

第 1 回 チーム医療推進方策検討ワーキンググループ 主な御議論について

1. ワーキンググループにおける検討の方向性

- 日本の医療が置かれている環境というものは非常に厳しい。あと 10 年弱で団塊の世代が後期高齢者になり、全国的に高齢者が増えて、大変な医療の時代になることが予想される。チーム医療は高齢化に対する大きなツール。このワーキンググループでは、これまで行われてきた、又は現在行われているチーム医療の取組だけではなく、将来のあるべきチーム医療というものを考えて推進方策を考えなければならない。
- このワーキンググループでは、これまでのチーム医療を総括して方向性を示すというよりも、むしろこれから何をやるかということを検討することが重要。
- 従来のパターナリズム、父権主義の医師の存在が、チーム医療を推進する際の障害になっていることは確か。様々な職種・職員の視点から見てみようという医師を育てることが大事。ガイドラインの中で、チームで役割分担・連携するのが客観的に見て明らかに優れているという実例・実績を示しながらチーム医療の推進を訴えるということは非常に貴重。
- チーム医療を推進する医療機関の認定の在り方を考えることは大事。在宅はいろいろなインセンティブを付けるというやり方を採用してきているが、そもそも何のために、どういう目的で、何をやろうとしているのかということを確認しておく必要がある。考え方や実際のやり方がしっかりしているチームに対して、国がバックアップしていくことを考えるべきではないか。
- 患者の生活問題や心理のことまで踏み込んでやるのが医療だと考えてやっている病院は、ちゃんとそういった人員を配置するべきであり、そういった目標を達成しなければいけないという厳しい状況に自分たちを置かなければならないのではないか。
- 診療放射線技師の業務にもグレーな領域があり、チーム医療を推進する上で、最終的には「やってよい」という担保がないので、なかなか積極的に取り組めないという現状がある。法的に「やってよい」という整理をすることがチーム医療を推進するための 1 つのポイントになる。その際、こういったところがグレーで、現実はどういったことが行われているのかということをお早急に調査して、実態をつかむべき。

- 国において、早急に各職種の実態調査を実施し、その調査結果に基づいて、ガイドラインの検討を進めるべき。作業療法士に関しては、急性期、回復期だけではなく、維持期まで含めたチーム医療を考えるような調査を行うべき。また、精神障害者の人を病院から在宅にいかにか帰すかということも重要な課題であり、精神科領域と認知症のチーム医療の在り方をどうするかという観点も調査に加えるべき。
- 医療におけるガイドラインというのは、様々なデータの証拠に基づいて標準的なやり方を示すものであり、そういう意味では、ガイドラインという言葉には多少違和感がある。

2. チーム医療の推進方策を検討する際の視点

- チーム医療のキーワードとして、専門職の活用や積極的な病棟配属、医療の標準化、電子カルテを活用した情報の共有、権限の移譲といったことが挙げられる。こうした点について、どのようにすればチーム医療が推進されるか検討しなければならない。
- 在宅でのチーム医療には3つのキーワードがある。
 - 1つは統一性。考え方や実施の基準が統一されたものでなければならない。在宅の場合はいろいろな問題が起きたとき、医師によって考え方が違うこと、その医師の考え方・やり方を看護師が十分に理解しないまま動いていくことがある。
 - 次に即効性。在宅の場合、医者が診察して、指示を与えて、それから看護職等が動くということになっている。場合によっては本当に早く動かなければならない。それがうまくできないこともある。
 - 最後に効率性。日本の歴史的な状況、社会的状況を顧みると、社会保障を手厚くするといっても限度がある。より有効で、より実効性のあるサービスを提供するためにはどうすればよいか、ということを考えていかなければならない。
- チーム医療で一番大事なことは、患者をチームの中に入れること。患者がチームの外にいと、患者は医療に対してお任せということになる。しかし、患者にもある程度の情報は与えなくてはならないし、患者にもそれだけの責任を持ってもらわなければならない。患者のために最高の医療をするために、どうやって皆が協力し合うかということがチーム医療にとって一番大事。
- 安全な医療を提供するという観点から、医師の包括的指示が一つのキーワード。個々の看護職の間でも、経験量と質的な違いは非常に大きい。そこを担保していくためには、チームの中で医師が包括的指示で任せられるレベルかどうかという観点で、チーム医療の中で判断できる部分がある。ガイドラインではこうした内容について触れることも必要。

- 包括的指示については、法的な問題だけでなく、保険診療の問題もあり、チーム医療を進める上で、もっと細かい検討が必要。例えば、入院患者の栄養指導というものを管理栄養士による入院患者の栄養指導について、栄養食事指導料を算定するためには、糖尿病の患者に 1,800 キロカロリーという指示だけではだめで、脂肪が何グラムというようなさらに細かい指示がなければならないという話がある。
- チーム医療の中で、各職種は、それぞれ自分が主役という意識を持つ。この主役意識がなければ指示命令システムの形になり、いい役割発揮ができない。
- もともと医療は、専門職がそれぞれの専門性を高めながら、全体として調和させることで成り立っている。そうした組織の中ではチームリーダーがいて、あとのチームを構成する職種はみな横並び。横並びでなく、いわゆる上下関係のような形ができると、これは指揮であり、組織であるということになる。こういう形のチーム医療は存在し得ない。
- 急性期・救急病院におけるチーム医療の在り方と、回復期・在宅におけるチーム医療の在り方は全く違う。それぞれのチーム医療の概要・運営は随分違うという認識を共有した上で、それぞれのステージにおけるチーム医療の在り方というものを整理すべきではないか。
- チーム医療については、急性期、慢性期、あるいは在宅も含めて、医療サービスを提供しているチームという一つの概念と、急性期の高度医療で成果を出している専門家チームの両方のチーム医療を分けて考えなければならない。
- 今後、チーム医療を考えていくときには、急性期、慢性期、在宅医療の段階のそれぞれのチーム医療が連鎖するような仕組みを構築していくべき。
- 日本では、いろいろなチームがあることについての整理がなされていない。諸外国で整理されているチーム医療の考え方というものをこの場で紹介していただくなど、チーム医療に関する用語などを整理していくべき。
- 各職種がそれぞれの専門性を発揮したいというのは当然あるが、これは、ますます人員を増やし、ひいては人件費を増加させるという問題につながることも事実。このため、看護師でも臨床工学技士でもどちらでもできること、あるいは看護師でも栄養士でもどちらでもできること、といったことをガイドラインとして示すことも重要ではないか。

- チーム医療については、グレーゾーンの問題が大きな壁になっており、医師法に触れない範囲で業務を遂行していくというところに難しさがある。そうした点が明確化されれば業務を実施しやすくなる。
- 医療サービスを受ける患者にとっては、誰が提供するかということよりも、安全で成果が上がるサービスを受けたいもの。そうした観点で業務拡大を検討していくことが重要。
- 都市部では看護師の需給はほぼ良好で、レベルの高い方もたくさんいるが、地方では看護師そのものの供給が少ない。そういうところでもチーム医療は必要。地方の看護師が少ないところこそ、例えば縫合をさせたいというようなことがあるにもかかわらず、特定看護師しかできなくなるということを危惧する。全国の医療の実態を見つめ直した上で、今、チーム医療をどう考えるのかという観点で議論していただきたい。

また、特定看護師の検討に向けた調査が行われているが、他職種の業務の拡大・キャリアアップによって対応できることがたくさんある。看護職以外にも目を向けた調査を実施した上で最終的な方向性を決めてはどうか。

3. ガイドラインに盛り込むべき内容

- 医療機関では、在院日数が短くなってきているので、急性期のときから退院支援・地域移行をどうしていくかという視点を持つ必要。今後のチーム医療を考えていくときには、相談部門が非常に重要。在宅に対する家族・本人の気持ちをしっかりと把握しながら、失敗のない形で第1回目の退院に向けて取り組むのが重要。医療機関で必要なときに入院をさせてもらえるという確保があれば、在宅でやっていけるという感触。
- 地域連携、地域横断的な取組として、病院・診療所の連携の在り方や、在宅・介護の在り方についても、このワーキンググループで検討してはどうか。
- チーム医療は在宅において非常に大事。医療だけではなく、福祉との連携という、医療職が今まで経験したことのない領域を含んでいる分野。在宅こそ、チーム医療の在り方が問われていることを実感。チーム医療を行う理由は、最終的には高品質のケアを提供するということ。
- 高齢者が非常に増えてきている状況の中で、いかに在宅の高齢者を支えていくのかということを考えながらやっている。また、医療と福祉の連携ということで、急性期

の病院、ホームドクター、薬剤師会、全部含めて、いかに患者・利用者、高齢者の方を見守っていけばいいのかを模索している。そうした観点も含めながら検討していただきたい。

