

チーム医療と
リハビリ医療と
理学療法士

(社)日本理学療法士協会

半田一登

今、何故にチーム医療の本質論議か？

医療の高度化・細分化
高齢患者の圧倒的増加
医療の社会化・社会の医療化
パターナリズムへの警鐘
EBM概念の発達
医療安全概念の発達

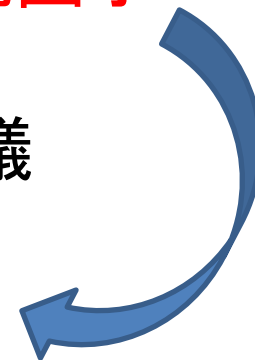
医師、看護師の量的・質的許容範囲オーバー



チーム医療の本質論議



チーム医療の推進



チーム構成とあるべき役割分担

「チームリーダー」

カンファレンス等において、治療方針の1本化を図ると共にリスク管理等の責任を担う。また、チーム医療を責任あるものにするには分業と統合が必要であり、これらの職責から**医師が行うべき責任**と考える。

「チームマネージャー」

決定した治療方針の遂行や変更等、チームアプローチの要となる。特に**チームの統合**という面からも、その職責からして**看護師が最適**と考える。

チーム医療でのリーダーの条件(澤村)

1. 常にチームメンバーに共通する未来へのビジョンを明示
2. ビジョンを達成した成果を患者さんに活用
3. チームメンバーの生きがいのあるライフワークの創出



1. 専門的知識・技術が高いこと
2. 問題解決・改善能力が高いこと
3. 対人関係能力に優れていること
 - ① 他のメンバーとの意思疎通力
 - ② メンバーのやる気を高める動機付け能力
 - ③ 組織全体を結集させるチーム作り能力
 - ④ 人間としての魅力
4. 国際的な見地・判断力を持っていること

リハビリ医療の生い立ちと特徴

第3の医療「病気ではなく、病人をみる」として誕生



全人間的復権を目指す医療



身体面・心理面・社会面への統合的対応

リハビリ的「みる」=見る+観る+診る+看る+視る



専門職集団としてのチーム医療

「リハビリテーション」の意味

WHO(1981年)の定義

「リハビリテーションとは、能力障害あるいは社会的不利を起こす諸条件の悪影響を減少させ、障害者の社会的統合を実現することを目指すあらゆる手段を含む。さらに、リハビリテーションは障害者が環境に適合するための訓練を行うだけでなく、障害者の社会的統合を促すために全体としての環境や社会に手を加えることも目的とする。」

「リハビリテーション」の意味

高齢者のリハビリテーション研究会（平成16年）

「リハビリテーションは、単なる機能回復訓練ではなく心身に障害をもつ人々の**全人間的復権を理念**として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その**自立を促す**ものである。（後略）」



「全人間的復権」

身体的回復＋心理的回復＋社会的回復

リハビリ分野でのチームアプローチ

医師の診察によるリハビリの必要性の判断



初期カンファレンスによる治療方針の決定(分業)



患者本人及び家族へ治療方針とゴールの説明と同意



退院時カンファレンス(統合)



他医療機関・ケアマネージャー等との連携

チーム医療のリハビリ的手法

「カンファレンス」

すべての関係者が集い、それぞれの専門的立場からの評価結果から**ゴール設定、治療方針を論議・決定**する場面である。**情報共有の絶対的存在**である。

「治療方針の決定」

治療方針を決定するためには、**生命的予後予測・機能的予後予測・生活能力予後予測が必要条件**となる。それぞれの専門職は自らの立場から意見を述べる。これらの論議の結果、医師が方向性を提示し、さらにチームで論議を行い、最終的に**医師が治療方針を示し、チーム方針**とする。

理学療法士の現状

学位又は称号について

	(2000年)	(2005年)	(2010年)
学位なし	80.0%	53.4%	47.7%
学 士	17.4	25.5	31.3
修 士	2.5	4.3	7.3
博 士	0.6	0.7	1.6
準 学 士	—	6.8	5.8
専 門 士	—	8.6	12.5



理学療法士の高学歴化が進んでいることを示す。

理学療法士の現状(2010)

リハビリチーム構成メンバー

医師(リハ専門医)	36.0%
医師(リハ専門医以外)	76.6%
看護師・保健師	84.8%
作業療法士	72.1%
言語聴覚士	55.6%
S・W	53.8%
管理栄養士	37.1%
介護福祉士	36.5%



多彩なメンバー構成によって、リハビリチームの
人的成熟度を示す。

理学療法士の現状(2010)

	所属	指示(複数)
リハビリテーション科	72.7%	30.0%
整形外科	3.5%	73.3%
脳神経外科	0.2%	34.9%
内科	0.2%	27.0%
神経内科	0.1%	54.7%
小児科	0.1%	14.9%
精神科	0.1%	5.0%
その他の診療科	0.4%	27.5%
所属なし	21.3%	3.9%



リハビリテーション診療科の拡充と限界を示す。

理学療法士の現状

カンファレンスへの参加

	1990	1995	2000	2005	2010
0分	16.5	11.3	10.6	7.8	9.0
30分未満	22.3	24.8	29.8	27.1	34.2
～1時間	33.8	37.3	34.6	32.9	33.7
～2時間	19.4	19.1	16.4	17.4	15.6
～3時間	5.6	4.7	5.3	6.3	4.6
～4時間	1.5	0.7	1.9	2.1	1.6



チーム医療の成熟傾向を示している。

理学療法士の現状

クリニカルパスの使用状況

	2005年	2010年
使用する	48.7%	44.6%
使用しない	51.3%	55.4%



包括的指示がパスを前提とするならば検討を要する。

理学療法士の現状

クリニカルパスの疾患別状況

	2005年	2010年
脳卒中	26.5%	44.6%
大腿骨頸部骨折	60.2%	69.8%
THA	64.7%	56.2%
TKA	66.5%	52.0%
心筋梗塞	9.2%	8.6%
頭部外傷	3.9%	3.3%
脊髄損傷	4.0%	3.2%



政策誘導の光と影がみられる。

「包括的指示」に関する調査内容

理学療法業務に係る項目「リハビリテーションの必要性の判断、依頼」、「理学療法士・健康運動指導士への運動指導依頼」、「整形外科領域の補助具」について、「現在、看護師が実施しているか否か」、「将来、一般の看護師が実施することが可能と考えられるか否か」、「将来、特定看護師（仮称）制度が創設された場合、特定看護師（仮称）が実施する事が可能と考えられるか否か」という内容の質問表を作成した。

調査対象

- 調査対象：日本理学療法士協会会員が在籍する全国の医療施設、訪問看護ステーションの理学療法部門の責任者
- 対象施設と施設数：

施設区分	対象施設数
1. 病院（特定機能病院を含む）	5969
2. 診療所（有床・無床診療所）	2050
3. 訪問看護ステーション	561
合計	8580

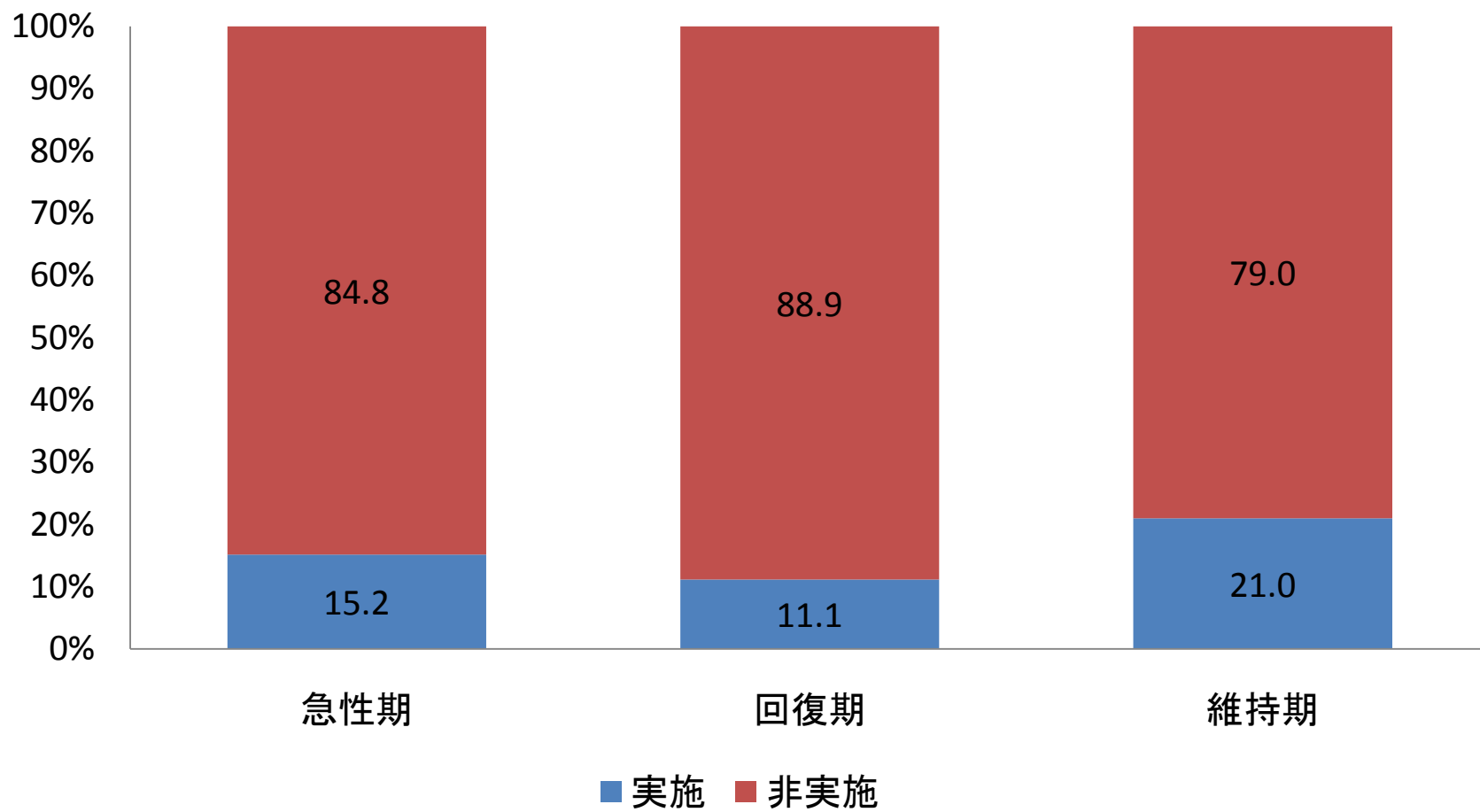
調査方法、実施期間、回収率

- 方法: アンケートの依頼文と、インターネット調査に回答する為のパスワードを掲載した書類を封書にて送付
- 実施期間: 平成22年10月15日～10月22日(1週間)
- 回答者数 3902名(施設)
- 回収率 45.5%

