必須である。

こうした多職種連携を可能にするには、在宅医療関係者が地域の課題を共有するとともにその解決のためのそれぞれの役割を確認する場が必要である。また、ケアマネジャーやホームヘルパーなど福祉系の職員にとっては、病名やその病状、検査方法や治療内容など医学的な知識の不足が連携を阻害することも少なくないことから、医学的な知識を補うための学習会の開催も重要である。

市民参画の重要性

1. 患者本人の参画

地域包括ケアシステムを表す「植木鉢」では、「本人の選択と本人・家族の心構え」がベースに位置付けられている。住み慣れた地域で最期までどのような暮らしをしたいのかを決めるのは患者本人であり、家族である。

上述したような在宅医療連携にかかる協議の場にも住民の代表が参画し、地域の課題を共有するとともに、住民自身が「めざす暮らし」を実現するために何ができるのかを議論することは、「自助」「互助」の潜在力を活かすことにもつながる。

2. 在宅療養のゴールは？

どのような在宅療養をしたいのか、患者自身が考えることが重要であるが、実際、それは容易なことではない。入院中の患者はその多くが「退院すること」をめざして一生懸命にリハビリテーションに取り組むが、退院をすると、つらい訓練にはもはや取り組まないという。「退院すること」が治療のゴールになってしまい、退院後の生活の「めざす姿」を具体的に描くことができていないからである。

患者にとって、退院して家庭や地域に帰って、何をしたいのか、「在宅療養のゴール」を明確にしておくことが必要である。入院を機に患者に自分の「めざす暮らし」を確認してもらうことも医療者の重要な役割の一つであろう。

文献

- 1) 地域包括ケア研究会：地域包括ケア研究会報告書 ―今後の検討のための論点整理―。平成20年度厚生労働省老人保健健康増進等事業，2009
- 2) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング：地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムと地域マネジメント」（地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業）。平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業，2016
- 3) 堀川俊一：介護予防を成功させよう！いきいき百歳体操の地域展開 いきいき百歳体操の発展 ―高知市から全国へ―。地域リハビリテーション第5巻第1号，pp.67-70，2010

(藤内修二)

病院ボランティア

● 病院ボランティアの活動

日本における病院ボランティアの活動の始まりは定かではないが、淀川キリスト教病院では1962年に3人の若い美容師によって始められており、1974年には日本病院ボランティア協会が設立されている²⁾。日本では、1995年の阪神・淡路大震災がボランティアへの関心が高まった一つの契機と言われているが³⁾、病院ボランティアの活動も広がりを見せ、今日では数多くの病院で行われている。

病院ボランティアは各病院で募集され、登録されている。病院では、病院ボランティアについて統括し責任をもつ部署を組織的に位置づけ、委員会を組織して、よりよく機能するようにしている。

病院ボランティアの活動内容は、病院によって異なる。患者や家族に直接関わる活動はもちろんのこと、職員の補助、清掃や花壇の整備、図書室での資料整理や貸し出し、コンサート開催や絵画・作品の展示など多岐にわたる。たとえば、外来であれば、道案内や車椅子移動の介助、パンフレットの整理、受診に必要な書類の代筆などがある。入院では、配膳の介助やベッドメイキング、物品の運搬などがある。子どものいる病院では絵本の読み聞かせなど子どもの遊びを支援する活動も活発である。

● 病院ボランティア活動の意義

病院ボランティアは無対価ではあるが、病院ボランティアが得るものは大きい。病院ボランティアは、病院と同じ地域に住む人や、自分や家族が受診したことをきっかけに活動を始める人が多く、自分がお世話になったことに対して何らかの形で社会や病院に恩返しをしたい、あるいは自分の経験を活かしたいという気持ちがあることが推察される。病院ボランティアとして関わることで、自分の経験や能力が活かされ、患者や家族、あるいは病院スタッフから感謝をされることは、病院ボランティア自身の大きな喜びとなり、生きがいともなる。病院ボランティアとしての経験が自分の生活に役立つこともある。

このような病院ボランティアの活動は、手助けを享受する患者や家族にとっても大きな力になる。車いすを押ししてもらったり、清掃をしてくれたりといった具体的な活動はもちろんのこと、患者や家族は病院ボランティアの自らの意思に基づく活動に勇気づけられたり、病院ボランティアの人生経験に触れることで支えられることがある。病院では、医師や看護師をはじめとして数多くの職員が患者や家族に関わるが、病院ボランティアは職員とは違った機能を持つと言える。

病院職員にとっては、忙しい業務の手助けになると感じることもあるかもしれないが、病院ボランティアは人手不足を補うためにあるのではない。病院ボランティアを受け入れることで、通常の病院サービスを越えるような取り組みやきめ細やかな関わりなど、病院

の機能がよりよくなることや、新たな患者や家族のニーズに気づくことに意義がある。

活動におけるリスク管理

病院ボランティアは病院で活動する。そのため、病院という場をふまえたリスク管理が重要である。

まず、病院ボランティアの活動中の事故や他人に与える損害についてのリスク管理である。これについては、病院という場も含めて対象となるボランティア保険がある。病院ボランティアに対しては、病院負担でボランティア保険に加入することを条件にしている病院が多い。たとえば、ボランティア活動中の転倒による事故や、病院ボランティアの往復の事故なども補償の範囲となる。病院ボランティア本人ばかりではなく、患者のコップを割ってしまったなど、他人への損害についても補償される。

次に、病院ボランティアの健康管理がある。結核やインフルエンザなどの感染性疾患については、患者への影響が大きく、病院として病院職員に準じた対応が必要となる。また、病院ボランティアの活動内容は、その人の能力に応じて決められるので、高齢者の参加も多い。そのような場合には、定期的に病院ボランティアとしてしての活動ができるかどうかの判断も必要となる。病院によっては、病院ボランティアに対して健康診断を無償で行っている場合があるが、それはこのようなリスク管理の側面もある。

これらの他、個人情報の管理も求められる。たとえば、病院ボランティアとして活動する際に、知り合いが入院していることや患者に感染症があることなどを知ってしまう可能性はある。たとえ知ったとしても、これらのことは院外で口外するような事項ではない。不用意に口外することで個人情報漏洩にならないよう、管理することが病院に求められる。

このように病院ボランティアとして活動するためには、車いすの押し方などの技術的なことばかりではなく、感染管理を含めた医療安全や情報の取り扱いに対する知識と技術が必要となる。また、患者や家族の心理状態やそれに対応した接し方や一般的な接遇に対する知識と技術も必要である。したがって、病院ボランティアを対象とした研修が不可欠である。

文献

- 1) 淀川キリスト教病院 病院ボランティア。
<http://www.ych.or.jp/saiyou/volanteer/d4eesi0000000cqs.html>, 2016.12.26.閲覧
- 2) 日本病院ボランティア協会 日本病院ボランティア協会とは。
<https://www.nhva.com/>, 2016.12.26.閲覧
- 3) 平成 12 年度国民生活白書 第 I 部 国民生活を豊かにするボランティア活動 第 1 章 活躍するボランティア。
<http://www5.cao.go.jp/seikatsu/whitepaper/wp-pl/wp-pl00/hakusho-00-1-11.html>, 2016.12.26.閲覧

(任 和子)