第４回　チーム医療の推進に関する検討会

日時：平成21年11月2日（月）13：00～15:00
場所：厚生労働省専用第１８～２０会議室

議　事　次　第

１．開会

２．議題

（１）チーム医療の推進について

（２）チーム医療の推進に関するヒアリング

武久会長（日本慢性期医療協会）

桑田 老人看護専門看護師（青梅慶友病院）

（３）その他

３．閉会

【配付資料】
座席表
資料１：武久先生配付資料
資料２：桑田先生配付資料

参考資料：第２回チーム医療の推進に関する検討会 議事録
＊参考資料については、厚生労働省ホームページに掲載されています。

2009.11.2(月)

資料1

厚生労働省医政局
ヒアリング資料

一般社団法人日本慢性期医療協会
会長　武久 洋三

チーム医療の促進に関する検討会

検討課題

○医師、看護師等の役割分担について
○看護師等の専門性の向上について
○その他

■ [redacted]

チーム医療

各職種病棟業務

薬剤師	・・・	服薬指導、薬剤管理、ミキシング、薬剤投与
管理栄養士	・・・	個別栄養管理、食事指導、摂食介助
介護福祉士	・・・	介護全般、環境整備、ADL改善
臨床検査技師	・・・	検査データ管理、感染サーベイ、検査計画、採血、生理検査
臨床工学技士	・・・	人工呼吸器管理、各種医療機器管理
社会福祉士	・・・	退院促進、地域連携、医療相談
歯科衛生士	・・・	口腔管理、歯科治療連携
PT・OT	・・・	トイレ誘導、ADL訓練、移乗・移動訓練、社会復帰訓練
ST	・・・	食事介助、嚥下訓練、構音訓練、嚥下機能測定
診療情報管理士	・・・	電子カルテ管理、医療記録管理、書類管理
医療事務	・・・	医療請求、医師補助業務、各種書類管理

■ [redacted]

チーム医療の評価

診療報酬の入院基本料は、主に
医師と看護師の数によって決められている。

急性期・慢性期病床にかかわらず、病棟に
コメディカルを専従に配置した場合の評価が必要

■ [redacted]

日本慢性期医療協会　チーム医療に関するアンケート調査

1．病床種別と病床数

実施：平成21年4月（調査対象：会員818施設　回答施設数：197施設）

	合計	平均
総病床数（床）	37045	188.0

		回答施設数（施設）	病床数合計（床）	全病床数に占める割合(%)
医療保険	一般病床	73	5,852	15.8
	①特殊疾患1	7	428	1.2
	②特殊疾患2	0	0	0.0
	③回復期リハ病棟1	8	494	1.3
	④回復期リハ病棟2	0	0	0.0
	⑤障害者施設等入院基本料	20	1,190	3.2
	⑥緩和ケア	3	55	0.1
	⑦上記以外の一般病床	55	3,685	9.9
	療養病床	175	17,375	46.9
	⑧療養病棟入院基本料	162	14,310	38.6
	⑨回復期リハ病棟1	38	2,177	5.9
	⑩回復期リハ病棟2	13	609	1.6
	⑪介護保険移行準備病棟	2	74	0.2
	⑫上記以外の療養病床	3	205	0.6
	精神病床	18	3,625	9.8
	⑬認知症病棟	12	1,034	2.8
	⑭特殊疾患	3	180	0.5
	⑮上記以外の精神病床	13	2,411	6.5
	その他の病床	2	62	0.2
介護保険	介護保険病床	110	10,131	27.3
	⑯介護療養型医療施設	108	9,983	26.9
	⑰老人性認知症疾患療養病棟	2	148	0.4
	⑱経過型介護療養型医療施設	0	0	0
合計		197	37,045	100.0

■ [redacted]

医療療養病床の患者状態

	医療区分1が入院患者に占める割合（%）					
	全体	15%未満	～25%未満	～35%未満	～50%未満	50%以上
4月30日現在入院患者数	27,336	7,334	5,654	5,971	5,810	2,567

・4月30日現在、医療療養病床に入院している患者について、4月1ヶ月間に1日でも下記の症状となった患者の割合

（複数回答）

	医療区分1が入院患者に占める割合（%）					
	全体平均	15%未満	～25%未満	～35%未満	～50%未満	50%以上
① 経管栄養	37.3	45.0	39.2	36.1	32.6	25.2
② 気管切開	10.8	17.0	10.8	8.3	7.9	6.0
③ 喀痰吸引	33.2	42.2	36.9	29.2	27.7	20.9
④ 膀胱カテーテル	16.2	19.0	16.3	16.0	14.0	14.0
⑤ 褥瘡処置	10.4	11.1	11.9	11.2	8.5	7.1
⑥ 酸素療法	15.1	20.1	16.1	12.3	12.3	11.8
⑦ 疼痛管理	1.3	1.9	1.4	1.3	0.8	1.2
⑧ 人工透析	2.5	3.5	1.5	4.2	1.2	0.5
⑨ 人工肛門	0.8	0.8	0.8	0.9	0.7	0.7
⑩ 中心静脈栄養（IVH）	7.5	8.0	7.5	7.9	6.3	7.8
⑪ モニター測定（心拍・血圧・酸素飽和度）	8.2	9.5	8.8	8.0	4.4	11.7
⑫ ①～⑪のどれでもない	35.4	26.5	33.0	36.1	42.1	50.2

■ [redacted]

医療療養病床には、大変重度な患者が多く入院している。
ICUと類似化していると言える。

違いは、疾病に罹患してからの期間である。

■ [redacted]

２．看護・介護職以外に雇用している職種

	常勤＋非常勤（常勤換算人数）	100床あたり（人）
医師	1,678	4.5
理学療法士	1,595	4.3
作業療法士	1,127	3.0
言語聴覚士	432	1.2
薬剤師	640	1.7
管理栄養士	421	1.1
栄養士	149	0.4
臨床検査技師	396	1.1
診療放射線技師	375	1.0
社会福祉士	313	0.8
精神保健福祉士	99	0.3
臨床心理士	35	0.1
医療クラーク	234	0.6
歯科衛生士	100	0.3
音楽療法士	11	0.0
園芸療法士	4	0.0
臨床工学技士	121	0.3
視能訓練士	3	0.0

■ [redacted]

3. コメディカル職員の病棟への配置状況(複数回答)

3-1 病床種別からみたコメディカル職員の配置

		全病床数(床)	配置病床数(床)	各病床種別に占める割合(%)
医療保険	一般病床	5,852	4,323	73.9
	①特殊疾患1	428	428	100.0
	②特殊疾患2	0	0	0.0
	③回復期リハ病棟1	494	427	86.4
	④回復期リハ病棟2	0	0	0.0
	⑤障害者施設等入院基本料	1,190	939	78.9
	⑥緩和ケア	55	35	63.6
	⑦上記以外の一般病床	3,685	2,494	67.7
	療養病床	17,375	14,397	82.9
	⑧療養病棟入院基本料	14,310	11,737	82.0
	⑨回復期リハ病棟1	2,177	1,977	90.8
	⑩回復期リハ病棟2	609	491	80.6
	⑪介護保険移行準備病棟	74	74	100.0
	⑫上記以外の療養病床	205	118	57.6
	精神病床	3,625	3,001	82.8
	⑬認知症病棟	1,034	834	80.7
	⑭特殊疾患	180	180	100.0
	⑮上記以外の精神病床	2,411	1,987	82.4
介護保険	介護保険病床	10,131	6,278	62.0
	⑯介護療養型医療施設	9,983	6,130	61.4
	⑰老人性認知症疾患療養病棟	148	148	100.0
	⑱経過型介護療養型医療施設	0	0	0.0
合計		37,045	27,999	75.6

※どの病床種別においても、50%以上の病棟にコメディカル職員が配置されている。

■ [redacted]

