

# 第4回 チーム医療推進方策検討ワーキンググループ

日時：平成23年1月7日（金）14：00～16：30

場所：厚生労働省 省議室（9階）

## 議 事 次 第

### 1. 開会

### 2. 議題

- (1) チーム医療を推進するための方策について
- (2) その他

### 3. 閉会

#### 【配布資料】

##### 座席表

資料1：前回までの議論の整理

資料2：チーム医療実証事業（概要）

資料3：遠藤委員 ヒアリング資料

資料4：高本委員 ヒアリング資料

資料5：原口委員 ヒアリング資料

資料6：松阪委員 ヒアリング資料

資料7：鈴木委員 ヒアリング資料

参考資料1：森田委員 提出資料

参考資料2：中村委員 提出資料

参考資料3：取出委員 提出資料

## 1. チーム医療を推進するための基本的な考え方

- 我が国の医療は非常に厳しい状況に直面しており、医学の進歩、高齢化の進行等により医師や看護師の許容量を超えた医療が求められる中、チーム医療の推進は必須である。
- チーム医療を推進する目的は、専門職の積極的な活用、職種間の有機的な連携を図ること等により医療の質的な改善を図ることであり、そのためには、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3つの視点が重要である。
- 医療スタッフ間における情報の共有のための手段としては、定型化した書式による情報の共有化や電子カルテを活用した情報の一元管理などが有効である。
- 患者もチーム医療の一員という視点も重要であり、患者に対して最高の医療をするために各職種がどのように協力するかを考える必要がある。また、患者もチームに参加することによって医療者に全てを任せるのではなく、自分の治療の選択等に参加することが必要である。
- チーム医療を展開する中で、医師が個々の医療従事者の能力等を勘案して「包括的指示」を積極的に活用することも重要な手段であるが、「包括的指示」の要件等をあまり定型化しすぎると医療現場の負担増になる可能性に注意が必要である。
- チームの質を向上させるためには卒前・卒後の教育が重要であり、専門職としての知識や技術に関する縦の教育と、チームの一員として他職種を理解することやチームリーダー・マネージャーとしての能力を含めた横の教育が必要である。

### 例) チーム医療の教育 (昭和大学)

学部の枠を超えて共に学び、患者に真心をこめて医療を行うことを理念として、低学年から学部連携学習を通じて基盤作りを行い、高学年においては医療現場でのチーム医療の実践的学習を行うなど、チーム医療を参加型で学習する体系的カリキュラムを構築している。

- 急性期、回復期、維持期、在宅期において求められるチーム医療のあり方はそれぞれ異なるものであり、各ステージにおけるチーム医療のあり方を考えるとともに、各々のチーム医療が連鎖するような仕組みの構築が必要である。

## 2. 急性期・救急医療の場面におけるチーム医療

- 高齢者に対しては、高齢者に特徴的な廃用症候群や低栄養状態などの様々な合併症に対応するための対策が必要であり、そのためには急性期の段階からの対策が重要である。
- 急性期医療におけるチーム医療については、現状ではマンパワーが限られていることから、少数の専門職が課題に応じてチームを編成する「専門部隊型のチーム医療」が中心となっている。「専門部隊型のチーム医療」においては、質の高いチーム医療の提供は可能で

あるが、カンファレンス等により情報共有のためのすりあわせが必要であるため、処理能力には限りがあり、手術室や ICU などのリスクの高い患者に対するチーム医療には適している。

- 今後の急性期医療におけるチーム医療においては、十分な専門職を病棟に配置する「病棟配属型チーム医療」により、必要な患者全てに対して、必要な時に十分な質の高い医療サービスを提供することが期待されている。

#### 例 1) 急性期における栄養サポートチーム（近森病院）の取組

管理栄養士を病棟に配属し、患者の身体所見等の確認を直接行ったり、業務の標準化や電子カルテによる書式の標準化を通じた情報共有を図ったりすると共に、院内 PHS を活用し、どこでも連絡をとれる状態にし、必要な時に必要な症例に対して NST 介入を行っている。

#### 例 2-1) 病棟における医薬品の安全管理（東住吉森本病院）

2 病棟に 3 名の薬剤師を配置することにより病棟への常駐体制を実現し、患者の状況や検査結果等をリアルタイムで把握しつつ、薬歴管理を行うことにより、積極的な処方提案や持参薬を継続使用する際のリスク軽減などを行うとともに、他の医療スタッフへの助言及び相談へ対応している。

#### 例 2-2) 手術室における薬剤師の取組（広島大学附属病院）

医師、看護師等とともに安全な手術のためのチームを構成し、手術中に使用される医薬品管理を手術室に常駐された薬剤師が担当している。具体的には、麻薬・毒薬をはじめとする手術部内の全ての医薬品管理や手術時の使用薬剤のセット、注射剤混合調製、麻薬記録監査、各職種への医薬品情報提供等の業務を実施している。

#### 例 3) 入院患者の状態に応じたきめ細やかな栄養管理の効果

入院時に主観的包括的アセスメントの結果、中等度栄養障害と判断された患者に対して、術前に栄養介入を実施することより術後の在院日数が有意に低下することが報告されており、病棟で管理栄養士がきめ細かな栄養管理を実施することにより、医療の質が向上している。

### **3. 回復期・慢性期医療の場面におけるチーム医療**

- 回復期のチーム医療においては、褥瘡対策や栄養管理、感染対策といった課題に対応することが求められており、そのためには病棟への様々な専門職の手厚い配置が求められている。回復期リハビリテーション病棟においては、診療報酬における配置基準よりも多くのリハビリスタッフや ST、配置基準には規定されていない管理栄養士、社会福祉士等を配置している。
- リハビリテーションにおいては、実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として、リハビリテーションチームによって全人的アプローチが行われており、リハビリ関係職種

だけではなく様々な職種とカンファレンスを軸にした情報共有と連携を行っている。

#### 例) 回復期におけるチーム医療（長崎リハビリテーション病院）の取組

専門職間の縦割りを解消するため、医師を含めた医療職は全て臨床部の所属としたほか、ナースステーションをスタッフステーションと、ナースコールをスタッフコールと変更するなどの工夫を行っている。

48床に対してスタッフ76人という手厚い配置を行っており、看護を基盤として互いに他職種を尊重し、明確な目標に向かってそれぞれの見地から評価を行い、専門的技術を効率よく提供する観点からチームアプローチを行っている。

## 4. 在宅医療の場面におけるチーム医療（医療・介護・福祉の連携）

- 在宅医療において、質の高い医療を効率よく提供するためには、①チームの統合性、②チームのスピード性、③チームの効率性の3つの要素が必要である。
- 在宅医療における医師と看護師の連携については、患者対応のスピードが求められるとともに実施する医療行為には様々なものがあることから、在宅医療を担う医療機関と訪問看護を担う機関が提供する医療に関する哲学や実際のやり方を共有することが重要である。
- 入院から在宅への移行支援については、在宅チームが主導して在宅への移行準備、試験外泊等を実施する仕組みを構築することが必要である。
- 在宅医療において、患者・家族の不安を取り除くために24時間対応は非常に重要であり、確実な連絡体制を確保する必要がある。

#### 例1) 在宅医療におけるチーム医療（クリニック川越）の取組

医師と看護師の一体化したチームで提供する医療の哲学・実施方法を共有するとともに、電子カルテを活用してリアルタイムに情報共有を行っている。医療機関と訪問看護機関の緊密な連携を前提に、医師の指示を工夫するとともに、看護師の臨床能力評価に応じて実施可能な医行為を決めることにより看護師の裁量権を拡大している。在宅緩和ケアにおいては、薬剤師が関わるケースが増加しており、麻薬等の薬剤の配送や服薬指導、中心静脈栄養の調剤等の役割を担っている。

#### 例2) 地域緩和ケアを支える病院薬剤部と保険薬局等との連携(国立がんセンター東病院)

薬局薬剤師が退院時カンファレンスへ参加したり、病院薬剤師、薬局薬剤師、訪問看護を行う看護師及びケアマネージャー間で、患者の症状変化やケアプランなどについての情報を共有することにより、地域緩和ケアなどの在宅医療の質を向上するための取組を行っている。その際に薬剤師は、他職種からの薬剤に関する相談を積極的に受け付けることのほか、患者（特に高齢者）の嚥下能力や理解力などから適切な剤形を選択すること（速崩壊性製剤、ゼリー製剤等の選択、とろみの添加等）、多職種連携により得られた食事、排泄、運動等に関する情報から患者の体調を定期的にチェックし、薬剤の効果や副作用を評価することなどの役割を担っている。

#### 例3) 入院から在宅まで連携した栄養管理の取組

入院時から、管理栄養士が患者の状態・病態や生活の状況に応じた患者の食事支援等

を行い、退院後の継続的な栄養維持のための支援として、外来栄養食事指導を行い、通院困難者に対しては、在宅訪問栄養食事指導にてフォローを行うなど、入院時から退院後まで一貫して栄養管理を行うことによって質の高い栄養管理の実施が可能となっている。

## **5. 医科・歯科の連携**

- 口腔ケアは誤嚥性肺炎予防の基本であり、医療・介護の現場で歯科医師・歯科衛生士をチームの一員として活用することにより、高齢患者において特に重要な合併症の予防が期待される。
- チーム医療に歯科医師等の歯科関係職種を活用し、口腔内管理の徹底を図ることで、誤嚥性肺炎や窒息事故等の発生を防止し、その後の医療を円滑に行うことに貢献するとともに、摂食・嚥下障害、低栄養状態、口臭等に対する専門的な医療対応を行うことが可能となり、入院患者のQOL向上に寄与することができる。
- 医科・歯科連携を行うことで、入院患者のQOLの向上だけでなく、退院後も在宅、施設等の生活する場における地域連携パスに繋ぎ、口腔の医療面からの地域医療に貢献することが可能となる。
- 病院における医科・歯科連携は、歯科を標榜していない病院が多いことから、病診連携も含め、歯科医師が、あるいは、歯科医師と歯科衛生士がともに参画することが必要であり、そのための施策の整備が望まれる。

例) 医科歯科連携におけるチーム医療（長崎リハビリテーション病院）の取組

歯科診療オープンシステムを活用して非常勤歯科医師と歯科衛生士を活用した医科・歯科連携を行っている。

例) 医科歯科連携におけるチーム医療（昭和大学病院）の取組

チーム医療の実践、チーム医療教育、地域医療連携を3本柱とした口腔ケアセンターを設置している。歯科のある病院においては、歯科を通してチーム医療に参加し、歯科のない病院においては、病棟へチームが直接に参加して医科・歯科連携を行っている。

## **6. 特定の診療領域等におけるチーム医療**

- 特定の診療領域や課題に応じて、様々な職種による治療チームを構成してチーム医療を実践することにより、各職種がそれぞれの専門性を発揮した業務に取り組むことが可能になり、医療の質と効率性の向上といった効果が期待される。

例) 特定の診療領域等におけるチーム医療の取組

・褥瘡対策チーム（脳血管研究所美原記念病院の例）

看護師が褥瘡発生リスクを随時評価し、医師・薬剤師・看護師がベッドサイドにて薬剤選択及び治療方針の決定を行い、ハイリスク患者に対して積極的な体位変換を実施する取組により、ハイリスク患者が多い中で褥瘡発生率を低く抑え、治癒率も良好な水準となっている。

・リハビリチーム（脳血管研究所美原記念病院の例）

医師及びリハビリスタッフがリハビリの適応の確認を行い、リハビリスタッフと看護師が連携して、超早期からのリハビリを実施するとともに、日常生活援助にリハビリ的看護ケアを導入するなどの取組により ADL の改善度合いが向上している。

## 7. 医療スタッフの業務の効率化・業務負担の軽減

- 急性期の医療において、現在は個別の課題に応じて必要な専門職を集めた「専門部隊型のチーム医療」が行われているが、十分なマンパワーを確保して必要な専門職を病棟に配置する「病棟配属型チーム医療」が望ましい。

### 例1) 薬剤師の病棟配置による薬剤管理の取組

薬剤管理において、薬剤師を病棟に配置し、医師と協働した薬物療法の検討、注射薬の調製、医師・看護師と協働した点滴投与時の注意事項の確認等を実施することにより、薬剤に関するインシデント報告件数が減少する効果が現れている。

また、病棟配置により、患者の状況や検査結果等を随時把握することが可能となり、積極的な処方提案や持参薬の適正管理、次の処方のためのフィードバック、フィジカルアセスメントの実施による薬効・副作用モニタリング、副作用を抑えるための薬学的管理、他職種への助言・相談、薬物療法のプロトコル管理などの薬剤の適正使用に関する業務を薬剤師が担うことにより、薬剤に関連する有害事象の発生や重篤化の防止など、医療安全の質が向上する。

### 例2) 管理栄養士の病棟配置による栄養管理の取組

患者の日々の栄養摂取状況と摂取栄養量を把握し、栄養不良のリスクを回避すると共に、治療食や栄養管理方法について他職種への助言・相談、患者、家族への説明や調整を行うことにより、質の高い栄養管理を実施できるとともに、看護師等の行っている業務を軽減することができる。

- 全日本病院協会が実施した看護師の業務に関する調査によると、依然として看護師が機器点検や物品管理、検体搬送等の業務を実施しており、他職種との業務分担等による業務の見直しが必要である。

事業の目的

安全で質の高い医療を実現するため、各医療関係職種の専門性を高め、それぞれの役割を拡大し、各職種が互いに連携して、医療を提供する「チーム医療」を推進

○新成長戦略

「看護師、薬剤師等医療関係職種の活用推進・役割拡大」

○政策集INDEX2009

「薬剤師、理学療法士などのコメディカルの職能拡大」

「専門的な臨床教育等を受けた看護師等の業務範囲を拡大し、医療行為の一部を分担」

事業の内容

○ チーム医療推進会議で策定されるガイドライン（平成22年度中に策定予定）に基づく取組について、実際の医療現場において、以下の安全性・効果等を実証。

- ① 医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の業務の安全性、
- ② 疾病の早期発見・回復促進、
- ③ 重症化等の予防、④ 医師等の業務の効率化、⑤ 医師等の業務負担の軽減


※ 例えば、チーム医療の推進に関する検討会報告書では、複数の医療スタッフが連携して患者の治療に当たる医療チームとして、周術期管理チーム、摂食嚥下チーム、感染制御チーム等を例示。

○ 特定看護師（仮称）等、看護師の業務範囲の拡大を検討するため、医療現場等における業務の効果、安全性、他職種からの評価等を実証

【事業実施に必要な経費】



・ 医療現場における検証委託経費	3億6,471万円
チーム医療の検証施設 40施設、看護師の業務範囲の拡大の検証施設 50施設 指導者や医療スタッフの配置等に対する経費、消耗品 等	3億5,925万円
・ 検証結果の集計・分析等委託経費	546万円
業者への委託費（総研会社への委託を想定）	

## -医療クランク導入の取り組みと その効果について-

 チーム医療に不可欠な新たな人材





社会福祉法人 思誠 財団 済生会支部  
埼玉県済生会栗橋病院  
院長 遠藤 康弘

 Saiseikai Kuribashi Hospital 



## 医療クランク（秘書）育成の背景

1. マグネットホスピタルの実現。  
医療職種が異なる人種にこそないことを把握し、お互いの職種、スキル、業務を熟知する環境づくり
2. 煩雑な書類作成や事務手続きの増加による勤務医の疲弊感の増加。
3. 書類作成までの時間がかかりすぎる事への苦情の増加。
4. 各種入院証明書など書類が時間外や休日において作成されている実態。
5. 地域医療支援病院認定に向けての取り組み  
(逆紹介の増加) や外来の待ち時間対策の検討。
6. 病棟オーダーリング導入による病棟クランク業務の  
効率化が図れるため外部委託の検討。

 Saiseikai Kuribashi Hospital 

## 当院の医師労働環境改善への取り組み



- ・病院の役割と任務の再考 → 臨床研修病院、地域医療支援病院
  - ・戦略的に外来数減少 ・小児科4人体制から2人体制への対応
  - ・耳鼻科、皮膚科、整形外科の非常勤化 → 逆紹介の推進
  - ・放射線科医2人 → 1人 → 非常勤化 外部委託化
  - ・委託女性医師の採用 ・院内保育施設 ・病児保育開始
  - ・医療秘書の導入
- 医師不足対策
- ・週1回の研究日と土曜日の休診
- 労働時間短縮
- ・医療秘書（診断書類作成補助）導入
  - ・外来業務の簡素化→病棟業務、手術・検査業務
  - ・当直明けや交代制勤務の追及
- 医療従事者攻撃への対応
- ・安全、安心神話 → 医療の限界と不確実性の説明
  - ・インフォームドコンセント書類作成ソフト
  - ・医療事故や重大な有害事象への初期対応、クレーム対応
  - ・健康スクエア：患者とのコラボレーション
  - 「患者の言い分、医師の言い分」寸劇開催

 Saiseikai Kuribashi Hospital 

## 医療クランク導入経過

平成17年 平成18年 平成19年 平成20年 平成21年 平成22年

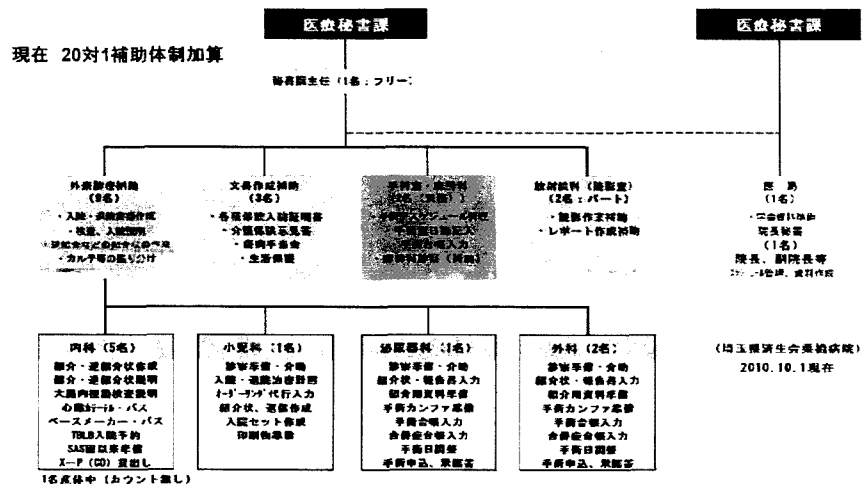
- 平成17年6月 試験的に1名配置外科外来と小児科外来にて医療秘書の仕事探し  
平成18年1月 外科外来2名体制  
3月 外科外来2名、小児科1名 計3名体制  
4月 内科外来1名移動  
5月 文書担当1名を医事課より移動 計4名体制  
9月 1名増員 計5名体制  
12月 1名増員 計6名体制  
トランスクリバラー1名と併せて 7名  
平成20年4月 医局秘書課を置く 11名  
平成22年12月現在 16名