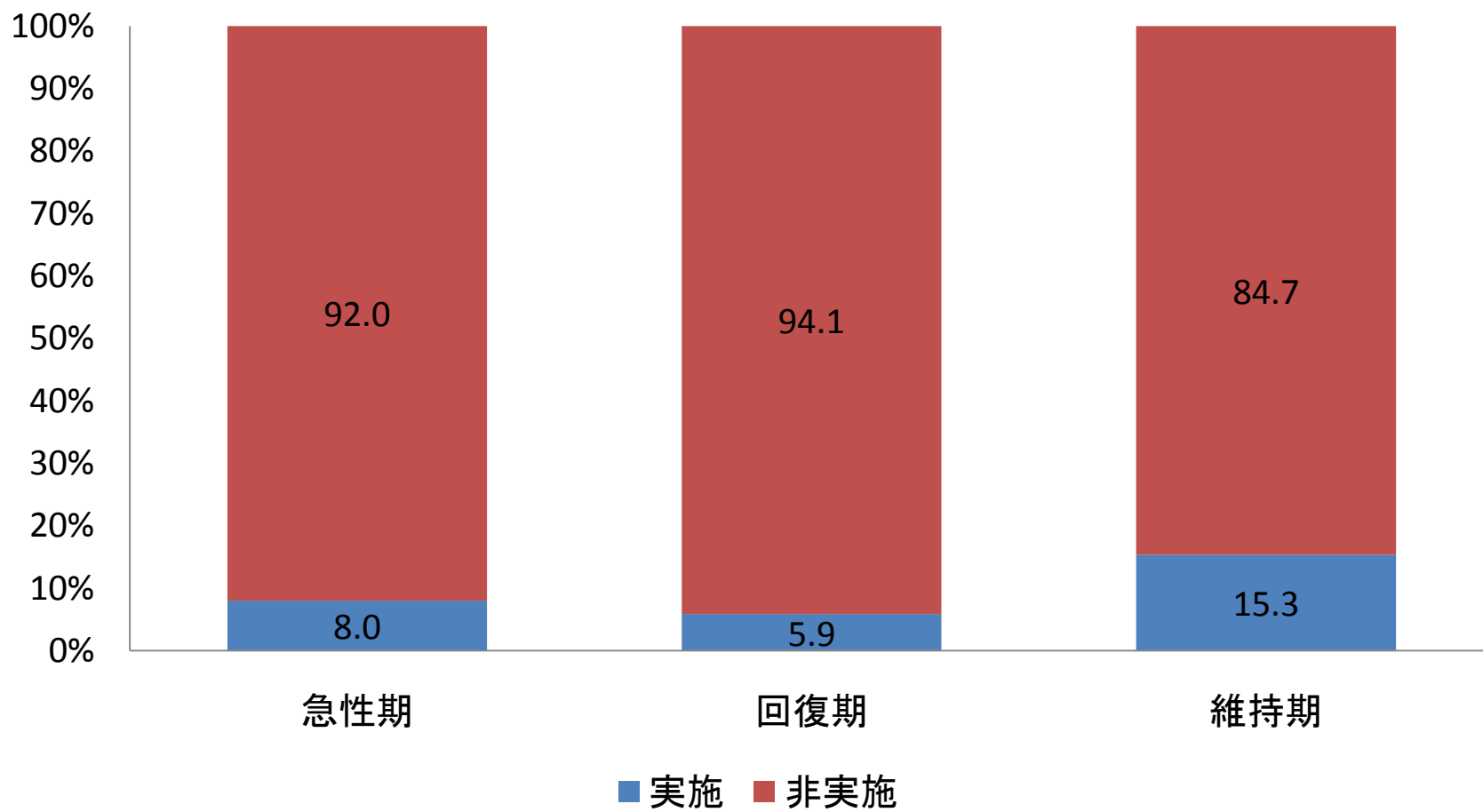


1週間の短期間で45.5%の回収率が得られたことは理学療法士の関心の高さを示している。

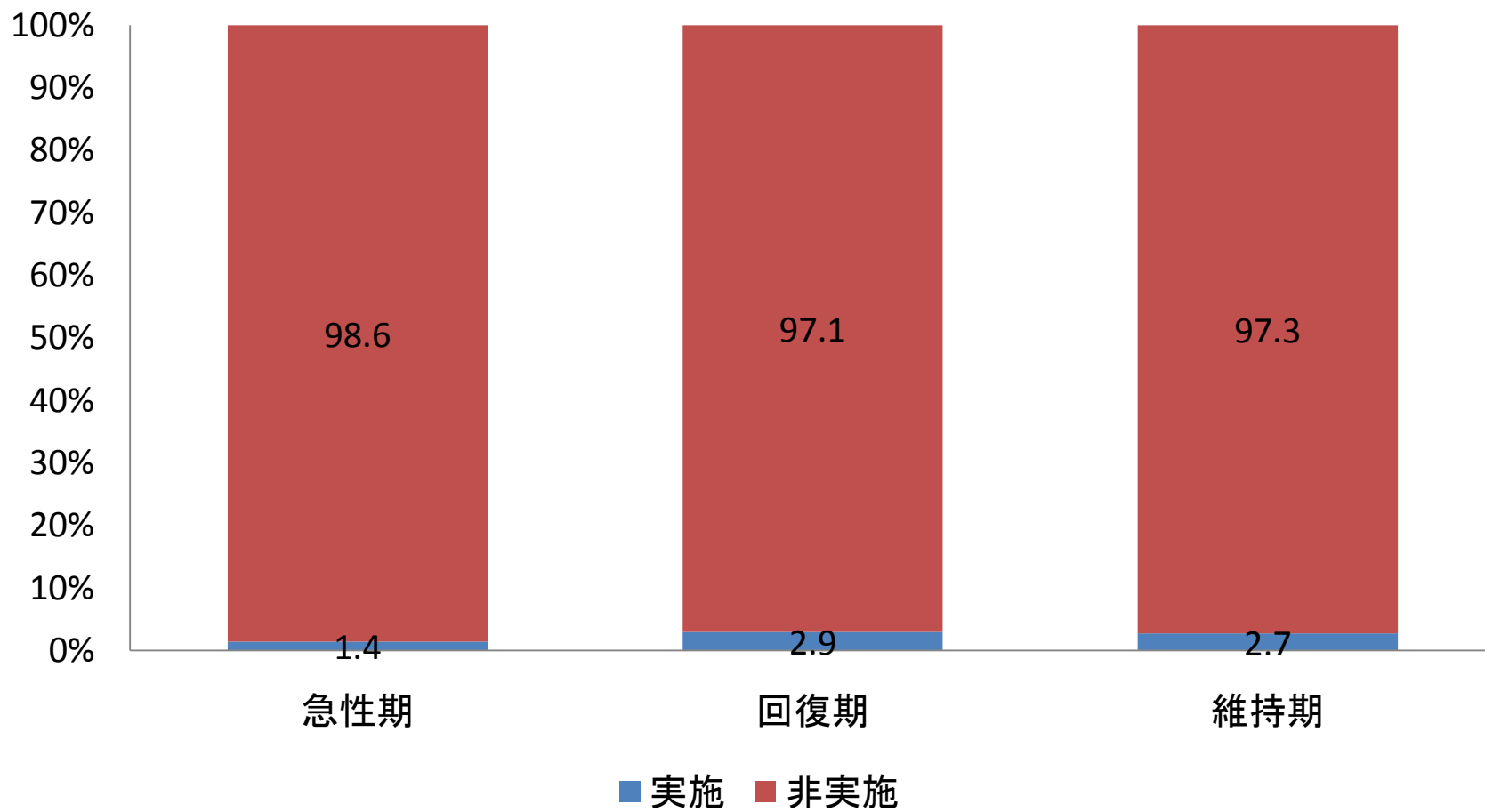
リハビリテーションの必要性を 看護師が判断・依頼しているか？



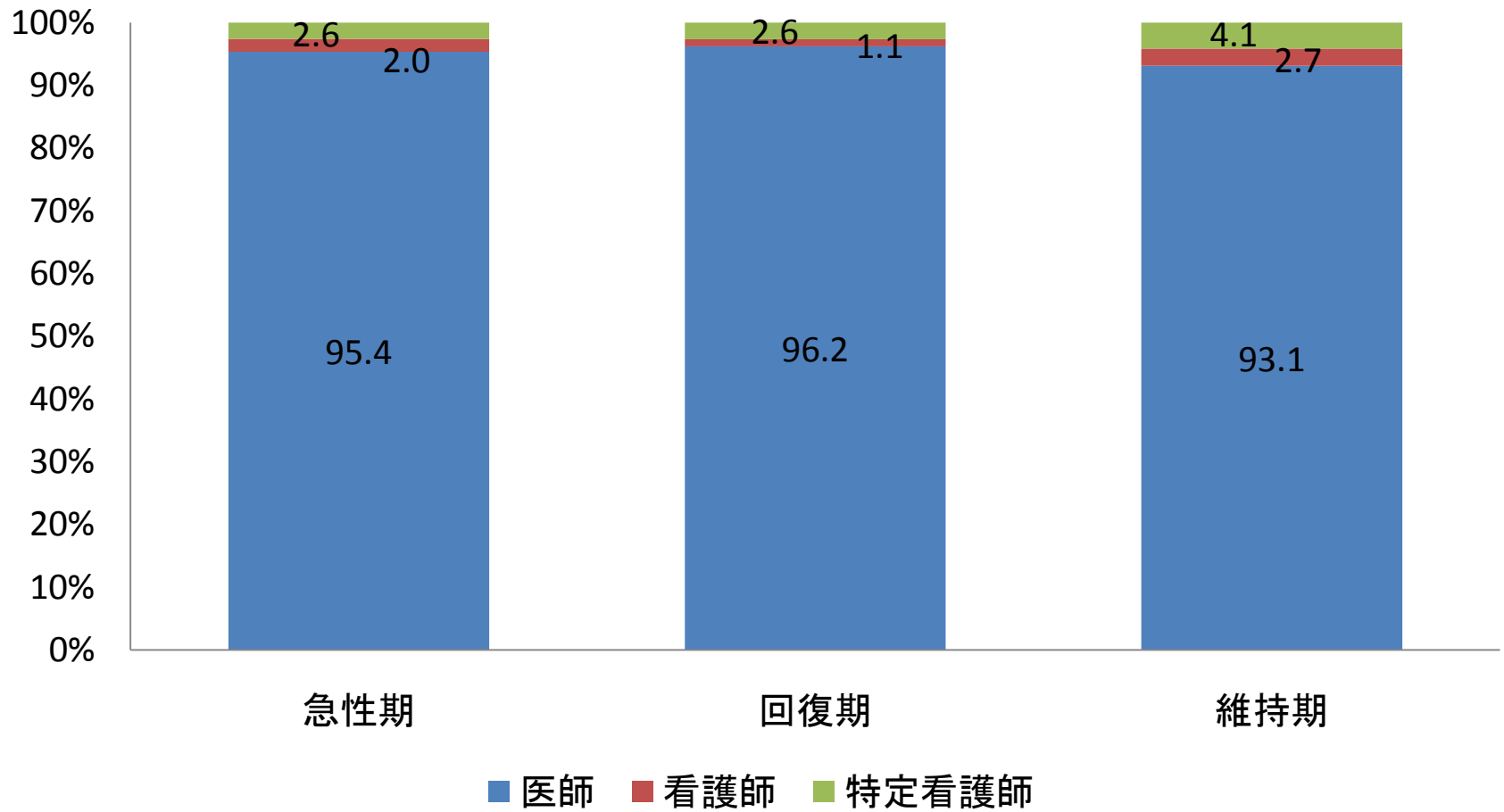
理学療法士・健康運動指導士への 運動指導依頼を看護師が実施しているか？



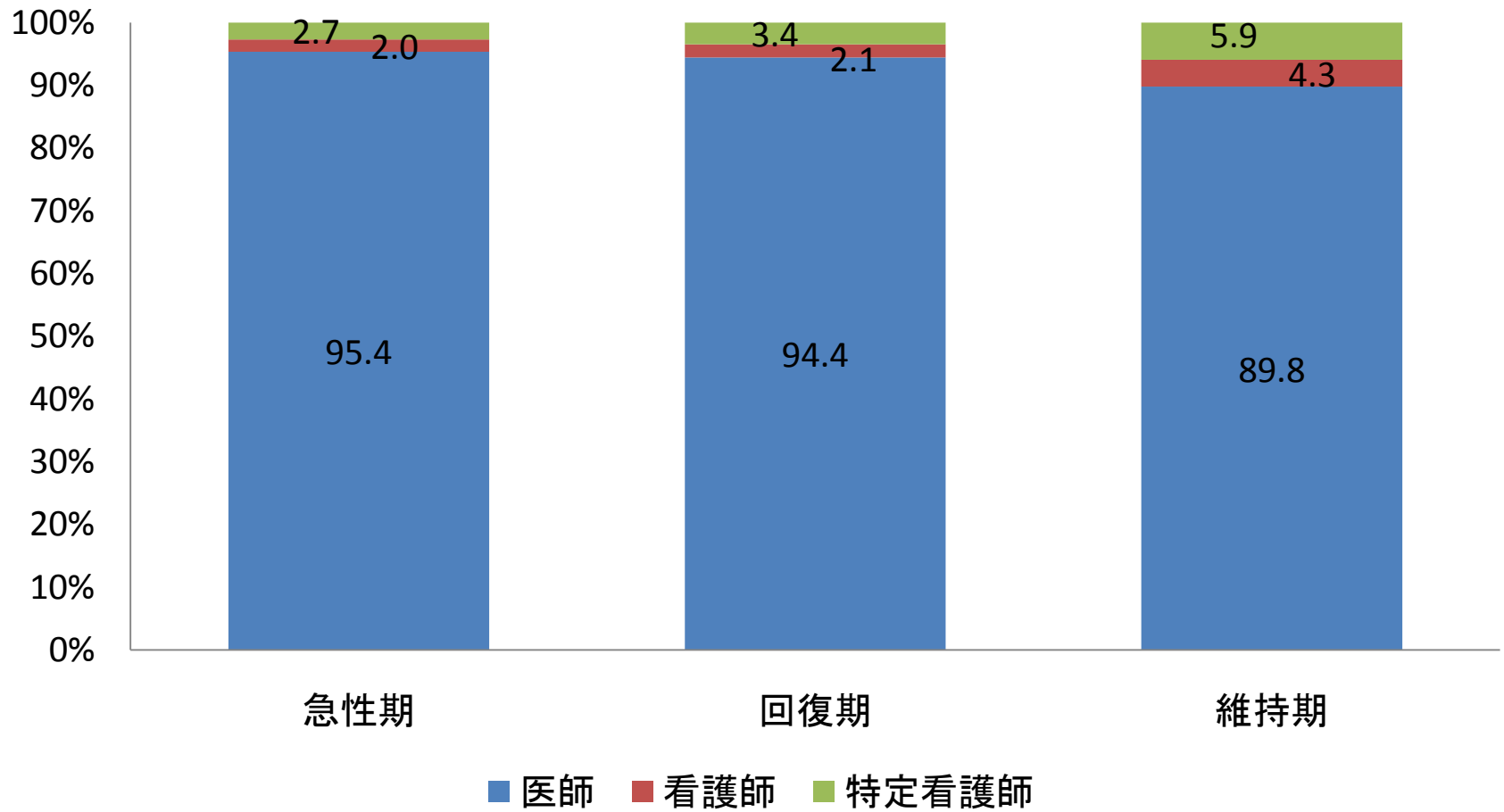
整形外科領域の補助具の決定、注文を 看護師が実施しているか？



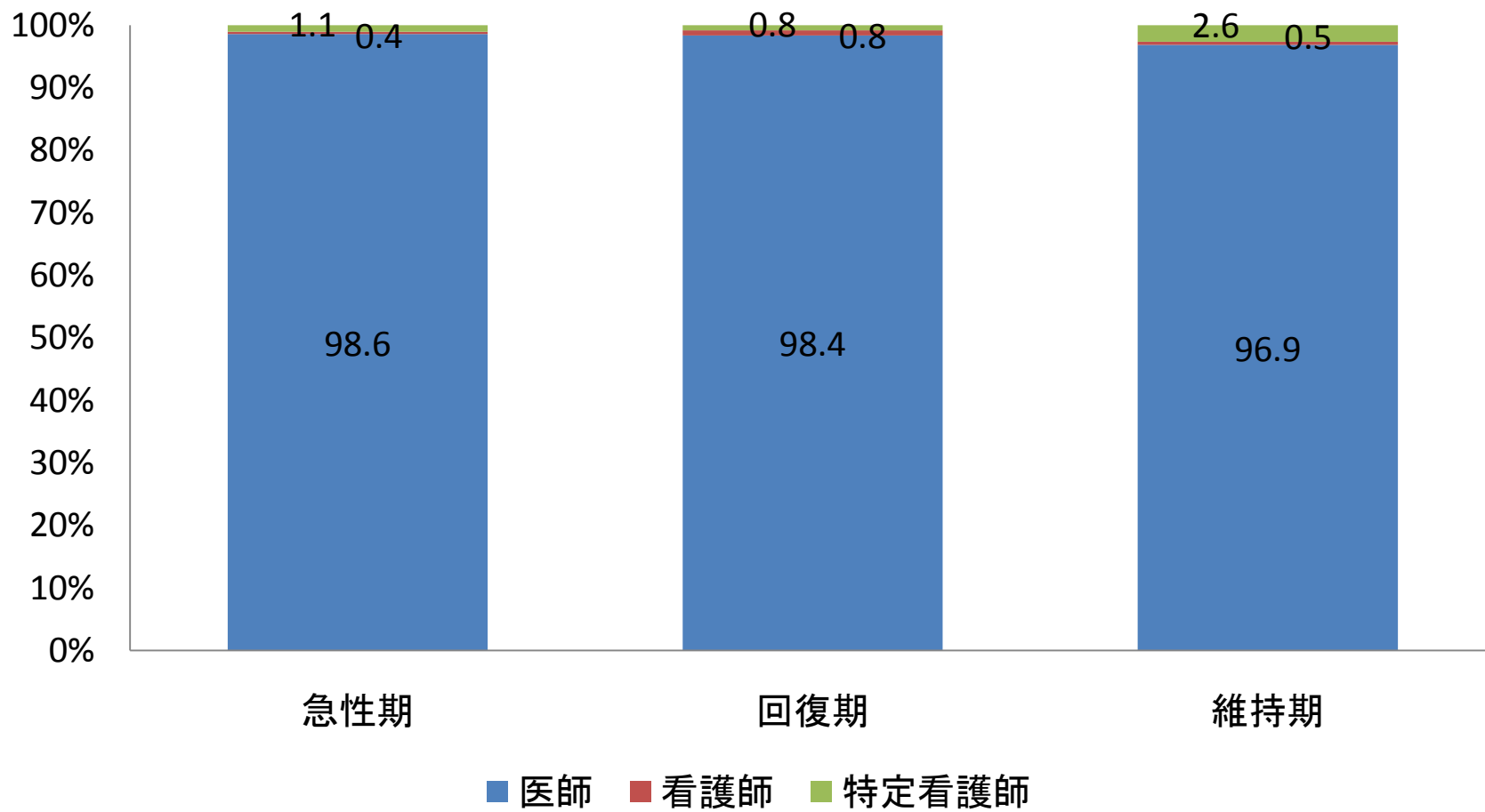
今後、リハビリテーションの 必要性を判断・依頼する職種は？



今後、理学療法士・健康運動指導士への 運動指導依頼をする職種は？



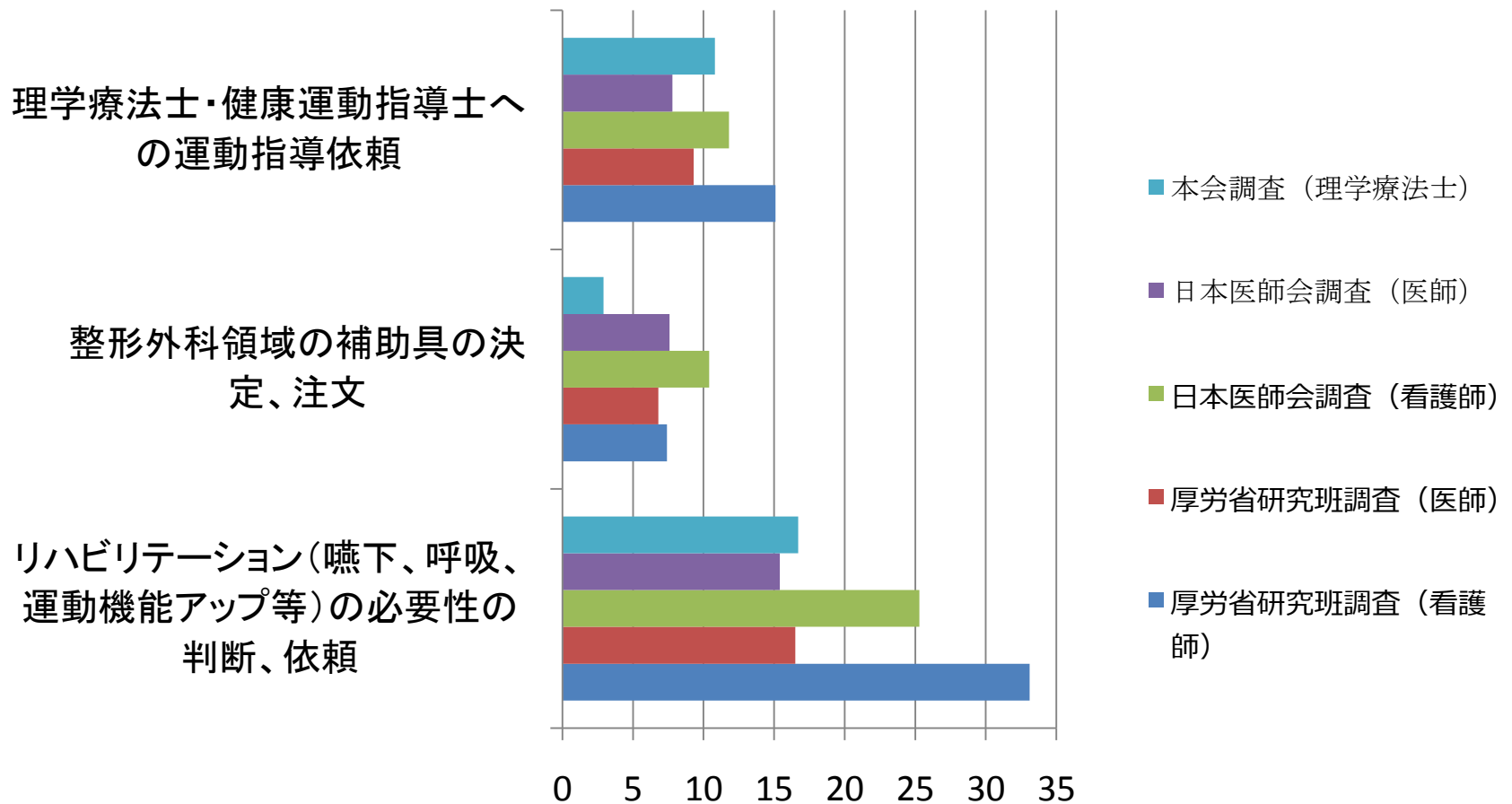
今後、整形外科領域の補助具の決定、 注文する職種は？



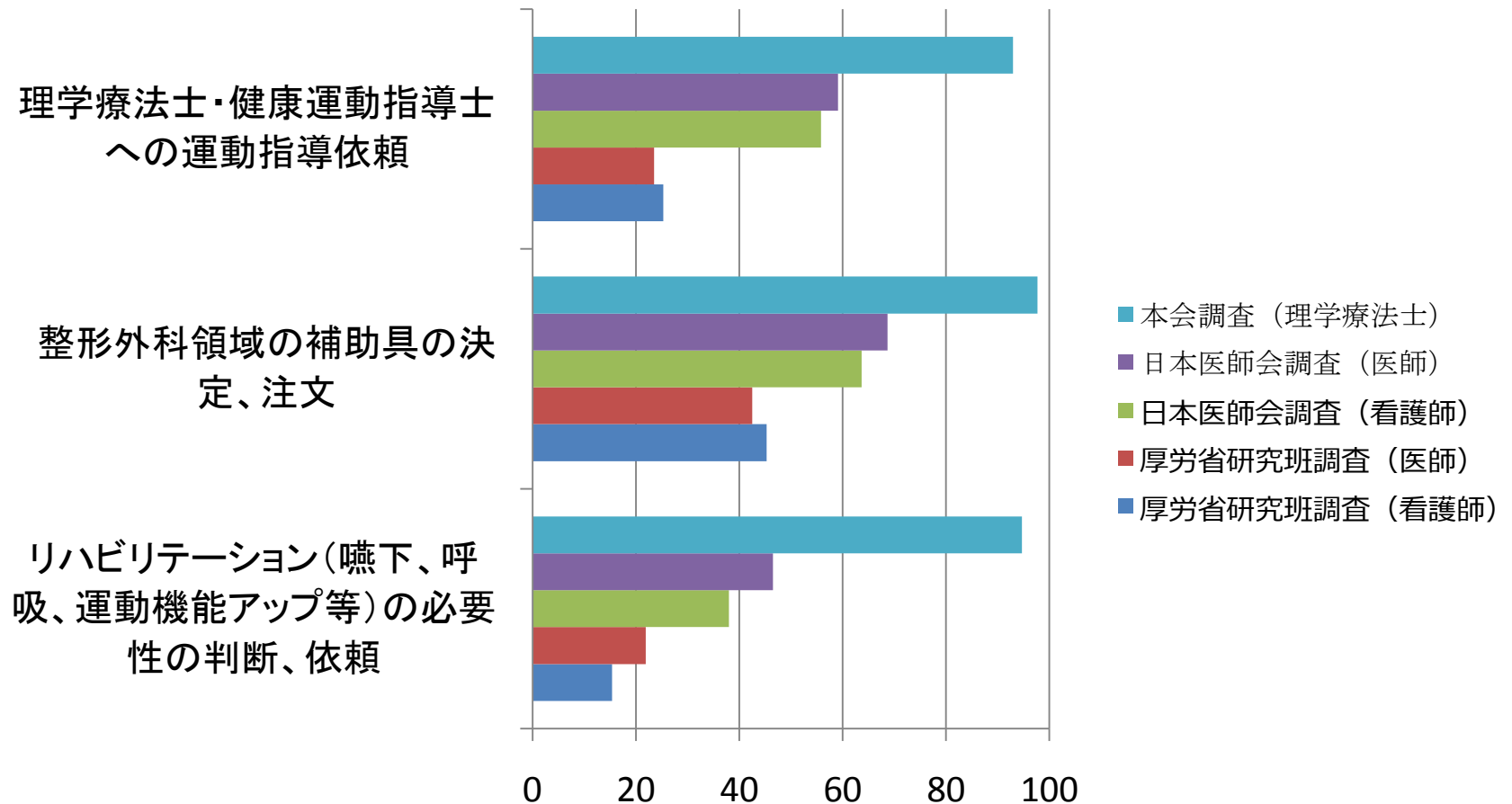
調査概要の比較

	厚労省研究班調査	日本医師会調査	本調査
回答者	医師・看護師	医師・看護師	理学療法士部門の責任者
調査対象施設区分	病院・診療所・訪問看護ステーション	病院・診療所・訪問看護ステーション	病院・診療所・訪問看護ステーション
施設数	3274施設	—	8580施設
施設外の対象者	1578人（専門・認定看護師）	—	—
抽出法	便宜抽出法	便宜抽出法	本会会員名簿使用し全数調査
期間	5週間	—	1週間
項目数	203項目	203項目	3項目
方法	Webインターネット調査	—	Webインターネット調査
回答数	8314人	9120人	3902人（施設）
回収率	16.9%（推計）	77.0%	45.5%

チーム医療に関する調査結果比較 — 看護師の実行状況 —