- 在宅療養支援を行う中で、地域の医療機関を確保することは難しい。そのためには、訪問看護ステーション・開業医だけでなく、行政を含めることが重要。地域の保健師にはいろいろな制度とチームワークを作るという大きな役割がある。
- 看護師・介護士の人たちが重要な役割を担っているものとして、介護施設での連携というものもある。すべての職種・すべての領域に網羅したガイドラインを作るためには、そうした立場に立った検討も必要。
- 医科歯科の連携の在り方について検討していただきたい。急性期病院、回復期、維持期の在宅の支援、いずれにおいても、口腔機能をしっかり押さえていくということは栄養管理や感染対策の大本をしっかりと押さえることになる。その部分の専門職は歯科医師・歯科衛生士。歯科医師がチームの一員として参画すべく、病院の中に入ってこられるような体制づくりや、歯科衛生士の活用について、ガイドラインの中に盛り込むべき。
- 口腔ケアは地域の行政では非常に大きな問題。歯科衛生士が口腔ケアに参画しているが、通常は退院後に入院を繰り返す方が入院をしなくなったということも言われている。口腔ケアは歯科というだけでなく、全身の問題、ひいては国保の医療費軽減につながるものとしても重要。
- チーム医療を推進するためには、口腔医療領域、摂食嚥下領域、口腔ケア領域におけるチームの中で、歯科医師・歯科衛生士を積極的に活用すべき。
- 薬が高度化・複雑化し、なおかつ本当の意味で薬らしい薬も出てきているという時代の流れの中で、薬剤師をどのように使うかということについて、看護業務検討ワーキンググループでもいろいろ出ているが、多職種が関連する業務についてはこのワーキンググループ検討会で議論していただきたい。また、薬剤について、医療機関の中のチーム医療における薬剤師の取組と、在宅のチーム医療における薬局・薬剤師の取組ではいろいろな違いがある。両方の場面について検討していただきたい。
- 栄養は、生まれたときから高齢者まで必要であり、病院の中でも特に重要。急性期でありながら高齢者であることやいろいろな疾患の合併症も絡んでいることで、栄養管理が複雑化している。このため、医師だけではなくて、管理栄養士も協働しながら栄養管理や栄養指導も行っている。職種それぞれの専門性を生かした形でもう少し役

割分担が明確になるとよい。

最終的には、口腔ケアを含めた形で管理をしながら経口摂取ができれば、患者のQOLが向上するので、それぞれの立場での意見を統合したチームを組むのが大切。今、高齢者の重症化を予防するという意味でチームでの取組が大切だが、医療現場の管理栄養士は人数が少なく、うまく機能していないことがあるかもしれない。

- 助産師の立場からは、最後まで自分のケア・診断に責任を持てるようなシステムを作ることによって能力も向上させる観点から、チーム医療の推進に関する検討会の報告書にあるとおり、出血時の対応や抗生剤の選択・使用等について包括指示でできるようにするとともに、会陰裂傷の縫合等については独立してできるようにシステムにしていきたい。
- 現在、臨床工学技士は生命維持管理装置だけでなく、高度管理医療機器等、医療機器のスペシャリストという認識をいただき、医療機器については臨床工学技士に任せようといったところがある。

在宅医療においても、透析や人工呼吸器等、家庭での医療機器の使用が増えてくる。高齢化社会になった場合には、メーカー等との連携もチーム医療も一つの観点ではないか。医療職種だけのメンバーではなく、できるだけ幅広いメンバーの活用の仕方を議論していきたい。
- 今後、環境が激変し、医療経営の部門ではかつて経験したことのないような変化が予想される。これからは、チーム医療の中に事務部門が入って初めて病院の運営・経営というものが成り立つようになるのではないか。一般論として、組織の中で事務部門が活躍している病院は総じて元気がいい。ただ、病院経営のマネジメントというものは他の産業や企業に比べると周回遅れであり、今までは非常に有能な医師に病院経営というものが支えられてきた。これからは事務部門が担うべきものが必ず出てくるのではないか。
- 診療情報管理はチーム医療に欠かせないもの。急性期医療から地域連携、在宅も含めて、チーム医療が共有する情報について、どのような情報が有用で、最低限必要となる情報管理がこういったものかといったところを突き詰め、ガイドラインでも触れていきたい。
- 物質的なものだけで国民が満足するわけではないということは明らか。心の問題、メンタルな問題も重要。

第2回チーム医療推進
方策検討WG
2010年11月19日
(金)

急性期医療におけるチーム医療の方向性

—病棟におけるチーム医療を中心に—

社会医療法人近森会 近森病院

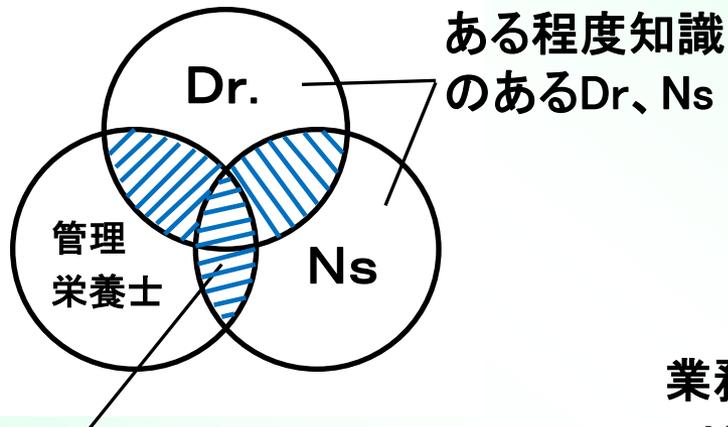
院長 近森 正幸

各職種の重なりからみたチーム医療

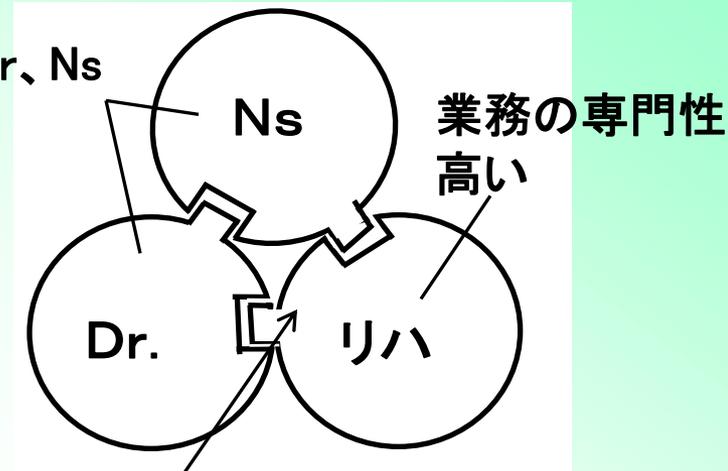
資料2

〈もたれあい型〉(重なり大きいタイプ)

〈レゴブロック型〉(重なり小さいタイプ)



普通のDr、Ns
でいい



重なりあったこの部分ですり合わせして情報を共有

業務の標準化
情報の共有

業務の標準化で、情報交換のみで
情報共有

- 重複する他領域の技能と知識をもった多職種が集まって行うチーム医療。
- 高い能力をもった多職種がカンファレンスですり合わせて情報を共有するため、チーム医療の質は高いが処理能力には限りがある。
- 手術室、カテ室、CCU、ER etc.でのリスクの高い患者に対する質の高いチーム医療に適している。

- 業務の標準化と、定型化した書式による情報の共有化により、誰でもできるチーム医療。
- 業務と情報の標準化で質を保ち、多くの患者を処理できる。
- 病棟での日常業務に適しており、リスクのある患者をスクリーニングで選び対応し、Dr、Nsの負担を減らすことができる。