 Saiseikai Kuribashi Hospital 



# 医療クラーク（秘書）の体制

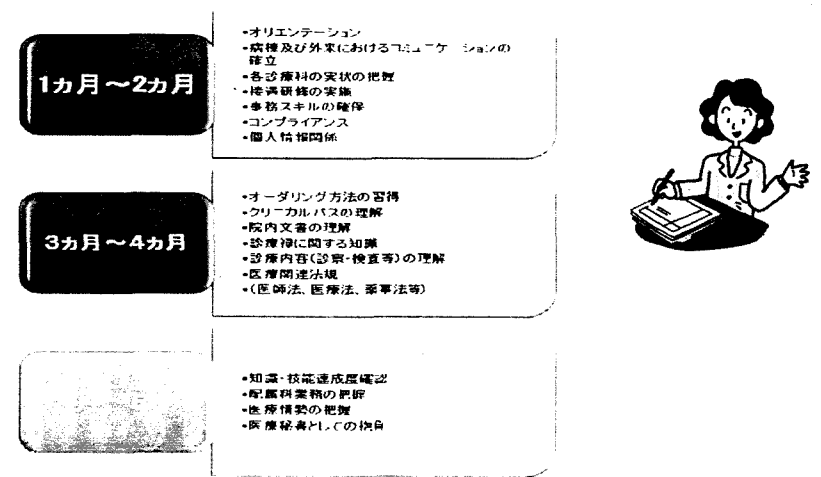
医療クラークの体制と業務 17名（パート2名を含む）



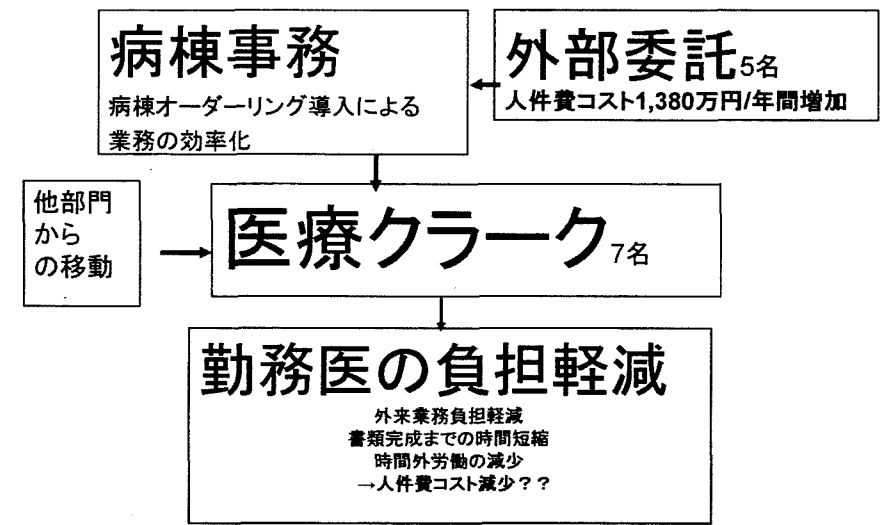
# 医療クラーク（秘書）の業務

- 文書作成補助**
  - 各種検診入館案内書
  - 分帳集積票集書
  - 検病手帳集・生活情報
- 手術室・麻酔科**
  - 手術室スケジュール管理
  - 手術室台集書入力
  - 手術室台集書の記入
  - 手術室台集書台帳の更新

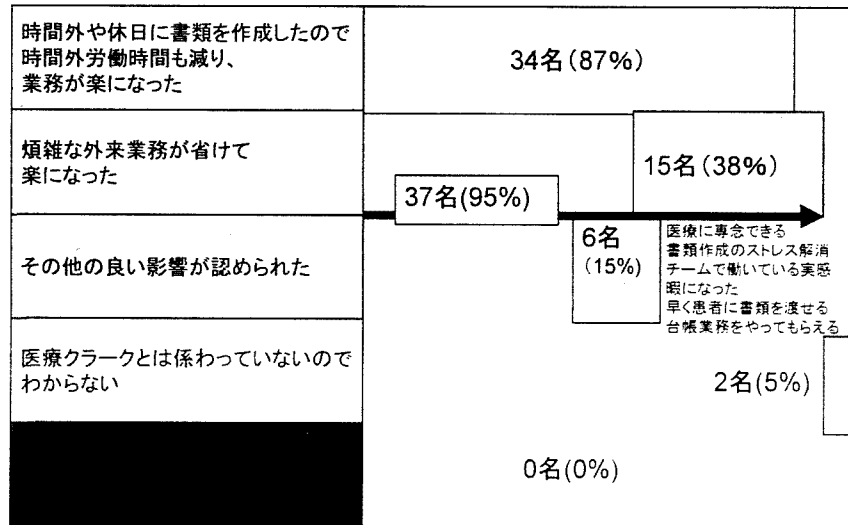
# 医療クラーク（秘書）の教育研修プログラム



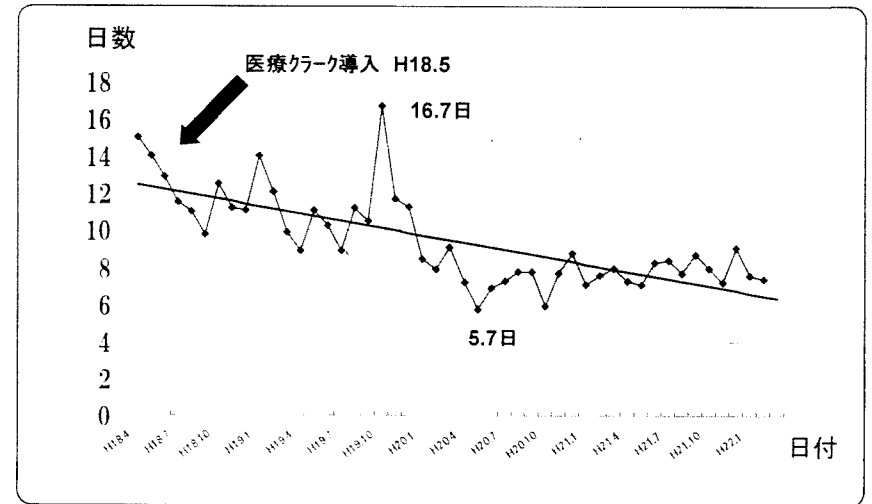
# 医療クラーク導入初期の人材確保コスト



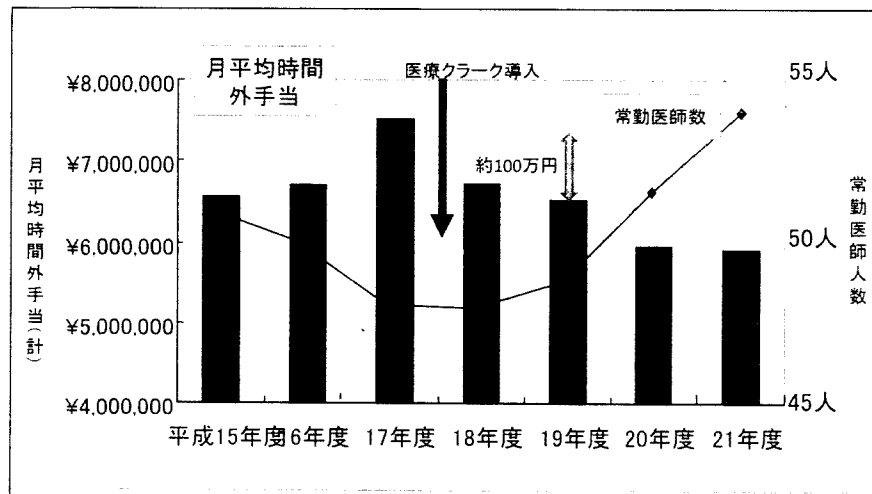
## 医療クラーク（秘書）に関するアンケート



## 診断書出来上がり平均日数



## 医師時間外手当の推移



## 医師事務作業補助加算の再評価

改正前		改定後	
【医師事務作業補助体制加算】 (入院初日)		【医師事務作業補助体制加算】 (入院初日)	
1.	25対1補助体制加算 355点 改	1.	15対1補助体制加算 810点 新
2.	50対1補助体制加算 185点 改	2.	20対1補助体制加算 610点 新
3.	75対1補助体制加算 130点 改	3.	25対1補助体制加算 490点 改
4.	100対1補助体制加算 105点 改	4.	50対1補助体制加算 225点 改
		5.	75対1補助体制加算 180点 改
		6.	100対1補助体制加算 138点 改

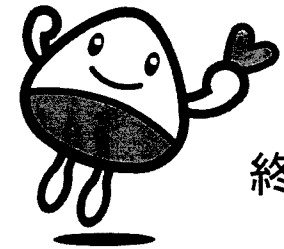
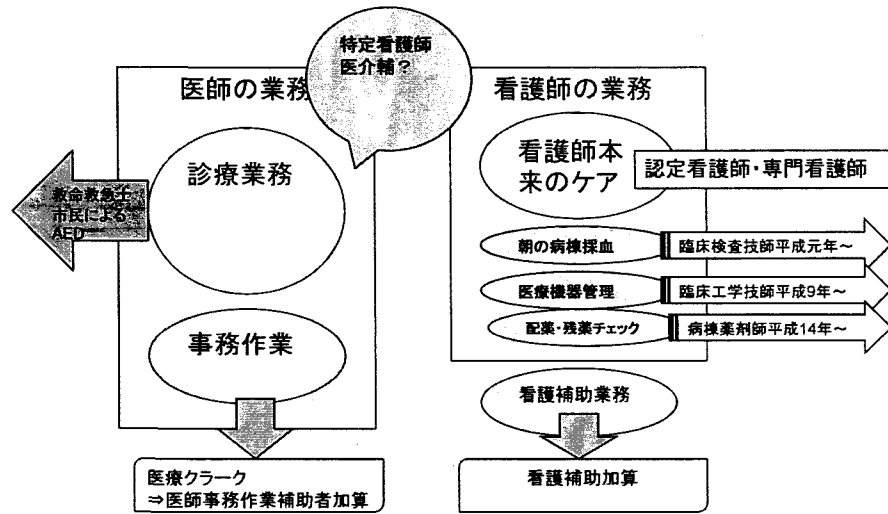
○現在当院は、(災害拠点病院、地域医療支援病院)20対1補助体制加算610点を算定している。  
平成10年10月より

○25対1の場合(災害拠点病院、地域医療支援病院)  $314 \div 25 = 12.56$  13人で申請  
○加算による金額は、 $4,900円 \times 600人 = 2,940,000円$   $2,940,000円 \times 12ヶ月 = 35,280,000円$

○20対1の場合(災害拠点病院、地域医療支援病院)  $314 \div 20 = 15.7$  16人で申請  
○加算による金額は、 $6,100円 \times 600人 = 3,660,000円$   $3,660,000円 \times 12ヶ月 = 43,920,000円$

$$43,920,000 - 35,280,000 = 8,640,000$$

# チーム医療構築過程における役割分担の再考



終

## チーム医療推進のために

### 特に医療と看護の関係について

三井記念病院院長  
日本心臓血管外科学会理事長

高本 眞一

2011.1.7 厚労省省議室

## 医療人の使命

- 「患者を治す」「患者を助ける」ことが目的
- 医療チームの各人がベストを尽くすことが要請
- 看護もその中の一要素(大切ではあるが)

### 「精神看護」

- \* 精神的サポート(精神看護)は看護師だけのものではない
- \* 医師のわがままが看護師に押し付けた
- \* 医師も患者の精神的サポートをしなければならない

## 医療と看護

- 医療 病気を持った人を治す(Cure)  
医師が主導、看護師は補助 主従の関係  
医師のパターナリズムの許容
- 看護 精神的、身体的に患者をサポート(Care)  
看護師は意図的に「医行為」を避ける  
精神看護がかなりのウエートを占める  
  
看護の自立としての看護学の確立

## 目の前で心肺停止が起こった。 さて、どうするか。

- その場にいる人が直ちに心肺蘇生をしなければならない  
例え、素人でもしなければならない
- Airway 確保、マッサージ A→C→B  
今はマッサージだけでBreathingはなくてもよい
- これは立派な医療行為  
肋骨骨折が悪影響を及ぼすことあり
- その場でのニーズに答えて、できるだけのことをする
- 医療の現場もその人の能力に応じてできるだけのことを行えばならない。

## 医師は万能か

- 百点満点で国家試験を通った医師はいない
- 米国では10年おきに医師免許更新試験がある  
日本では更新制なし。
- 専門医制度のもとで、専門以外は素人に近い
- 医学の進歩により、知識はすぐ古くなる
- 今まで信じられていたことが、覆ることがある
- 医師にすべて依存できるだろうか。

## よりよい医療をするために

- 医師のみに依存するのは危ない
- 医師には全面的に依存されるだけの能力はない
- 医療チームがお互いに支えあいながら何とか医療を担っていける
- その医療チームの中心に患者がいるべきである
- 医療チームがお互いに自立しながら、信頼しあいながら医療を進めることが望ましい
- この医療チームの中で医師がリーダーとしてチームワークを保たなければならない

## 医師と患者の比較

- 無限大の宇宙の謎---膨大な小宇宙の謎
- ライフサイエンスの到達点  
生命のメカニズムの真理へは及びもつかない
- このようにすれば治るということは分かってきた  
表面的なことしか分かっていない
- 医師と患者の医学知識の差は膨大な宇宙の真理の前で五十歩百歩であろう
- 往々にして医師は患者から教えてもらう

## ME技師

- チーム医療の成功例、人工心肺操作
- 従来医師の仕事であったが、医師は手術に忙しく、この仕事に熱心でなかった
- ME技師は人工心肺の操作に誇りを持って仕事をした
- ME技師により、手術の質が上がり、安全度が向上した
- 自立、連携のモデル

# チーム医療

- 「患者を治す」ためにどう協力できるか
- 医療の質、安全性、透明性、効率性をどう高めるか
- 各職種のSkill-mixにより医療成果を最大限に上げる。各職種の自立、連携が大切である。
- 各職種は医師の補助役だけでなしに、自立した仕事をしてほしい。
- 精神的サポートは医療チーム全体が担う課題である
- 各職種の勢力争いになってはいけない

# 外科関連学会の活動

厚労省の「チーム医療の推進に関する検討会」:(チーム医療を推進するため、日本の実情に即した医師と看護師等との協働・連携の在り方について検討を行う)  
 2009-8-28:第1回、2010-3-19:第11回最終回が開催され、提言がまとめられた。

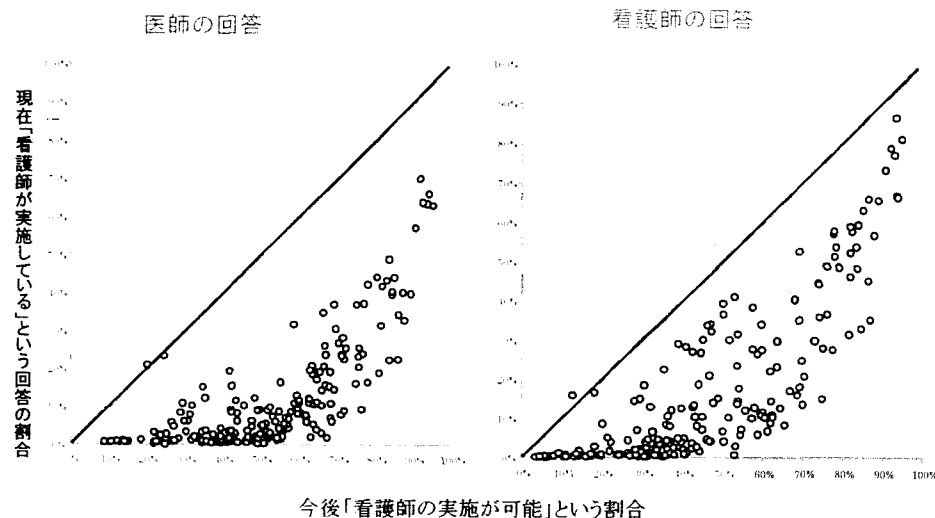
外科系11学会(日本外科学会、胸部外科学会、心臓血管外科、呼吸器外科、消化器外科、小児外科、内分泌外科、気管食道科、乳癌、大腸肛門病、腹部救急学会)が要望書(わが国における特定看護師の早期確立を:外科医不足ではない!!周術期管理診療師不足なのだ!!)提出:2010-3-18

ナースプラクティショナー(NP)/フィジシャンアソシエイト(PA)と特定看護師との違い

	NP	PA	特定看護師
医師との関係性	医師から独立	医師の指示下での業務	医師の指示下での業務
処方権	有	有 (但し、医師の監視下)	無
資格獲得要件	看護師資格	看護師 臨床工学技士 検査技師等	看護師資格
資格獲得後の専門性	広い専門性	広い専門性	限られた範囲内