【職員配置の実数】専従人数(常勤換算数)

		合計	薬剤師	臨床検査技師	管理栄養士	栄養士	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	社会福祉士	精神保健福祉士	臨床心理士	歯科衛生士	医療クラーク	臨床工学技士	その他
医療保険	一般病床	287.4	4.0	0.0	5.0	0.0	96.1	60.0	37.0	9.0	0.0	0.0	2.0	38.0	0.0	36.3
	特殊疾患1	3.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0
	回復期リハ病棟1	89.0	1.0	0.0	3.0	0.0	37.0	24.0	15.0	5.0	0.0	0.0	0.0	3.0	0.0	1.0
	障害者施設等入院基本料	36.0	2.0	0.0	0.0	0.0	15.0	11.0	5.0	1.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0
	緩和ケア	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	上記以外の一般病床	159.4	1.0	0.0	2.0	0.0	44.1	25.0	17.0	2.0	0.0	0.0	2.0	31.0	0.0	35.3
	療養病床	1019.4	56.5	20.4	37.8	19.4	343.0	249.6	72.1	50.1	5.4	4.4	12.9	61.6	7.0	79.2
	療養病棟入院基本料	536.4	56.5	20.4	34.8	17.4	135.0	89.6	26.1	28.1	5.4	3.4	12.3	51.0	7.0	49.4
	回復期リハ病棟1	422.1	0.0	0.0	3.0	2.0	179.0	141.0	38.0	19.0	0.0	1.0	0.0	9.3	0.0	29.8
	回復期リハ病棟2	60.9	0.0	0.0	0.0	0.0	29.0	19.0	8.0	3.0	0.0	0.0	0.6	1.3	0.0	0.0
	介護保険移行準備病棟	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	上記以外の療養病床	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	精神病床	98.0	10.0	1.0	3.0	1.0	4.0	39.0	1.0	1.0	28.0	1.0	1.0	8.0	0.0	0.0
	認知症病棟	40.0	2.0	0.0	1.0	0.0	1.0	18.0	0.0	0.0	16.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0
	特殊疾患	2.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	上記以外の精神病床	56.0	7.0	1.0	2.0	1.0	3.0	20.0	1.0	1.0	12.0	0.0	1.0	7.0	0.0	0.0
介護保険	介護保険病床	177.1	24.8	6.6	14.3	4.6	35.8	35.7	16.9	17.9	3.4	1.6	1.0	13.5	0.0	1.0
	介護療養型医療施設	162.3	23.8	6.6	13.3	3.6	34.8	29.7	16.9	17.9	0.6	0.6	0.0	13.5	0.0	1.0
	老人性認知症疾患療養病棟	14.8	1.0	0.0	1.0	1.0	1.0	6.0	0.0	0.0	2.8	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0
合計		1581.9	95.3	28.0	60.1	25.0	478.9	384.3	127.0	78.0	36.8	7.0	16.9	121.1	7.0	116.5

※病棟専従として計1581.9人のコメディカル職が配置されている。リハビリスタッフ、医療クラーク、薬剤師、ソーシャルワーカーの専従が多い。

■ [redacted]

4. チーム医療でリーダーを担っている職種(複数回答)(回答:194施設)

	施設数	%
医師	178	91.8
看護職員	155	79.9
管理栄養士	72	37.1
理学療法士	68	35.1
薬剤師	61	31.4
介護職員	40	20.6
社会福祉士	39	20.1
作業療法士	37	19.1
事務職員	37	19.1
言語聴覚士	24	12.4
臨床検査技師	23	11.9
ケアマネジャー	16	8.2
診療放射線技師	15	7.7
歯科衛生士	9	4.6
医療相談員	9	4.6
精神保健福祉士	7	3.6
医療クラーク	4	2.1
臨床工学技士	4	2.1
栄養士	3	1.5
臨床心理士	2	1.0
診療情報管理士	2	1.0

※チーム医療でリーダーを担うと回答したのは、医師、看護職員が圧倒的に多いが、それ以外の　職種の回答も多く、まさに多職種で患者の医療、ケアを行っていることが読み取れる。

■ [redacted]

5. どの職種を重点的に配置すれば、看護・介護職員の業務の負担軽減につながると思うか(複数回答)(回答:185施設)

	施設数	%
医療クラーク	105	56.8
理学療法士	79	42.7
薬剤師	70	37.8
作業療法士	65	35.1
言語聴覚士	50	27.0
歯科衛生士	46	24.9
医師	45	24.3
社会福祉士	39	21.1
介護福祉士	1	0.5
臨床検査技師	25	13.5
管理栄養士	24	13.0
臨床心理士	15	8.1
臨床工学技士	10	5.4
診療放射線技師	8	4.3
精神保健福祉士	7	3.8
音楽療法士	7	3.8
栄養士	6	3.2
園芸療法士	4	2.2

※看護・介護の負担軽減につながる職種として、　医療クラーク、リハビリスタッフ、薬剤師が上位にあげられている。

■ [redacted]

6. チームとしてどのような会議があるか（複数回答）（回答：195施設）

	施設数	%
感染症対策委員会	194	99.5
医療安全対策委員会	192	98.5
褥瘡委員会	187	95.9
症例カンファレンス	131	67.2
サービス担当者会議	115	59.0
NST	104	53.3
入退院判定会議	103	52.8
ターミナルカンファランス	46	23.6
排泄委員会	38	19.5
その他	67	34.4

※病院ではさまざまな会議が開催され、直接ケアのみでなく間接的ケアの時間も多い。

■ [redacted]

7. 会議の構成メンバーの職種について

7-1 全会議対象：参加職種について（複数回答）

	施設数	%
看護職員	1,116	93.0
医師	1,101	91.8
管理栄養士	761	63.4
薬剤師	745	62.1
介護職員	673	56.1
理学療法士	636	53.0
社会福祉士	380	31.7
作業療法士	368	30.7
臨床検査技師	320	26.7
言語聴覚士	253	21.1
診療放射線技師	212	17.7
栄養士	81	6.8
医療クラーク	68	5.7
精神保健福祉士	58	4.8
臨床工学技士	53	4.4
歯科衛生士	44	3.7
臨床心理士	16	1.3
音楽療法士	6	0.5
視能訓練士	5	0.4
園芸療法士	5	0.4

※会議が多職種で構成されていることが示されている。

■ [redacted]

7-2 各会議における参加職種（複数回答）

【施設数】

	合計（施設）	看護職員	医師	管理栄養士	薬剤師	介護職員	理学療法士	社会福祉士	作業療法士	臨床検査技師	言語聴覚士	診療放射線技師	栄養士	医療クラーク	精神保健福祉士	臨床工学技士	歯科衛生士	臨床心理士	音楽療法士	園芸療法士	視能訓練士	その他
感染症対策委員会	192	178	190	140	173	101	103	34	45	110	20	58	14	13	6	17	6	1	1	1	1	65
医療安全対策委員会	190	172	188	134	170	97	128	56	51	93	22	88	15	13	11	19	6	2	1	1	1	79
褥瘡委員会	185	176	179	146	123	102	83	19	33	35	18	15	15	9	3	4	3	0	0	0	0	43
症例カンファレンス	133	120	121	85	74	81	95	67	77	19	60	15	6	6	14	4	8	5	1	1	1	22
サービス担当者会議	114	104	89	63	43	89	75	56	51	8	32	9	5	6	6	1	6	1	0	0	0	41
NST	102	94	97	97	59	48	29	15	16	25	48	5	13	3	0	1	3	0	0	0	0	12
入退院判定会議	100	98	94	20	25	24	46	70	21	5	12	1	0	4	8	1	1	0	0	0	0	33
ターミナルカンファランス	48	44	48	23	21	32	26	25	22	7	15	6	3	4	2	3	3	1	2	1	1	10
排泄委員会	34	33	18	12	8	32	12	5	9	2	3	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	8