チーム医療に関する調査結果比較 — 今後、医師が行う医行為 —




まとめ

1. チーム医療に関する基本的な考え方を述べた。
2. リハビリ医療のチーム医療について述べた。
3. 理学療法士の現状(調査結果)について述べた。
4. チーム医療に関する現況調査について述べた。



1. チーム医療にはリーダーとマネージャーが必須
2. リハビリ医療は誕生以来チーム医療を実践
3. 理学療法士には医師による判断を基にしたチーム医療が固定化
4. リハビリ医療はこれまでのチームアプローチをさらに前進させることによって利用者への貢献度は向上
5. 分業後のそれぞれの専門的アプローチに関しては病気や病期によっては包括的指示を要検討



回復期リハ病棟における 病棟専従チームのあり方 (看護と他職種との関係づくり)

長崎リハビリテーション病院の紹介



社団法人 是真会
長崎リハビリテーション病院
院長 栗原正紀

【1】 21世紀はHealth Careの時代

課題（医療提供体制の整備）

- ① 高度に進歩・細分化した多くの知識・技術は医師・看護師の許容量を遥かに超えている状況下で、効率よく質の高い医療を提供する

・ チーム医療の実現

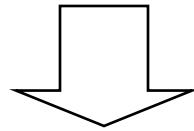
- ② 高齢者社会において如何に臓器別専門治療を適切に生活に繋げていくか！

・ 機能分化
・ 連携

【2】 チーム医療のあり方

チームとは

- ・ 目標と情報を共有し、協働する
多職種医療専門家集団



医療の質の向上と効果性・効率性

各専門職の知識・技術の向上が前提

協働

- ・ 同じ目的のために、同僚として協力してともに働くこと
- ・ 複数の主体が何らかの目標を共有し、
ともに力をあわせて活動すること。（大辞林）

チーム医療の現状の型

専門科医局

看護部

薬剤部

放射線部

検査部

ME部

②サポーター

リハビリ部

理学療法士 (PT)
作業療法士 (OT)
言語聴覚士 (ST)