## ■「現在」と「今後」に関する回答状況

看護業務実態調査 (2010. 8) 厚労省研究班 前原



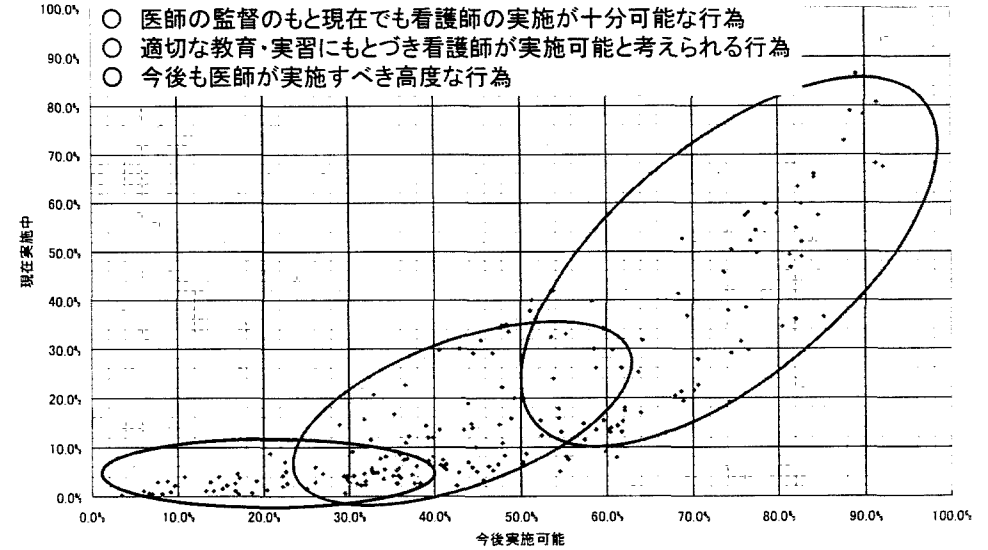
# 心臓外科患者管理の流れ

診療	場所	外科医	フェロー	PA
術前	外来	診察 治療方針の決定 患者へのIC	稀に見学	予診 必要な検査の確認、追加 同意書の作成
術中	手術室	人工心肺中の術操作	開閉胸 カニューレション 術者又は第1助手	体位、ドレーピング 開閉胸の手伝い(執刀) SVGの採取 第1又は第2助手 搬送
術後	ICU	大まかな治療方針の確認 カルテ記載	1-2/日の回診 カルテ記載	評価と加療 集中治療医への報告 簡単な手技
	一般床	大まかな治療方針の確認	なし	評価と加療 循環器内科医への報告 外科医への報告 簡単な手技 退院サマリー

(高山博夫 コロンビア大学胸部外科フェロー)

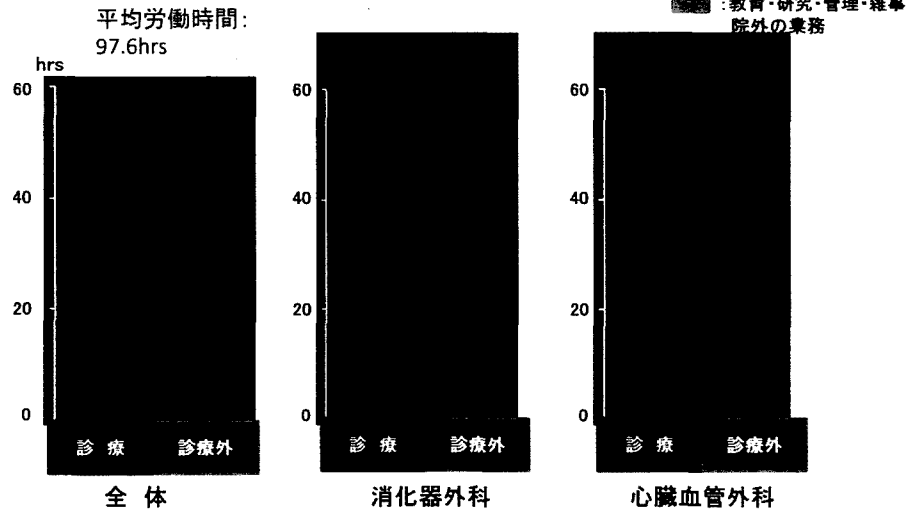
# 医行為分類のイメージ

現在実施している × 今後実施可能



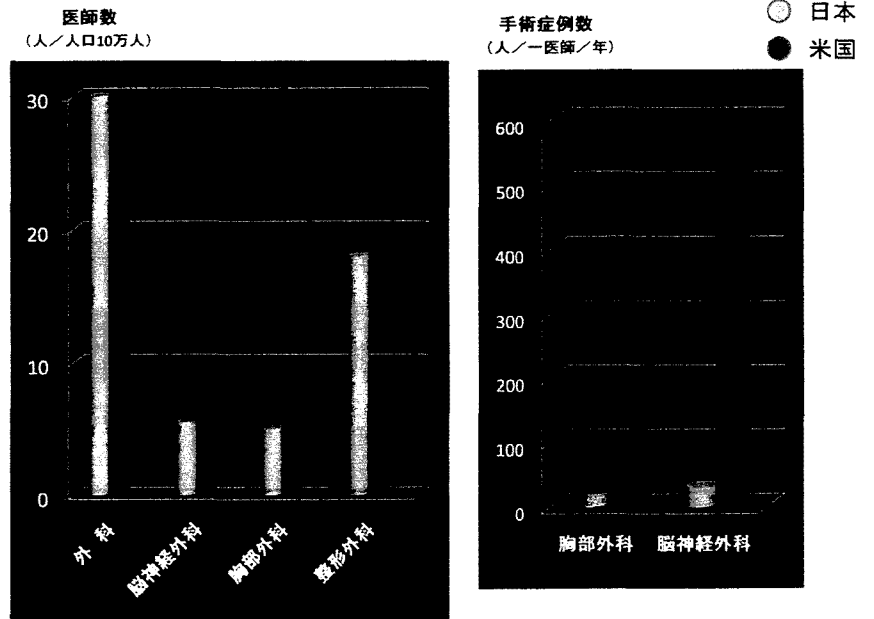
# 外科医週間タイムスタディ調査結果

(一人当たりの週間平均勤務時間)



(2009年12月4日～2010年3月2日)

# 日米の各外科学分野の医師数と一医師あたりの手術症例数



## Off pump/On pump CABG surgery in Japan and United States

	STS 2006 sample data		Japan Database 2005-2007	
	Off-pump (n=12,589)	On-pump (n=47,572)	Off-pump (n=7,577)	On-pump (n=4,368)
Off-pump CABG rate	20.9%		63.4%	
Unadjusted 30-day operative mortality	1.8%	2.0%	1.62%	3.87%
Risk-adjusted 30-day operative mortality	1.9%	1.8%	1.40%	2.50%

## 日本医療再生の道

- 医療費増加、医師・看護師数増加だけでは、現状の医療崩壊を止めることは不可能である。
- 非医師診療師の確立を含んだ高い志を持った新しいチーム医療の確立が日本医療再生にとって必須である。

チーム医療(医師と非医師医療関係者のスキルミックス)



[ Fukui T, 2008 ]



# チーム医療推進方策検討WG

## 放射線検査領域の紹介

失敗例？

— CT検査を例に —

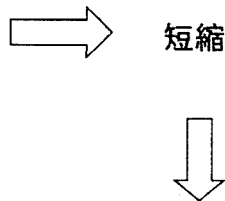
東海大学医学部付属病院  
診療技術部 原口信次

第4回チーム医療推進方策検討WG

## CT検査の場合

待ち時間が長い

予約が入らない  
(予約待ち日数が長い)



患者さん、診療各科が望むこと

## 2006年 新病院

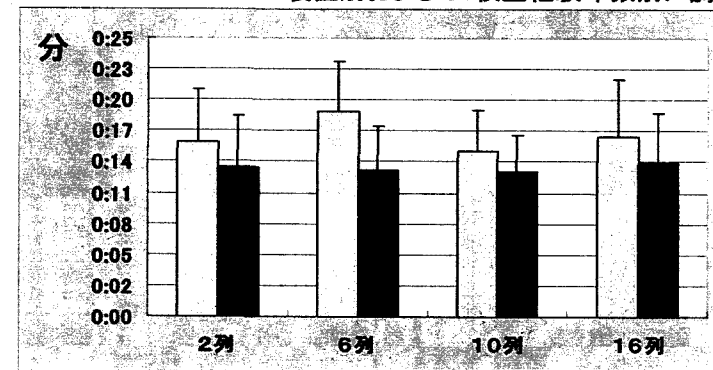
- : 病棟稼働率のアップ・在院日数短縮
- : 入院医療の外来化
- : 外来の強化  
    当日検査の対応の強化
- : 診療情報伝達の迅速化  
    電子カルテ・PACS

第4回チーム医療推進方策検討WG

## CT検査の作業調査

### 検査室入室から退出までの検査時間

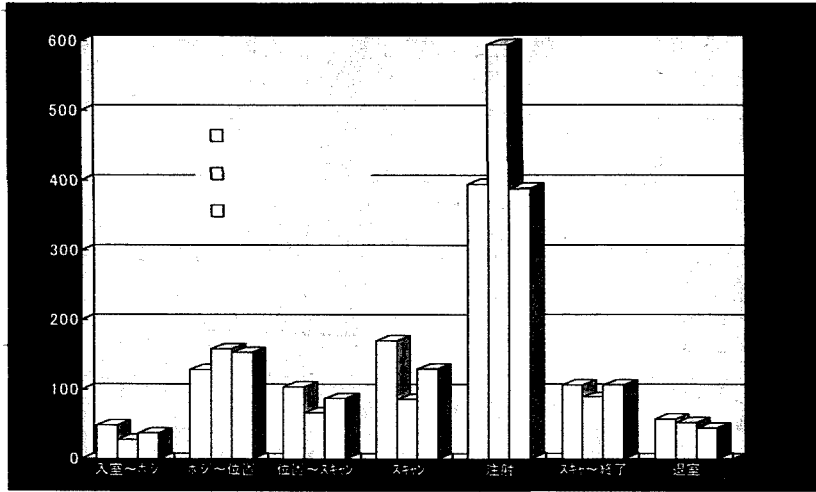
- 装置別およびCT検査経験年数別に調査 -



■ CT検査経験年数 2ヶ月  
 ■ CT検査経験年数 6年

# CT検査の作業調査

検査室入室から退出までの作業内容タイムスタディー



造影準備室を検査室とは別に設置



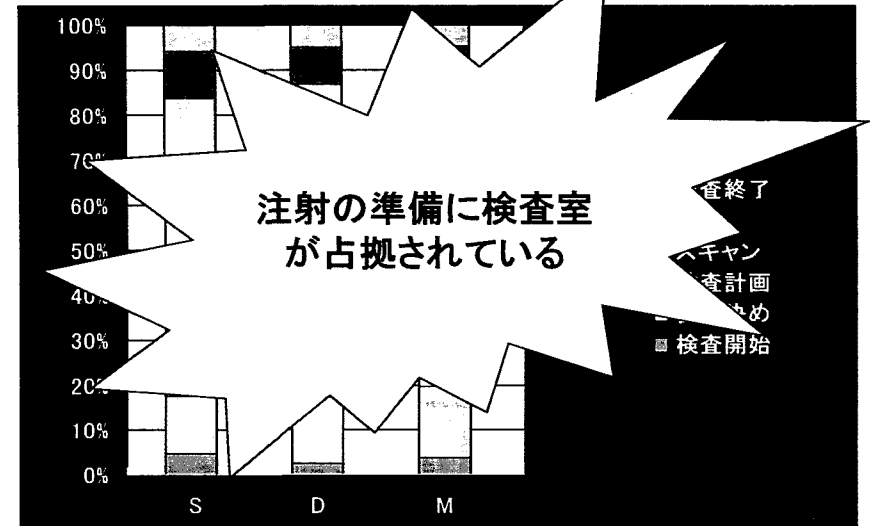
検査効率の改善



患者さん・診療各科にはメリット

# CT検査の作業調査

1検査における作業内容の割合

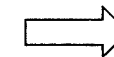


それぞれの専門性を活かし、  
質の高い検査の実施と検査効率の上昇を目指し

放射線科医は読影に専念

看護師は看護・介助に専念

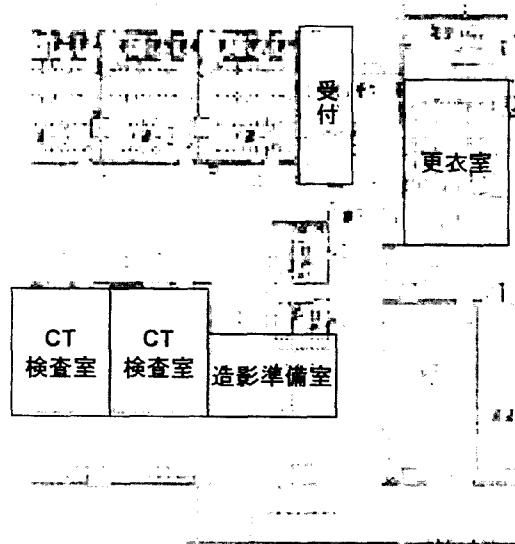
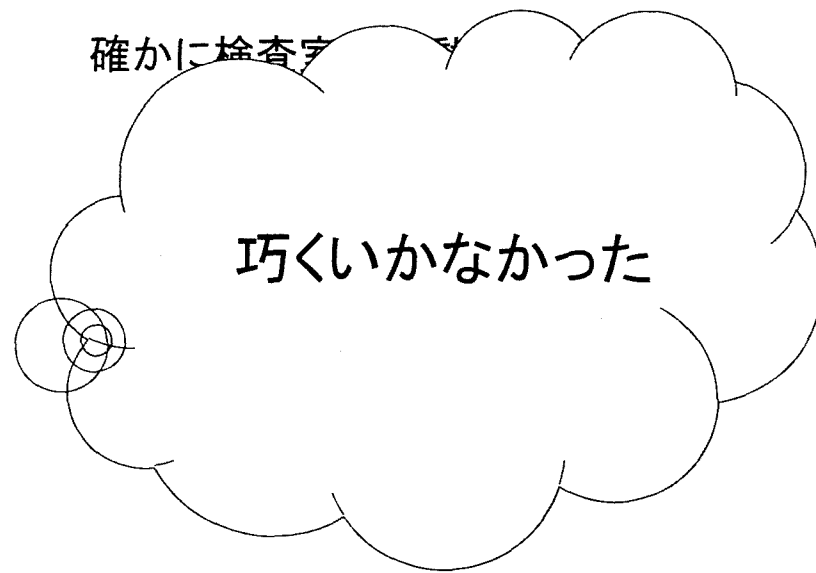
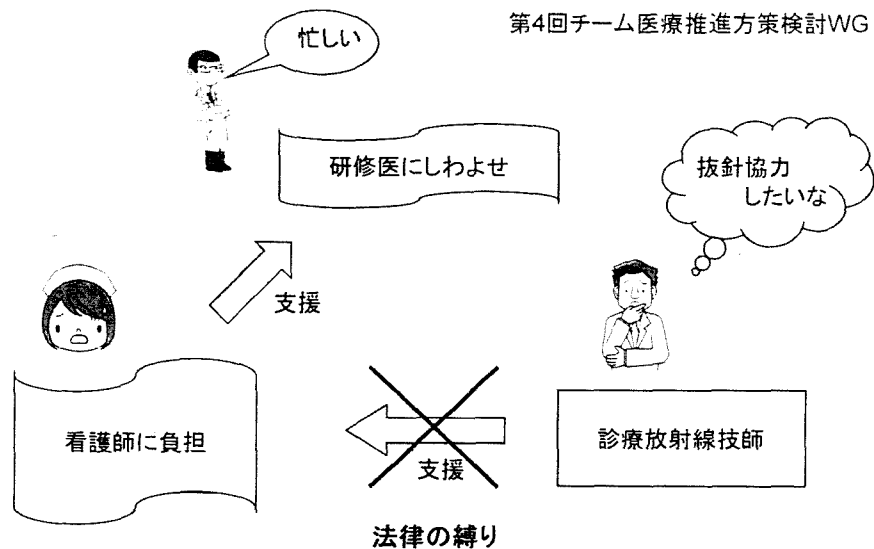
診療放射線技師は撮影・画像作成に専念