【割合】 （単位：%）

感染症対策委員会	100.0	92.7	99.0	72.9	90.1	52.6	53.6	17.7	23.4	57.3	10.4	30.2	7.3	6.8	3.1	8.9	3.1	0.5	0.5	0.5	0.5	33.9
医療安全対策委員会	100.0	90.5	98.9	70.5	89.5	51.1	67.4	29.5	26.8	48.9	11.6	46.3	7.9	6.8	5.8	10.0	3.2	1.1	0.5	0.5	0.5	41.6
褥瘡委員会	100.0	95.1	96.8	78.9	66.5	55.1	44.9	10.3	17.8	18.9	9.7	8.1	8.1	4.9	1.6	2.2	1.6	0.0	0.0	0.0	0.0	23.2
症例カンファレンス	100.0	90.2	91.0	63.9	55.6	60.9	71.4	50.4	57.9	14.3	45.1	11.3	4.5	4.5	10.5	3.0	6.0	3.8	0.8	0.8	0.8	16.5
サービス担当者会議	100.0	91.2	78.1	55.3	37.7	78.1	65.8	49.1	44.7	7.0	28.1	7.9	4.4	5.3	5.3	0.9	5.3	0.9	0.0	0.0	0.0	36.0
NST	100.0	92.2	95.1	95.1	57.8	47.1	28.4	14.7	15.7	24.5	47.1	4.9	12.7	2.9	0.0	1.0	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0	11.8
入退院判定会議	100.0	98.0	94.0	20.0	25.0	24.0	46.0	70.0	21.0	5.0	12.0	1.0	0.0	4.0	8.0	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.0
ターミナルカンファランス	100.0	91.7	100.0	47.9	43.8	66.7	54.2	52.1	45.8	14.6	31.3	12.5	6.3	8.3	4.2	6.3	6.3	2.1	4.2	2.1	2.1	20.8
排泄委員会	100.0	97.1	52.9	35.3	23.5	94.1	35.3	14.7	26.5	5.9	8.8	0.0	2.9	0.0	2.9	0.0	5.9	0.0	0.0	0.0	0.0	23.5

■ [redacted]

8. 病棟看護業務の中で、どの職種がどのような業務を分担すれば、病棟看護業務の効率化につながると予想できるか（複数回答）

【上位3位までの合計（施設数）】

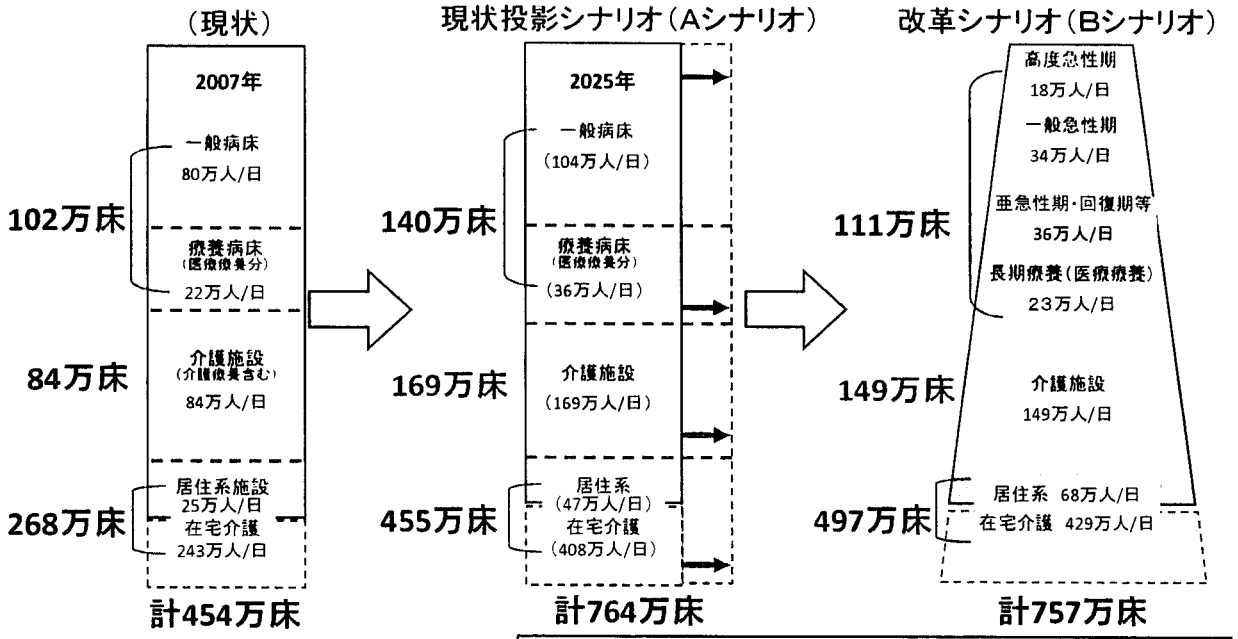
	全体	薬剤管理	ミキシング	薬剤投与	各種書類管理	摂食・食事介助	口腔清拭	医師補助業務	トイレ誘導	医療記録管理	採血	検査データ管理	栄養管理	ADL訓練	介護全般	環境整備	退院促進連携	各種医療危機管理
薬剤師	119	62	51	38	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
医療クラーク	68	0	0	0	45	1	0	15	0	21	0	7	0	0	0	0	0	1
医師	13	0	0	7	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	3	0
歯科衛生士	34	0	0	0	0	0	33	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
管理栄養士	12	0	1	0	0	6	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0
言語聴覚士	22	0	0	0	0	20	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
臨床検査技師	36	0	0	2	0	0	0	1	0	0	27	12	0	0	0	0	0	0
理学療法士	28	0	0	0	0	1	1	0	7	0	0	0	0	18	1	0	0	0
作業療法士	8	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	4	0	0	0	0
栄養士	7	0	0	0	0	5	2	0	2	0	0	2	3	2	0	2	0	0
社会福祉士	16	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	14	0
診療放射線技師	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
精神保健福祉士	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
臨床心理士	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	0
臨床工学技士	18	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	15
園芸療法士	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0

※病棟看護業務の効率化のために、薬剤師への薬剤管理、医療クラークへの書類管理などに期待が寄せられている。

急性期治療が終了してからも、高齢者は特に直ちに在宅復帰できるわけでなく、「Post Acute 」を担当する慢性期病床が治療を継続することになる。

改革シナリオ（B3シナリオ）

大胆な仮定をおいた平成37（2025）年時点のシミュレーションである



現状及び現状固定の推計による2025年の需要の伸びを単純においた場合

一般病床を高度急性期、一般急性期と亜急性期・回復期等に機能分化。医療資源の投入により、在院日数が高度急性期で20.1日→16日、一般急性期で13.4日→9日、亜急性期・回復期等で75日→60日に減少。医療必要度の低い需要は介護施設で受け止める。居住系・在宅サービスを強化。

※上記に重複して外来や在宅医療受療者が2025年には1日当たり600万人あまりいる。　※一般病床及び療養病床に有床診療所含む。

引用：平成20年10月23日社会保障国民会議 第8回サービス保障（医療・介護・福祉分野）分科会資料を基に作成

■ [redacted]

爆発的に増える高齢患者を現状の病床数のままで対処するとしたら、平均在院日数を半分にすれば病床数は2倍になったのと同じことである。

■ [redacted]