医療相談室 地域連携室

社会福祉士

栄養部

臨床
栄養士

事務部

医療クラーク
診療情報士

①臓器別専門家チーム

専門医

看護師

看護助手

診療放射
線技師

臨床
薬剤師

臨床検査
技師

臨床
工学技士

XX
患者

・ 依頼が無いと関われない
・ 多くのチームをサポート
するにはあまりにも人員不足

・ 医科と歯科の垣根は高い
□ 口腔機能に対する認識が低い

歯科医院

歯科医師
歯科衛生士

・ 必要な患者に適切な対応が困難
・ 臓器別専門家チームとの関係作り困難

栄養サポートチーム

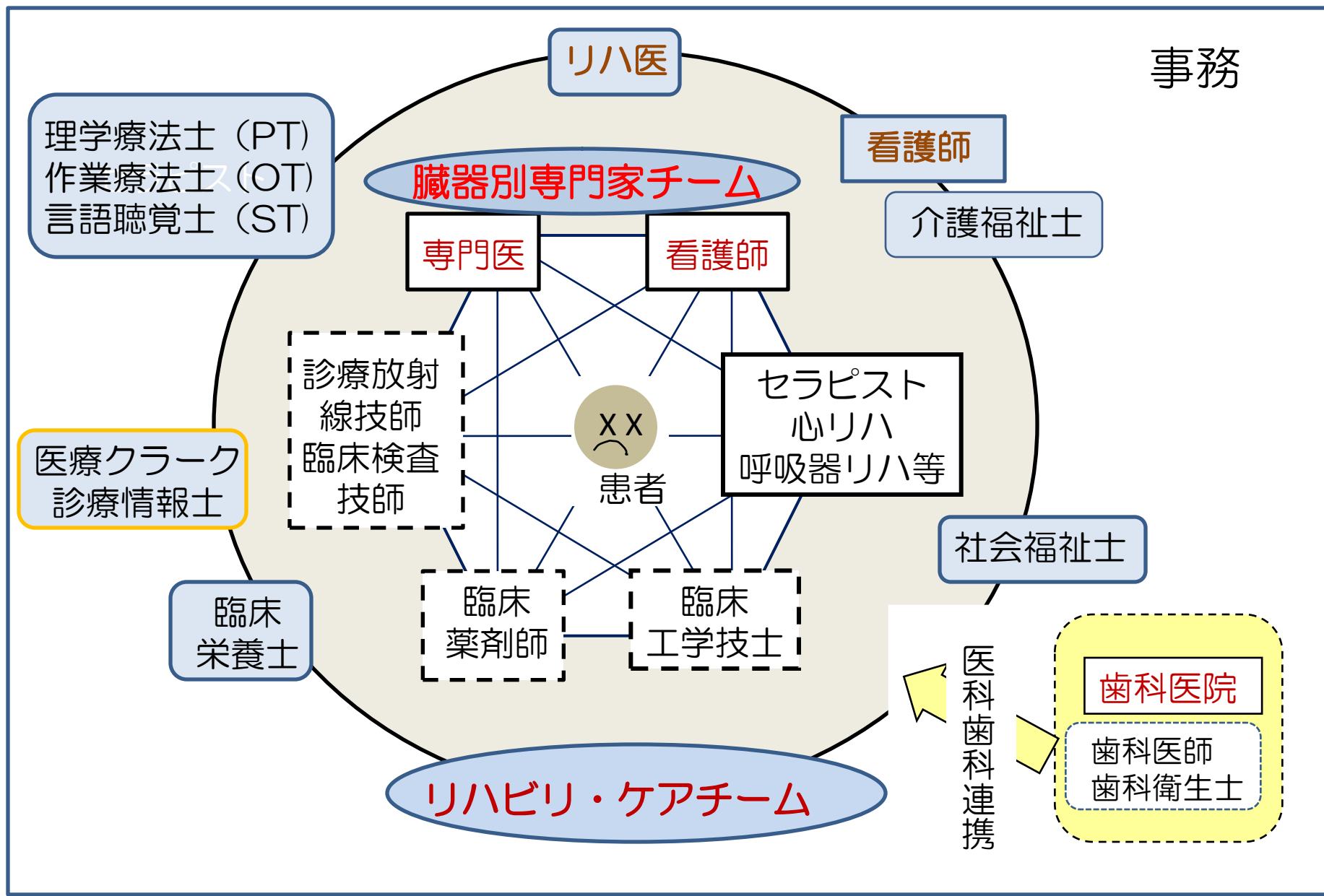
感染防御チーム

褥瘡対策チーム

呼吸ケアチーム

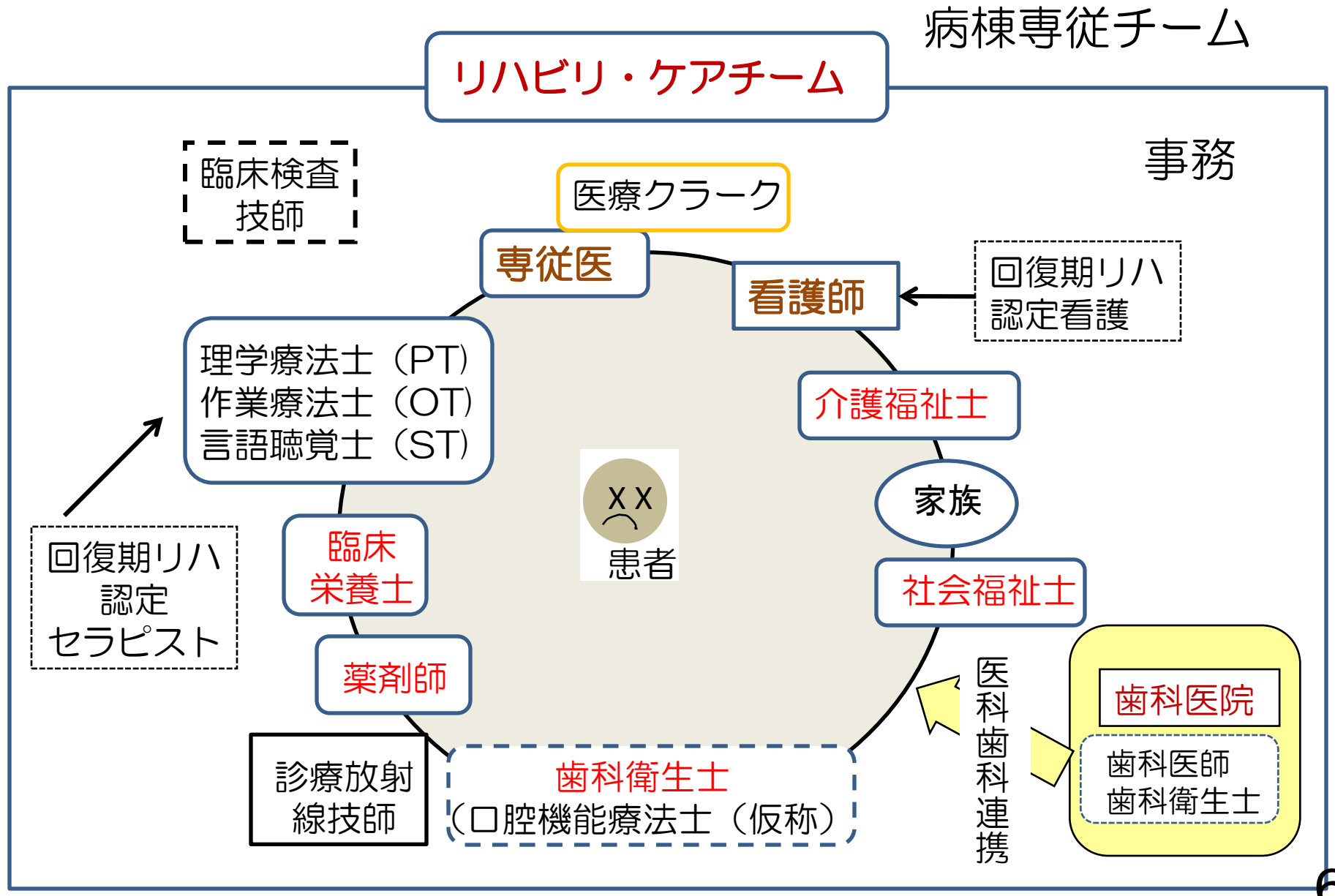
摂食・嚥下チーム

病棟専従チームの型（例：高齢者専門急性期病棟）

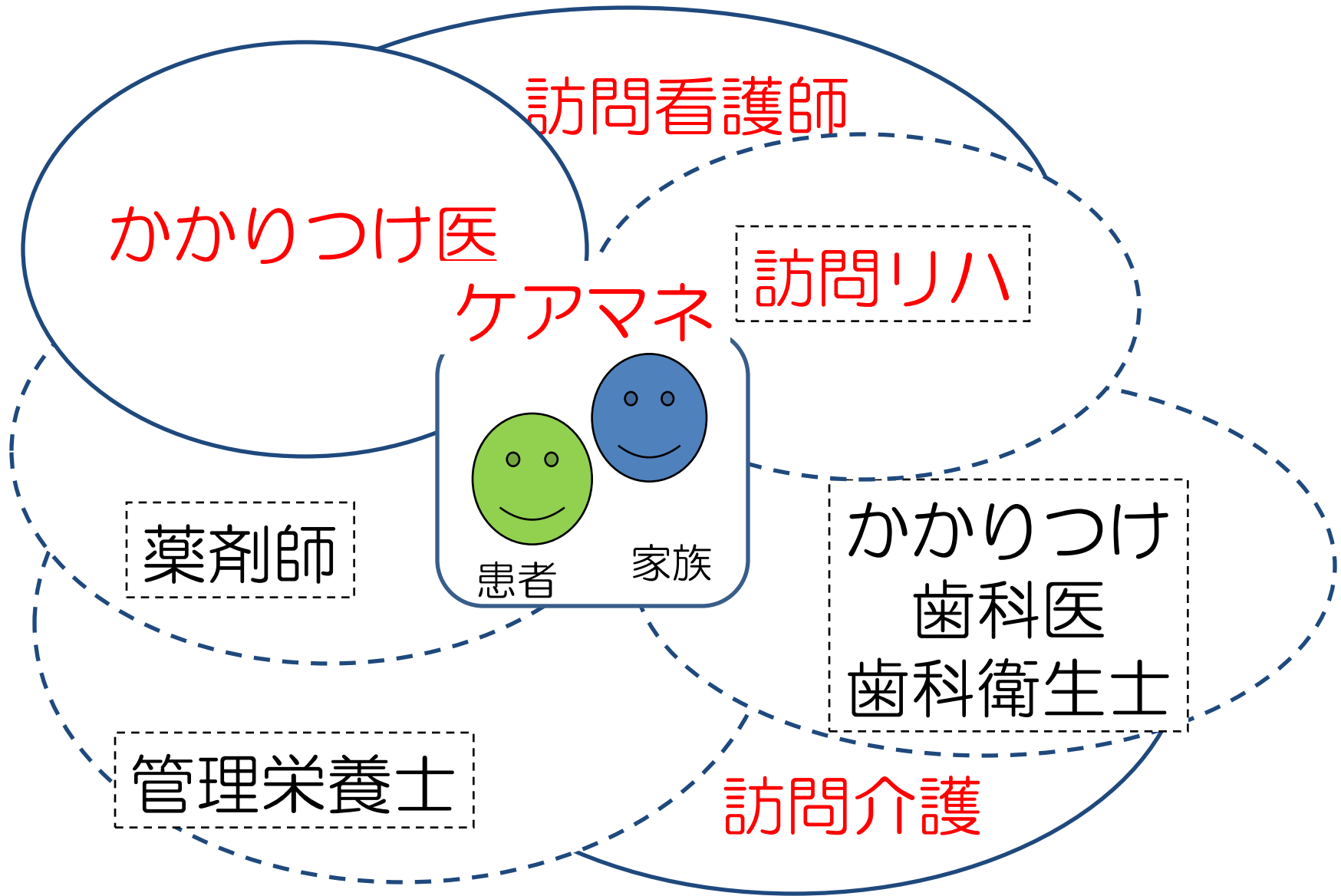


通常、病棟専従にならないであろう職種

回復期リハ病棟のチーム (例：脳血管患者病棟)



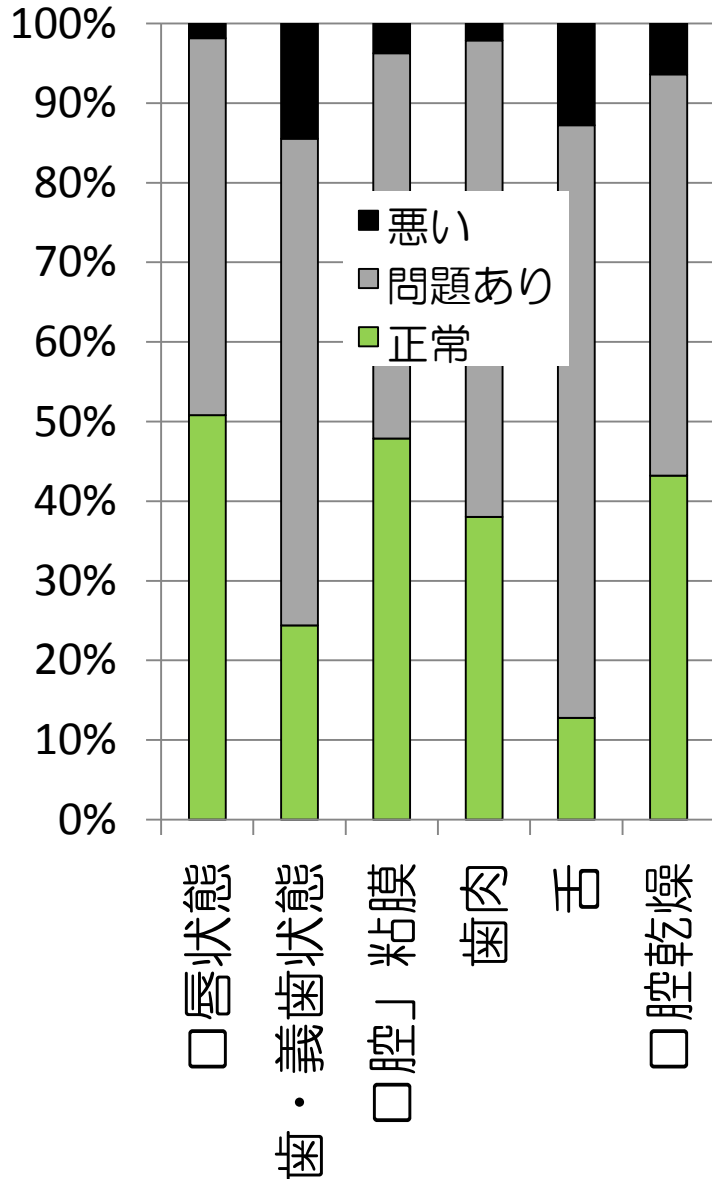
慢性期（生活期）在宅サポートチーム



【3】急性期からの患者の実状

平成22年入院患者511人の評価結果

入院時口腔環境評価



入院時栄養問題

入院時栄養管理	人数	%
血清A1b $\leq 3.2 \text{ g/dl}$	79	15
%標準体重 $\leq 80\%$	83	16
栄養サポート対象患者	187	37

- ①体重に明らかな異常あり
- ②食事摂取量が少ない
- ③下痢・嘔吐あり
- ④血清A1b値 $3.2 \text{ g} \cdot \text{dl}$ 以下
- ⑤Stage II 以上の褥瘡
- ⑥経腸栄養患者