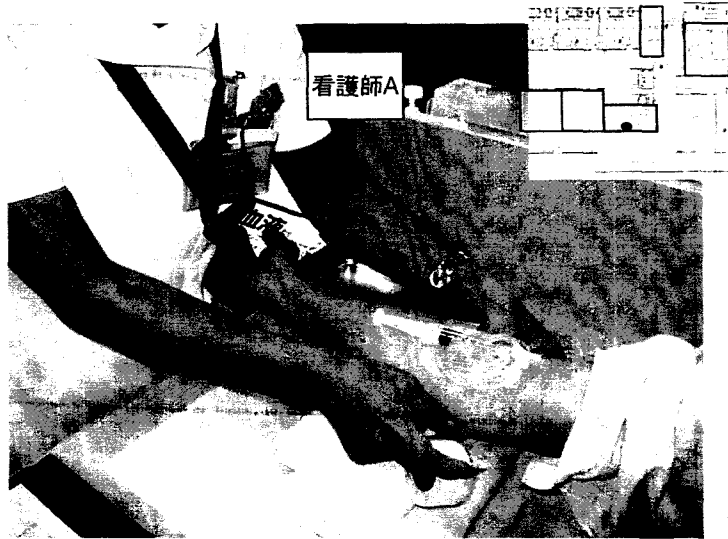
それぞれは満足



造影準備室でのルート確保は研修医が担当



造影準備室でのルート確保



造影準備室でのルート確保



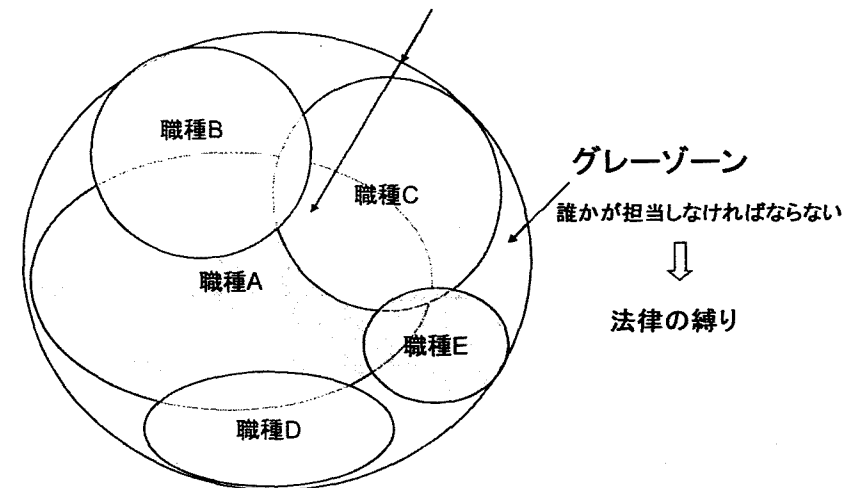
検査室での接続作業

うまくいかなかった原因は

- \* 一部の人たちにしわ寄せが起こった。
- \* **法律の縛りがあった。**
- \* 教育がなされていなかった。

### チーム医療

チームの目標



推進するためのためには

- \* 医療従事者の要員の増加
- \* 一部の人にしわ寄せが来ないように
- \* 法律の縛りの緩和
- \* 実践するためには教育が必要

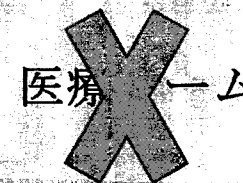
ご清聴有難うございました

# チーム医療 と 臨床工学技士

枚方公済病院  
臨床工学科 松阪 淳

Clinical Engineering Technologists

# チーム医療のとらえ方



## 病期・病態により様々

Clinical Engineering Technologists

医師の裁量権に依存

依存・分業型



医師・看護師・臨床工学技士・  
医療スタッフ各々が自立し、連携

## 自立・連携型

Clinical Engineering Technologists

## 臨床工学技士業務：

= 生命維持に必要な機能を分類化した業務

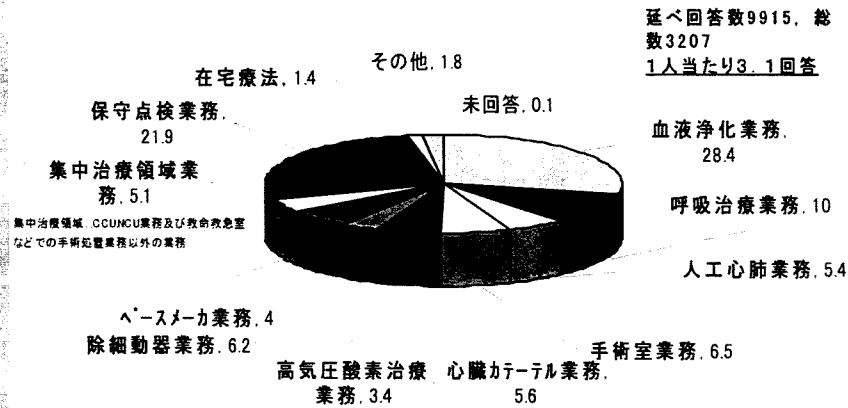
心・循環器系治療、呼吸器系治療、代謝系治療等

特定の部署での業務形態ではありません

例えば、呼吸療法業務では手術室、集中治療室、  
病棟、更に在宅医療など場所が定まっていない

Clinical Engineering Technologists

### あなたが行っている業務は？



現場において常に医師、看護師と協働作業

Clinical Engineering Technologists

### 臨床工学技士法

1988年、規制緩和政策を見据え  
チーム医療の概念を基に法制化

医療補助行為ができる医療職資格として、  
高度化・多様化する医療機器に支えられた  
現代医療のマンパワーとして誕生した  
との認識

Clinical Engineering Technologists

チーム医療の推進には現場に必要な  
マンパワーを動員する合理的な  
仕組みが必要！！

### 1. 職種業務中心のセンター的思考



同時並行

### 2. 各職種において臨床現場に即応できる マンパワーの育成

Clinical Engineering Technologists

医療機器が関与した医療事故問題が問題視

医療機器に支えられた領域の、治療の質の  
向上と安全確保が最重要課題の一つ

医療法や薬事法の改正により医療機器安全  
管理体制の確保がすべての医療機関の責務  
となり

Clinical Engineering Technologists

「医師及び医療関係職と事務職員等との  
間等での役割分担の推進について」

平成19年12月28日医政発1228001号

- ・ 過重労働にならない様、各職種間で適切に業務分担を図る
- ・ 良質な医療を継続的に提供するという基本的な考えの下、医師、看護師等の専門職種が専門性を必要とする業務に専念し、効率的な業務運営を図る

医療機器の管理： 生命に影響を与える機器や精密で複雑な操作を伴う機器のメンテナンスを含む医療機器の管理については、臨床工学技士法に基づき、医師の指示の下、臨床工学技士が行うことができるとされているところであるが、医師や看護師のみで行っている実態も指摘されている。臨床工学技士の積極的な活用を図り、医師や看護師の業務を見直すことで、医療安全の確保及び医師等の負担の軽減が可能となる。

Clinical Engineering Technologists

医療が抱える諸問題は一層深刻な状況

医師不足、勤務医の加重労働、  
増加する医療紛争

医師を含む医療スタッフとの合理的  
業務分担が求められている

「医療スタッフの協働・連携による  
チーム医療の推進について」

(平成22年4月30日、厚生労働省発出)

Clinical Engineering Technologists

臨床工学技士は生命維持管理装置  
以外においても医療機器の専門家  
として評価

Clinical Engineering Technologists

内容

1. 医師等による包括的指示を活用し、各医療スタッフの専門性に積極的に委ね、医療スタッフ間の連携・補完を一層進めることが重要であること
2. 各医療機関においてチーム医療の検討を進めるには、必要な具体的な連携・協力方法を決定し、医療スタッフの協働・連携によるチーム医療を進めること
3. チーム医療の実現の前提となる各医療スタッフの知識・技術の向上、複数の職種の連携に関する教育・啓発の推進等の取組が積極的に進められることが望まれること

Clinical Engineering Technologists



医師の裁量権による医師、看護師そして臨床工学技士等、医療スタッフの断片的な分業作業であった古典的な依存・分業型のチーム医療ではなく、

チームメンバーが自己の責任と能力を明確にし、且つ相互で情報を共有し、各々が自立して業務を担う、自立・連携型のチーム医療に成熟することが必要で、質の向上と更なる安全確保に繋がる

10月10日、「臨床工学技士基本業務指針2010」が社団法人日本臨床工学技士会と関連学会19団体による臨床工学合同委員会より公表

財団法人 医療機器センター	社団法人 日本循環器学会
独立行政法人福祉医療機構	日本人工臓器学会
日本移植学会	社団法人日本外科学会
日本医療機器学会 (旧日本医科器械学会)	社団法人 日本腎臓学会
特定非営利法人 日本胸部外科学会	社団法人 日本生体医工学学会
社団法人 日本呼吸器学会	社団法人 日本透析医学会
日本呼吸療法医学会	社団法人 日本泌尿器科学会
日本高気圧環境・潜水医学会	特定非営利法人 日本不整脈学会
日本手術医学会	社団法人 日本麻酔科学会
日本集中治療医学会	社団法人 日本臨床工学技士会

旧厚生省から発出 「臨床工学技士業務指針」

(昭和63年9月14日付け 医事第57号厚生省健康政策局医事課長通知の添付)

の廃止について

(平成22年11月1日 厚生労働省発出)

## 臨床工学技士の関連法規

(法律第六十号)

臨床工学技士法 (昭和六十二年六月二日)

(政令第二十一号)

臨床工学技士法施行令 (昭和六十三年二月二十三日)

(厚生省令第十九号)

臨床工学技士法施行規則 (昭和六十三年三月二十八日)

政令と省令からも医師の指示の下に生命維持管理装置の操作、および操作にともなう身体への侵襲を伴う脱着等の行為

関連業務として血液体外循環や人工呼吸装置における血液ガスや吹送ガスの条件、また高気圧酸素治療における加圧等の条件

操作に不随する薬剤注入、人工呼吸器を装着した患者についての、喀痰等の吸引、留置カテーテルからの血液採血

心・循環器領域においてはペースメーカや心筋焼灼術時のプログラム早期刺激ならびに除細動器などの電氣的刺激の負荷等医療補助行為が業務範囲となっている

Clinical Engineering Technologists

急性期における医療機器を用いた治療領域においても、医師、看護師、そして臨床工学技士は最も近い関係で、臨床工学技士の関連法規を下に、互いの理解と綿密な協力連携体制により、看護師と臨床工学技士業務の法的規制部分の違いは更に減少傾向にあると考えます

医師・看護師のサポートが出来る

Clinical Engineering Technologists

## 先進医療における臨床工学技士配置

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| 一 高周波切除器を用いた子宮腺筋症核出術               | 四十九 超音波骨折治療法  |
| 二 靭帯再建手術における画像支援ナビゲーション            | 五十七 セメント固定人工股関節再置換術におけるコンピュータ支援フルオロナビゲーションを用いたセメント除去術 |
| 六 人工括約筋を用いた尿失禁手術                   | 五十八 腹腔鏡下直腸固定術   |
| 八 経皮的レーザー椎間板減圧術                    |   |
| 十九 経頸静脈肝内門脈大循環短絡術                  |   |
| 二十二 鏡視下肩峰下腔除圧術                     |   |
| 二十六 腫瘍脊椎骨全摘術                       |   |
| 二十九 硬膜外腔内視鏡による難治性腰下肢痛の治療           | 七十四 マイクロ波子宮内膜アブレーション                                  |
| 三十二 腹腔鏡補助下膝体尾部切除又は核出術              | 七十六 内視鏡下筋膜下不全穿通枝切離術                                   |
| 三十六 エキシマレーザー冠動脈形成術                 | 七十八 内視鏡的大腸粘膜下層剥離術                                     |
| 三十八 腹腔鏡下膀胱尿管逆流防止術                  | 七十九 実物大臓器立体モデルによる手術支援                                 |
| 三十九 三次元再構築画像による股関節疾患の診断及び治療        | 八十三 胸腔鏡下動脈管閉存症手術                                      |
| 四十 泌尿生殖器腫瘍後腹腔リンパ節転移に対する腹腔鏡下リンパ節郭清術 | 八十四 腹腔鏡下スリーブ状胃切除術                                     |
| 四十六 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術              | 八十五 腹腔鏡下膀胱内手術   |
| 四十七 カラー蛍光観察システム下気管支鏡検査及び光線力学療法     | 八十六 腹腔鏡下根治的膀胱全摘除術                                     |

86項目中 30に臨床工学技士配置が要件に！

(平成22年4月1日)

Clinical Engineering Technologists

医療機器の安全を確保し、生命に直結する機器の操作行為と、それに不随する行為、医療機器を用いた治療領域、医療機器の安全確保が臨床工学技士業務であり、新たな「臨床工学技士基本業務指針2010」の下に、従来より培われたチーム医療の実績を今後も自立・連携型のチーム医療に成熟させるためには、医師の包括的指示が重要で更なる活用を切望する

Clinical Engineering Technologists

第4回チーム医療推進方策検討WG

ご静聴有り難うございました

*Clinical Engineering Technologists*



チーム医療推進にあたって、事務部門の立ち位置と  
病院経営改善との相乗効果を引き出す為の活路



## 本日のご報告メニュー

- はじめに～前提条件の確認
- 3つの顔を持つ事務部門
- 「50:30:20」という黄金率の当否について
- 七段飾りひな人形とリカちゃん人形
- 看護師の定着・教育研修と病院経営
- 医師と経営を改めて評価したい
- DPCとチーム医療と病院経営
- チーム医療に貢献できる可能性と覚悟

### はじめに～前提条件の確認

- 8700のストーリーがあるなかで……
- 急性期特化、DPC対応、公益法人
- 経営的優良病院ではない医療経営(隣の庭では仕事はできない)をご参考に
- 外部評価の積極的受け入れ(日本医療機能評価機構&卒後臨床研修評価機構認定)
- 事務部門の視界に入る「チーム医療」の未来

### 立ち位置～3つの顔を持つ事務部門

- ①専門化、独自性、組織的立ち位置の変動  
⇒診療情報管理士～MSW～管理栄養士
- ②医事専門職グループ  
⇒もともと、事務的にチーム医療に近い  
⇒医師負担軽減における陰の主役になりうる可能性
- ③マネジメントを担う事務  
⇒ヒト・モノ・カネをマネジメント、コーディネート

# 筑波メディカルセンター病院

- 概要を添付いたします。
- 発表者のベース(開院から27年間)に依拠した発表です。
- 8700のスタイルの一つとして、ご参照ください

- 第三次救命救急センター (30床)
- 茨城県地域がんセンター (156床)
- 災害拠点病院 (平成9年1月)
- 地域医療支援病院 (平成11年3月)
- 臨床研修病院 (平成13年3月)
- 日本医療機能評価機構認定  
初回認定平成10年3月、平成17年度緩和ケア付加機能、  
平成18年度救急医療付加機能、平成21年度リハビリテーション付加機能～付加機能3項目全認定)
- NPO卒後臨床研修評価機構 (JCPEP) 認定 (平成19年度)
- 茨城県指定地域リハビリテーション広域支援センター (平成13年8月)

## 病院概要(2)

- 開院:昭和60年2月16日
- 病床数:409床(病床区分:一般病床406床,感染症3床)  
(救命救急センター30, 茨城県地域がんセンター156  
病院一般220、二類感染症3)
- 診療科:15科
- 職員数:1,115人(平成22年4月1日現在)
- 外来患者数:494人/日 入院患者数 379人/日
- 平均在院日数:12.7日 平均病床利用率:92.6%
- 紹介率:69% 逆紹介率:43.4%
- 一般病棟入院基本料:7対1入院基本料
- 外来初診時特定療養費:1,050円
- 診療単価:(外来) 13,442円、(入院) 64,218円
- 救急車搬送件数:4,515件(内ヘリ搬送44件)

(データは平成21年度実績)

## 病院職員数(平成22年4月1日現在)

- 診療部 (124名) 看護部 (550名)
- 事務局 (182名) 放射線技師 (28名)
- 臨床検査技師 (34名) 薬剤師 (19名)
- 理学療法士 (21名) 作業療法士 (14名)
- 言語療法士 (13名) 臨床工学技師 (7名)
- 医療福祉相談員 (9名) 管理栄養士 (6名)
- 介護・医療支援部(87名) 保育士 (21名)

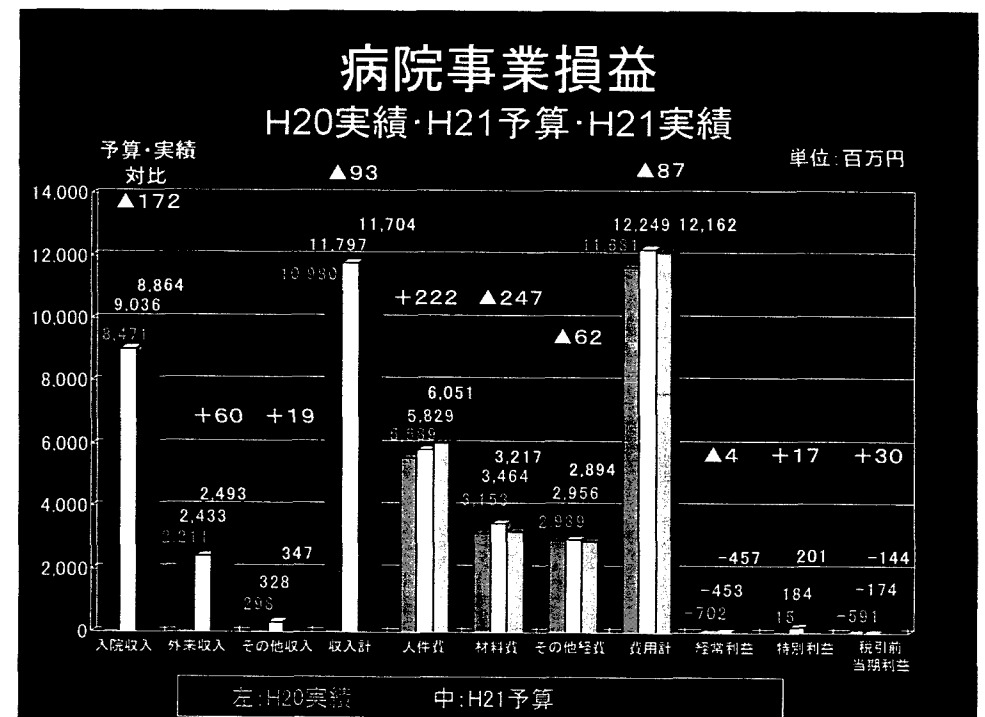
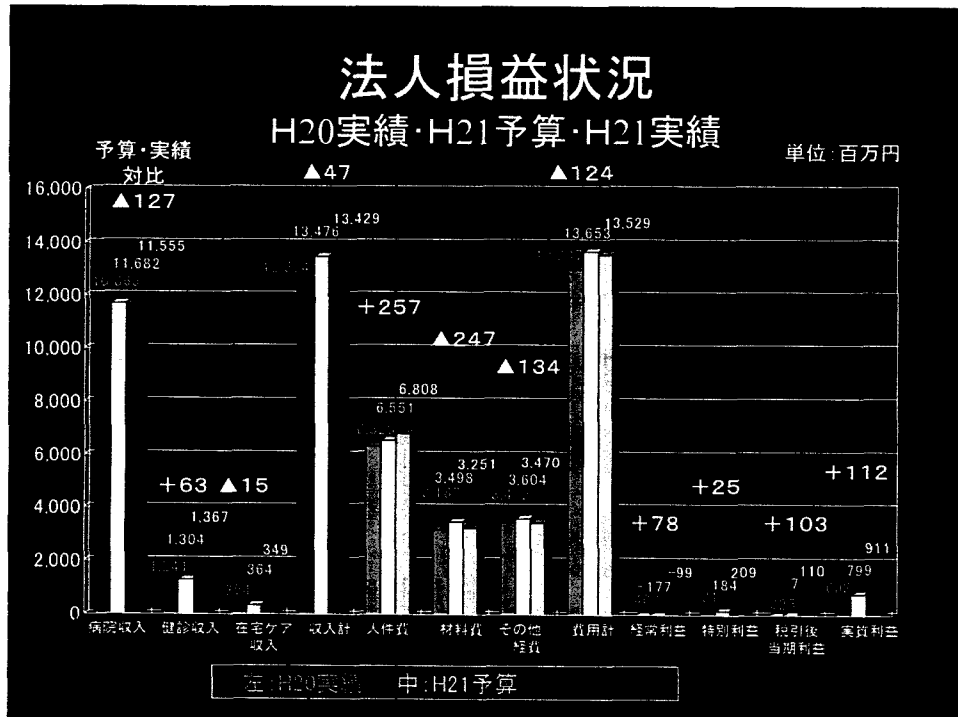
合計1115名(財団法人総計1288名)