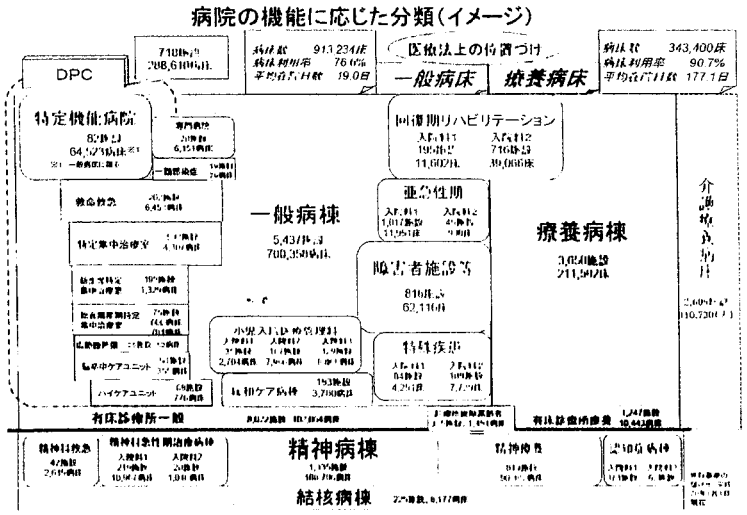
病院での平均在院日数を短縮し、短期間で集中的に治療することになれば、医師と看護師を中心とする医療ではなく、多職種による集中的チーム医療が必須となる。

医療療養病床における
チーム医療の推進に向けて

- 医療療養病床の入院患者の重症化に伴い、医師をはじめとする職員の負担は増加している。医師の業務を患者に集中させるためにも、一般病床で認められている医師事務作業補助体制加算（病棟クラーク）を医療療養病床にも認めて欲しい。
- 現在、診療報酬は主に医師と看護師の配置数により算定されているが、チーム医療の促進により、コメディカルが病棟業務に多く携わっている状況を鑑みて、各種国家資格者の病棟専従配置に対して評価して欲しい。（特に薬剤師、管理栄養士、PT、OT、ST、社会福祉士などについて1日患者1人当り20点の加算をして欲しい。）
- 当協会が平成21年4月に実施した調査によると、実に多くの会議が開催され、リーダー担当者も参加者も多岐にわたり、業務への影響も大きい。「5職種以上で構成される会議」について、1ヶ月1回につき1000点の加算をして欲しい。
- 当協会が平成21年4月に実施した調査では、退院患者のうち死亡退院は36.7%を占める。死亡前1ヶ月の間に多職種によるターミナルケアカンファレンスを行った場合、500点を認めて欲しい。また、死亡後、死亡例検討会（デスカンファレンス）を行った場合も同様に認めて欲しい。

（参考資料）

病院の機能に応じた分類（イメージ）



図のように、一般病床には超慢性期から高度急性期までの診療報酬体制となっている。それに伴って、超慢性期から高度急性期までの患者が混在して入院している。

高度急性期を除いて、現在一般病床と療養病床に分けられている病床を病院病床として統一し、急性期病床とその治療後を受ける慢性期病床とで診療報酬により調整してはどうか。

2009年4月15日　中央社会保険医療協議会

診療報酬基本問題小委員会（第131回）資料

資料2

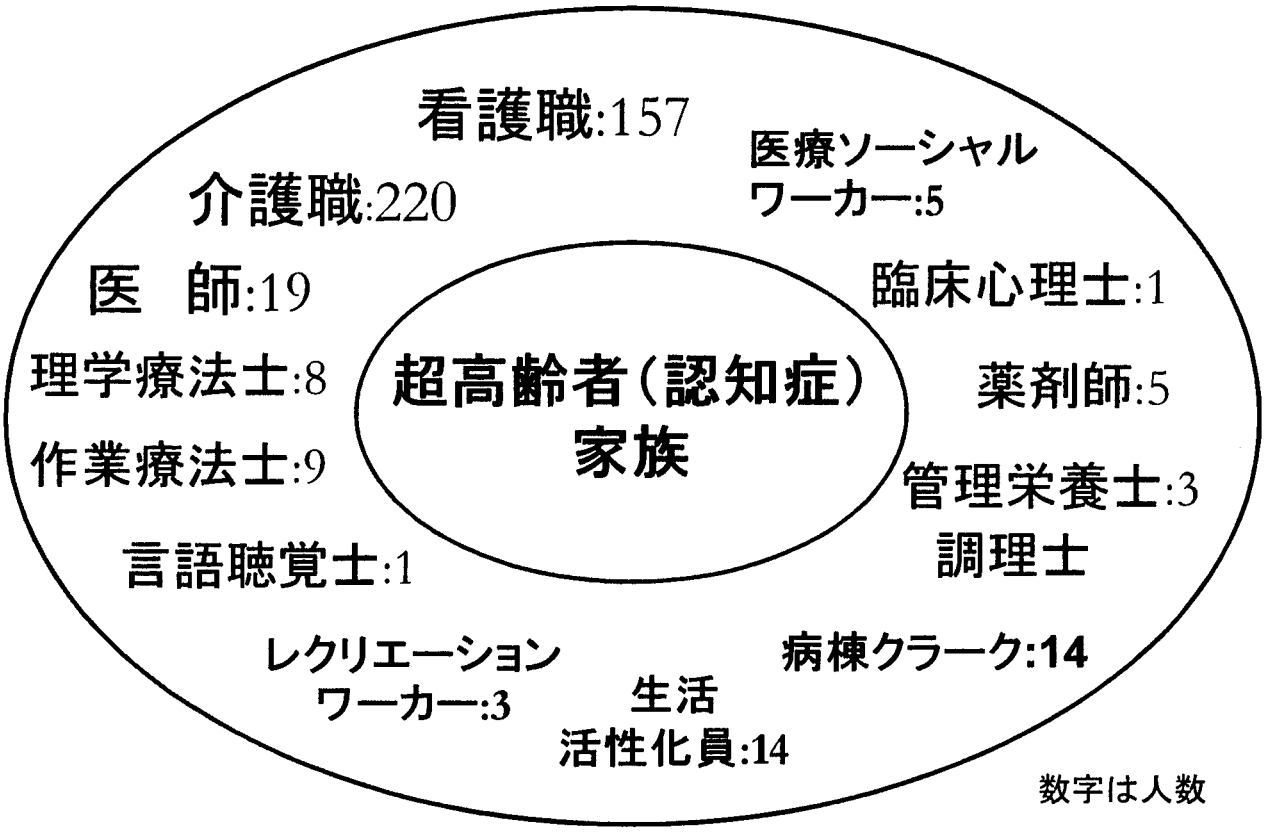
療養病床におけるチームの連携

医療法人社団慶成会　青梅慶友病院
看護介護開発室長／老人看護専門看護師
桑田美代子

青梅慶友病院の概要

病床数：７３６床
　　医療保険病床２３９床（療養病床）
　　介護保険病床４９７床
　　（療養型２５７床、認知症型２４０床）
入院患者の平均年齢：87.6歳
　　90歳以上:41.6%　100歳以上:3.1%
平均在院期間：3年4ヶ月
・認知症（中等度以上）：約８５％
・死亡患者:約90%
看護単位：１４病棟
職員数：737名（非常勤含む）常勤換算：560名

患者・家族をささえる職種



青梅慶友病院の理念・目標

理念:

老後の安心と輝きを創造する
ー豊かな最晩年をつくるー

目標:

新しい“医療”“介護”“生活・文化”の仕組みを創り、高齢者の日々の生活の質の向上に奉仕する
ー自分の親もしくは自分を安心して
預けることができる施設づくりー

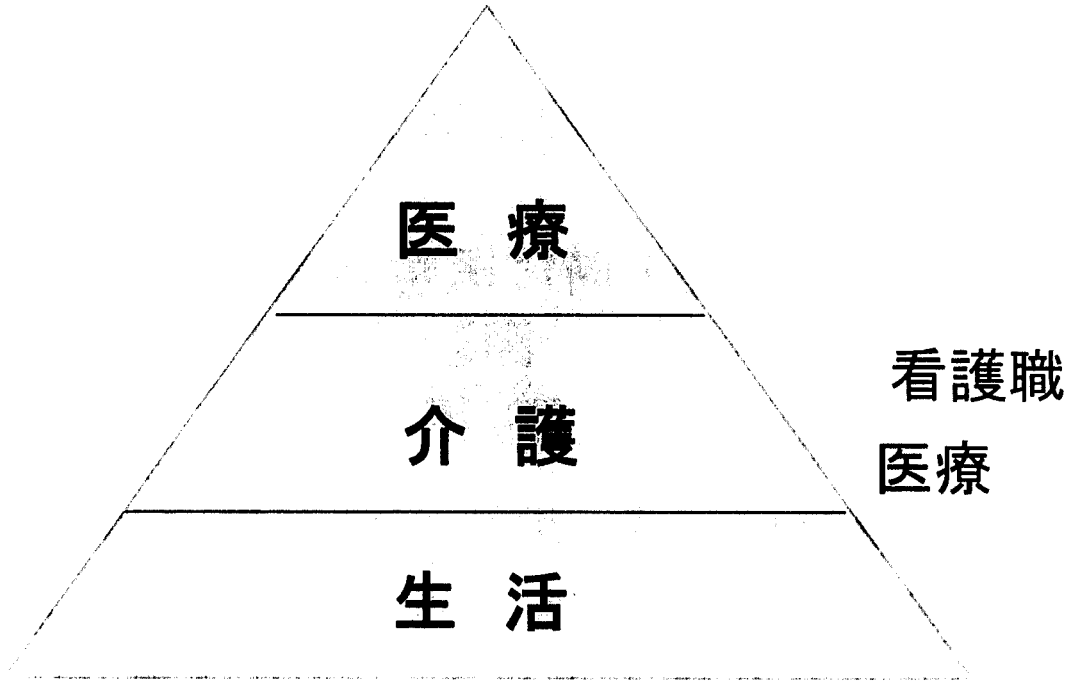
青梅慶友病院の機能

- 高齢者にふさわしい医療の展開
- 残存能力の活用による生活再構築
- 質の高い豊かな生活
- 大往生の実現
- 社会への提言

当院では職員間で理念・目標を共有し、
それを達成するために、
チームで活動している

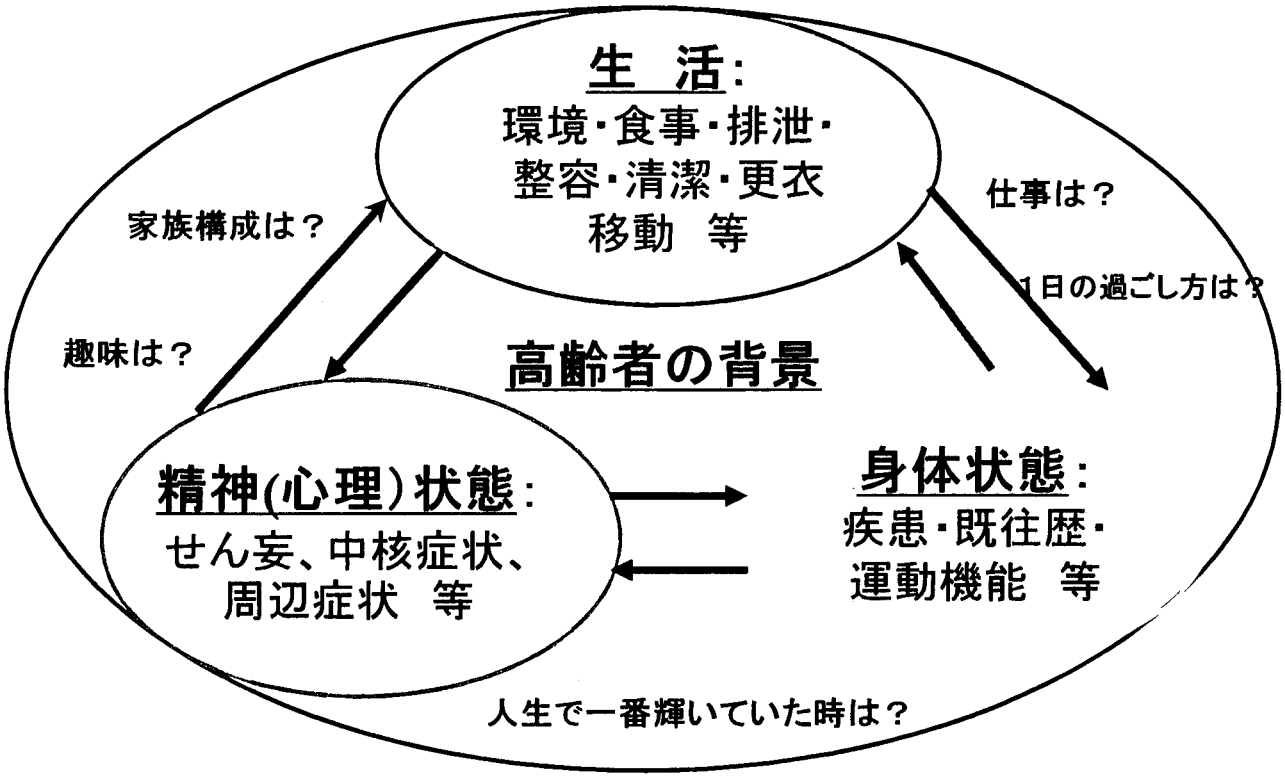
ケアの組み立て

医療・介護・生活に精通している看護職



医療の存在が高齢者・家族の安心感となる

高齢者ケアに必要な視点
生活・身体・精神状態の3つバランス



患者、家族の代弁者である看護職

- 超高齢者にとって「生活」の視点は欠かせない
- 「食事」「排泄」などの生活支援は、看護職の方が長けている
- 超高齢者にとって時に医療行為は苦痛である

⇩

看護職は患者、家族の代弁者である
「それは苦痛である」と医師に伝えてよい
ケアの最高責任者は病棟師長

専門看護師の役割

実践：専門看護分野において、個人・家族または集団に対して卓越した看護を実践する。

相談：専門看護分野において、看護職者を含むケア提供者に対しコンサルテーションを行う。

調整：専門看護分野において、必要なケアが円滑に行われるために、保健医療福祉に携わる人々の間のコーディネーションを行う。

倫理調整：専門看護分野において、個人・家族または集団の権利を守るために、倫理的な問題や葛藤の解決をはかる。

教育：専門看護分野において、看護職者に対しケアを向上させるため教育的役割を果たす。

研究：専門看護分野において、専門知識・技術の向上、開発をはかるために実践の場における研究活動を行う。

チームでの取り組み例①
便秘対策プロジェクトチーム

- 発足：2003年1月～12月