- ・入院患者の50%以上が入院時口腔に問題あり
- ・入院患者の37%が栄養サポートが必要

口腔環境の破綻



褥瘡



進行する貧血の原因検索で急性期病院に転院（入院約3週間）し、継続リハビリ目的で戻ってきた状態

3週間点滴のみであった

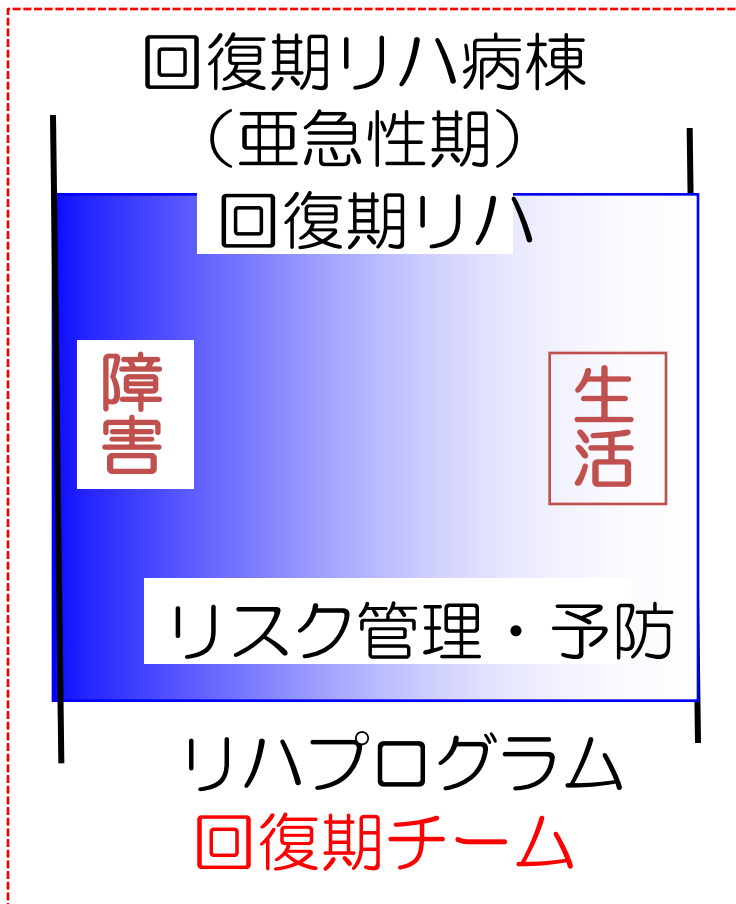
急性期医療の問題

- 基礎疾患の治療が中途半端
- 潜在する疾患検索が不十分
- リハビリ・ケアが消えていく！
- 栄養管理が不十分
- 急性期リハビリが普及していない



高齢者の多い病棟は
専従チームが必要！

【4】長崎リハビリテーション病院 における チームアプローチの工夫



- 役割
- ①障害の改善・ADL自立
 - ②安定した
地域生活の再建
(臓器別治療を地域生活に繋ぐ)
 - ③リスク管理・予防
 - ・再発予防
 - ・合併症予防と治療
 - ・慢性疾患治療
 - ・潜在疾患対策



長崎リハビリテーション病院

救急医療を支えることで
安心した地域生活を支援

平成20年2月開設

回復期リハビリ専門

主に発症から1ヶ月前後の
脳卒中患者等に集中的な
リハビリテーションを実施

回復期リハ病棟：3病棟

全館回復期リハビリ病床
3病棟（143床）
療養病床



地域生活に繋ぐ場
⇒ 病院らしくない病院

回復期リハ病棟におけるチームづくり

- ①縦割り組織（専門職間の壁の存在）とチーム
- ②多職種専門家集団による情報の共有化
- ③患者の日常生活に沿った支援
- ④集中的リハ実施
- ⑤マネジメント機能

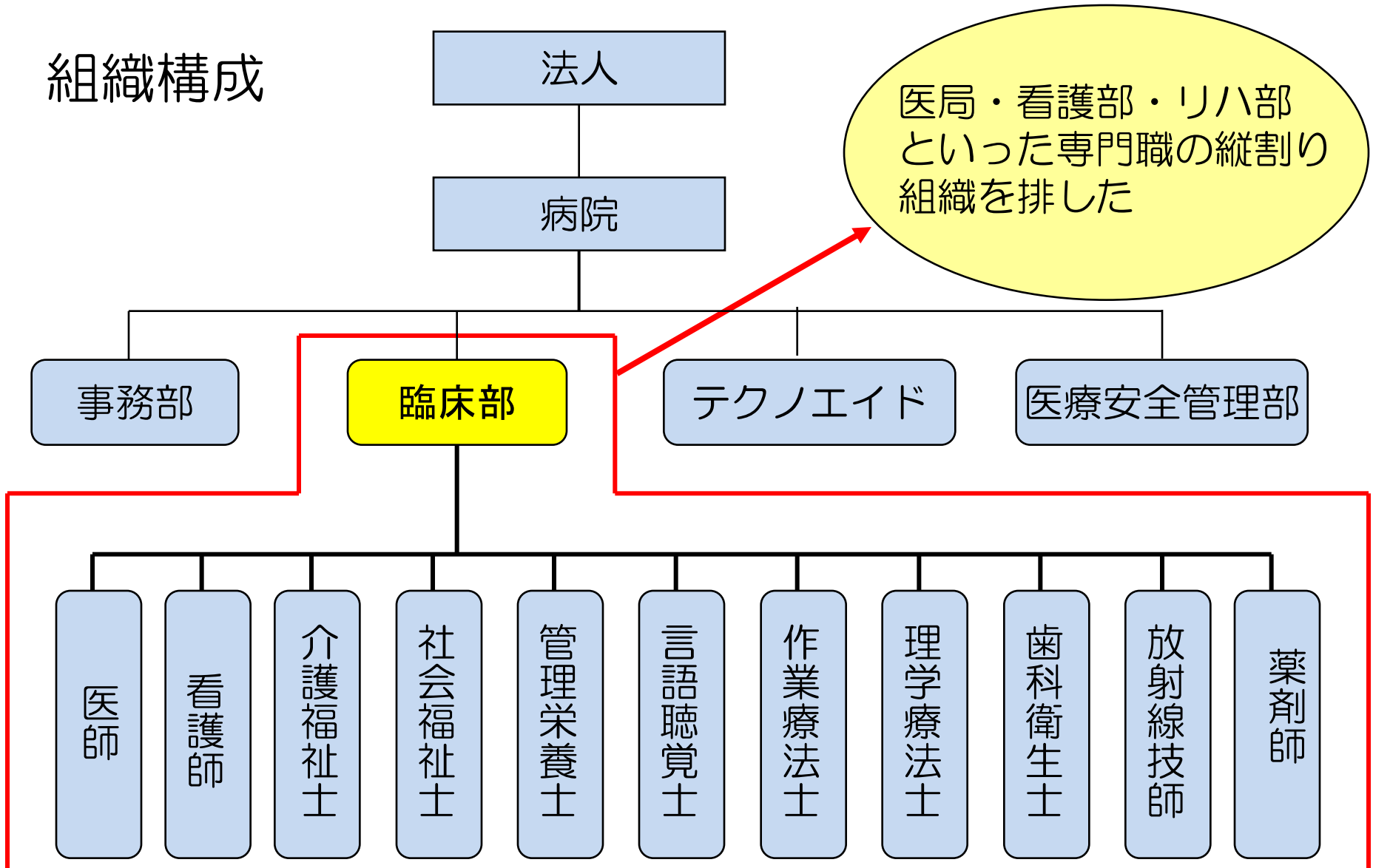


対策

- ①組織図の抜本的見直し
- ②多職種病棟専従体制（電子カルテ導入）
- ③看護が基盤となったチームづくり
- ④セラピストの365日勤務体制
- ⑤マネジャー制