# チーム医療の必然と病院経営

- 病院受難の時代を拓くための必須テーマとしての「チーム医療」
- 「チーム医療」に、持続性の魂を込める「経営」
- 周回遅れの病院経営は、宝の山

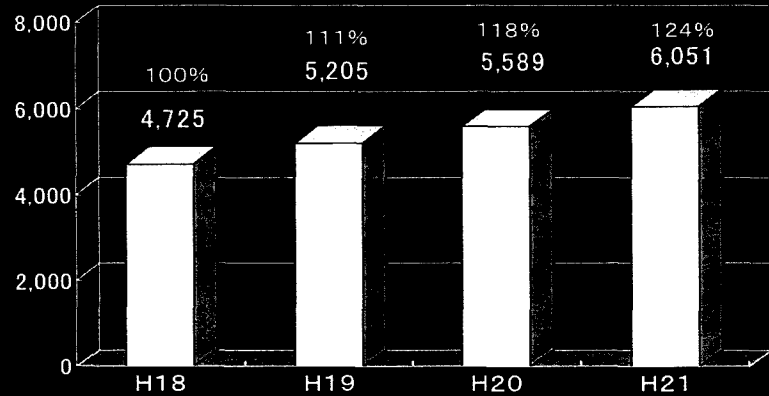
# 「50:30:20」という黄金率の当否について

- 総事業収入(補助金等除く)100として「50 人件費 30 材料費 20 経費」という、経験的仮説
- ⇒非営利(投資家への配当を前提としない)の強みを活かし、かつ、社会的責務を完遂する
- ⇒まず、ブレのない収支均衡マネジメント
- ⇒+8700の個性をブレンドする
- ⇒根拠は……以下の資料にて



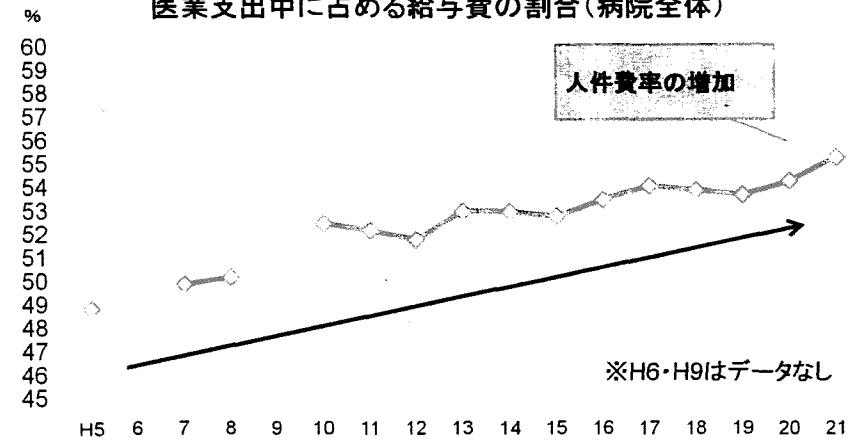
## 人件費 推移 平成18年度～平成21年度

単位: 百万円



## 病院経営調査報告(平成21年度)

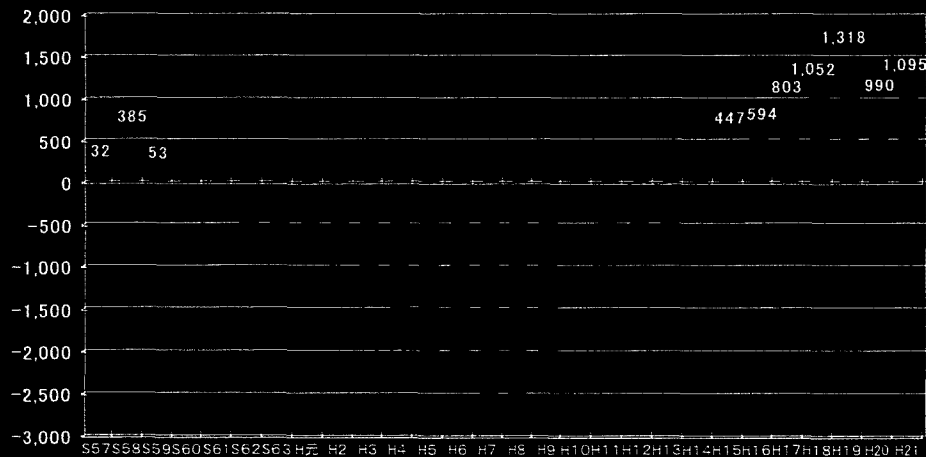
医業支出中に占める給与費の割合(病院全体)



(社)全日本病院協会  
平成21年度病院経営調査報告より

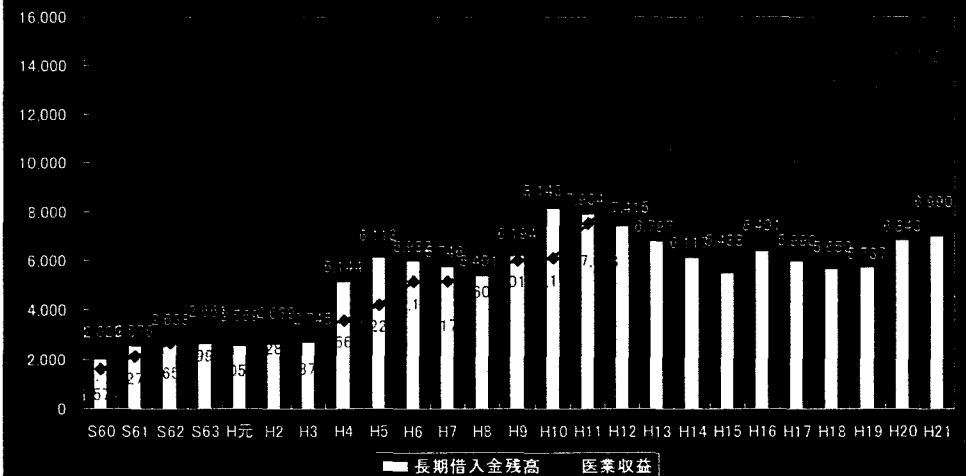
## 累積損益推移表(法人) 昭和57年度～平成21年度

単位: 百万円



## 長期借入金残高・医業収益 推移 (昭和58年度～平成21年度)

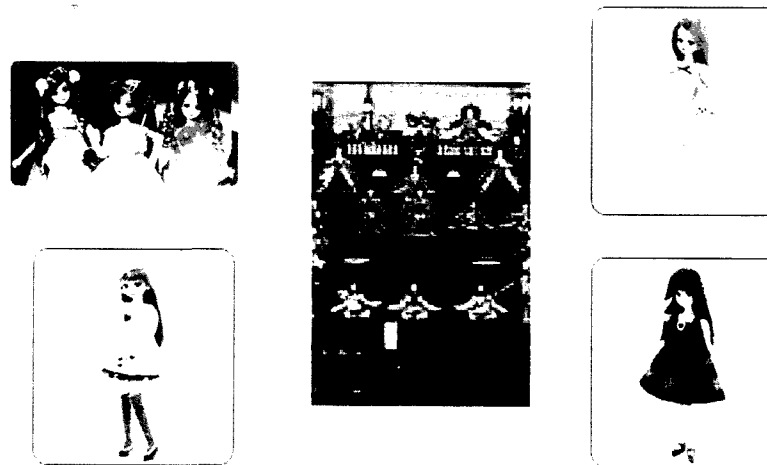
単位: 百万円



## チーム医療のデザインと事務

- チーム医療の形を「決め付けない」  
⇒創造性を発揮して、個性的デザインを獲得
- 「思い」を伝えて欲しい。
- チーム医療PDCAを、円滑に回すための事務  
⇒3つの顔が貢献できます

## 七段飾りのひな人形より 個性的リカちゃん人形を目指す



## 看護師の強力な 経営改善インパクトに注目！

- 医療機関最大最強専門家集団なのに……
- 常に前向き←“支えていかなければ”の強烈な情熱⇒失望させない
- 特定看護師、専門看護師、認定看護師  
⇒偏在の要因になる  
⇒医師支援価値  
⇒経営支援価値  
⇒医療&経営&職場の「質」を担う看護師

### 当院の専門・認定看護師 平成22年度

認定看護師 12名	がんセンター	緩和ケア認定4名
	がんセンター	WOC認定1名
	横断役割	救急看護認定1名
	救急センター	救急看護認定1名
	がんセンター	がん化学療法認定1名
	本館	摂食嚥下認定1名
	訪問看護ST	訪問看護認定1名
	本館	感染看護認定1名
専門看護師 4名	外来	乳がん看護認定1名
	看護部	精神専門看護1名
	横断的役割	老人専門看護1名
	横断的役割	急性・重症患者看護 専門看護1名
	横断的役割	老人看護専門看護1名



## 看護師退職率と退職者数の年度推移

1997年度～2009年度  
19.8%

単位：人

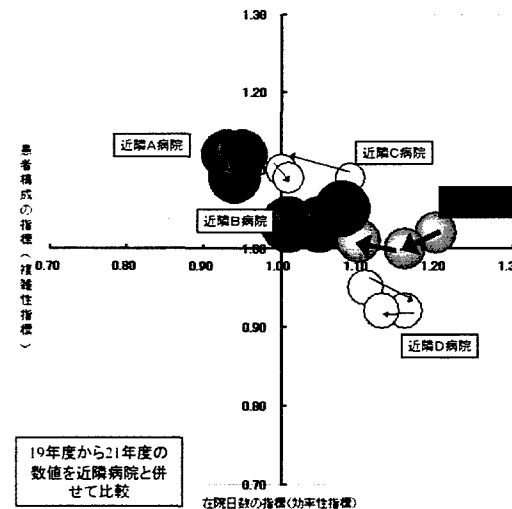


## DPCとチーム医療と病院経営

## 今も昔も経営の根幹は医師 経営改善の成否を握る

- 「病院」における事業の質量はここから
- 「医療」と「経営」の分離論は、執らない  
⇒「経営」に理解と認識ある医師は最強  
⇒事務部門は、後顧の憂いを絶つ
- おおいに腕をふるってもらう環境の醸成が  
不十分⇒活躍の場を、準備しきれていない現状  
(事務部門の成長が、時代に追いつけない)
- 医師と語れば「八方塞がらない病院経営」

## 当院の効率性指数に基づく係数と 複雑性指数に基づく係数について



- 当院の効率性指標は年々下がっている。むやみに在院日数の短縮をしなくなり、病床稼働率とのバランスを取るようになったためと思われる。
- 医療の質とDPC(収入)とのバランスも取れた在院日数に近づきつつあるのか。
- この係数のために在院日数短縮をとるか、無理をせず稼働率維持をとるか、どちらを進めていけば良いかは明白である。
- また、当院は循環器内科の検査入院などが多いため、複雑性指数については平均的である。

## チーム医療で、宝の山探索

- DPCは、探索に最良の手段
- 今は、まだ、その輝きに呆然としている
- 事務部門が「タコ壺」に、居座っては、探索が始まらない⇒チーム医療胎動
- 複眼経営の必然
- 鳥の目&虫の目で、身近な病院経営

## 改めて、事務部門とは

- 「病院」という「舞台」で、「チーム医療」という演題が見事に花開き「患者さん・家族の皆さん」に万雷の拍手をいただける、このイメージ
- 照明・大道具小道具・通行人・演出・シナリオ⇒3つの顔、総出で、務めます
- 原作は医師、名優はメディカルスタッフ全員
- 舞台の袖で、事務長は、泣きたい

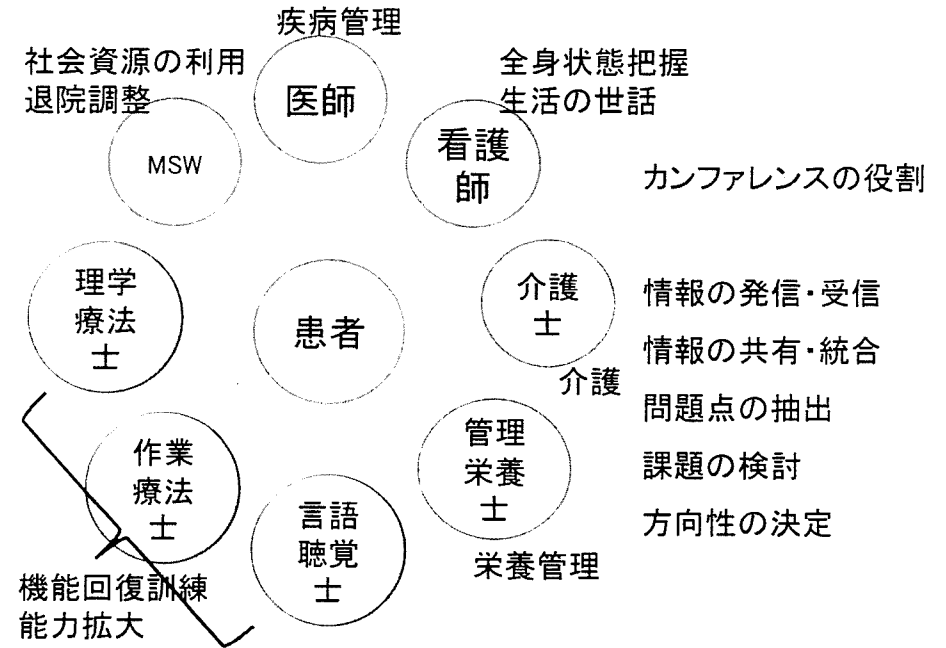
## チーム医療に貢献できる可能性と覚悟

医療保健福祉は、日本の新たな基幹産業の一角を担うこととなります。私たちには、同じ使命に日々取り組む多くの同志が、多数います。その言動の与える社会的影響責任が、日々増す中で、チーム医療は必須と言えます。未来の飛躍を信じ、先駆的な運営体制への革新を図り希望あるチーム医療の実践を支える…その根拠とスキルを私たち事務部門にはある…と、思います。超高齢社会という未知の時代をリードしていく「メディカルスタッフ」の活動に、我々事務部門も、ご一緒させてください。

# リハビリテーションチーム医療における事例提示

小川克巳(熊本総合医療リハビリテーション学院, 理学療法士)  
 中村春基(兵庫県立総合リハビリテーションセンター  
 リハビリテーション中央病院, 作業療法士)  
 森田秋子(初台リハビリテーション病院, 言語聴覚士)

## 入院におけるチーム医療の在り方



## リハビリテーションチームの連携の流れ

入院の流れ	リハビリテーションサービスの提供	チーム連携による患者側のメリット
入院	評価	病状や予後についてのわかりやすい説明
初回カンファレンス	予後予測 機能回復訓練	スタッフが同じ目標を共有
定期カンファレンス	ADL拡大	統一された介助方法による安定した生活
退院先決定へ	再評価	適切な心理的サポート
退院前カンファレンス	退院先検討	退院先決定のための情報提供
退院	家屋訪問 家屋改造 退院後サービス調整	効率的な医療による入院期間の短縮

## 事例提示

臨床現場でみかける事例をもとに、連携のうまくいった例とうまくいかなかった例を提示し、比較検討を行う。各職種を以下のように略す。  
 Dr: 医師、Ns: 看護師、PT: 理学療法士、OT: 作業療法士、  
 ST: 言語聴覚士、MSW: 医療ソーシャルワーカー、CN: 管理栄養士

1. リハビリテーションチーム医療事例報告  
 成功事例: 事例1・2・3  
 失敗事例: 事例4・5
2. 精神科リハビリテーションにおける  
 チーム医療の報告

## 事例1

# 整形外科リハビリテーションチーム

## (成功事例)

### 初期カンファレンス

医師:両下肢麻痺・膀胱直腸障害の回復は見込みなし  
看護師:入院後、病棟規則を乱し、又は布団をかぶり寝ている  
心理士:発症後1週であり、障害を受容できずに苦悶中  
P T:前向きな姿勢がなく、人間関係構築中  
O T:OT室に現れず未対応  
MSW:現状においては方向性に関する本人の意向は別として復学をゴールとしたい。家族の意向も復学にある。

### カンファレンスで導き出された方針



ゴール:高校3年への復学、復学に必要な車いす操作機能獲得  
看護師:病棟生活の規律化と精神的なサポート  
心理士:当面、毎日面談し精神的サポート  
P T:徐々に訓練量を増やし、車椅子による早期自立  
O T:病棟生活の自立  
MSW:家族及び高校へ復学方針の伝達と問題点の把握

## チーム医療成功例(1)

症 例:17歳 男性  
疾患名:バイク事故による脊髄損傷  
障害名:両下肢麻痺・膀胱直腸障害  
背 景:高校2年を修了し春休みでの自損事故

### <入院時評価>

1. すべてに対して反抗的でリハビリ意欲なし
2. 胸椎11損傷による両下肢の完全麻痺
3. 左下肢に若干の知覚残存があるもその他は消失
4. 排尿は圧迫・排便は下剤を使用
5. 復学については本人は否定的

### 中間カンファレンス

医師:両下肢麻痺・膀胱直腸障害の回復は見られない  
看護師:病棟生活も落ち着き、本来の明るさを感じる。  
心理士:高校復学の可能性によって意欲的になってきた。  
P T:車椅子による階段昇降、耐久性共に十分  
O T:ADLにおいて問題点なし  
MSW:高校への車椅子での復学は過去に例が無いなどの理由で復学拒否

### カンファレンスで導き出された方針



ゴール:高校3年への復学のため教育委員会と校長への説明と説得を展開 必要があればスタッフを派遣  
P T:本人と共に高校に行き車椅子でのデモンストレーションを行うこと  
O T:PTと同行  
MSW:学校側はエレベーターがない事が最大の理由 学校までスタッフが行くための調整開始

## 経過とまとめ

1. 初期ゴール設定通りに高校3年への復学となった。
2. この復学はその県にあって初めての出来事であった。
3. 復学が可能になった背景
  - ・カンファレンスによりチーム方針が明確化されてこと
  - ・初期では総力を挙げて精神的なサポートができたこと
  - ・入院中期から本人が復学を目標にしたこと
  - ・MSWが家族に対して目標を伝え理解を得たこと
  - ・家族がリハビリ科の方針と一致したこと
  - ・PT、OTの努力によって車椅子操作やADL能力向上
  - ・高校まで6時間をかけて患者と共にスタッフが行ったこと
  - ・教員が車椅子の安全性・活動性を確認できたこと



この復学が全国紙に取り上げられ、その後の復学の指針となった。  
高校卒業後、車椅子製作会社に就職し、現在も活躍中である。

## チーム医療成功例(2)

症 例: 37歳 男性

疾患名: 労災事故による右前腕切断

背 景: 子供2人の4人家族 収入源は本人のみ

### <入院時評価>

1. 右前腕切断 実用長13cm
2. 断端形状良好
3. 前職である大工への復職を強く希望
4. 他職への転換には否定的
5. リハビリへの意欲は十分

## 事例2

### 整形外科リハビリテーションチーム

### (成功事例)

#### 初回カンファレンス

医 師: 切断端の医学的問題はなし

看護師: 意欲的に左手による食事練習等を病棟で実施

心理士: めずらしいほど前向き

P T: 断端に若干の疼痛があるも意欲的

O T: 左手によるADL練習に意欲的に挑戦中

MSW: 大工への復職を希望しているが能力的に可能か?