技術評価

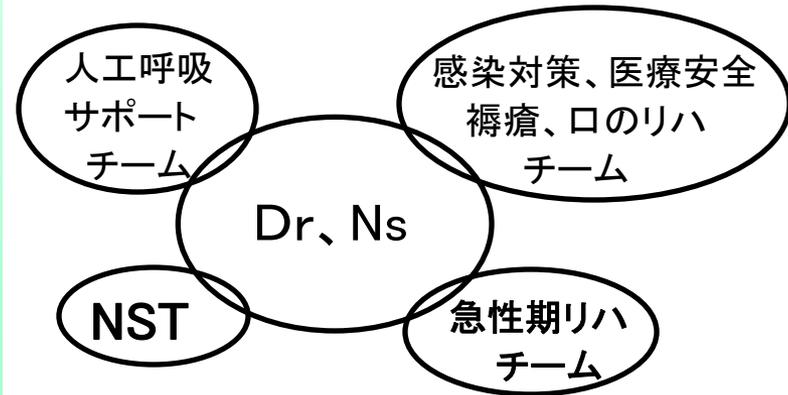
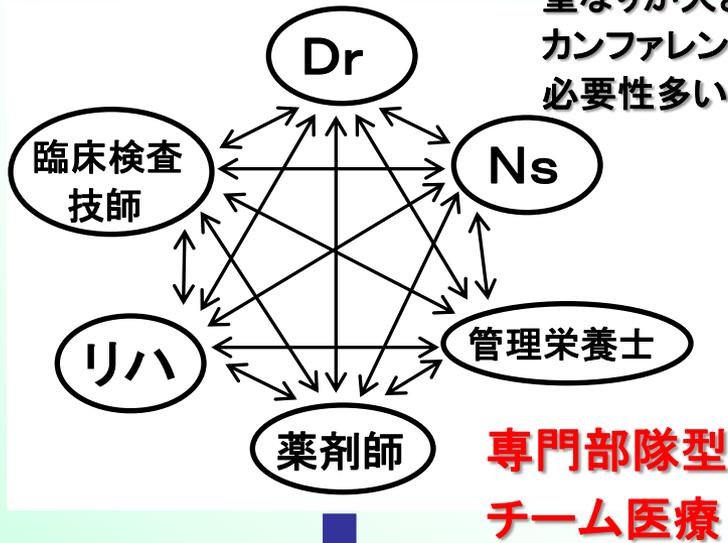
アウトカム評価(システムの²評価)

情報の受け渡しと業務の分担からみたチーム医療

〈もたれあい型〉

—栄養サポートチーム—

重なりが大きいので
カンファレンスの
必要性多い

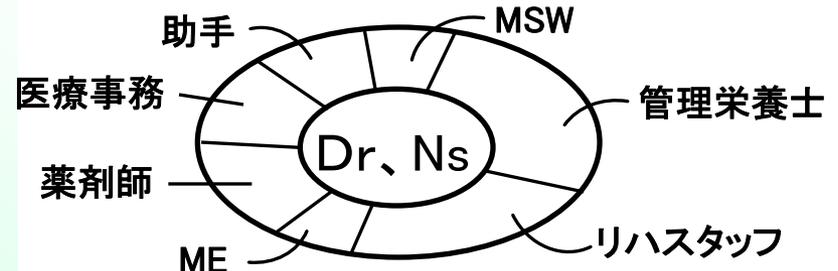
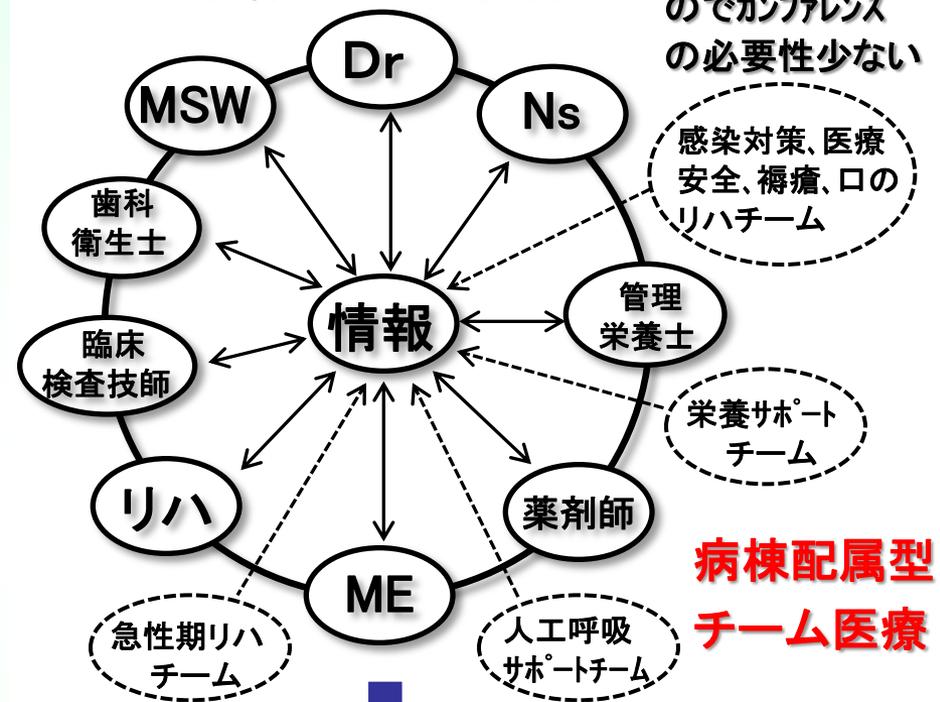


権限の委譲少ない
中核業務+周辺業務が残る

〈レゴブロック型〉

—病棟のチーム医療—

重なりが小さい
のでカンファレンス
の必要性少ない



権限の委譲大きい → 医療の質の向上と
中核業務のみ残る 各職種の労働生産性の向上

(情報の受け渡し)

(業務の分担)

病棟配属型チーム医療の原則

1). 専門職中心

2). 病棟配属 (bed side 中心)

充分なマンパワーと
質の確保必要

3). 業務の分担、代替：業務の標準化必要

4). 情報の共有：電子カルテによる書式の標準化必要



必要な患者すべてに必要な時に十分な
医療サービスを提供

当院の管理栄養士の5つの神器

- ①**聴診器**: 患者の直接診療
 - ②**PHS**: チーム医療としての連携
 - ③**略語集**: 他職種との共通言語
 - ④**アディポメーター**
 - ⑤**インサーテープ**
- } 栄養評価の実践