目的：患者の苦痛である羞恥心を軽減し、より質の高い生活を提供することを意図して、浣腸・摘便に頼らず、排便管理の改善を行う。

- メンバー：医師、看護職（各病棟から1名）、 薬剤師、管理栄養士、老人看護専門看護師
- 取り組み内容（抜粋）：

①便秘タイプの見極め：便秘状態把握表（既往歴、内服薬、排泄動作等）

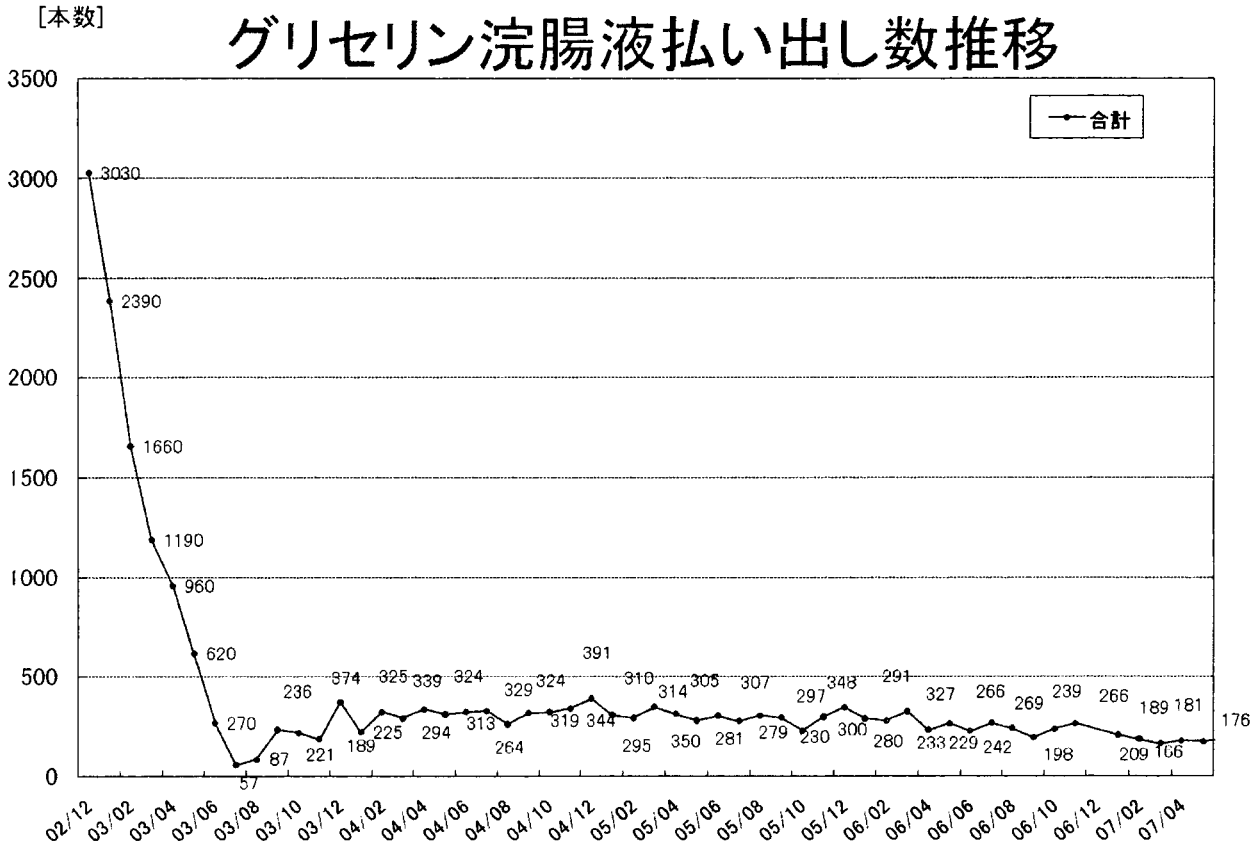
②下剤の検討：使用している下剤の再確認（効果・効用）⇒薬剤師

③水分摂取量の検討　④食事・補食内容の確認⇒管理栄養士

⑤腹部状態、便性状、排便周期の観察

⑥排便が見られない場合の処置ルールの検討　　等

取り組み後の
グリセリン浣腸液払い出し数推移



チームでの取り組み例②
食事の援助：食べるは五感で楽しむ

栄養“管理”の視点だけではなく、

⇩

食べて“楽しむ”“味わう”視点

より人間らしく、最後まで“口”から食べたい

スタッフ側の安易な理由からチューブケアは行わない

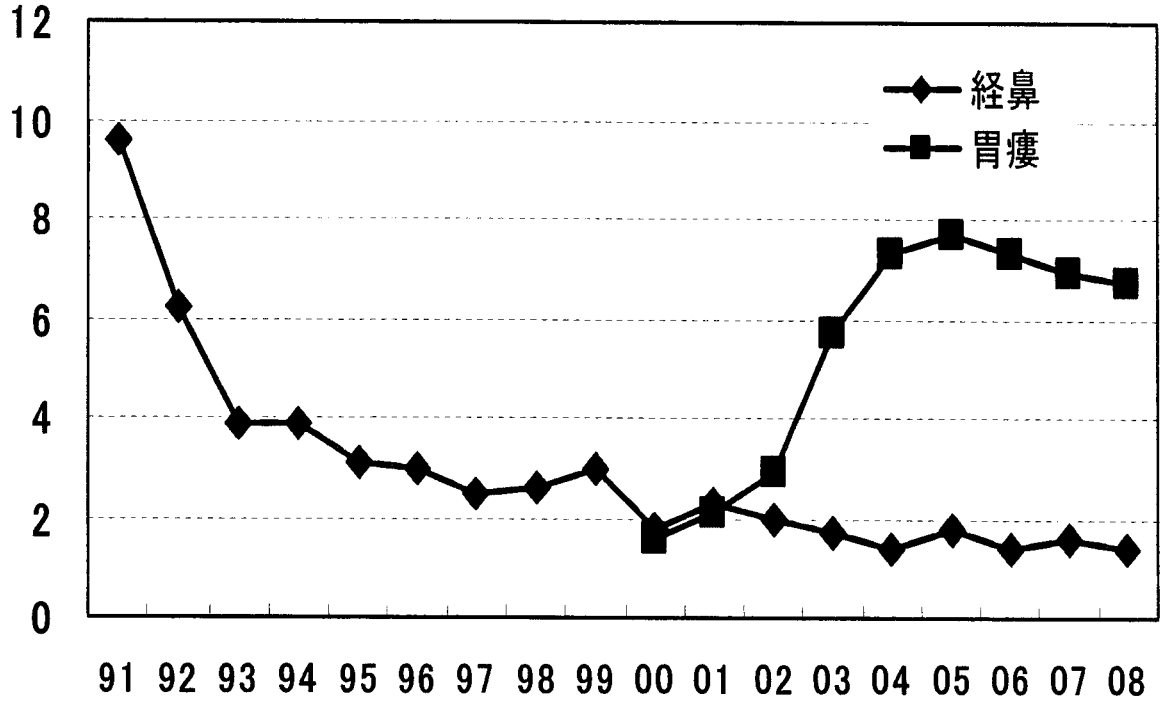
チームで情報を共有し計画立案

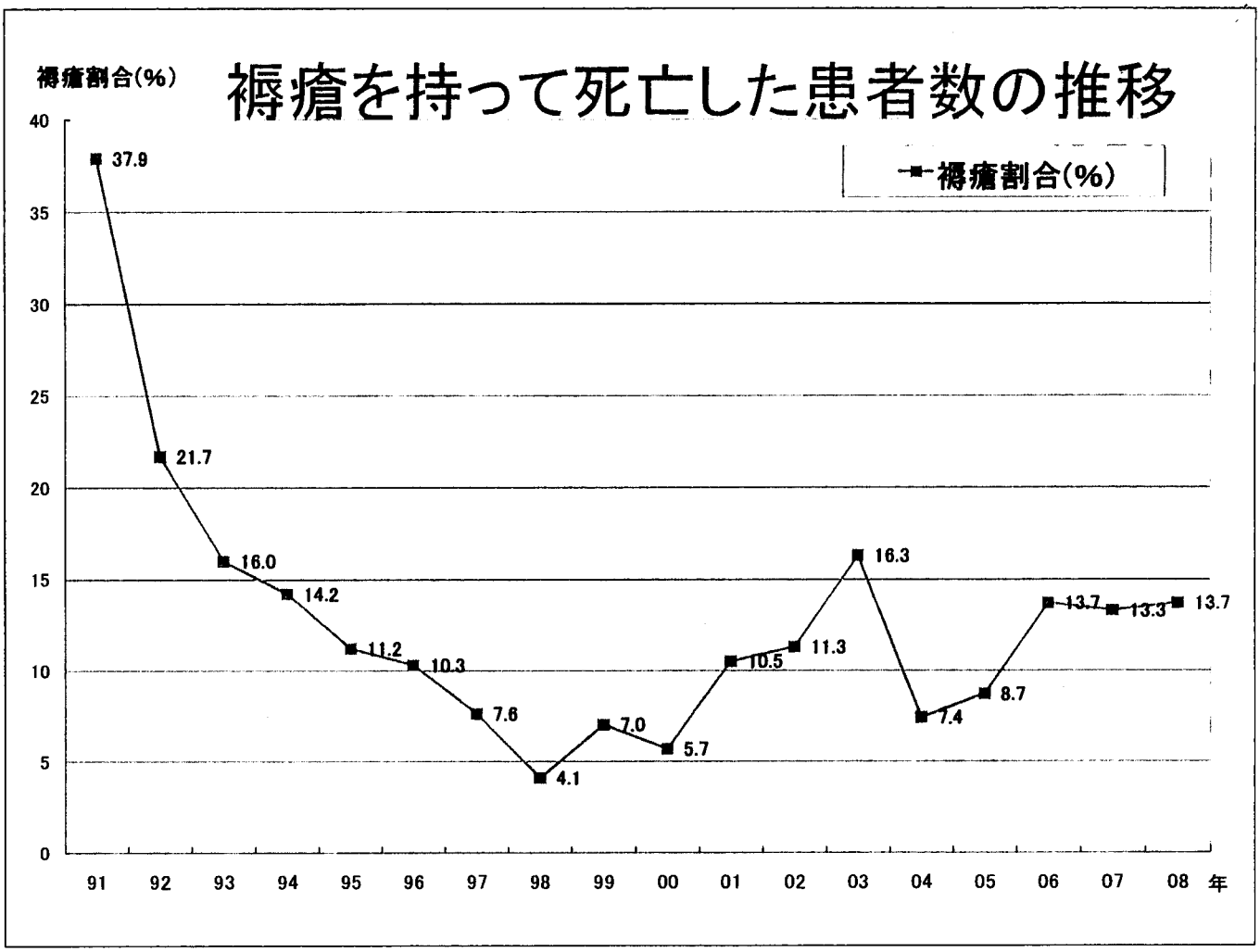
- 高次脳機能障害の有無：失行、失認　等
- 嚥下機能の把握：日々の食事介助
- 身体機能の把握：麻痺、拘縮の有無　等
- 栄養状態の把握：体重、血液データ　等
- 内服薬の把握：意識状態や嚥下への影響の有無
- 嗜好　など

⇩

・食事を食べる環境
・食事形態、食事量、食事時間
・姿勢：ベッド角度・首の角度
・介助位置、配膳の位置
・介助が必要な部分　・用具の工夫　等

経管栄養患者数推移





平成19年12月　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(厚生労働省医政局長通知)

どのように解釈し、役割分担の推進ができるか
医師の負担軽減だけではなく、
看護職にとってもケアが行いやすい方向で検討