義肢装具士: 大工仕事を分析し義手を研究

カンファレンスで導き出された方針



ゴール: 現職(大工)復帰

P T: 義手を自由に使える筋力等の向上に努める

O T: 病棟生活の自立を当面は目指す

MSW: 会社側との復職についての相談を開始

労災補償について労働基準局と打ち合わせ

義肢装具士: 大工仕事に適応した義手を製作

### 中間カンファレンス

医師:大工仕事が可能か否かの判断が必要  
看護師:病棟生活は左手で十分にこなしている。  
心理士:復職についての困難性を感じ不安感が強くなっている。  
P T:鉋やノコの練習を行うも非常に困難性あり  
O T:鉋やノコの改良等を行うも復職の困難性高い  
MSW:大工への復職が困難か否かの結論を求める  
義肢装具士:義手の改良を行うも大工仕事までには至らず

カンファレンスで導き出された方針



ゴール:大工への復職は断念し職場転換を目指す  
医師:現職復帰の困難性を説明  
心理士:復職断念による精神的サポート  
P T:義手を生活レベルの活用へ方向転換  
O T:左手による事務作業の向上に最大努力  
MSW:会社と配置転換による事務職での雇用継続を交渉  
義肢装具士:装飾用義手の作成開始

### 経過とまとめ

1. 初期ゴール設定であった大工への現職復帰はかなわなかったが事務職への配置転換で復職した。
2. この会社において障害者の受け入れは初めてであった。
3. 復職が可能になった背景
  - ・カンファレンスによりチーム方針変更が明確化されてこと
  - ・本人の家族への責任感が強かったこと
  - ・MSWが会社とコンスタントな情報提供を行ったこと
  - ・PT、OTが現職復帰へ最大限の努力を行ったこと
  - ・義肢装具士が昼夜を問わず大工用の義手製作に努力したこと
  - ・現職復帰へ本人・チームスタッフが最大努力をしたことで本人が配置転換(事務職)への受容ができたこと



事務職として復帰し、現場での指導等を行っている。

症例:82歳 女性

疾患名:脳梗塞

障害名:重度失語症、中等度摂食嚥下障害、全般的認知機能低下

### 事例3

## 脳卒中リハビリテーションチーム

### (成功事例)

#### <入院時評価>

- ・ 重度右片麻痺、重度失語、全般的認知機能低下
- ・ コミュニケーションは口頭でやり取り困難
- ・ 日常生活全般に介助を必要とする
- ・ 嚥下機能低下を認め、3食経管栄養
- ・ 長男夫婦は、介護が必要であっても経口摂取が可能となれば自宅引き取りを希望

### カンファレンス

MD: 仮性球麻痺による嚥下機能低下は認めるが、病巣から判断し嚥下障害については廃用的要因が強い

Ns: 自宅での食生活について聴取したところ、もともと少食で、偏食傾向があり、1年中アイスクリームを食べていた。

PT: 重度右片麻痺、高齢のため歩行は困難だが、介助量軽減は可

OT: 尿意便意はあり、軽介助でトイレでの排泄を目指す

ST: 嚥下機能低下は認めるが、経口摂取は可能なレベル  
少量ずつならアイスクリームの摂取も可能と思われる

CN: アイスの提供や補助栄養飲料を凍らすなどの対応も可能

MSW: 夫は死別。長男夫婦と同居。嫁は週3回のパートをしているが、時間を短縮し介護をすることが可能。経口摂取が可能となれば、介助が必要であっても自宅引き取りを希望している。



食事の経口摂取、介助量軽減をはかり、自宅退院を目指す

### カンファレンス

MD: 仮性球麻痺による嚥下機能低下は認めるが、病巣から判断し嚥下障害については廃用的要因が強い

Ns: 自宅での食生活について聴取 → 少食で、偏食傾向があった。  
1年中、毎日アイスクリームを食べていた。

ST: 嚥下機能低下は認めるが、経口摂取は可能なレベル(水分にトロミは必要)

少量ずつならアイスクリームの摂取も可能と思われる

CN: アイスの提供や補助栄養飲料を凍らすなどの対応も可能

カンファレンスで導き出された方針



バニラアイスの摂取を開始。問題なければ補助栄養飲料を凍らしたものを段階的に導入。ST訓練で開始し、病棟での摂取に拡大する。その後、段階的に食事を導入し、経管離脱し補助栄養摂取を目指す。

常に状況を家族に説明、在宅での介助方法を検討しながら、サービスについても検討する。

## 経過とまとめ

- 脳梗塞後重度右片麻痺嚥下障害を認めた82歳女性。
- 医師、STの情報より嚥下機能は比較的良好であることがわかったが、食事摂取の拒否が顕著であった。
- PTOTより自立は困難であるが、介助量は軽減が可能。
- 看護師がもともとアイスが好物であった情報を得、試行的に摂取をうながすとアイスは拒否なく口にした。
- これを利用し補助栄養を凍らせ摂取をうながした。特に好きだった種類のアイスのカップを家族が提供し、その中に入れたものは喜んで食べた。
- 関係職種間の情報共有を頻回に行い、状況を把握し、統一した対応で症例の改善を見守った。
- 3食経口摂取が可能となり、介助量が軽減し、サービス利用のもと、自宅に退院することができた。

## 事例4

### 脳卒中リハビリテーションチーム

(失敗事例)

症例:60歳 男性

疾患名:脳梗塞

障害名:左片麻痺、注意障害、左半側空間無視、  
全般的認知機能低下

### <入院時評価>

- ・中等度左片麻痺、重度注意障害、重度半側空間無視など高次脳機能障害を認める。
- ・座位は可能であるが注意がそれると左に倒れ、ADLは全般的に見守り、介助が必要
- ・記憶は比較的保たれているが、多弁で一方的な発言が多く、介助者の気持ちを推測できない

### <家族情報>

妻と二人暮らし、妻は週5日パートで働いているが、可能であれば症例の引き取りを希望している。少しでもよくなって欲しいと願っている。

### 【問題点】

現在ADLに重度介助を要す。麻痺は中等度であり、年齢から回復の可能性も期待できるが、重度の高次脳機能障害が残存すれば自立が難しい可能性もある。自宅復帰のためには、ADLの改善と家族を含めた退院後のサービス調整が必要。

### カンファレンス

MD:麻痺が重く、回復には時間がかかる、入院期間は長めに設定  
Ns:コールが定着しない。愁訴多い。排泄管理は不確実。食事で左側を食べ残す。介入が必要

PT:体幹、左下肢随意性にアプローチし、歩行訓練を行う

OT:食事、整容動作へアプローチし、移乗・トイレ動作の介助量軽減を目指す

ST:机上検査で左見落としあり、会話は一方的。注意機能訓練を行う

SW:妻と2人暮らし。妻は5日パートで仕事をしているが、回数時間を減らすことは可能。自宅への引き取りを希望しており、少しでも良くなってほしいと願っている



### 方針

それぞれの職種の目標に向けてアプローチし、改善を目指す。家族への介助指導、サービス調整を行い、自宅復帰を目指す。入院期間は4ヶ月。

## 経過

・本症例について、業務の煩雑さからカンファレンスは初回のみの実施となり、以後は書面での連絡を取り合うこととなったが、なかなか頻回に行うことは困難であった。

・3か月後、それぞれの職種でリハビリテーションが進み身体機能、高次脳機能ともに改善を認めたが、ADLは思うような改善につながらず、全般に介助誘導が必要なレベルにとどまった。

・家族は回復を希望していたが、発症後3か月半の時点で突然に家族に介助指導が行われ、退院日の決定を求められた。介助量が多く、家屋改造や備品の用意も必要であると言われた。仕事も休むことができず、妻はパニックに陥ってしまった。



妻は引き取りを拒否し、施設入所を申込み、施設へ退院する方向で話が進むことになった



# まとめ

- 脳梗塞による重度左片麻痺、重度高次脳機能障害により、入院時ADLは全介助であった。60歳と年齢が若いことから改善の可能性も考えられたが、入院3か月時点で介助が必要なレベルであった。
- 初回以降カンファレンスが行われず、チーム内での情報共有、状況認識が不足していた。また、全体としての目標がはっきり定まっていなかった。
- 妻は働いていたが、夫の引き取りの気持ちがあった。しかし入院3か月半の時点で、突然2週間後の引き取りをせまられ、心理的に動揺、その後妻の状態が改善せず、本症例の退院先は施設となった。
- 早期から妻への情報提供を十分行い、症例の状況を共有し、退院後の生活イメージ、サービス検討を含む具体的な目標が提示されていた場合、自宅退院が可能であったケースと考えられた。

症 例:68歳 男性

疾患名:脳梗塞

障害名:右片麻痺

背 景:夫婦二人住まい 息子夫婦が近隣に居住

## <入院時評価>

1. 言語的コミュニケーション不可(意思確認可能)
2. 右上肢BS I 右下肢BS III
3. ADLほぼ全介助
4. 高次脳機能障害なし
5. 尿意・便意あるも自立した対処は不可能

## 事例5

### 脳卒中リハビリテーションチーム

#### (失敗事例)

#### 初回カンファレンス

医 師:右上下肢の麻痺の状態はシビアだが全身状態は安定  
看護師:病棟では全介助であり依存的  
心理士:ショック状態でありうつ傾向  
P T:右手の回復は困難であるが右下肢の回復は可能性あり  
O T:利き手交換によって生活自立を目指す  
S T:軽度の失語を呈する  
MSW:奥さんは自宅復帰を希望

カンファレンスで導き出された方針



ゴール:家庭内自立による復帰

心理士:精神的サポートに全力を投入

P T:1本杖歩行の確立

O T:利き手交換によるADLの自立

S T:コミュニケーション手段の獲得

MSW:奥さん及び息子夫婦との家庭復帰への調整

### 中間カンファレンス(発症2か月)

医師:家庭内自立へ更に1か月の入院加療が必要  
看護師:病棟内ADLは歩行を除いて自立  
心理士:落ち着いた精神状態で努力を継続  
P T:歩行の自立まで4~6週間が必要  
O T:利き手交換は順調 家屋調査終了  
S T:失語に関しては大きな変化なし  
MSW:具体的な家屋改造を計画中

### カンファレンスで導き出された方針

ゴール:1ヶ月の入院延伸で家庭内自立を目指す  
医師:退院後は外来でのリハビリ継続の方針  
心理士:奥さんの精神的サポートが必要  
P T:歩行自立へより積極的対応  
O T:家屋改造を具体化  
S T:外来での継続を視野に言語聴覚療法を継続  
MSW:家屋改造に伴う財政負担を調整

### 経過とまとめ

1. リハビリ科の治療方針にかかわらず脳卒中科のベッドコントロールのために中間カンファレンスの1週後に突如退院
2. 退院先は老人保健施設であり、十分なリハビリ量を提供するには困難性あり
3. チーム医療が成就できなかった背景
  - ・脳卒中科の医師がカンファレンスに参加していなかったこと
  - ・脳卒中科の医師にリハビリ方針を十分に伝達しなかったこと
  - ・脳卒中科の病棟看護師にリハビリ方針が伝わっていなかったこと
  - ・病院全体がベッドコントロールを第一義としていること
  - ・急性期病院にあってリハビリ医療のありかたが不整合的になっていること

↓

自立歩行目前であったが現在は全く歩行不可の状態

## リハビリテーションのポイント

チーム医療はリハビリテーションの正否を決定する要件であり、その中核はカンファレンスである。

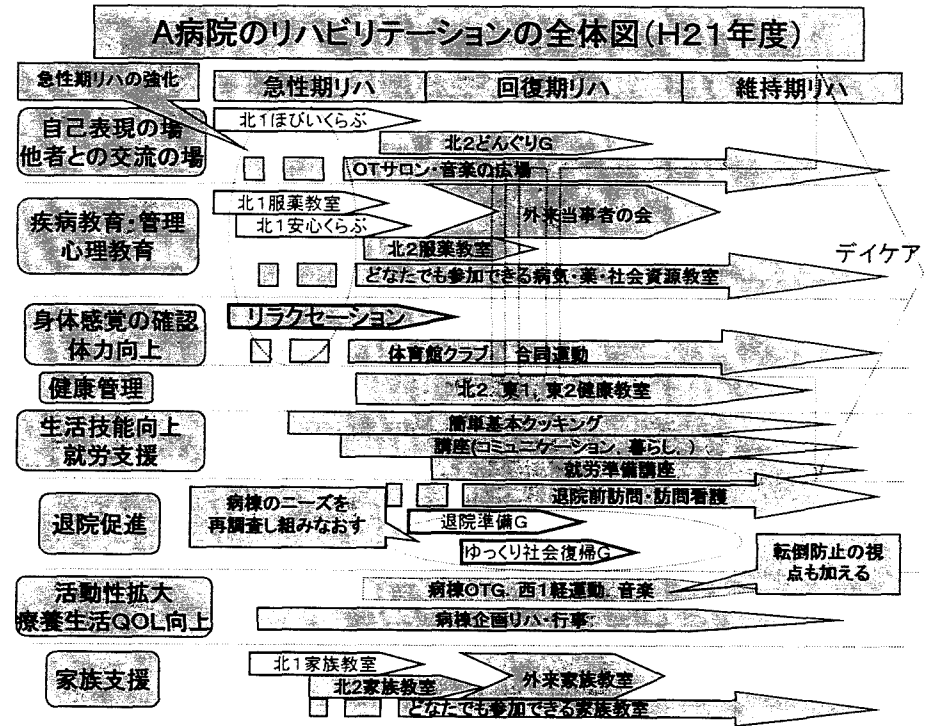
特に重要な観点は以下の3点である

1. 関係職種間の頻回な情報交換と情報共有
2. チームとしての共通目標
3. 家族の参加
4. 専門職が互いに尊重しあう

⇒質の向上・教育の充実

# 精神科リハビリテーションにおける チーム医療の報告

社団法人 日本作業療法士協会  
中村 春基



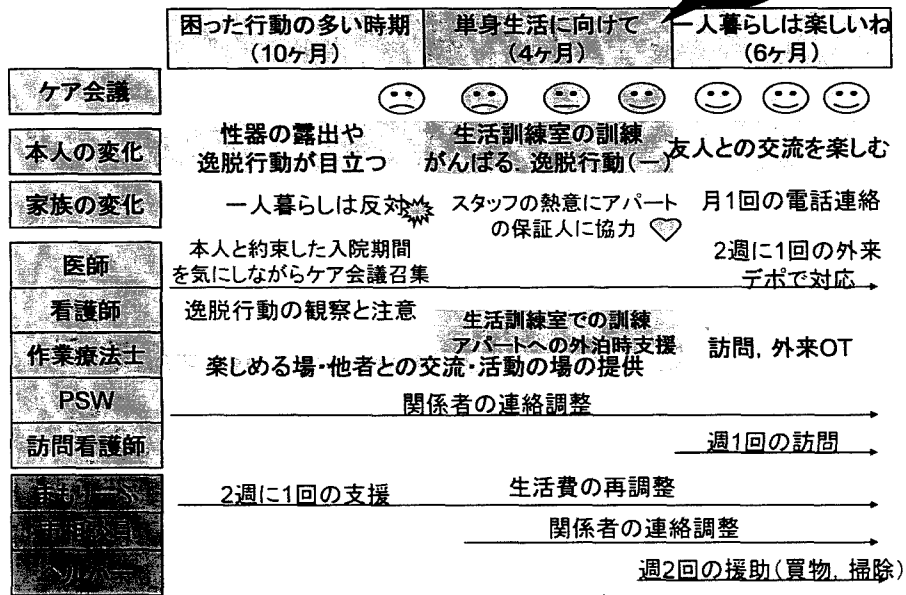
## Aさん

- 40歳代後半 男性 統合失調症
- 15年程の長期入院の後、食事つき寮に退院した。退院後は訪問看護の援助を受けていた
- 忘れっぽい、その時思いついたことで行動し、約束を忘れることもしばしば。
- 根っからの女性好き。
- 女性関係のトラブルから2年程で再入院(入院は半年という約束)。
- 病棟では穏やかなマイペースな生活。作業療法へのほぼ毎日参加(将棋、音楽、体育館クラブなど)時々準夜勤務の若い看護師等に性器をみせるなどワイセツ行為が問題となり、退院に向けた支援までに至らなかった。
- 家族も退院には消極的であった。

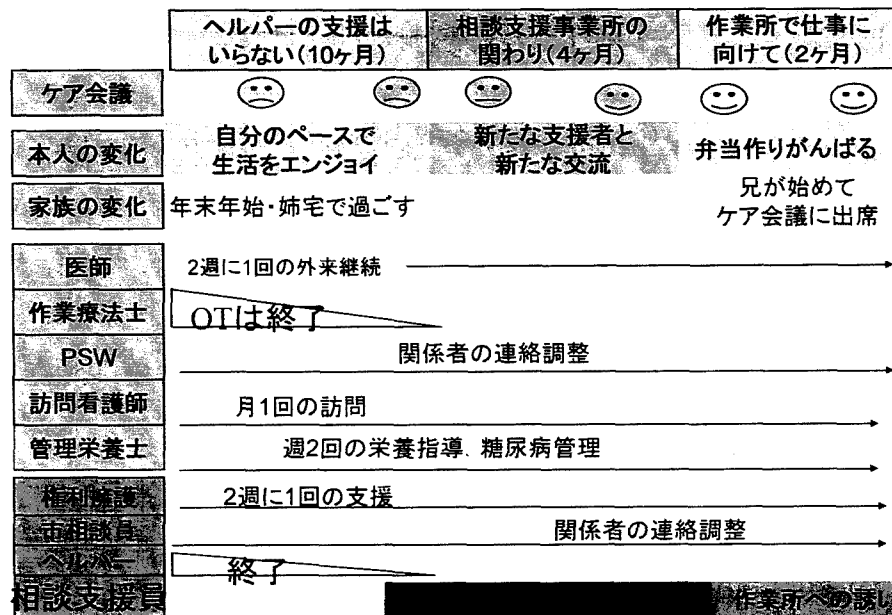
## 一人暮らしをしたい Aさんの希望を受けて

- ケア会議にて、一人暮らしをしたい、寮にはもどりたくない。という希望が話された。
- Aさんの希望を受けて、Aさんの能力評価も兼ねた生活訓練室での個人作業療法を開始した。
- 意外に生活能力が高いAさんが確認でき、支援チームは一人暮らしを支持していった。
- 重装備の支援体制を組んで、家族からの了解を得る作業も行った。