チーム医療の発信の場（実現のための工夫）

組織構成



回復期リハビリ病棟

診療報酬上の人員配置

非専門職 →

専任医師	1名
看護師	15:1
看護助手	30:1
専従PT	} 2名 1名
専従OT	

専任PT、OT、STが応援

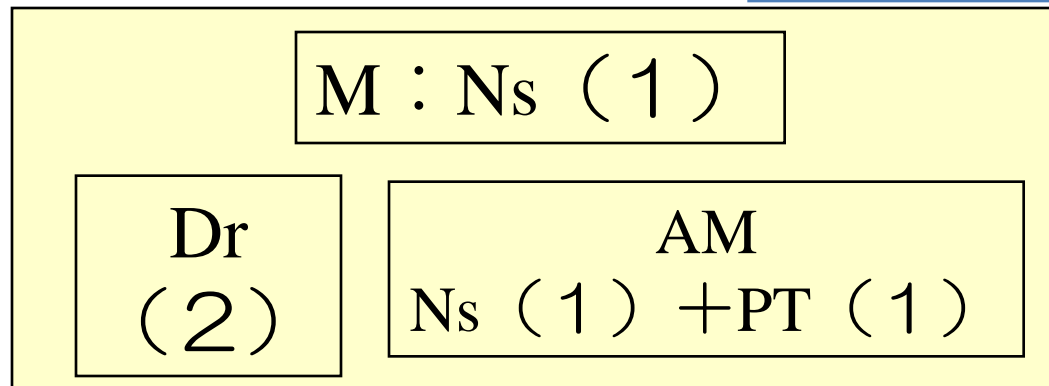
専任は一般病床に軸足がある

当院病棟（48床）人員配置

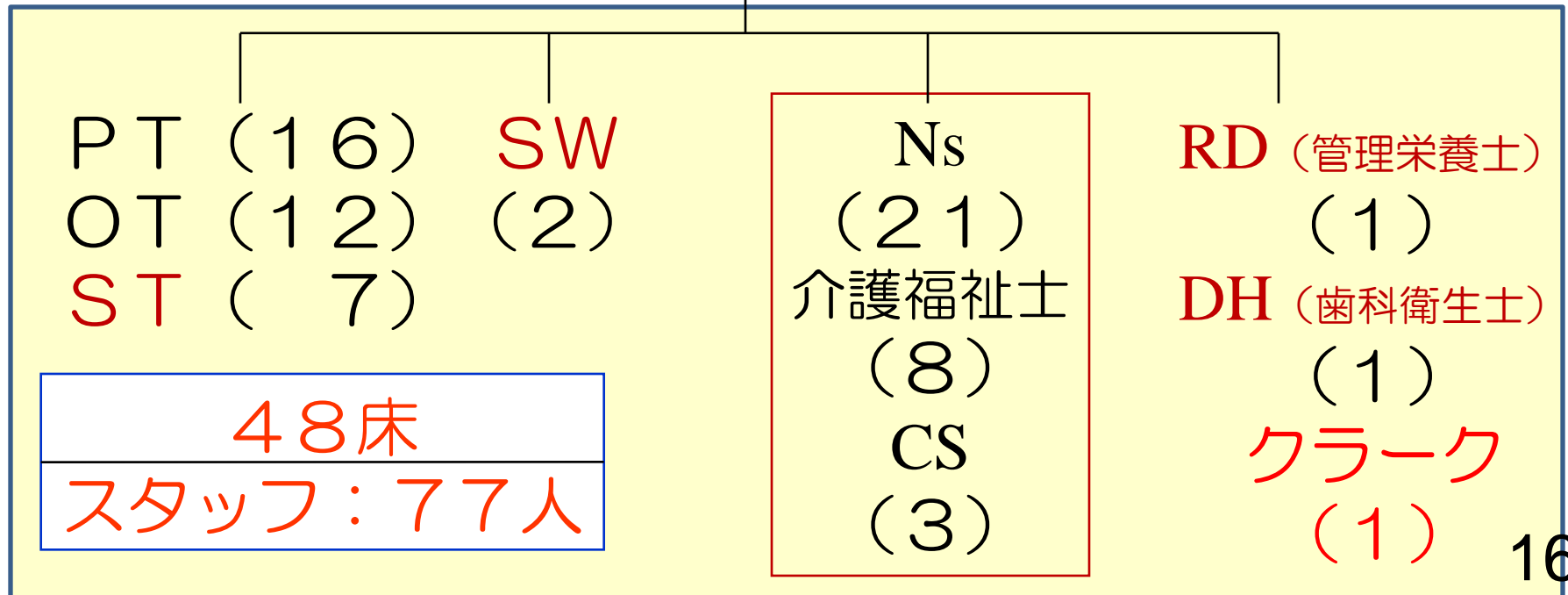
（全職種病棟専従制）

病床：人員＝1：1.6

M：マネジャー
AM：アシスタントマネジャー

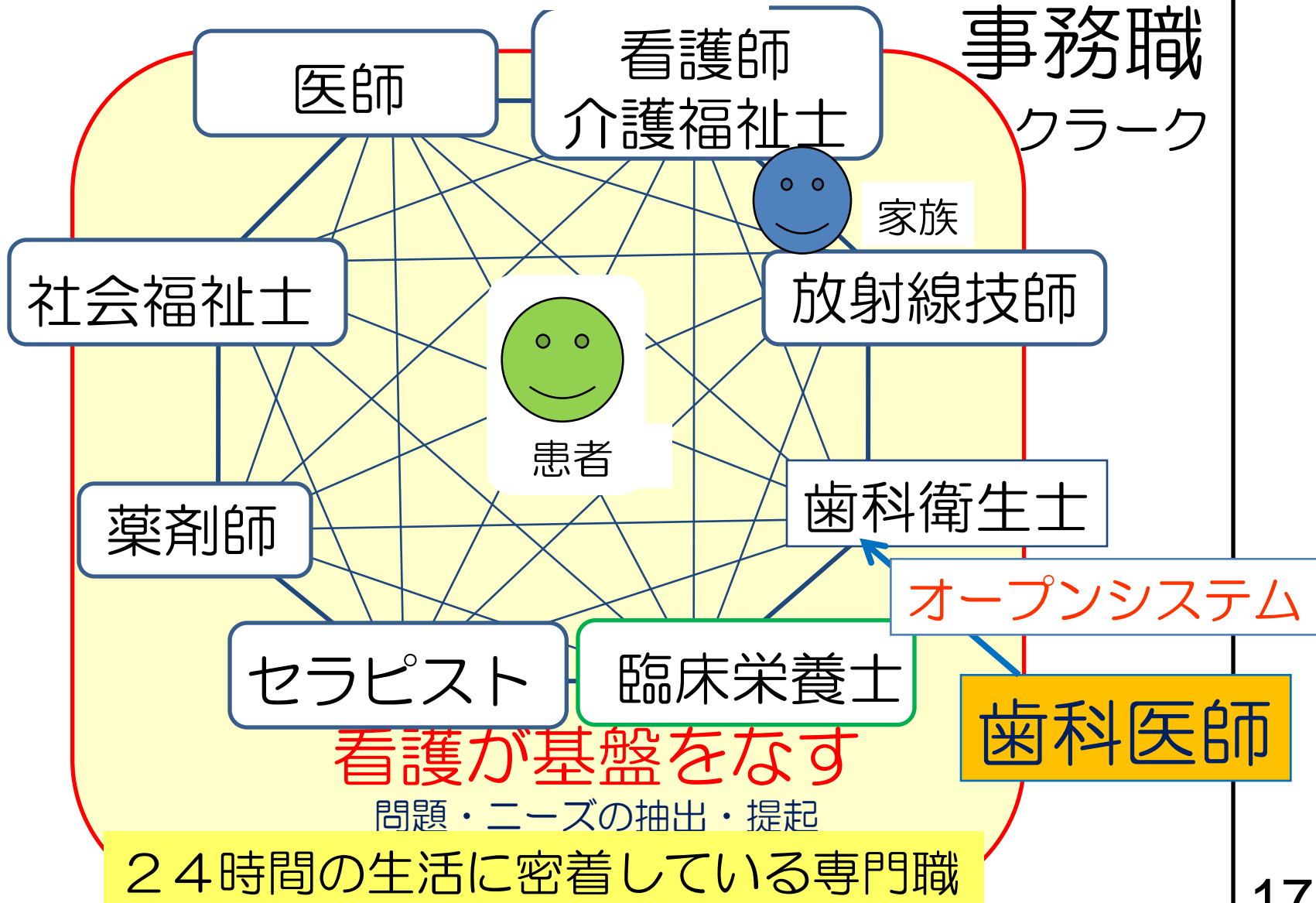


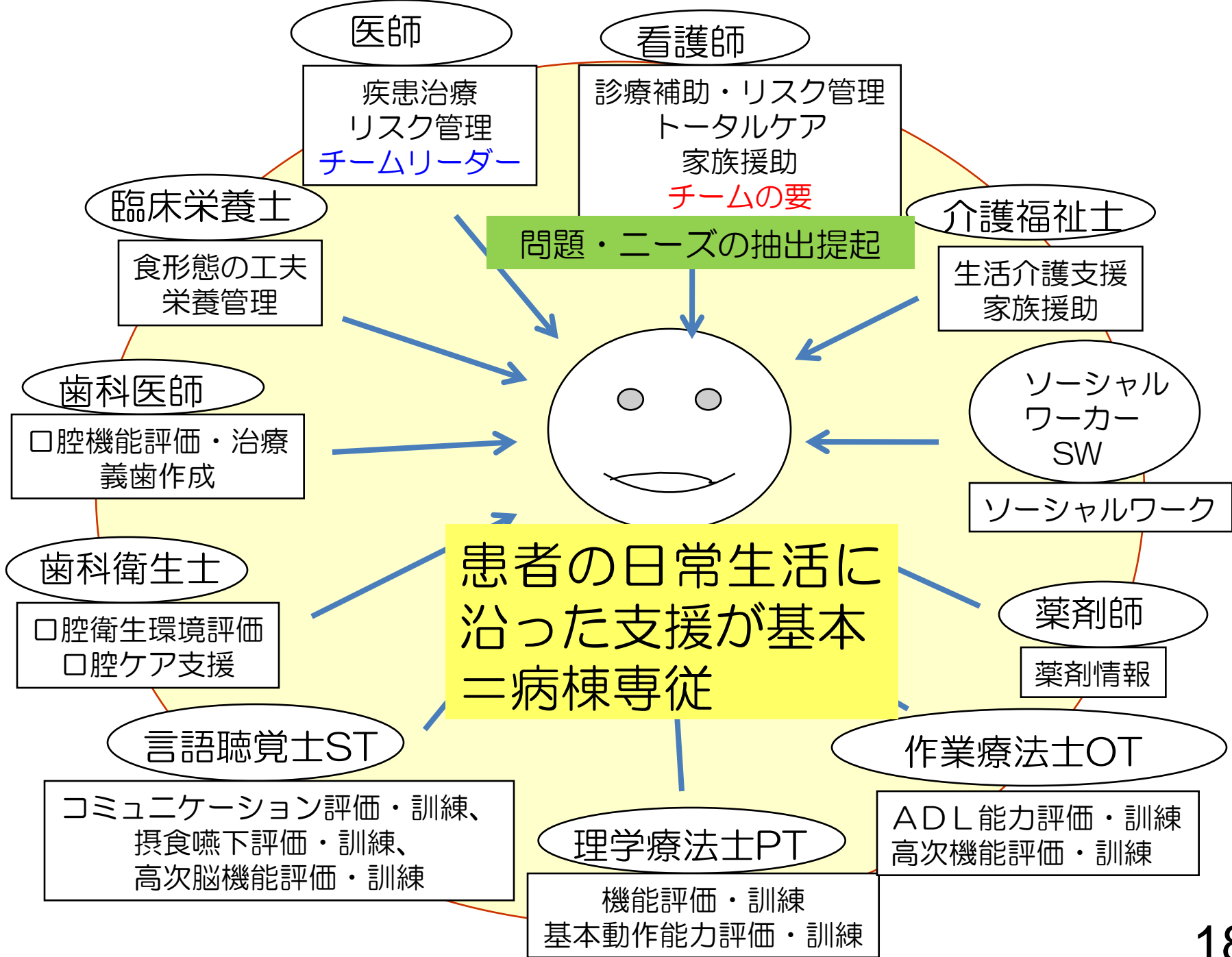
<病院全体>
薬剤師2
放射線技師2



我々が目指すチーム構造

同僚志向性





医師

全身診察、リハ診察、疾患治療、
検査、装具判定、指示等

訓練3時間

セラピスト

食事

歯ブラシ

ミーティング

合同評価

カンファレンス

歯科衛生士

移動

XX

患者

歯ブラシ

食事

食事

歯ブラシ

士
養
栄
理
師

整容（洗面）

入浴

更衣

更衣

排泄

起床

社会福祉士

ソーシャルワーク

看護

家族面談・指導

ADL介助・自立支援
全身管理・見守り等

XX

家族

より良いチームアプローチ

＝チームマネジメントの原則＝

チームの基盤づくりは看護

医師は良きリーダーであること

＝5原則＝

- ①互いに他職種を尊重し、
- ②明確な目標に向かって、
- ③それぞれの見地から評価を行い、
- ④専門的技術を
- ⑤統一された目標達成のために効率良く提供する

入院生活の調整例（看護）

IOE: 間歇的経口経管栄養

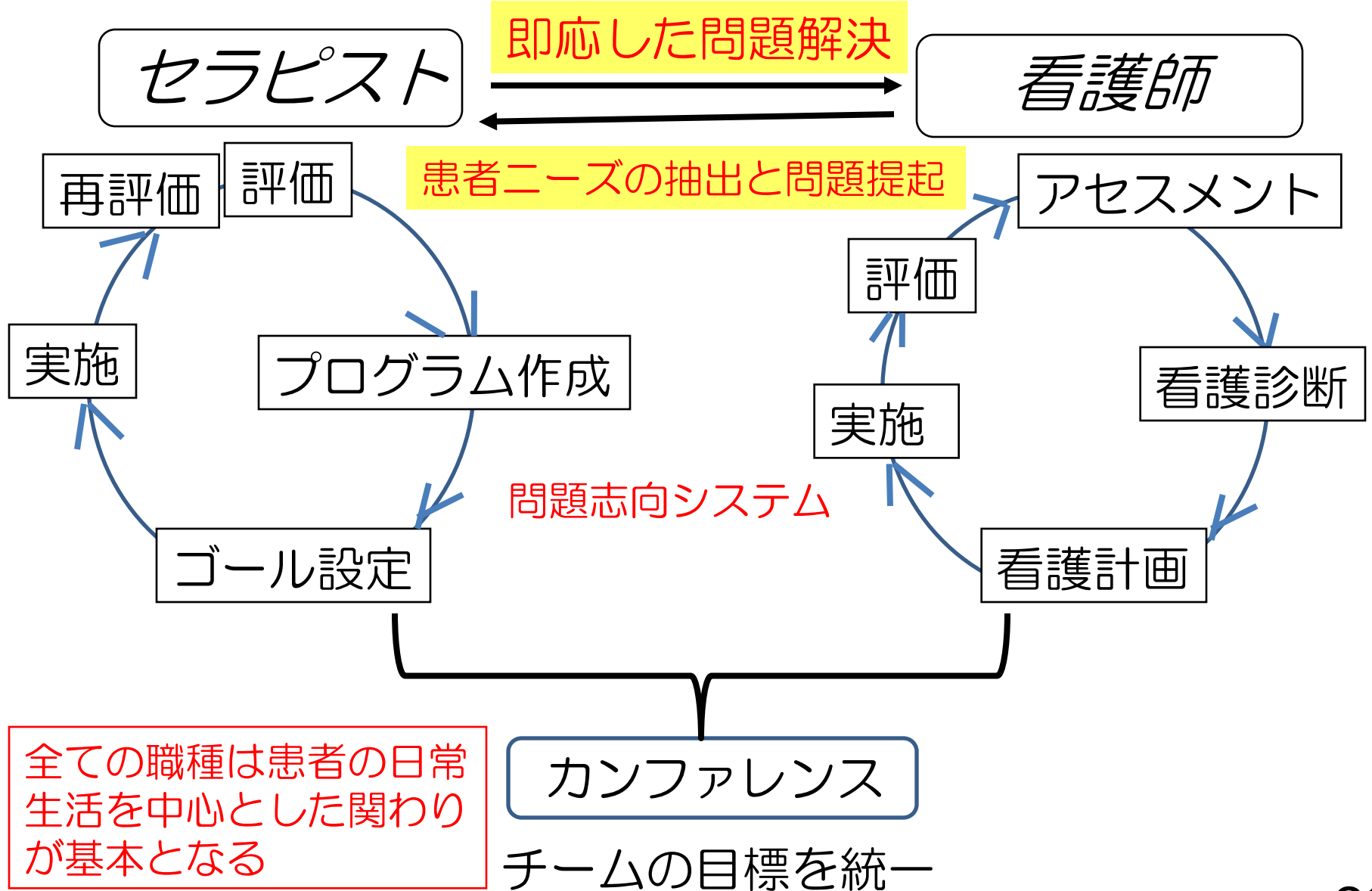
リスク管理（診療補助）

		車椅子乗車	口腔ケア	食事	排泄	入浴・整容	セラピー
6:00	起床	■				洗面・更衣	}
8:00	朝食			IOE			
10:00				水分摂取			
10:20							PT3単位
11:20							摂食機能療法
12:00	昼食	■		食事			}
13:00				水分摂取			
14:20		■				入浴	}
15:00							
15:40							}
16:20							
17:00	夕食	■		IOE			}
18:00							
						更衣	
22:00	就寝			IOE			21

セラピスト

7:00~		早出業務開始 PT1名・OT1名 対象者を決めての関わり 配膳・コール対応
8:30~	日勤業務開始 フロア別での申し送り・1日の予定伝達 コール対応	
8:40~	患者の担当者間でのミーティング 患者への朝の挨拶と運動練習時間の伝達 コール対応	
9:00~	運動練習 入浴介入 コール対応	訪問同伴
11:00~		遅出業務開始
12:00~	昼休み	
13:00~	食事介入 配膳 運動練習 訪問同伴	病棟ミーティング
		各職種ミーティング
		カンファレンス参加
15:30~	日別調整 委員会活動 早出業務終了	担当者間でのミーティング
16:30~	フロア別での申し送り・次の日の予定伝達	院内勉強会
16:40~	患者の担当者でのミーティング コール対応	院外勉強会
17:00~	日勤業務終了	研究活動
19:00	遅出業務終了	

協働のあり方（セラピストと看護）



協働のあり方（看護師と介護福祉士）

より豊かな介護の独自性を創造する
＝今後の大きな課題？＝

私見

看護師

介護福祉士

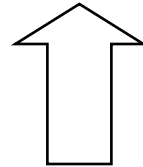
患者
・
家族
支援

医師との協業による

- ・ 直接的リスク管理
- ・ 再発予防と健康管理

看護師との協業による

- ・ 家族により近い
立場からの支援
(より豊かな日常
生活の援助)
- ・ 家族の不安度評価
- ・ 家族指導



セラピストの技術を生かしながらADL自立を支援

チーム構築のために重要な取り決め

#言葉の問題

- ① チームは連携ではなく、**協働**である
- ② 他職種を指導・指示するのは医師のみ
 - ・ **助言**
 - ・ **問題提起**
- ③ 病棟さんは全スタッフ
 - ・ ナースステーション → **スタッフステーション**
 - ・ ナースコール → **スタッフコール**
- ④ ○○先生！をやめよう

#カンファレンスの充実（議論の場）

業務の拠点は「スタッフステーション」

病棟専従の徹底

- ①ナースステーション、②ナースコールの廃止

スタッフステーション



電子カルテ

情報の共有化

カンファレンス



- 担当の**全職種**が参加
- 情報交換の場ではなく、**議論・調整**の場！
- 他職種を尊重する：**ファシリテーター**の役割が重要

朝の申し送り

全職種が参加



ベットサイドでの意見交換



移乗



歩行



看護から問題提起
セラピストからの助言・提案

車椅子座位

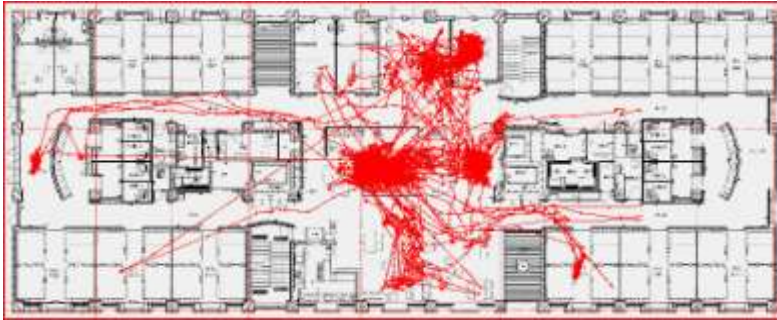


トイレ動作

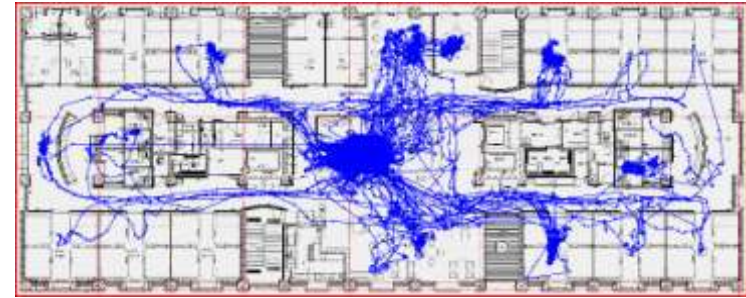


各専門職の病棟内移動軌跡の比較

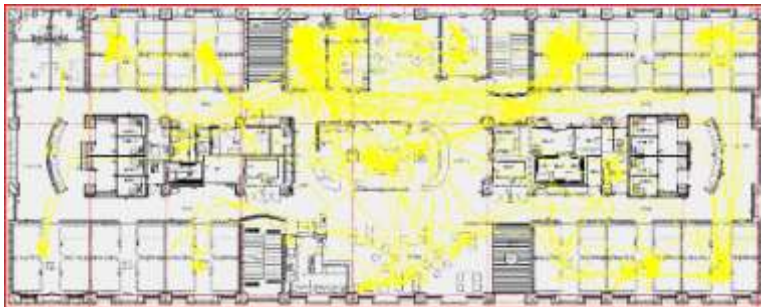
2011/01/22 13~17時の間のスタッフ(医師、介護士、看護師、セラピスト)の軌跡データ