+

上下の白衣: 医療スタッフの一員



十分なマンパワーと質の確保のために

実戦部隊：リハスタッフ → 技術評価

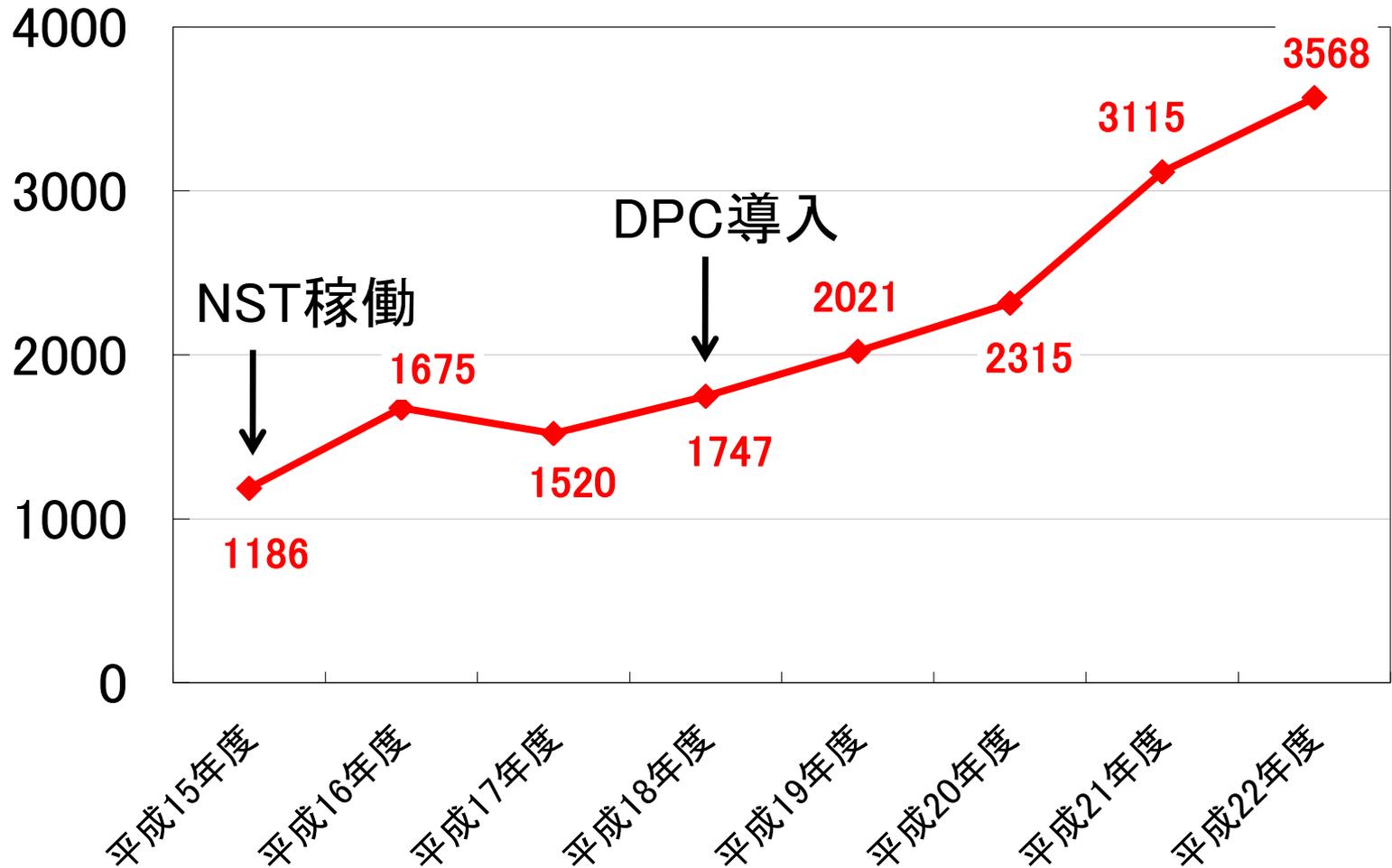
サポート部隊：薬剤師、管理栄養士
MSW、ME、歯科衛生士 } アウトカム評価



病棟に配属された各職種の専従スタッフ数により
点数(又は係数)算定できれば人件費を出すことができる。

アウトカム評価はサポートを全体として評価するもので、各職種が提供する医療サービスを受けた100床当りの件数などで評価することができる。

NST介入症例数

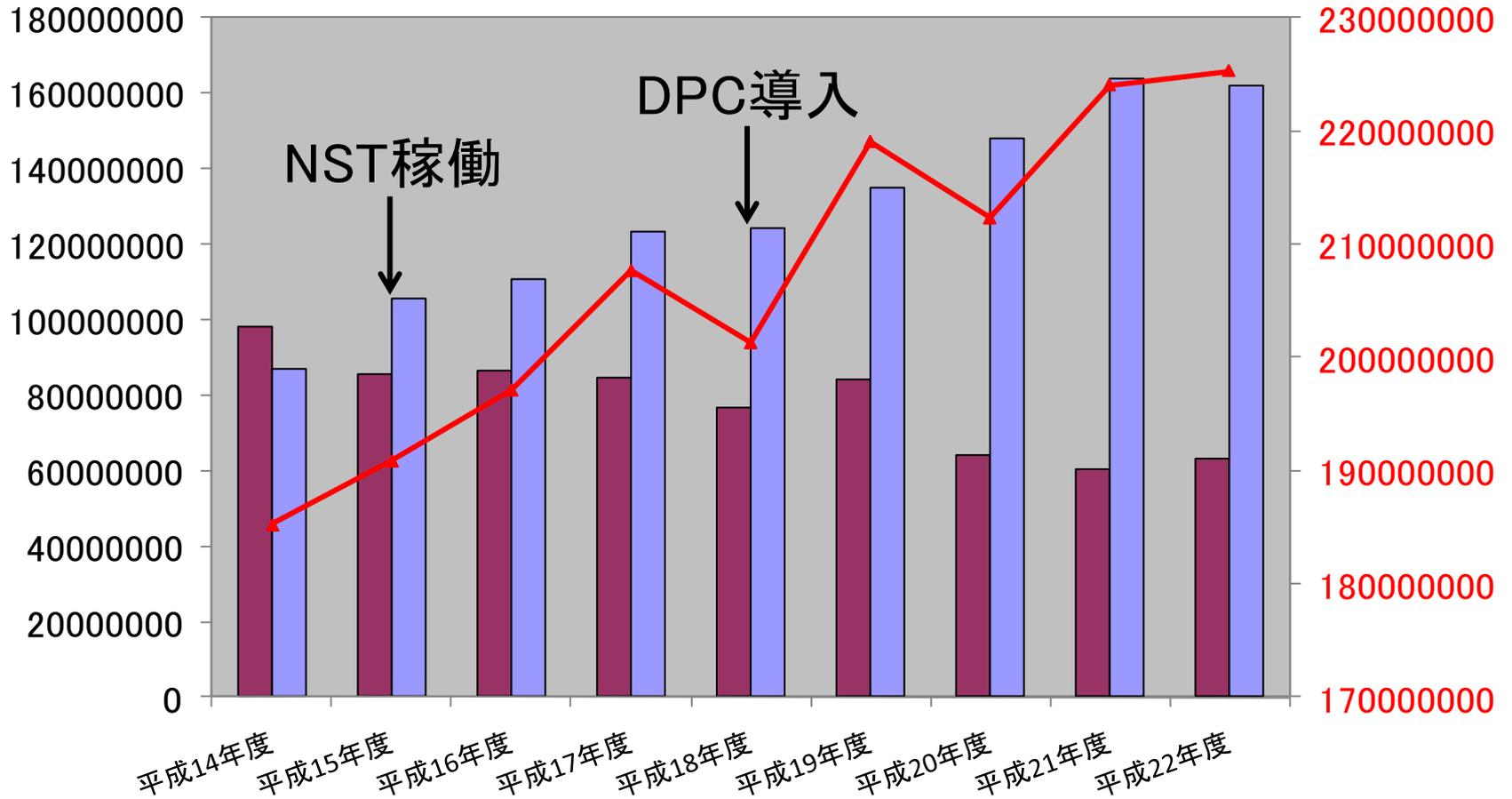


NST加算の算定

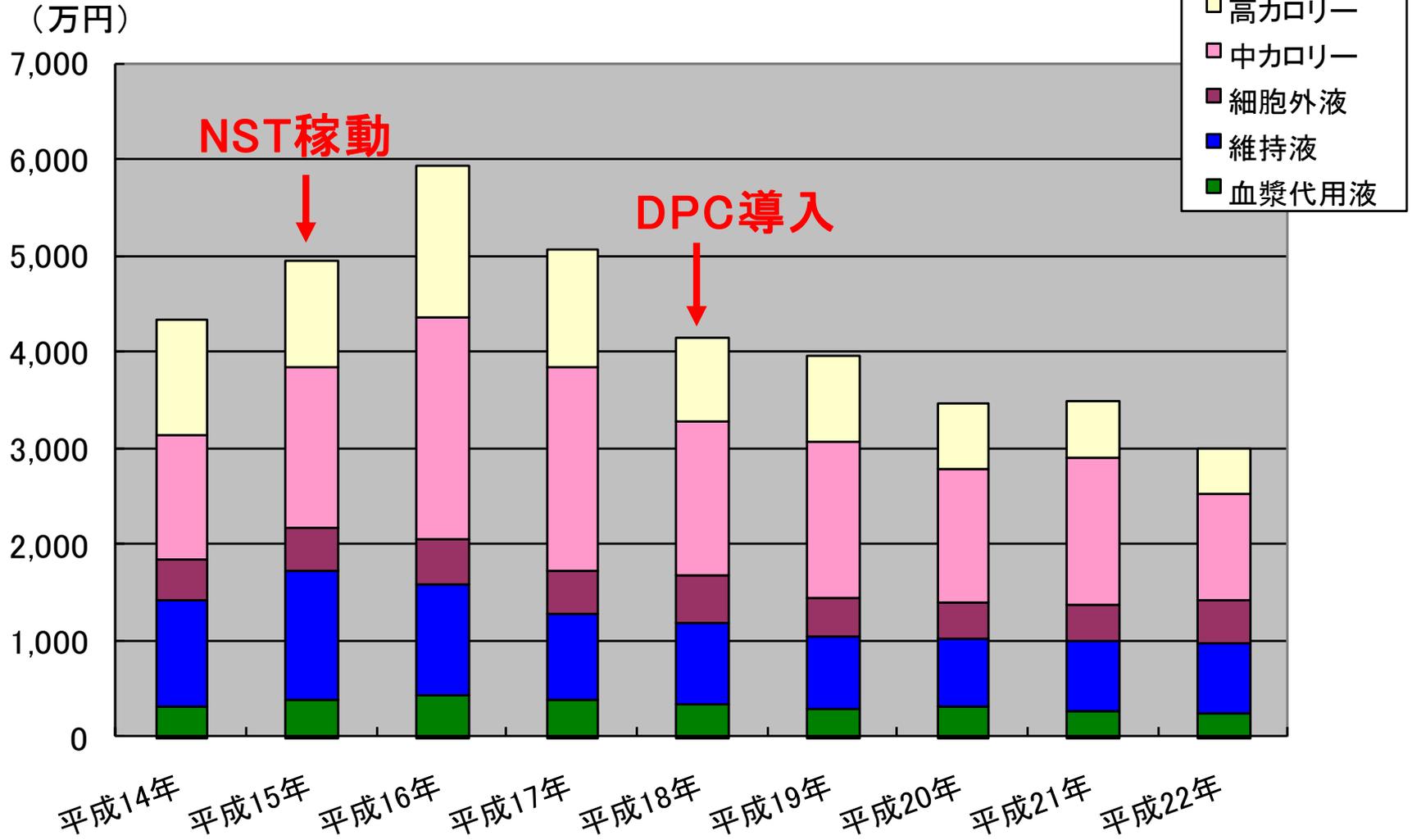
平成22年

月	算定件数	算定額
4月	739件	1,478,000
5月	633件	1,266,000
6月	853件	1,706,000
7月	716件	1,432,000
8月	828件	1,656,000
9月	726件	1,452,000
10月	731件	1,462,000