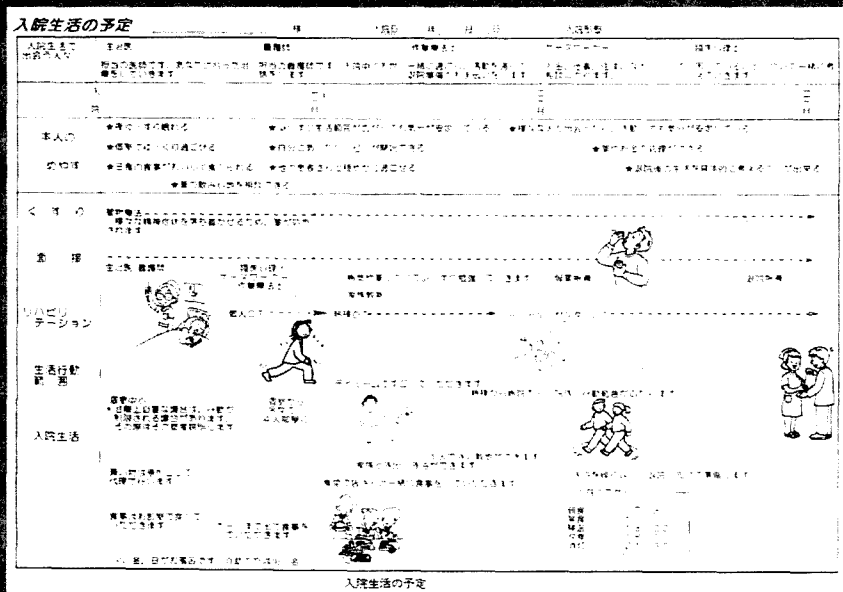
# Aさんの支援経過



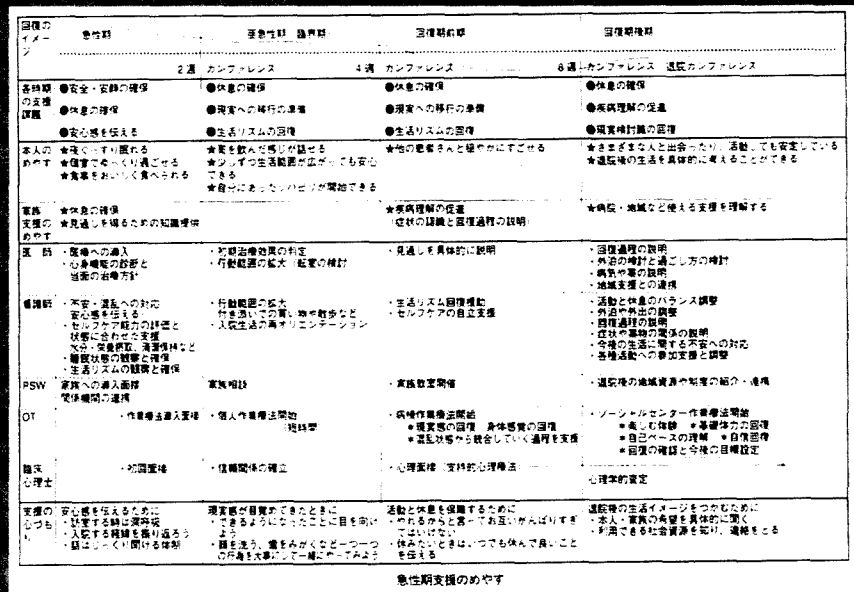
# Aさんの支援経過 II



# 入院生活の予定(急性期利用者用)



# 急性期支援の目安(医療者用)



# 慢性期支援の実際

支援の時期と課題	導入期 その人を知ろう	展開期 あきらめずじっくりと 取り敢えずカンファレンス	社会復帰準備期 あせらず地域につなぐ
本人への支援課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活史を知る</li> <li>希望や不安を知る</li> <li>社会生活の査定</li> <li>支援チーム結成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自信を取り戻すための機会を作る</li> <li>必要な情報や体験の提供</li> <li>生活基盤の獲得</li> <li>必要な支援の検討</li> <li>将来の生活イメージを作る</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活基盤の確定</li> <li>安心して社会生活に移行するための体験プログラム</li> <li>社会生活支援の体制作り</li> </ul>
家族への支援課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>歴史を知る</li> <li>不安と希望を知る</li> <li>本人との関係を知る</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>支援継続</li> <li>必要な情報や体験の提供</li> <li>家族の出来る事の確認</li> <li>共通理解を元に将来の生活イメージを作る</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>危機対応を含めた支援体制作り</li> <li>家族の役割確認</li> </ul>
カンファレンスとチームの動き	<ul style="list-style-type: none"> <li>チームの結成</li> <li>支援イメージを共有</li> <li>役割分担</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>支援内容の見直しと役割分担の修正</li> <li>評価は内面を重視</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院準備の計画 / 実施 / 評価</li> <li>退院後の支援体制作り</li> </ul>

# 退院に向けて(慢性期利用者用)

宮城県立精神医療センター

**退院に向けて (入院が長い方用)**

**1. これからのことを考えよう!**

- 話ができるスタッフを見つけてみましょう
- 今までのことを振り返ってみましょう
- 家族と会って話をしてみましょう

**2. いまできることから始めよう!**

- 今できることをみつけましょう
- 何ができるか試してみよう
- 病気や薬について学びましょう
- 利用できる社会資源を見学してみましょう
- 退院した人の体験も聞いてみましょう
- これからどんな生活がしたいか考えてみましょう

**3. 退院後のことを考えよう!**

- 生活にあたって利用できるサービスを利用してみましょう
- 退院先で何回か練習してみましょう
- 利用できる社会資源を見学してみましょう
- 退院先で不安なことは話をしておきましょう
- 何かあったときの相談相手を決めておきましょう

ゆっくり、進めていきましょう

あなたの担当医師は \_\_\_\_\_

担当看護師は \_\_\_\_\_

担当ワーカーは \_\_\_\_\_

担当作業療法士は \_\_\_\_\_

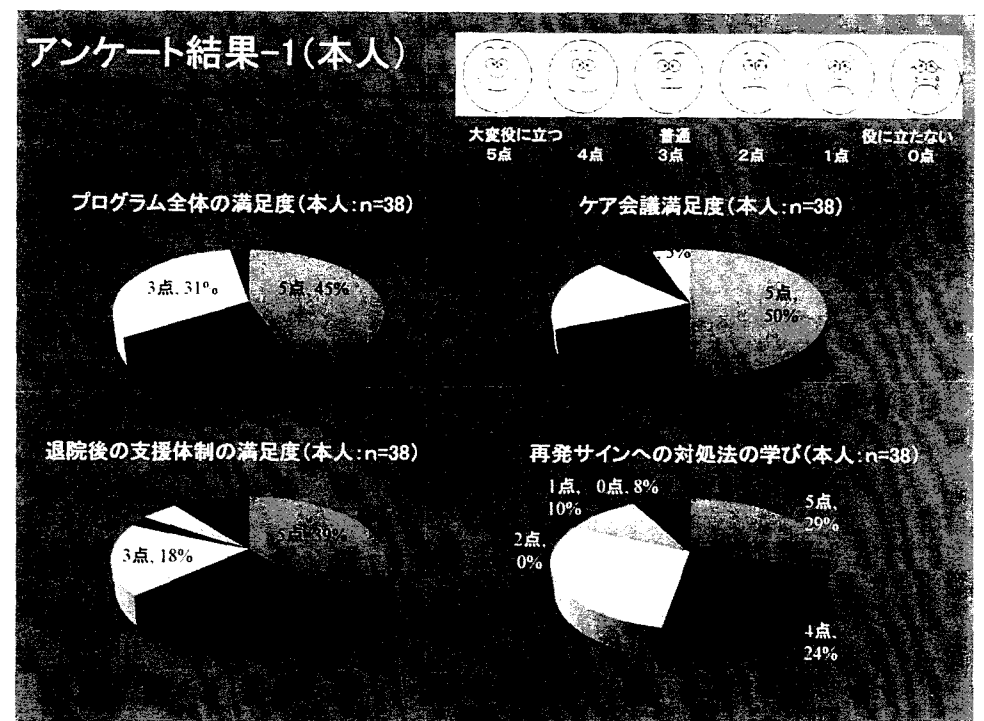
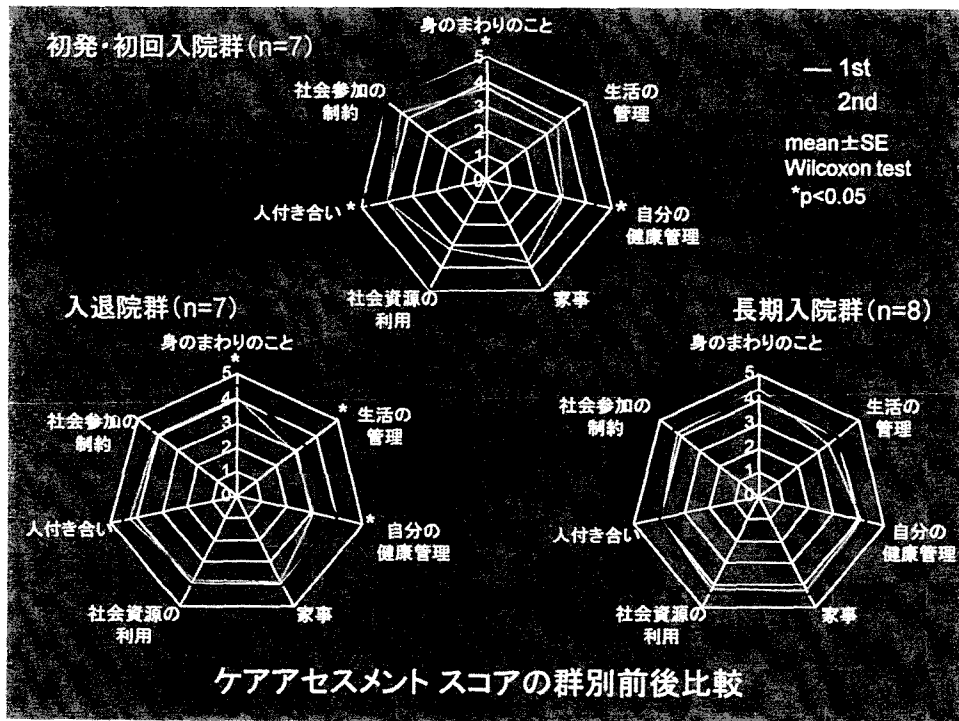
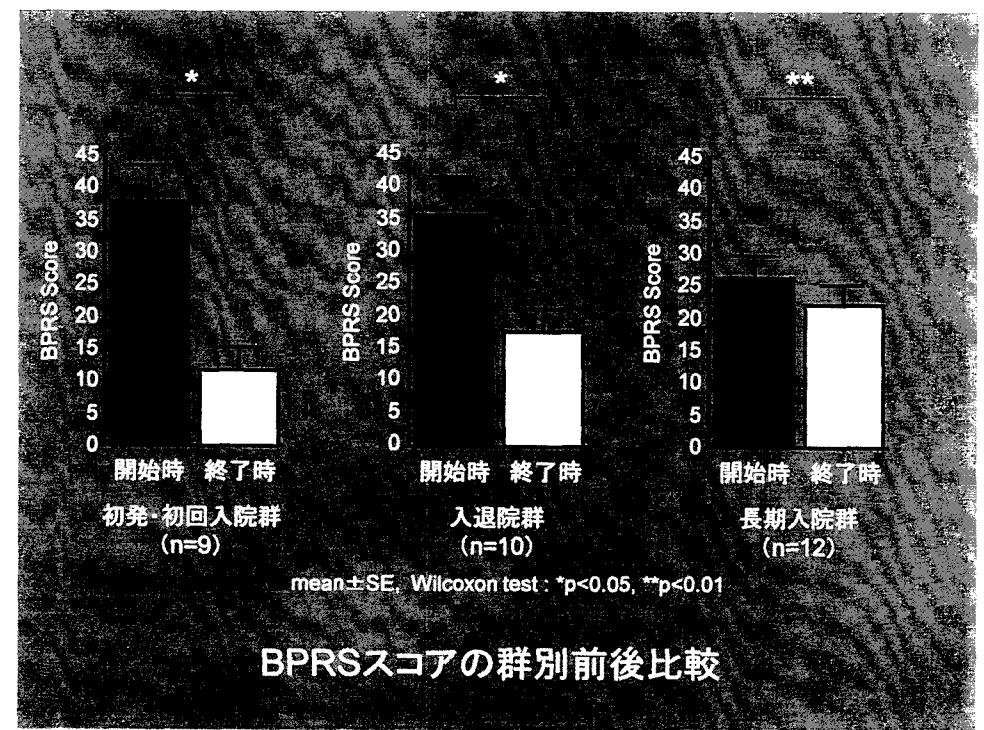
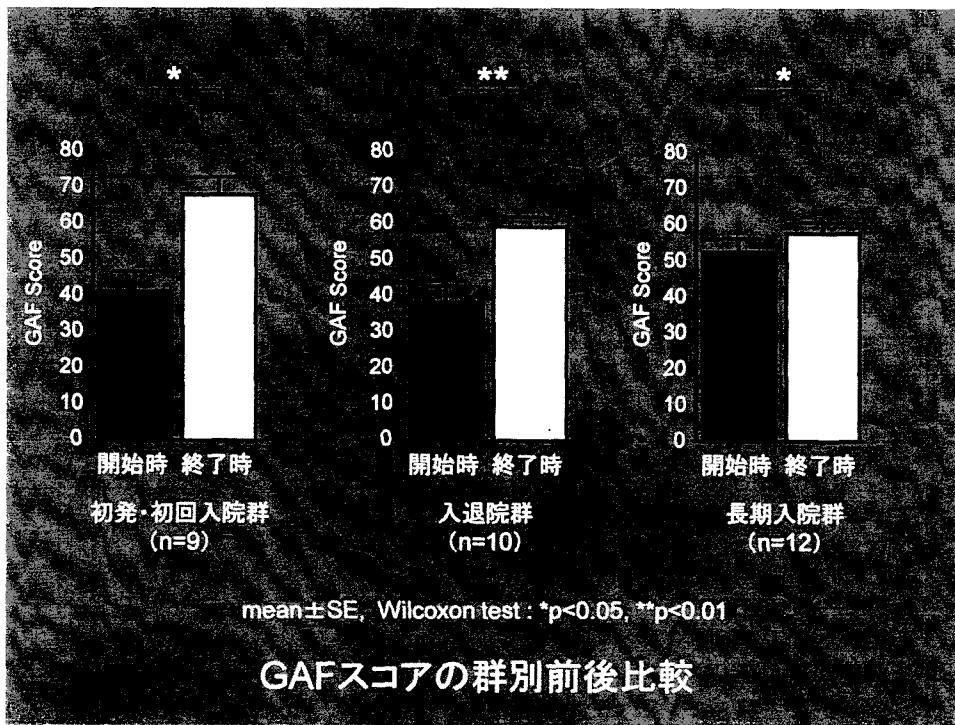
# 慢性期支援の目安(医療者用)

項目	慢性期支援のめあて	宮城県立精神医療センター	支援体制
目的	慢性期利用者に対し、生活基盤の獲得、社会生活の移行、社会復帰の支援を行うこと。	慢性期利用者に対し、生活基盤の獲得、社会生活の移行、社会復帰の支援を行うこと。	慢性期利用者に対し、生活基盤の獲得、社会生活の移行、社会復帰の支援を行うこと。
対象者	慢性期利用者	慢性期利用者	慢性期利用者
実施期間	慢性期利用者	慢性期利用者	慢性期利用者
実施場所	慢性期利用者	慢性期利用者	慢性期利用者
実施者	慢性期利用者	慢性期利用者	慢性期利用者
実施内容	慢性期利用者	慢性期利用者	慢性期利用者
評価	慢性期利用者	慢性期利用者	慢性期利用者
備考	慢性期利用者	慢性期利用者	慢性期利用者

## チーム医療の鍵1: 早期からケア会議を開催

- 対象者を中心とした地域の含む多職種チームを作る
- 定期的なケア会議の開催.情報の共有と各職種の役割確認
- ケースカンファレンス・ケア会議以外での情報共有も重要
- ケア会議には本人,家族が入ることを原則とする





## アンケート結果-2(家族)

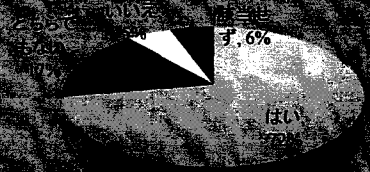
プログラム全体満足度(家族:n=18)



ケア会議満足度(家族:n=18)



再発サインへの対処法が学べた(家族n=18)

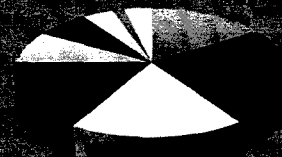


退院後の支援体制の満足度(家族:n=18)

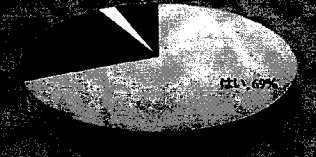


## アンケート結果-3(スタッフ)

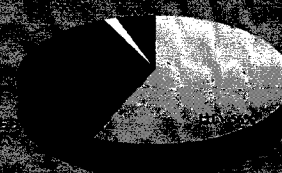
回答者(スタッフn=168)



ケア会議満足度(スタッフn=168)