多職種間の連携
看護・介護の能力向上

医師との連携・調整

■<u>療養生活に関する対応：看護職者の判断</u>

・「療養上の世話」に関することは看護職が判断・実施⇒入浴・食事・排泄　等

■「共通・電話指示」作成⇒院内でルール化

■家族への説明

・原則、家族への説明は看護職（病棟師長）⇒ご家族報告基準の作成

・定期面談の実施

医師との連携・調整（続き）

■薬剤に関すること

・下剤は看護師が調整

・定期薬の随時見直し（投与薬剤の効果・効用を把握し、医師へ報告）⇒患者のQOLを考え多剤併用を避ける

・事前指示⇒発熱時、疼痛時、不眠時、精神活動活発時　等

・静脈注射実施に関するマニュアル⇒医師と検討のうえ作成

等

医師との連携・調整（続き）

■感染対策⇒早期発見、早期対応

・季節性インフルエンザ

・ノロウイルス　　など

■事故予防対策

・誤薬⇒注意喚起薬剤、処方の見直し

・転倒・転落時のクリニカルパス作成　　など

■緊急時の対応（急かつ予期せぬ状態）

・緊急時対応の申し合わせ事項の作成

・緊急時の対応⇒看護と介護の連携

介護職への教育・指導

医師との連携・調整（続き）

■終末期ケア⇒大往生の創造

・入院時より、終末期の対応について家族に確認し、チームで共有する

・状態変化時、随時看護職から家族への説明

・退院ケースカンファレンス開催

チームでの取り組み例③
“ケアに活かそう拘縮予防対策”

介護職・看護職・理学療法士・作業療法士の協働・連携

- 開始時期：2007年6月～
- 目的：
  - ・ADL（日常生活活動）の向上・維持
  - ・拘縮による二次的障害の予防

⇩

最期まで人間らしい“美しい寝姿”

拘縮予防対策内容

1）拘縮予防対策内容：

☆生活援助を行いながら拘縮予防

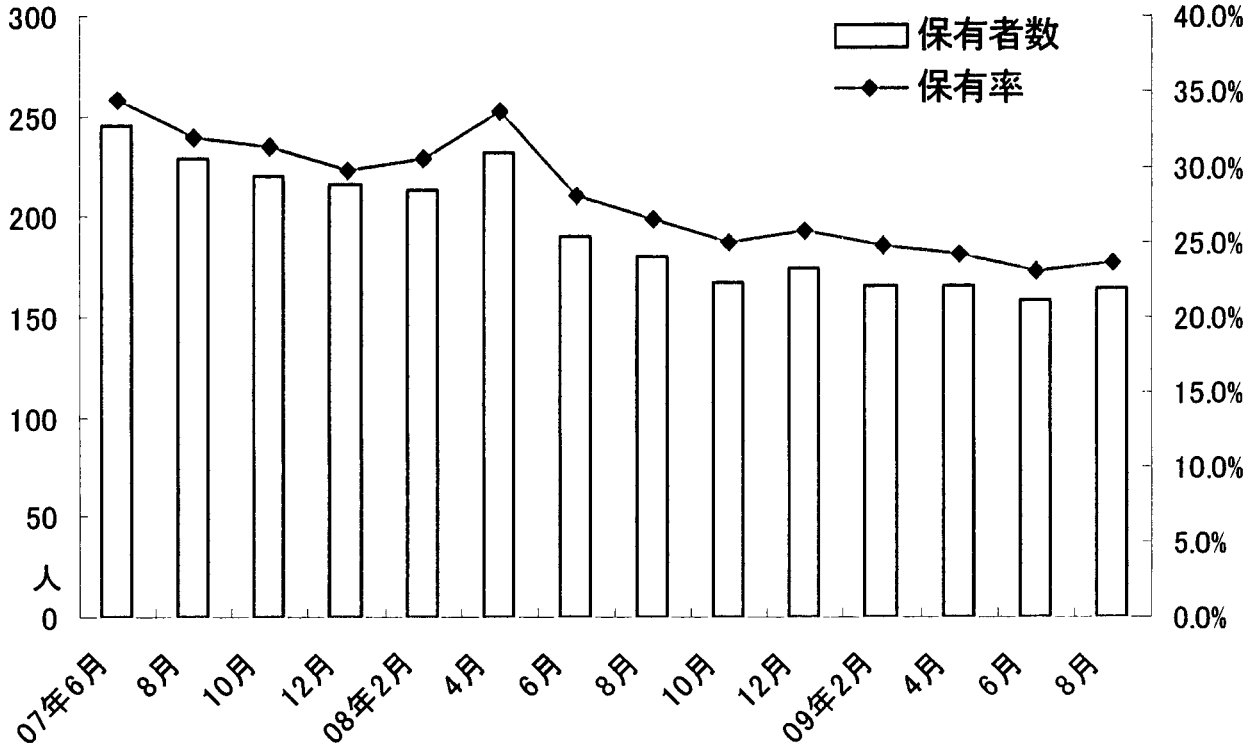
- ・おむつ交換時：
  下肢の屈曲・伸展
- ・車椅子乗車時：
  膝の屈曲・伸展