食事提供金額の変化

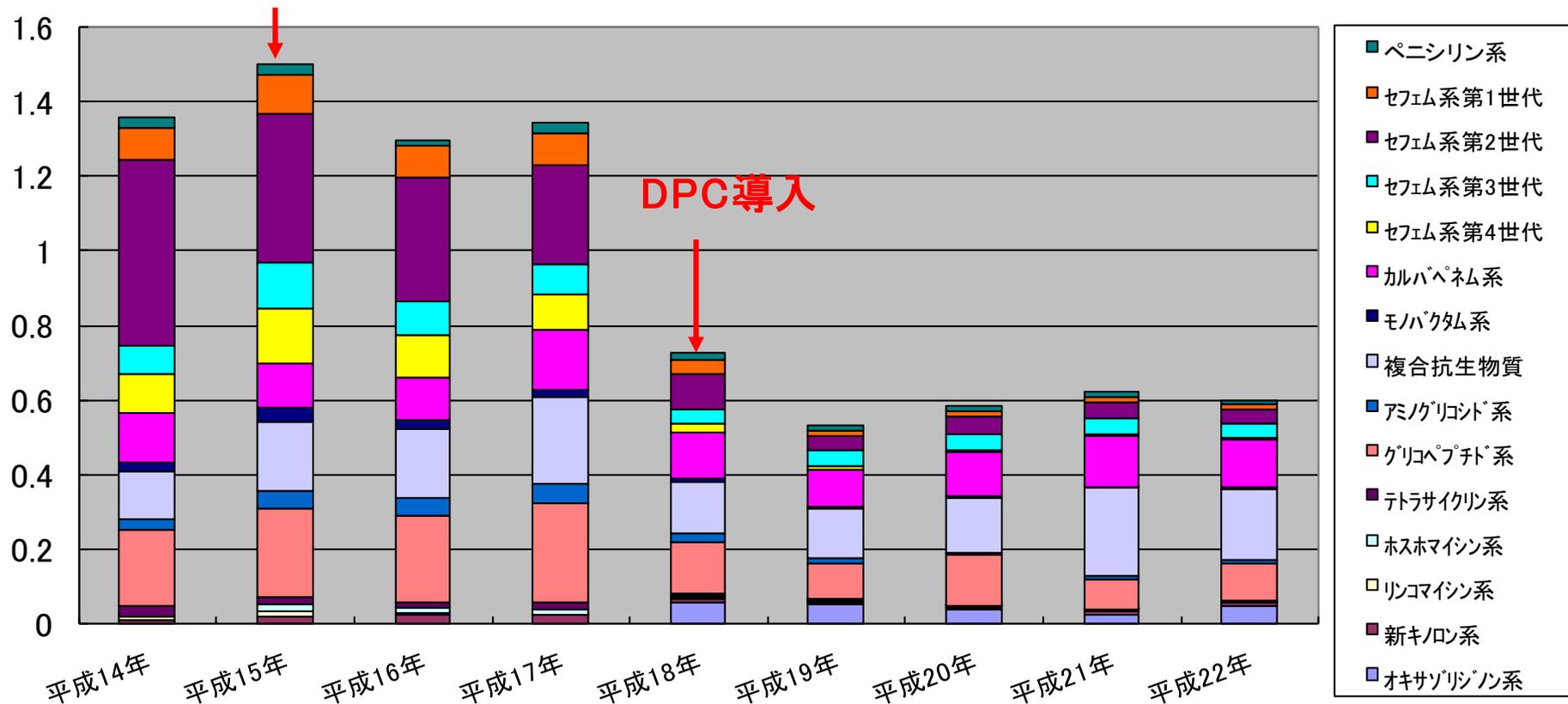


入院における輸液使用金額(薬価)

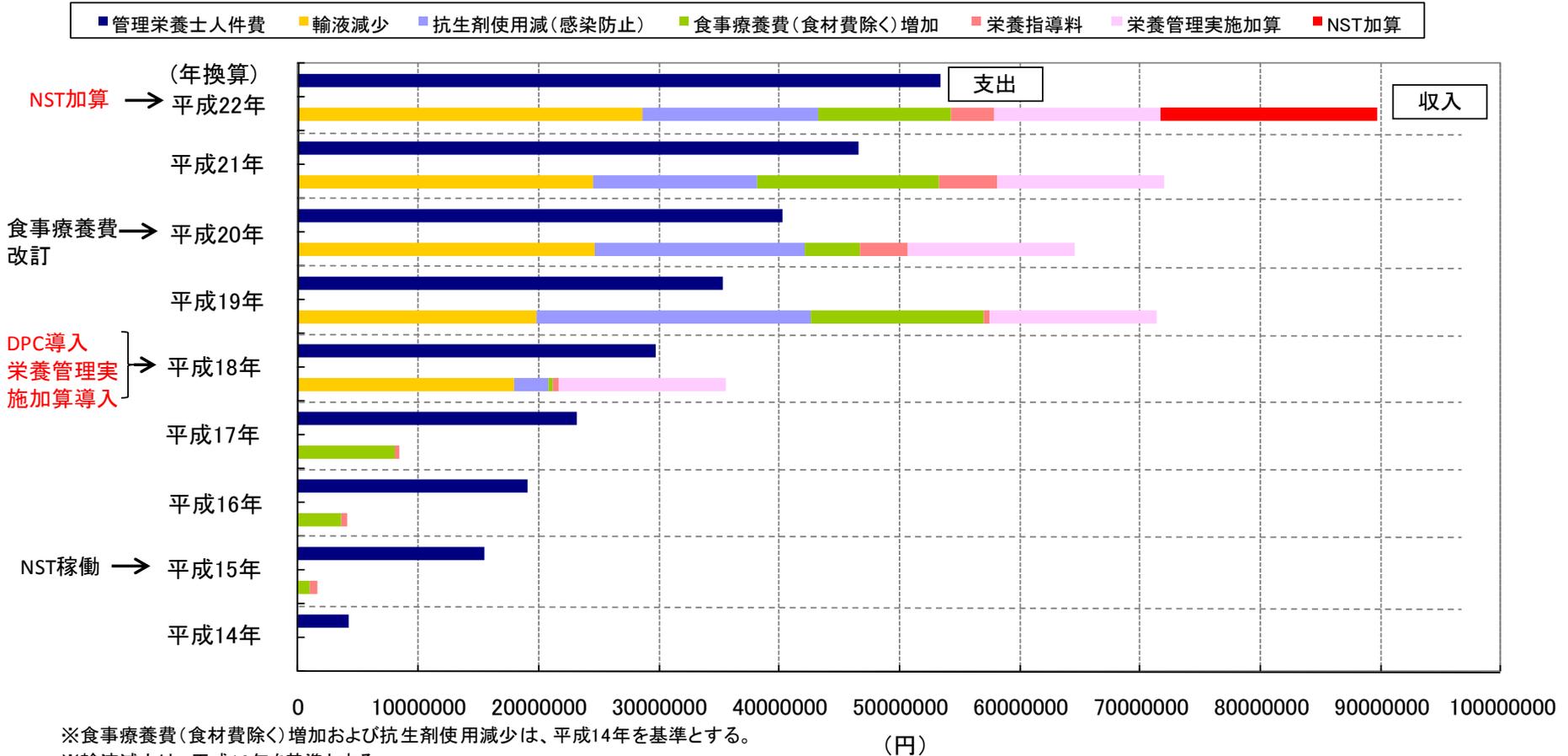


抗菌剤分類別使用金額

(億円)



NST導入の費用対効果





チーム医療のあり方



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】 何ゆえに今、
チーム医療か？

20世紀は病との闘い: Cureの時代だった

- ① 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
- ② 超高齢社会（疾病構造の変化）

① 医師・看護師の許容量をはるかに超えた医療

寝たきり高齢者の増加

② 高度の治療が生活に繋がらない

21世紀はHealth Careの時代

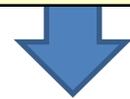
課題（医療提供体制の整備）

①

高度に進歩・細分化した医療技術を効率よく適切に提供し、医療の質の向上を図る



・ チーム医療の実現



②

高度に進歩・細分化した臓器別専門治療を如何に生活に繋げていくか！



・ 機能分化
・ 連携

【2】 高齢者医療のあり方

高齢者の特徴は？

加齢による生理機能の低下に伴う予備能の低下

呼吸循環器機能低下・消化器機能低下・精神活動低下・内分泌機能低下・腎機能低下・運動機能低下・免疫機能低下

- ・ **低栄養状態** (PEM: 蛋白・エネルギー低栄養)
- ・ 多病性、易感染性、難治性
- ・ 孤立的・抑うつ的・自信喪失・孤独感
- ・ 行動範囲の狭小化