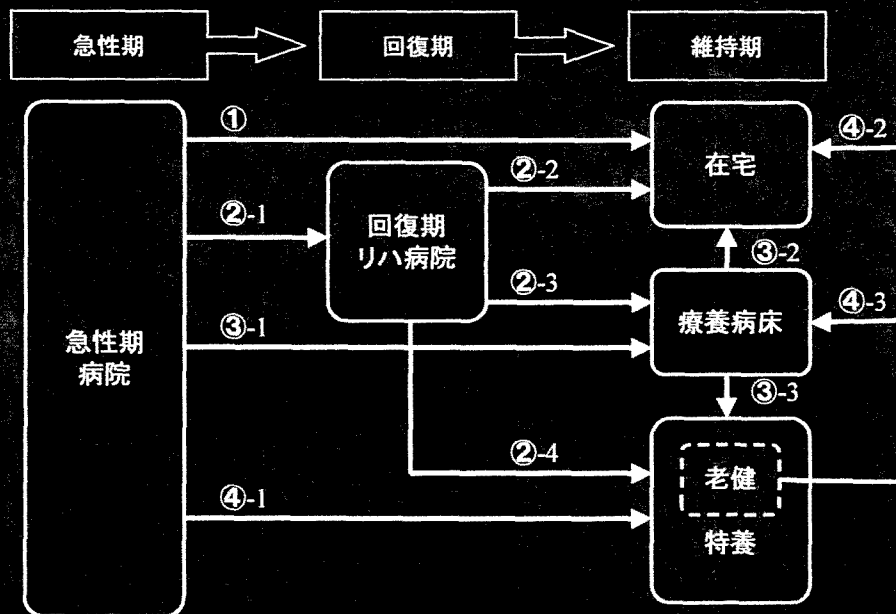
プログラム全体満足度(スタッフn=168)



早期退院支援への理解が深まった(スタッフn=168)



## 退院患者の移動のパターン (資料 1)





厚生労働省  
チーム医療方策検討WG  
チーム医療検証事業への具体的提案と  
チーム医療の評価の提案

初台リハビリテーション病院  
ソーシャルワーカー  
取出 涼子  
(チーム医療推進協議会)

1

- 近代の医療は専門分化が進む一方、患者の望む医療も多様化している
- 高度に進歩した専門的医療を患者の「生活」につなげることが重要である。
- これに対応するためには、高い専門性を持つメディカルスタッフが連携しつつ、適切に補完し合うことが不可欠である。

3

□これまでの議論

- ×医療費の削減のため
- ×医師の負担軽減のため
- ×平均在院日数短縮のため
- ×医療者が働きやすいしくみ
- ×メディカルスタッフを十分活用してもらうため

…これらは結果論。目的そのものではないのでは？

2

- 専門分化した医療を背景として、チーム医療の形態は多岐にわたっているのが実情である。
- 患者もチームの一員である。
- チーム医療では患者と各メディカルスタッフは情報を共有する。
- その結果、患者自身の最良の医療の選択が促進される。

4

□ 方法

- ①ひとり一人、さまざまな背景をもつ患者から、治療に当たっての要望を十分に聞き取る
- ②医科学の進歩：膨大な知識、臓器別治療技術の高度化と細分化をチームで補完する
- ③最新の情報を元に、標準的な療法、臨床試験、代替療法までを客観的に根拠(エビデンス)で患者に示す
- ④患者と共に、患者にとっての個別、かつ最良の治療方法を選択する
- ⑤治療自体を生活につなげていく
- ⑥家族のサポートやケアも忘れない

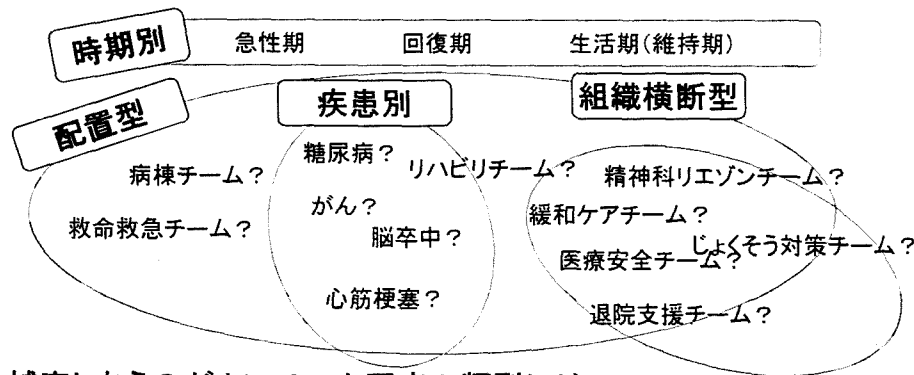
□チーム医療検討方策WGの目的

**H23年度チーム医療検証事業にむけて**

- ①どの領域を検証するのがいいのか、
- ②検証の際、どのような基準(ガイドライン)で評価するか

□これまでのチーム医療検討方策WGでの議論

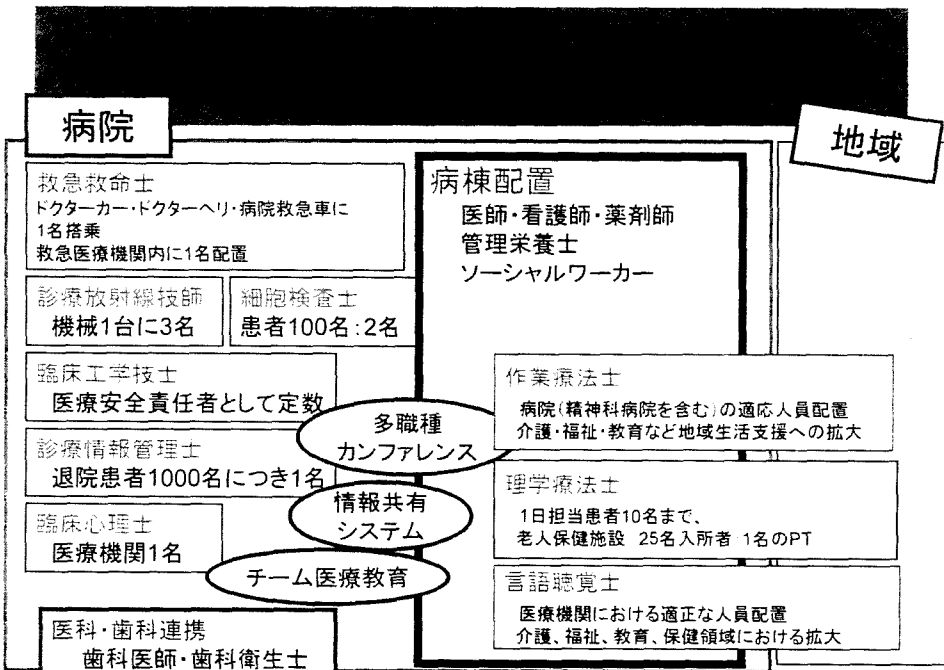
- チーム医療実践に必要な人員が十分そろってはじめてチーム医療を検討する必要性が議論された
- ‘組織横断型チーム’を増やしたいという議論はなかった



補完しあうのがよいチーム医療の類型には病棟配置型チームと組織横断型チームがある。お互いに補完しあうとよい。治療時期によっても変化する。

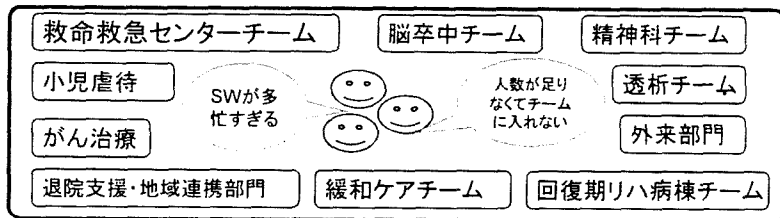
- 病棟配置型チームによってどこまでチーム医療の目的が達成されるかを検証する  
(近森委員、栗原委員のスライド参照)  
病棟にメディカルスタッフを過不足なく配置するとどうなるかを検証

- 「DPCで包括払いにすると、必要な検査や治療をしない医療機関が出てくる」  
→「倫理」も評価に加える必要あり



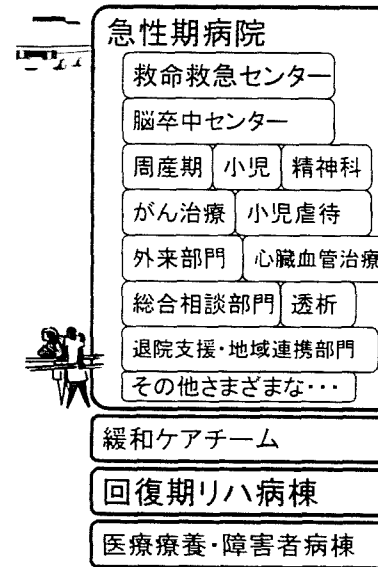
## チームアプローチのための ソーシャルワーカーの課題

- 病院には多くのチームが存在する。  
多くのソーシャルワーカーがチームを掛け持ち



- 必要なカンファレンスに入れない  
多忙で援助に時間がかかる  
援助が必要な人にかかわれない  
→ 他の職員が苦手な「転院」に特化するSW急増!  
→ 専門チームが増えすぎると  
本来の「チームアプローチ」に参画できない・できていない

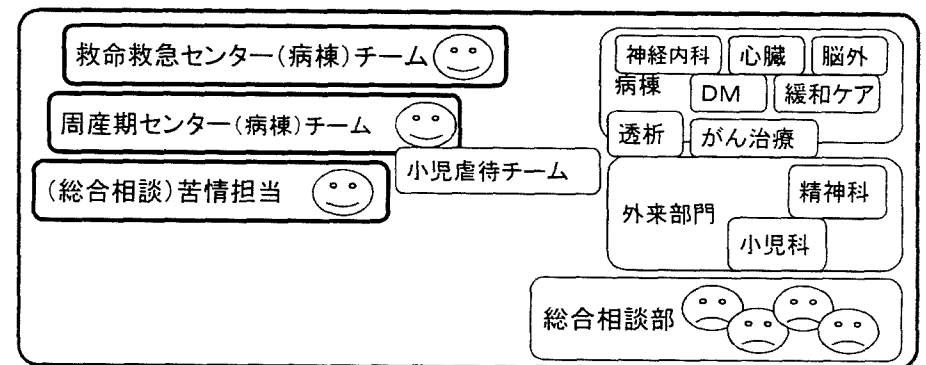
## 医療ソーシャルワーカー（社会福祉士）の業務



- さまざまな治療場面で  
患者・家族の要望をよく伺い  
治療を生活につなげます

身元不明・キーパーソン不在／疎遠／高齢  
医療費支払い困難 外国人 自殺企図患者  
治療拒否 虐待 多問題家族  
医療スタッフと信頼関係が構築できない  
退院後の生活が不安  
入院中の生活が不安  
退院計画・退院(転院)援助  
社会保障制度活用  
在宅緩和ケア(看取り) 在宅医療  
入院相談機能 総合相談機能  
苦情 家族のケア  
その他

## 北里大学病院の場合



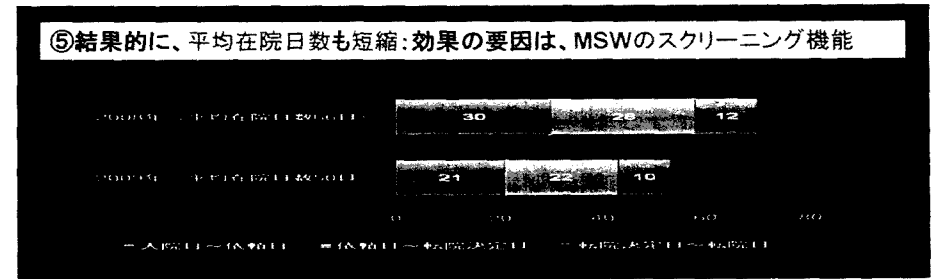
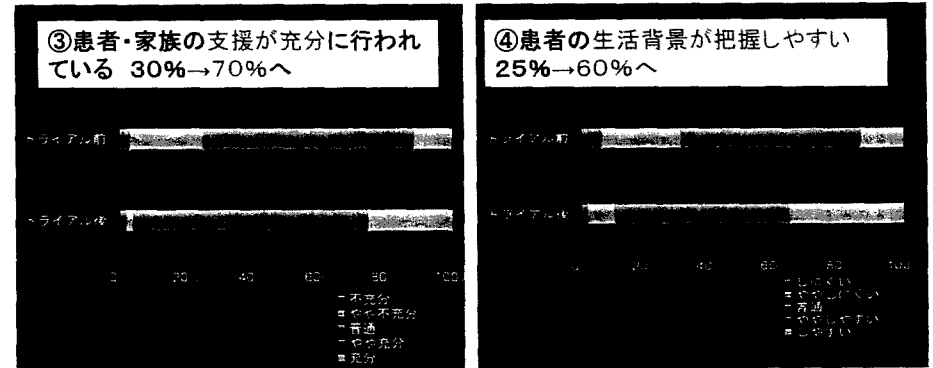
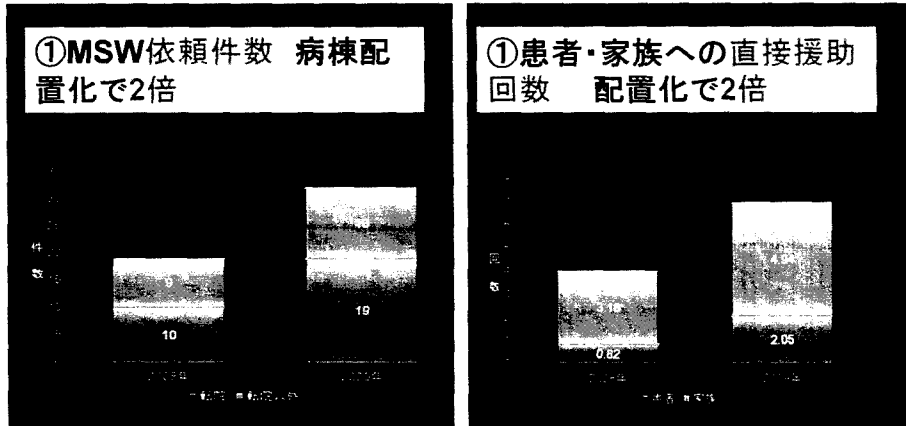
- 1069床、21病棟にSW7名

救命救急センター・母子周産期センター・苦情担当に特化した  
担当者、そのほかの領域を4名で対応

- 退院支援は退院支援看護師と協働、在宅・転院両方に係る

# 北里大学病院 救命救急センターの例

三次救急医療施設 病棟35床  
 重症患者かつ社会背景が複雑な方などが来院  
 管理栄養士・薬剤師・ソーシャルワーカーが病棟配置



# 北里大学病院 救命救急センターの例

管理栄養士 病棟配置のメリット

- 救命救急の患者は病態変化が大きい  
 →患者は食事状況も大きく変化する。  
 →早い対応ができ、適切な食事療法が可能
- 救命救急の患者は急な転院が多い  
 →NSTでかかわっている情報を細やかに次の転院先に伝達し連携できる
- 食事状況について、患者・家族に丁寧に説明できる

# 北里大学病院 救命救急センターの例

薬剤師 病棟配置のメリット

- 救命救急センターは医薬品(特に注射薬)の使用量が多い  
 →医薬品管理が行き届く
- 救命救急センターは、多種類・リスクの高い薬の使用が多い  
 →リスク回避の対応がリアルタイムで可能
- 救命救急センターは重症患者が多い  
 →薬剤選択や投与量の変更を柔軟に対応することで臓器障害を予防
- 医師・看護師が相談しやすい→リスクが減少する

- 自職種による援助対象者のスクリーニングが可能
  - 配置化による時間確保、優先的に業務遂行が可能
  - 医療の中心にいる「看護師」との協働が取りやすい  
（“専門チーム”に比べ）
- ↓
- 問題発生前から予防的に援助ができる
  - 多くの患者・家族の相談に乗ることができる
  - 治療初期から退院に向けた援助を開始することで、治療を「生活」につなげやすい(SWの配置は有効です！)

◆ 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の病棟への関与も、早期から「生活への視点」を持ち、退院後の自宅生活を地域で支えることができる。

### □ 診療放射線技師:

- ① 放射性医薬品を作成すること(ミルクング)  
核医学検査等を適切に実施することができる。
- ② CTおよびMRI検査時等において、自動注入器で造影剤を注入するとともに、造影剤を注入した後に針抜すること
- ③ 消化管X線検査(注腸検査:大腸のバリウム検査)でのゾンデ挿入、バリウム注入などもグレーゾーンの一つです。

□ 細胞検査士: 判定が陰性であった検体の取り扱い。

### □ 救急救命士;

・救急医療機関に就業している救急救命士が院内の処置室等で実施している処置

### □ ‘組織横断チーム’の検証の提案

医科歯科連携の検証を提案

高齢者の退院を阻害する因子は

排泄……リハビリ

食事……栄養 □ 口腔ケア リハビリ

□ それぞれのチーム医療の目的とその達成度を検証すべきである。

□ チーム医療の評価には医療の質評価という観点が必要である。

### 提案

① P4P 日本版の作成

② 米国 COE 日本版の作成

□ 構造評価

- 明確なチームの目標をもっているか？
- 目標達成のために必要な職種がそろっているか？
- 治療のエビデンスがあるか？
- 情報共有システムをもっているか？

□ プロセス評価

- 最新の技術、知識を提供しているか？
- 患者が、個性性に合わせた選択をしているか？
- 治療後の生活につながっているか？
- 金儲け主義になっていないか？
- 情報共有ができていないか？
- カンファレンスを行っているか？
- 心理面をケアしているか？
- 生活面をケアしているか？
- 家族をケアしているか？
- チーム医療教育をしているか・受けているか？
- フォローアップ評価をしているか？

□ アウトカム評価

- 目標が達成できたか？
- 重症化を予防できたか？
- 疾病の早期発見ができたか？
- 回復促進 再発予防 生活問題の軽減ができたか？
- 患者・家族に安全な医療の提供ができたか？
- 患者の満足度 家族の満足度は向上できたか？
- 医師の負担軽減できたか？
- スタッフの満足度は向上できたか？

21

□ 肥満外科治療の例

- 1990年代 安全に医療を行うための基準  
(EBMまたはEBPに基づく)

施設要件例(それぞれ疾患などによって異なる):

- ・医師の経験要件・・・経験した症例数など
- ・看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床心理士、MSWが専従配置されているか？
- ・治療後のフォローアップを行っているか？
- ・サポートグループが定期的に行われているか？
- ・その他・・・

日本版  
COEを  
作成しては？

22

□理想のチームを検証する

- 日本で、「患者のために」「本当にいい医療を実践するために」捨て身で行っているよいチーム医療を取材し、すこしでもそれを普及していくつもりで、の評価の試みをおこなうのはどうか？

- 二次的な効果:すべての職種に焦点をあてて考えることは、雇用対策にもつながる

23