スタッフステーション、ミーティング
ルームが中心 → **医師**



スタッフステーション、病室間を移動
→ **看護師**



病棟全般をまんべんなく移動
→ **介護福祉士**



特定の病室を重点的に移動
→ **セラピスト**

- ・職種に応じて特徴的な移動軌跡パターンが存在する
→ 業務の類似性や相補性などが移動軌跡から判断できる可能性

病棟業務（動線）の同時解析 （場の共有の可視化）



日勤帯4時間の各職種の動き(全体像)



医師・看護師および
セラピストと介護福祉士の協働場面



カンファレンス場面（3チーム）



歩行介助場面

地域支援チームとの連携



【5】 □腔機能回復支援のための
チーム構築
(医科歯科連携)

諦めないで

□から食べることを大切にする

＝チーム力の強化＝

①病棟専従

- ・言語聴覚士
- ・歯科衛生士
- ・管理栄養士

②歯科オープンシステム
(医科・歯科連携)の構築

看護師



歯科衛生士

言語聴覚士



歯科衛生士

口を大切にするケア



間欠的経口経管栄養



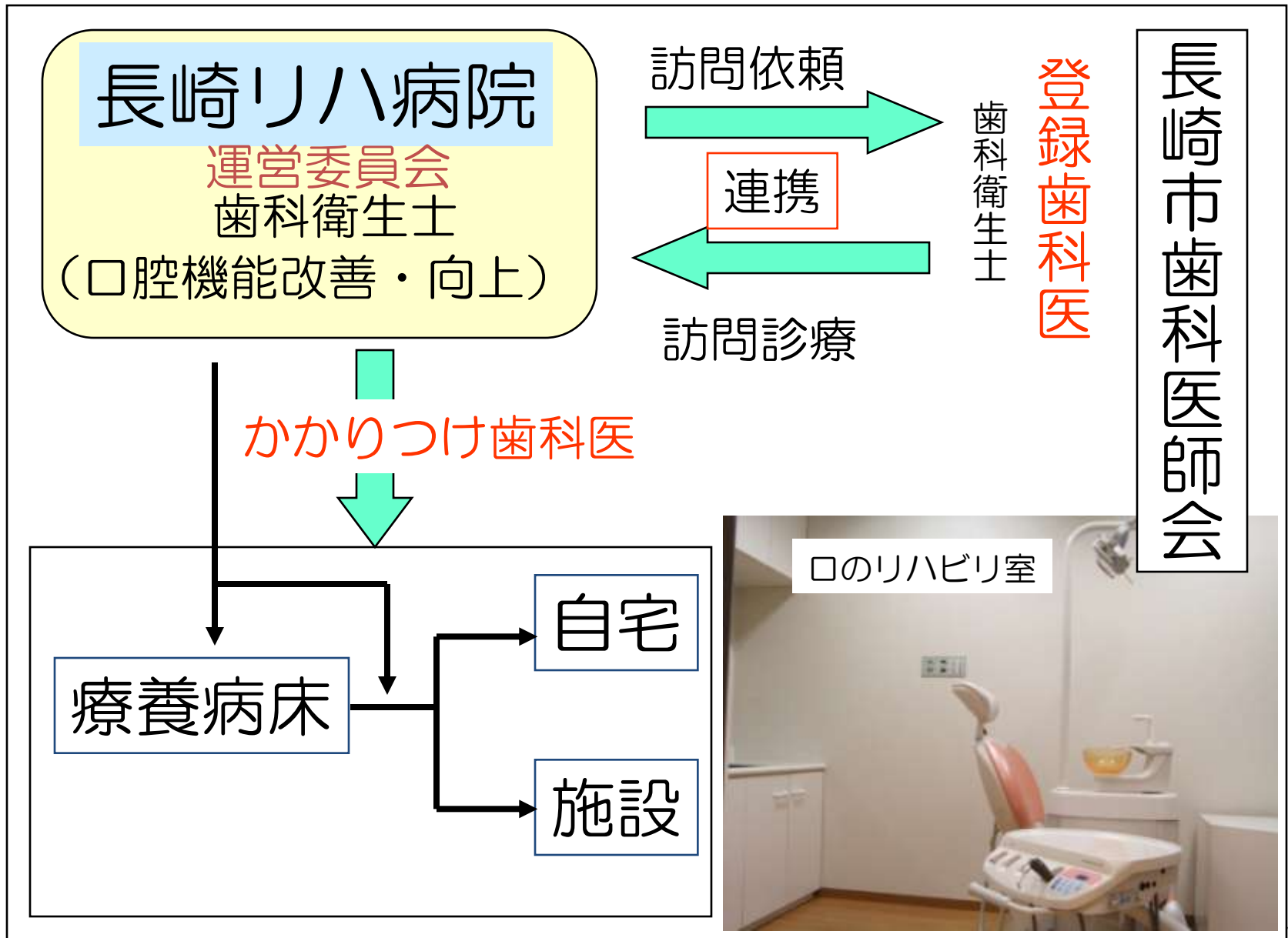
当院における歯科衛生士の業務

- 1) 口腔衛生や機能に関する**評価・アセスメント**
 - ・入院時合同評価に参画：障害、リスクに関する情報収集
- 2) **本人・家族**に対する口腔ケアの技術を助言
- 3) 他職種に対しての口腔ケアに関する**助言**
 - ・看護の摂食機能療法へのケアプラン提示
 - ・使用歯ブラシ、器具などの選定・提示
- 4) **口腔ケアの援助**
- 5) 地域協力歯科医との**連携窓口機能**
 - ・訪問診療の依頼（情報提供：口腔機能障害も含め）
 - ・訪問診療の補助
 - ・診療内容についての患者・家族及びスタッフへの説明
 - ・口腔ケアに関する歯科医との協議
 - ・退院時の歯科連携調整

この場合の「口腔ケア」とは

口腔衛生のみならず口腔機能向上をも含む

歯科診療オープンシステム



チーム運営に重要な基本

【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

+

#各専門職の知識・技術の向上

参考資料

①各専門職の1日の業務の流れ

②実績

病棟専従医師

8:00	朝食
8:30	病床会議・申し送り
9:00	病棟業務
9:30	
10:00	
10:30	
11:00	入院時合同評価
11:30	
12:00	昼食
12:30	休憩
13:00	病棟業務
13:30	
14:00	カンファレンス
14:30	
15:00	
15:30	
16:00	病棟業務
16:30	申し送り
17:00	病棟業務
17:30	
18:00	夕食
18:30	

} 嚥下造影
装具外来

#病棟業務：全身診察、リハビリ診察、指示・カルテ記載・慢性疾患管理・合併症治療、処置・嚥下検査・装具判定・ミニカンファレンスなど

看護の日勤業務

6:00	検温 採血 更衣 経管栄養患者の車椅子移乗、口腔ケア、アイスマッサージ	
7:00	早出スタッフと夜勤スタッフの打ち合わせ 経管栄養準備及び実施 血糖チェック、インスリン施行 更衣 経口摂取患者の口腔ケア、アイスマッサージ 食前排泄介助(トイレ誘導) 食堂への誘導 食前薬与薬 看護記録記載	
8:00	配膳 食事介助 食後薬与薬 下膳(摂取量、水分量の確認・記載) 申し送り	
8:30	食事介助 食後の口腔ケア、排泄介助 環境整備 チーム内情報交換と確認	
9:00	ミーティング(看護計画評価・修正) 処置、注射等の準備及び実施	
10:00	検温 ケア トイレ誘導 吸入及び吸引	
11:00	入院時合同評価 経管栄養患者の車椅子移乗、口腔ケア、アイスマッサージ 食前排泄介助(トイレ誘導)	入浴介助
11:30	経管栄養準備及び実施 血糖チェック、インスリン施行 経口摂取患者の口腔ケア、アイスマッサージ 食前排泄介助(トイレ誘導) 食堂への誘導 食前薬与薬	
12:00	配膳 食事介助 食後薬与薬 下膳(摂取量、水分量の確認・記載)	
13:00	食後の口腔ケア、排泄介助	
14:00	定期カンファレンス 検温 ケア	
15:00	有熱者再検 吸入及び吸引 トイレ誘導 看護記録記載	
16:00	リーダーNsへ報告	
16:30	申し送り 経管栄養患者の車椅子移乗、口腔ケア、アイスマッサージ	
17:00	夜勤スタッフ間での情報共有及び運出スタッフとの打ち合わせ 経管栄養準備及び実施 血糖チェック、インスリン施行 経口摂取患者の口腔ケア、アイスマッサージ 食前排泄介助(トイレ誘導) 食堂への誘導 食前薬与薬	
18:00	配膳 食事介助 食後薬与薬 下膳(摂取量、水分量の確認・記載)	
19:00	検温 ケア トイレ誘導 吸入及び吸引	
20:00	更衣	
21:00	有熱者再検 吸入及び吸引 トイレ誘導 就寝前与薬 看護記録記載	
22:00	消灯	

セラピスト

7:00～		早出業務開始 PT1名・OT1名 対象者を決めての関わり 配膳・コール対応
8:30～	日勤業務開始 フロア別での申し送り・1日の予定伝達 コール対応	
8:40～	患者の担当者間でのミーティング 患者への朝の挨拶と運動練習時間の伝達 コール対応	
9:00～	運動練習 入浴介入 コール対応	訪問同伴
11:00～		遅出業務開始
12:00～	昼休み	
13:00～	食事介入 配膳 運動練習 訪問同伴	病棟ミーティング
		各職種ミーティング
		カンファレンス参加
15:30～	日別調整 委員会活動 早出業務終了	担当者間でのミーティング
16:30～	フロア別での申し送り・次の日の予定伝達	院内勉強会
16:40～	患者の担当者でのミーティング コール対応	院外勉強会
17:00～	日勤業務終了	研究活動
19:00	遅出業務終了	

社会福祉士

時刻	内容
8:30~8:50	病棟申し送り
8:45~9:00	SW朝のミーティング
9:00~11:00	訪問同行、主治医面談、SW面接、家族・関係機関との連絡調整、入院患者情報収集(サマリーなどの確認)
11:00~12:00	入院日合同評価、主治医面談同席
12:00~12:30	インテーク面接
13:00~14:00	訪問同行、主治医面談、SW面接、地域カンファレンス、ブレースクリニック 家族・関係機関との連絡調整、各種委員会
14:00~16:00	定期カンファレンス
16:00~16:30	主治医面談、SW面接、地域カンファレンス、家族・関係機関との連絡調整
16:30~17:00	病棟申し送り、主治医面談、家族・関係機関との連絡調整 退院時カンファ、中間評価

管理栄養士

時間	主な業務内容	不定期の業務内容	
8:30	朝の申し送り		
45	朝食の摂取状況の確認		
9:00	管理栄養士ミーティング		
15			
9:30	管理栄養士・レオックミーティング		
45			
10:00	入院患者の情報収集		(毎週火曜日) 伊東副部長、管理栄養士ミーティング
15			
10:30	入院患者の栄養アセスメント、身体計測		
45			
11:00	入院時合同評価		
15	入院時の食事内容の決定		
11:30	栄養管理計画書の作成と本人・ご家族への説明		
45	アレルギー患者等の配膳チェック(パントリー内)		
12:00	食事状況の評価		
15			
12:30			
45	昼食・休憩		
13:00			
15			
13:30	(月2~3回) 献立ミーティング		
45			
14:00			
15	各種委員会参加		
14:30		入院時、定期カンファレンス参加	
45			
15:00		アセスメント、モニタリング	
15			
15:30		栄養プランの立案、変更	
45			
16:00		栄養指導	
15			
16:30		夕の申し送り	
45			
17:00	中間評価参加		

歯科衛生士

8:15~8:30	電子カルテにて夜間・早朝の情報収集 歯科衛生士合同申し合わせ
8:30~8:45	各フロアの申し送り(必要に応じて口腔ケア指導・介入)
8:45~	口腔ケア指導・支援
	訪問歯科診療の対応
11:00 ~	入院時合同評価
12:00 ~	食事の観察 口腔ケア指導・支援
	・各委員会への出席
----- 昼 休 み -----	
14:00 ~	カンファレンス 訪問歯科診療の対応
	口腔ケア指導・支援
	・各委員会への出席
16:30 ~	各フロアの申し送り

平成22年度年間入院患者

紹介病院	総計	%
総患者数	463	100
看護必要度B（10点以上）	189	41
脳梗塞	211	46
脳出血	98	21
くも膜下出血	22	5
脳卒中	331	71
頭部外傷	39	8
脊髄損傷	6	1
運動器	28	6
廃用	42	9
その他	14	3
対象外	3	1