- ・ 日常生活自立度の低下
- ・ 閉じこもり

入院

①徐々に起こる

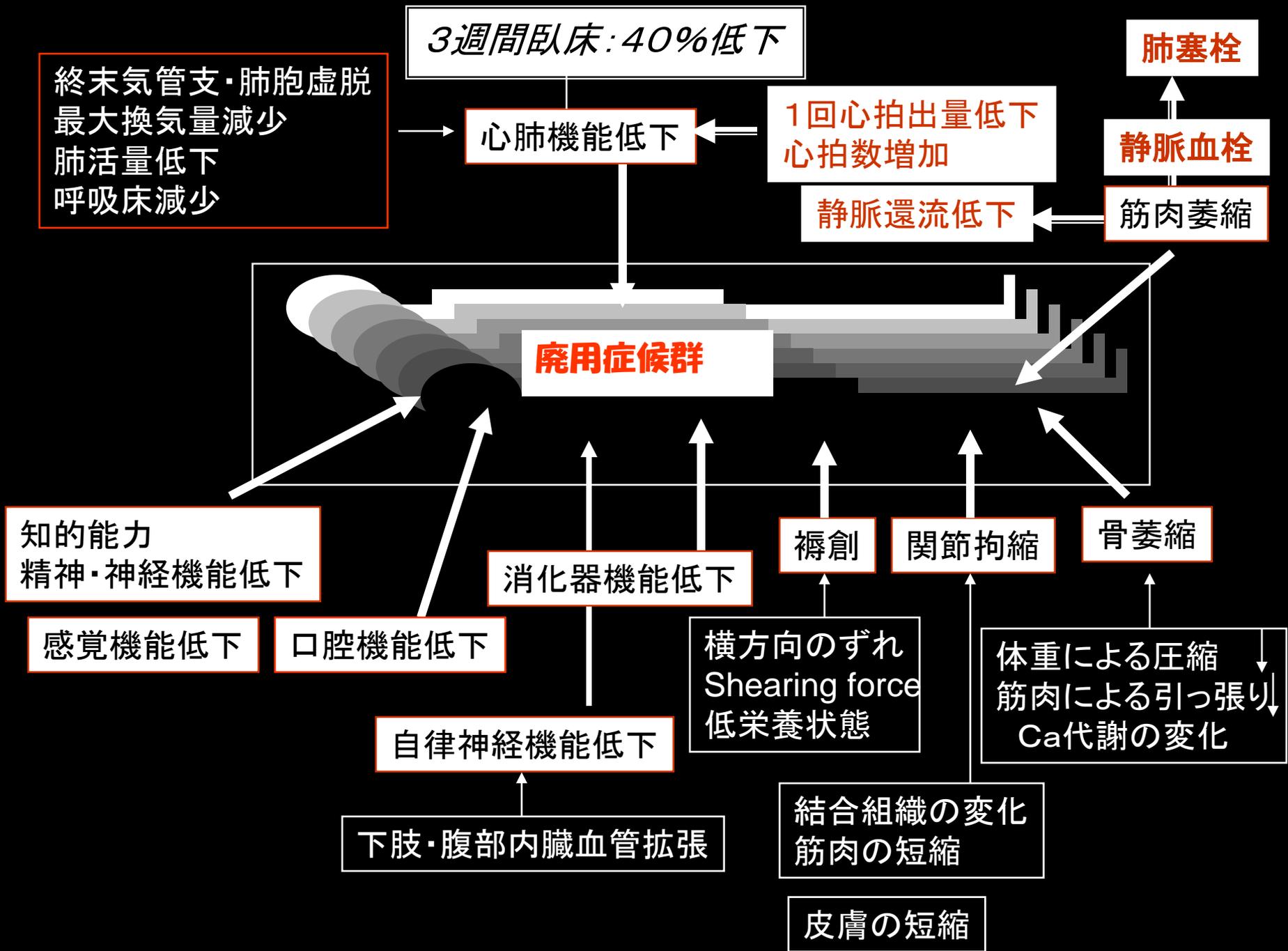
廃用症候群

寝たきり

- ・ 風邪
- ・ 関節の痛み
- ・ 打撲

②急速に起こる

- ・ 安静
- ・ 病院環境
- ・ 非個別性
- ・ 薬、処置



3週間臥床: 40%低下

終末気管支・肺泡虚脱
最大換気量減少
肺活量低下
呼吸床減少

心肺機能低下

1回心拍出量低下
心拍数増加

肺塞栓

静脈血栓

筋肉萎縮

静脈還流低下

廃用症候群

知的能力
精神・神経機能低下

消化器機能低下

褥創

関節拘縮

骨萎縮

感覚機能低下

口腔機能低下

横方向のずれ
Shearing force
低栄養状態

体重による圧縮
筋肉による引っ張り
Ca代謝の変化

自律神経機能低下

下肢・腹部内臓血管拡張

結合組織の変化
筋肉の短縮

皮膚の短縮

高齢者医療と栄養問題

蛋白・エネルギー低栄養状態

↓ ストレス侵襲（手術・疾病）

- ・ 体脂肪、筋肉の消耗
- ・ 免疫力の低下

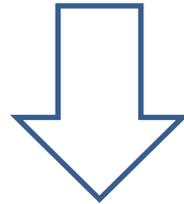
- ・ 易感染性で容易に合併症を起こす
- ・ 創傷治癒の遅延
- ・ リハビリ効果不良