} 膝関節拘縮予防
股関節の拘縮予防

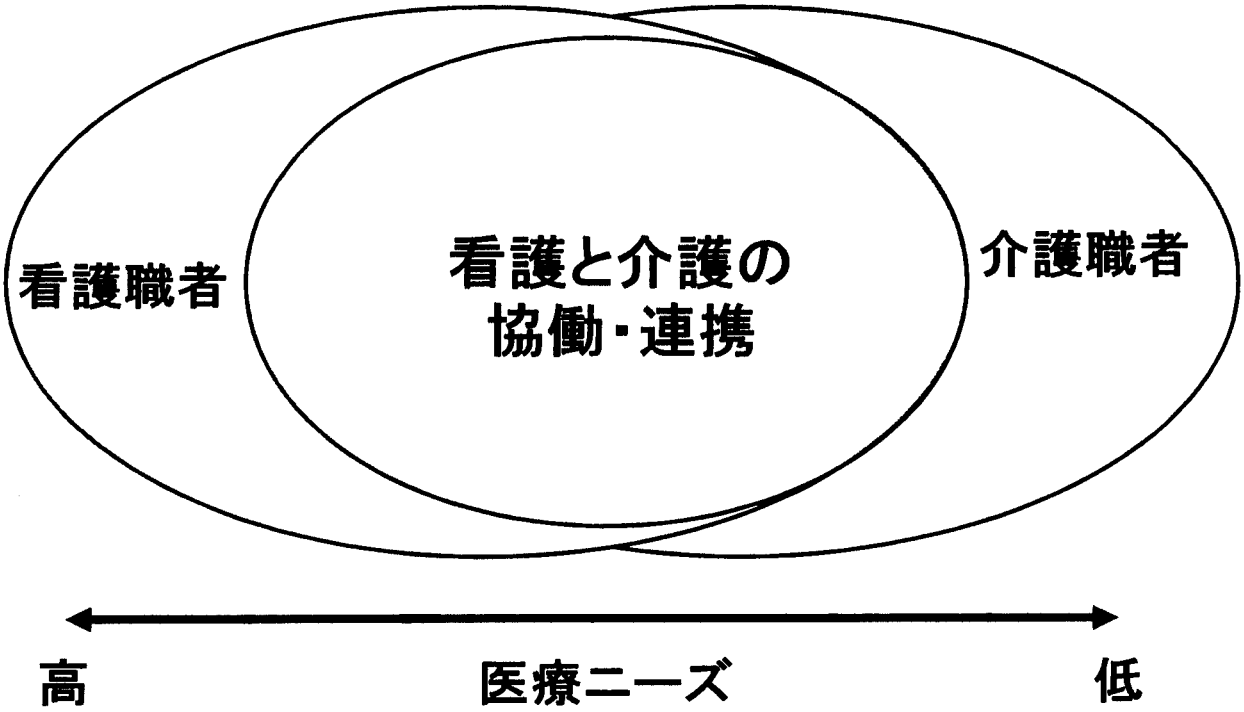
- ・食事準備時：手指を曲げて伸ばす
- ・入浴時：手足を曲げて伸ばす

} 手指・肩・足関節拘縮予防

拘縮保有率の推移



療養生活を支える
介護と看護の連携・協働



当院の介護職業務基準

何らかの物を使用し、身体の中に入れる
行為を行う場合は、看護師が行う

↓

例えば、吸引・浣腸など

院内研修の一例

看護と介護の連携

本年度開催：生活援助技術講座テーマ

1. 緊急時の対応（看護職・介護職）
2. 食事の援助
3. 見直そう！口腔ケア
4. 排泄の援助
5. 車椅子での移動
6. 感染対策
7. 最期のケア（臨終時の対応）
8. 更衣・整容
9. 事故予防

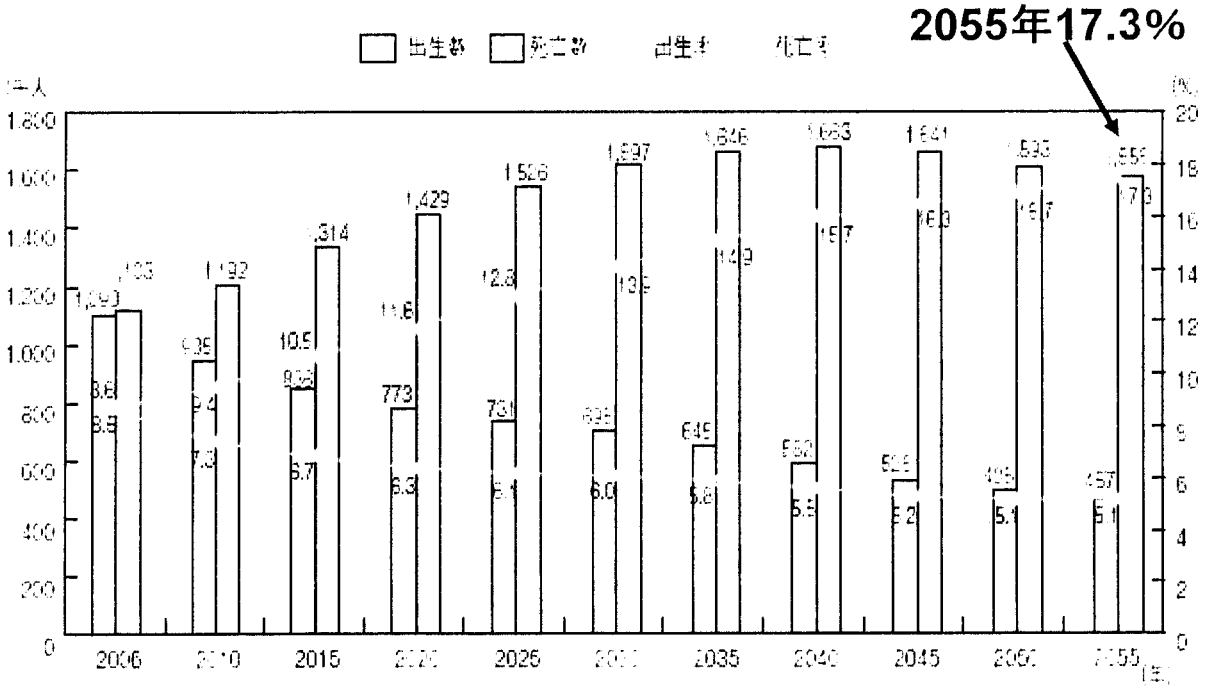
連携・調整の効果と課題
チームで目的を共有

- 医師本来の業務に専念
- 看護職の意識向上・スキルアップ
- 療養病床で活動する介護職の意識向上
- 多職種との連携（リハスタッフ）
- 患者・家族の満足度

⇩

多職種間のコミュニケーション
手順書の整備
看護・介護職の更なる能力向上

出生数及び死亡数の将来推計：多死社会到来
出生数の減少、高齢人口増大により死亡数増加、死亡率上昇



看取りの場の拡大

医療施設だけではない看取りの場

↓

在宅、介護老人保健施設、
特別養護老人ホーム、
有料老人ホーム、グループホーム　等

↓

看護職が他職種間の調整的役割を担うことで
高齢者ケアの質向上につながる
看護職と介護職、多職種間の連携・協働

多死社会におけるチーム医療が目指すもの

“良き旅立ち”“人間らしい美しい死”を
コーディネート

↓

【尊厳の保持】
苦痛がなく、惨めな姿でなく、
大切にしてもらえていた

↓

本人が納得（本人の満足）
家族が納得（家族の満足）
ケアする私達も納得（スタッフの満足）