H22年退院患者一次転帰

転帰	患者数	%
自宅	360	71
施設	38	8
老健	7	1
療養	21	4
急性転化	79	16
計	505	100

H22年退院患者実績

急性転化患者二次転帰

転帰	患者数
自宅	27
施設	3
療養	14
入院中	25
死亡	10
急性転化	79

急性転化患者の最終転帰

入院時経腸栄養患者

- ・ 経口摂取獲得率：52%
- ・ 在宅復帰：53%

H22年退院患者総合転帰

転帰	患者数	%
自宅	387	77
施設	41	8
老健	7	1
療養	35	7
入院中	25	5
死亡	10	2
計	505	100

最終転帰（入院中をのぞく）

転帰	患者数	%
自宅	387	81
施設	41	9
老健	7	1
療養	35	7
死亡	10	2
退院患者総数	480	100

特定看護師（仮称）養成 調査試行事業（案）について

1. 事業の目的

- チーム医療の推進に関する検討会報告書（平成22年3月19日取りまとめ）において、特定看護師（仮称）の要件については、医療現場や養成現場の関係者等の協力を得て、専門的・実証的な調査・検討を行った上で決定する必要があると提言された。
- 本事業は、当該報告書の提言を受け、専門的な臨床実践能力を有する看護師の養成に取り組む修士課程及び研修課程に幅広く協力を得て先導的な試行を実施し、当該課程のカリキュラムの内容や実習の実施状況等に関する情報を収集するものである。
- なお、本事業は、特定看護師（仮称）の要件等を検討する際に必要となる情報や実証的なデータを収集することを目的として実施するものであり、「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程」としての指定は、今後、特定看護師（仮称）の養成課程として認められることを保証するものではない。

2. 事業内容

(A) 修士課程 調査試行事業

一定の基準を満たす修士課程を「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士）」に指定し、当該課程からカリキュラムの内容や実習の実施状況等に関する情報の報告を受ける。

(B) 研修課程 調査試行事業

一定の基準を満たす研修課程等（看護師（免許取得後）を対象として学会や研修センター等が実施するもの）を「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（研修）」に指定し、当該課程からカリキュラムの内容や実習の実施状況等に関する情報の報告を受ける。

※ 本事業は、「特定看護師（仮称）」という新たな枠組みの構築に向け、法制化を視野に入れつつ、「特定の医行為」の範囲（特定看護師（仮称）の業務範囲）や当該行為を安全に実施するために必要なカリキュラムの内容等を実証的に検討するに当たり、厚生労働省の関与の下、一定の期間、検討に必要な情報・データを収集する目的で実施するものである。このような事業の趣旨にかんがみ、「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程」においては、十分な安全管理体制を整備していること等を条件に「診療の補助」の範囲に含まれているかどうか不明確な行為について実習して差し支えないこととする。

3. 実施方法

(1) 実施期間と方法

- 「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士・研修）」の指定に係る申請期間は、平成 23 年 3 月 1 日から同月 31 日までとする。
- 「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士・研修）」の指定申請のあった修士・研修課程については、順次、「(3) 指定基準」に照らし、書面によって内容を確認するとともに、特段の問題がない限り「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士・研修）」に指定することとする。
- 事業の実施期間は、当面、平成 24 年 3 月までとする。なお、事業の実施状況等によっては、平成 24 年 4 月以降も継続して募集・実施することとする。
- 事業の事務手続の窓口は、厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室とする。

(2) 指定申請書類

- 以下の書類を提出すること。
 - ① 「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程」申請書
 - ② シラバス
 - ③ 大学院・学会・研修センター等の概要
 - ④ 実習施設概要（代表施設）

※ 平成 22 年度の「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士・研修）」の指定を受けていた課程については、①申請書のみの提出で差し支えないこととする。

(3) 指定基準

- 「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程」と称すること。
- 臨床実践能力を習得する上で必要な基礎科目として、以下の教育内容を必修としていること。
 - ① フィジカルアセスメントに関する科目
 - ② 臨床薬理学に関する科目
 - ③ 病態生理学に関する科目
- 演習・実習科目を必修とするとともに、専門的な臨床実践能力を修得できる実習場所（病院等）を 1 か所以上確保していること。

○ 専門的な臨床実践能力を修得させるために「医師の教員・指導者」が必要数確保されていること。また、病態生理学に関する科目や実習等については、「医師の教員・指導者」が適切に配置されていること。（「医師の教員・指導者」については、専任・兼任の区別や職位は問わないが、臨床研修指導医と同程度以上の経験があることが望ましい。）

○ 実習科目における安全管理体制を整備していること。

※ なお、上記の5つの基準は、あくまで「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程」の指定基準であり、特定看護師（仮称）の養成課程の認定基準については、「チーム医療推進のための看護業務検討WG」において、今後検討されるものである。

（4）報告書類

○ 本事業の実施状況（例えば、安全面の課題、学生の履修状況、実習時のインシデント・アクシデント、一般の看護師でも実施可能な行為等）について、本事業の中間時及び終了時に、事業報告書を提出すること。

○ 実習時にインシデント・アクシデントが発生した場合は、当該インシデント・アクシデントの内容、発生後の対応、発生の要因等について、別添の様式に記載の上、発生後速やかに提出すること。

○ 「チーム医療推進のための看護業務検討WG」の求めに応じて、必要な資料を提出すること。

4. その他

○ 「特定看護師（仮称）業務試行事業」の対象となる看護師を養成した課程においては、当該看護師を雇用する「特定看護師（仮称）業務試行事業 実施施設」から提供された情報を踏まえ、自課程の内容について自己評価を行うこととする。

(別添)

特定看護師（仮称）養成 調査試行事業 インシデント・アクシデント報告書

施設名： _____

担当者（報告者）： _____

実習時のインシデント・アクシデントの詳細

実習時に学生が当事者となるインシデント・アクシデントが発生した場合、1件につき1枚ずつご記入下さい。

* 枠内に記載もしくは選択肢があるものはいずれかに○を付けて下さい。

1	インシデント・アクシデントの種別	
2	発生日時	年 月 日 () 時 分頃
3	発見日時	年 月 日 () 時 分頃
4	発生場所	病院 ・ 診療所 ・ 在宅 ・ その他 () ↳ 病棟、外来、手術室、検査室、その他 ()
5	患者情報	性別：男 ・ 女 年齢： () 歳 患者区分：入院 ・ 外来 ・ 在宅 疾患名：(インシデント・アクシデントに関連したもの)
6	当事者	学年：(1 ・ 2) 年 状況： 教員・指導者（医師）の監督のもとに行っていた 教員・指導者（医師）が別の場所にいた 初めて実施する医行為 ・ 数回目の医行為
7	内容（時間経過に添って、それぞれの立場の状況をわかりやすく記載）	
8	影響レベル *下記の表を参照	レベル (1 ・ 2 ・ 3a ・ 3b ・ 4a ・ 4b)
9	発生後の対応（患者に行った処置等や本人や家族への説明等）	
10	発生の要因（当事者、環境、指導者の状況を含めて）	
11	発生後の改善策	

- レベル 1 : 患者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）
- レベル 2 : 処置や治療は行わなかった（患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性を生じた）
- レベル 3 a : 簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）
- レベル 3 b : 濃厚な処置や処置を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者さんの入院、骨折など）
- レベル 4 a : 永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない
- レベル 4 b : 永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題は伴う

特定看護師（仮称）業務試行事業（案）について

1. 事業の目的

- チーム医療の推進に関する検討会報告書（平成22年3月19日取りまとめ）において、特定看護師（仮称）の業務範囲や要件については、医療現場や養成現場の関係者等の協力を得て、専門的・実証的な調査・検討を行った上で決定する必要があると提言された。
- 本事業は、当該報告書の提言を受け、「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士・研修）」を修了した看護師及びその従事施設等に幅広く協力を得て先導的な試行を実施し、当該看護師の活用状況や業務の実施状況等に関する情報を収集するものである。
- なお、本事業は、特定看護師（仮称）の業務範囲や要件等を検討する際に必要となる情報や実証的なデータを収集することを目的として実施するものであり、本事業の対象となる看護師について、今後、特定看護師（仮称）として認められることを保証するものではない。

2. 事業内容

- 「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士・研修）」を修了した看護師が従事する施設を「特定看護師（仮称）業務試行事業実施施設」（以下「指定施設」という。）に指定し、指定施設から当該看護師の活用状況や業務の実施状況等に関する情報の報告を受ける。
- 業務の実施に係る試行は、各看護師が「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士・研修）」において修得した業務・行為を対象として行う。

※ 本事業は、「特定看護師（仮称）」という新たな枠組みの構築に向け、法制化を視野に入れつつ、特定看護師（仮称）の業務範囲や当該業務・行為を安全に実施するために必要なカリキュラムの内容等を実証的に検討するに当たり、厚生労働省の関与の下、一定の期間、検討に必要な情報・データを収集する目的で実施するものである。このような本事業の趣旨にかんがみ、本事業の実施施設において、十分な安全管理体制を整備していること等を条件に「診療の補助」の範囲に含まれているかどうか不明確な行為について実施して差し支えないこととする。

3. 実施方法

(1) 実施期間と方法

- 「特定看護師（仮称）業務試行事業実施施設」の指定に係る申請期間は、平成23年〇月〇日から〇月〇日までとする。なお、事業の実施状況等によっては、平成23年〇月〇日以降も追加の申請を受け付けることとする。
- 「特定看護師（仮称）業務試行事業実施施設」の指定申請のあった施設については、順次、「(3) 指定基準」に照らし、書面によって内容を確認し、「特定看護師（仮称）業務試行事業実施施設」に指定することとする。
- 事業の実施期間は、当面、平成24年3月までとする。なお、事業の実施状況等によっては、平成24年4月以降も継続して募集・実施することとする。
- 事業の事務手続の窓口は、厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室とする。

(2) 指定申請書類

- 以下の書類を提出すること。
 - ① 「特定看護師（仮称）業務試行事業実施施設」申請書
 - ② 実施施設概要

(3) 指定基準

- 「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士・研修）」を修了した看護師を雇用していること。（看護師の雇用形態（常勤・非常勤等）は問わない。）
- 医療福祉施設（病院、診療所、訪問看護事業所、介護関係施設等）であること。
- 本事業の実施に係る管理責任者を選定していること。
- 本事業の実施に当たり、以下のとおり、安全管理体制を整備していること。（訪問看護事業所や介護関係施設等、自施設において体制を整備することが困難である場合には、他の医療機関と連携して体制を整備することとして差し支えないこと。）
 - ① 本事業の実施に係る安全管理に係る組織（施設の管理者及び関係各部門の

責任者等による構成とし、②の担当医を含むこと。)の設置

② 適切な指導等により試行の安全性を確保する担当医の選定（臨床研修指導医と同程度以上の経験があることが望ましい。）

③ 医療事故発生時の対応に係る基準及び院内報告制度等の整備

○ 本事業の対象となる看護師に対して教育・研修を行った「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士・研修）」と連携体制（事業の実施状況に関する定期的な情報共有等）を整備していること。

（４）実施基準

○ 管理責任者は、本事業が安全かつ円滑に実施されるよう、安全管理に係る組織の会議を定期的開催するとともに、事業の実施状況について、担当医及び本事業の対象となる看護師から随時聴取し、確認することとする。

○ 安全管理に係る組織は、試行の対象とする業務・行為を実施する前に、あらかじめ、①緊急時の対応に係る手順、②患者又はその家族に対する説明・相談に係るルール、③本事業において試行の対象とする業務・行為に係るプロトコールを定めることとする。

○ 担当医及び本事業の対象となる看護師は、定期的開催される安全管理に係る組織において、本事業の実施状況を報告することとする。

○ 担当医は、試行の対象とする業務・行為が安全に実施されるよう、定期的本事業の対象となる看護師の習得度を確認するとともに、必要に応じて指導を行うこととする。

○ 本事業の対象となる看護師は、医師の指示の下、試行の対象とする業務・行為に係るプロトコールに従って、業務・行為を実施することとする。

（５）報告書類

○ 指定施設は、本事業の実施状況（例えば、業務・行為の実施状況、安全面の課題、担当医や他職種からの評価、インシデント・アクシデントの状況、配置部署・勤務体制等）について、本事業の中間時（7月末・11月末）及び終了時に報告書を提出すること。

○ 業務時にインシデント・アクシデントが発生した場合は、当該インシデント・アクシデントの内容、発生後の対応、発生の要因等について、別添の様式に記載の上、発生後速やかに提出すること。

- 指定施設は、チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループの求めに応じて、必要な資料を提出すること。

4. その他

- チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループは、特定看護師（仮称）の業務範囲や要件等を検討するため、指定施設と連携する「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士・研修）」に対し、指定施設から提供された情報を踏まえ、自課程の内容について自己評価を行うよう依頼することとする。

特定看護師（仮称）業務試行事業 インシデント・アクシデント報告書

施設名： _____

報告者： _____

インシデント・アクシデントの詳細

当事者となるインシデント・アクシデントが発生した場合、1件につき1枚ずつご記入下さい。

* 枠内に記載もしくは選択肢があるものはいずれかに○を付けて下さい。

1	インシデント・アクシデントの種別	
2	発生日時	年 月 日 () 時 分頃
3	発見日時	年 月 日 () 時 分頃
4	発生場所	病院 ・ 診療所 ・ 在宅 ・ その他 () ↓ 病棟、外来、手術室、検査室、その他 ()
5	患者情報	性別：男 ・ 女 年齢：() 歳 患者区分：入院 ・ 外来 ・ 在宅 疾患名：(インシデント・アクシデントに関連したもの)
6	当事者の状況	担当医（指導者）の監督のもとに行っていた 担当医（指導者）が別の場所にいた 初めて実施する医行為 ・ 数回目の医行為
7	内容（時間経過に添って、それぞれの立場の状況をわかりやすく記載）	
8	影響レベル *下記の表を参照	レベル (1 ・ 2 ・ 3a ・ 3b ・ 4a ・ 4b)
9	発生後の対応（患者に行った処置等や本人や家族への説明等）	
10	発生の要因（当事者、環境、指導者の状況を含めて）	
11	発生後の改善策	

レベル1：患者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）

レベル2：処置や治療は行わなかった（患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性を生じた）

レベル3 a：簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）

レベル3 b：濃厚な処置や処置を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者さんの入院、骨折など）

レベル4 a：永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない

レベル4 b：永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題は伴う

特定看護師（仮称）養成 調査試行事業 実施状況報告について（案）

1. 目的

- 特定看護師（仮称）養成 調査試行事業の実施状況等について、実施状況を把握し、今後の検討材料とする。

2. 報告時期

- 平成 23 年 3 月

3. 報告内容

- 演習・実習について
 - ・ 指導体制
 - ・ 指導方法
 - ・ 評価方法
 - ・ 安全性担保の方法
- 学生の修得状況
- 実習時のインシデント・アクシデントの発生状況
- 総合評価
 - ・ 学生による評価
 - ・ 次年度へ向けての改善やカリキュラム変更等の評価

4. 報告方法

- 所定の様式により報告、必要に応じてヒアリングを行う。