生活機能低下（廃用症候群）

寝たきり

高齢者の特徴

高齢者は入院により容易に廃用となり、
入院が長期化して寝たきりになる



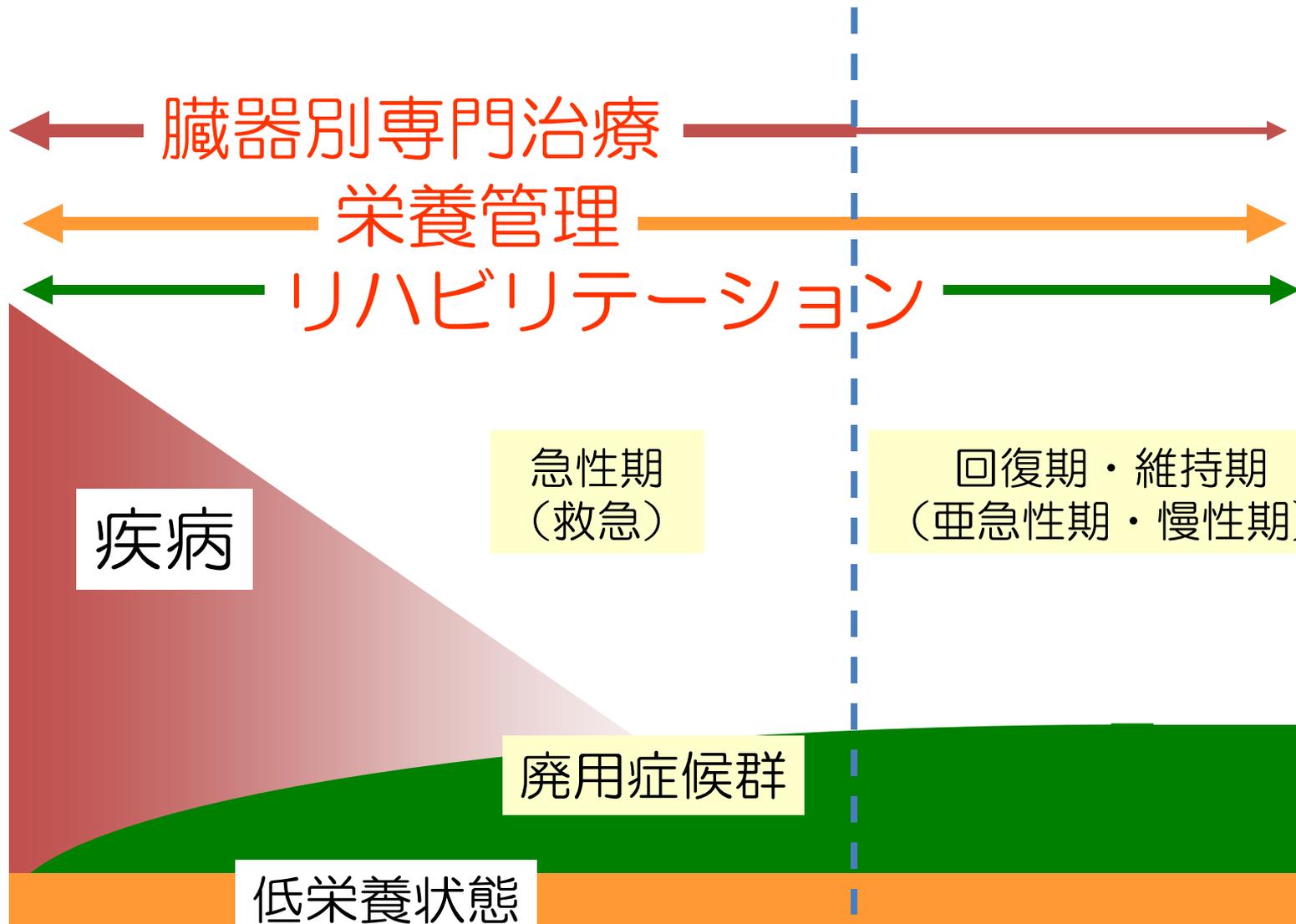
原因の多くは
廃用症候群と低栄養状態
そして合併症（誤嚥性肺炎など）



対策・体制が重要

対策

高齢者医療の基本構造



安心した地域生活

【3】機能分化と連携

「1」機能分化

機能分化は

- ・適切な医療サービスの提供
と質の向上が目的
- ・それはチームによって達成される
- ・縦と横の機能分化がある

救急応需体制の整備

救急相談センター

(1) 横の機能分化

（トリージ）



救急搬送患者

トリージ

一般救急疾患

特殊救急疾患

- ・ 脳卒中
- ・ 小児
- ・ 精神
- ・ 循環器
- ・ 頭部外傷
- ・ 周産期等

三次救急疾患

- ・ 心肺停止
- ・ 多発外傷
- ・ 重症熱傷
- ・ 中毒
- ・ その他

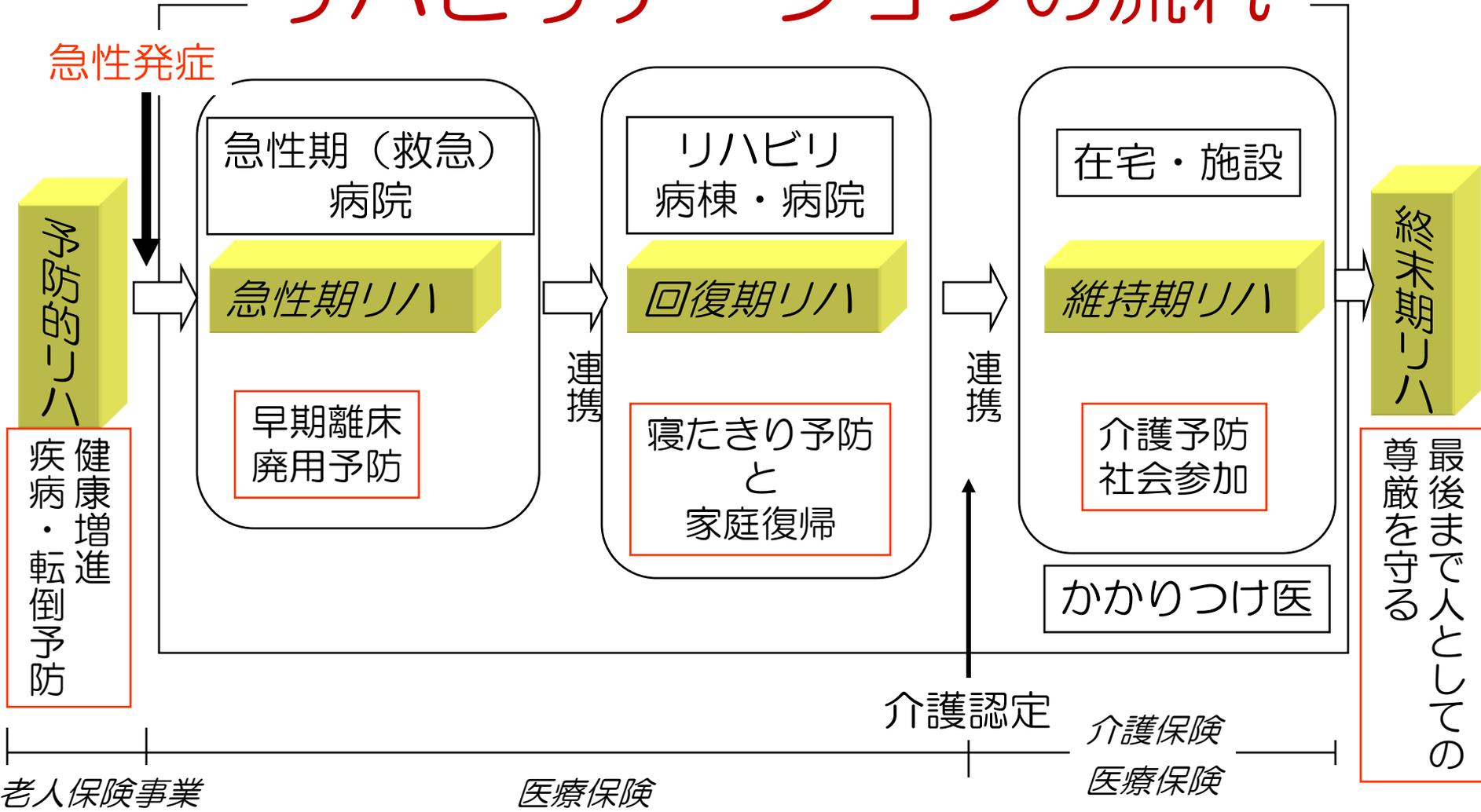
2次救急施設

2次救急専門病院

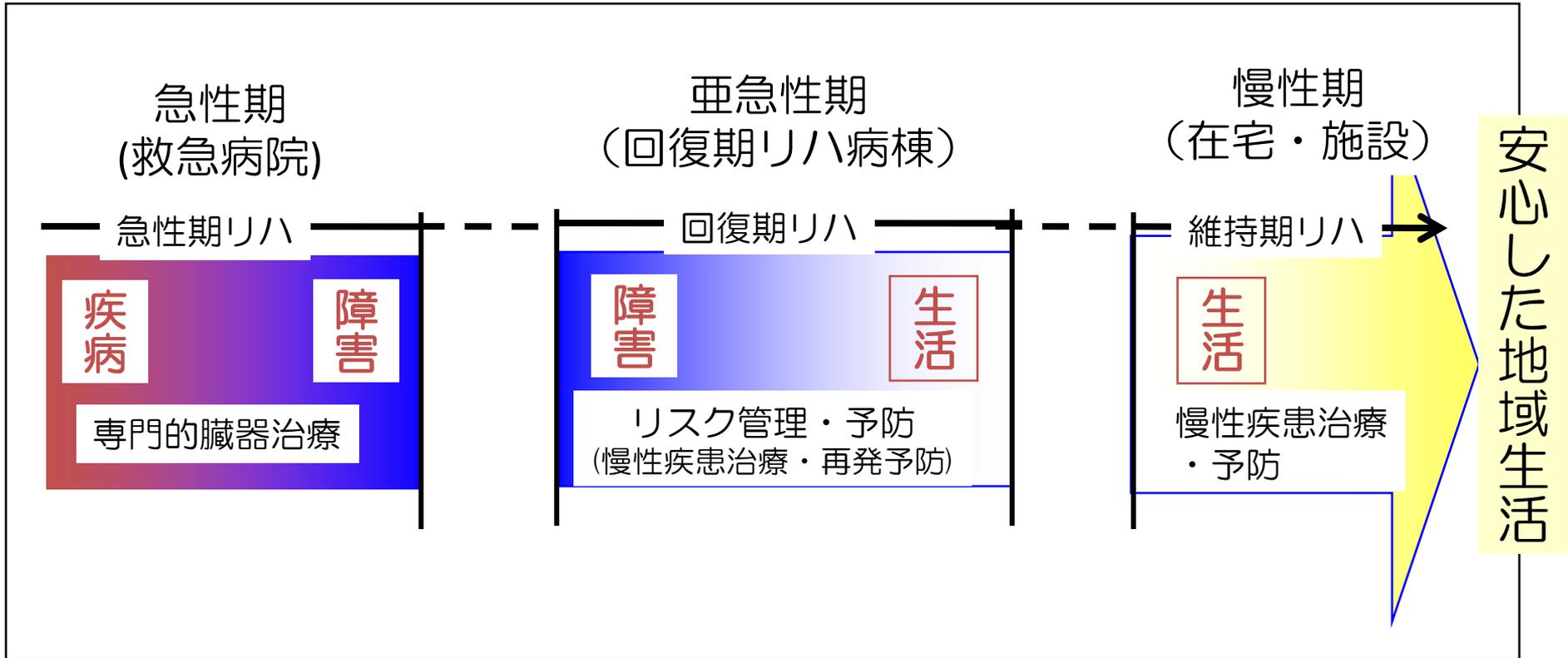
救命救急センター

(2) 縦の機能分化

リハビリテーションの流れ



機能分化による視点・役割の違い



「2」連携

連携は

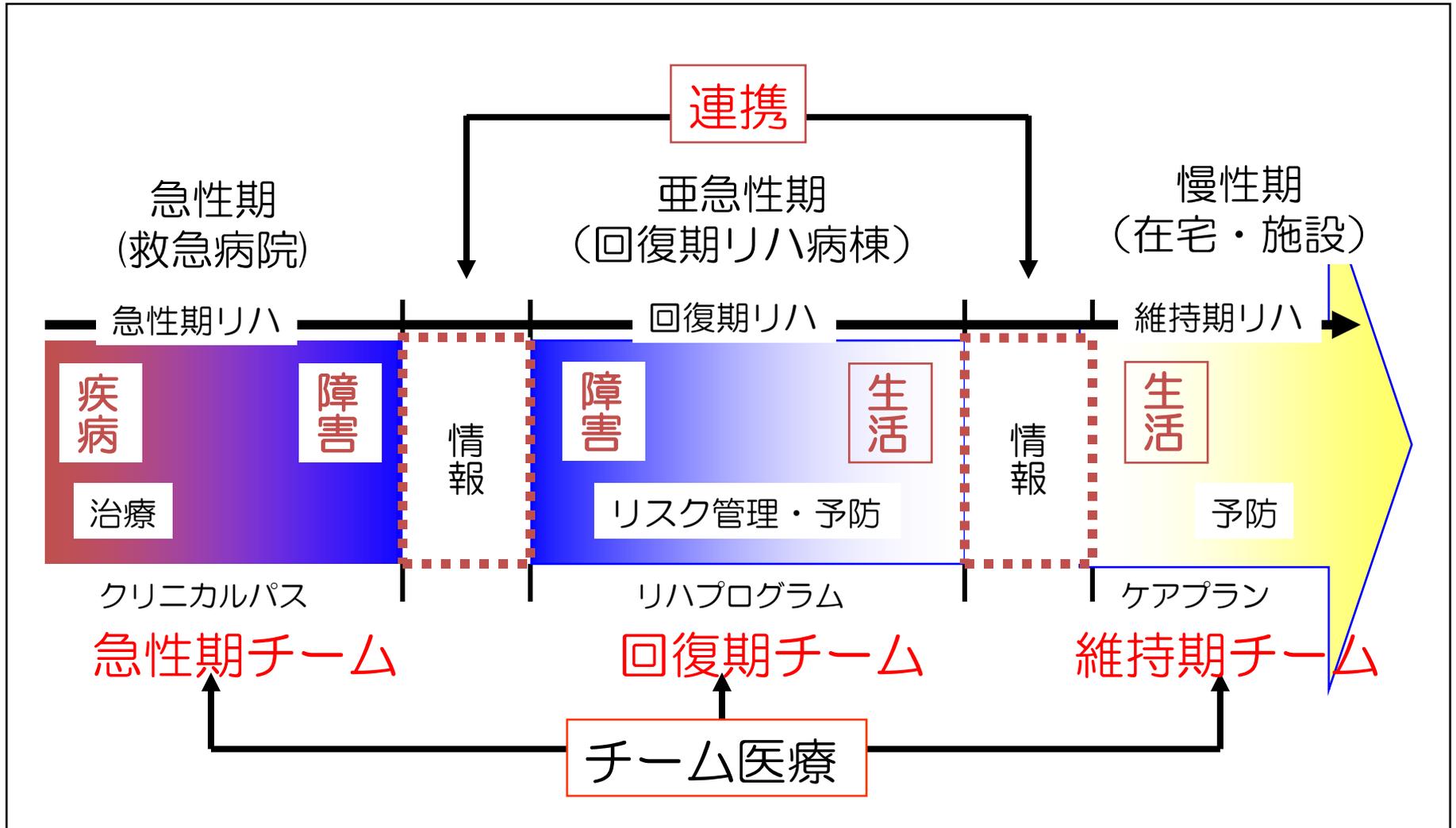
- ・機能分化の必然の結果
- ・共有する最終目標に対して役割の異なるチームとチームが協業すること

協業

- ・多くの人でまたは経営が協力して同時に且つ計画的に同じ生産または関連する生産に従事すること

(日本大百科全書)

チーム医療と機能分化・連携



異なる視点とプロセス管理

臓器別専門治療

地域生活

急性期

(疾病の治療)

亜急性期 (回復期)

(障害の改善)

慢性期 (維持期)

(生活の安定・継続)

疾病

障害

障害

生活

生活

- ・ **クリニカルパス**
(時系列入院治療計画書)
 - ① 治療の標準化?
 - ② 検査・治療の適正化
 - ③ **チーム医療の実現**
 - ④ 在院日数の効率化
 - ⑤ 患者・家族了解

- ・ **急性期終了基準**
病態の安定化
(病態が安定)

急性期 (救急) 病院

- ・ **リハプログラム**
(総合実施計画書)
 - ① 評価
 - ② ゴール設定
 - ③ プログラム
 - ④ 検証

- ・ **回復期終了基準**
改善のプラトリー化
生活の準備終了

回復期リハ病棟

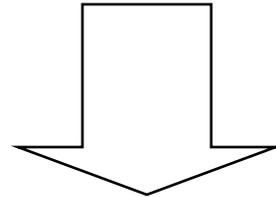
- ・ **リハマネジメント**
 - ① ケアプラン
 - ② 実施計画書

- ・ **緊急対応基準**
生活の不安定化
急性転化

在宅・施設

急性期・回復期・維持期の違い (救急) ・ (亜急性期) ・ (慢性期)

- ・ 主となる視点、役割が異なる
- ・ プロセス管理の手法が異なる



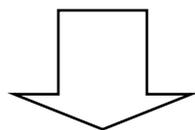
チームのあり様も異なるであろう

【4】 チーム医療のあり方

チーム医療

チームとは

- ・ 目標と情報を共有し、協働する
多職種専門家集団



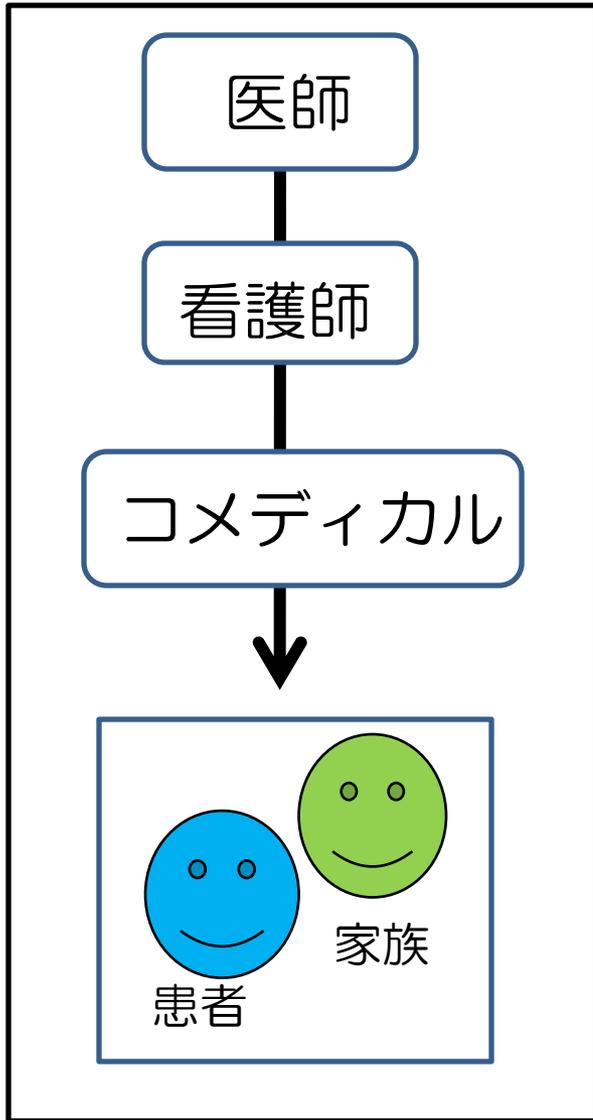
医療の質の向上と効果性・効率性

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）

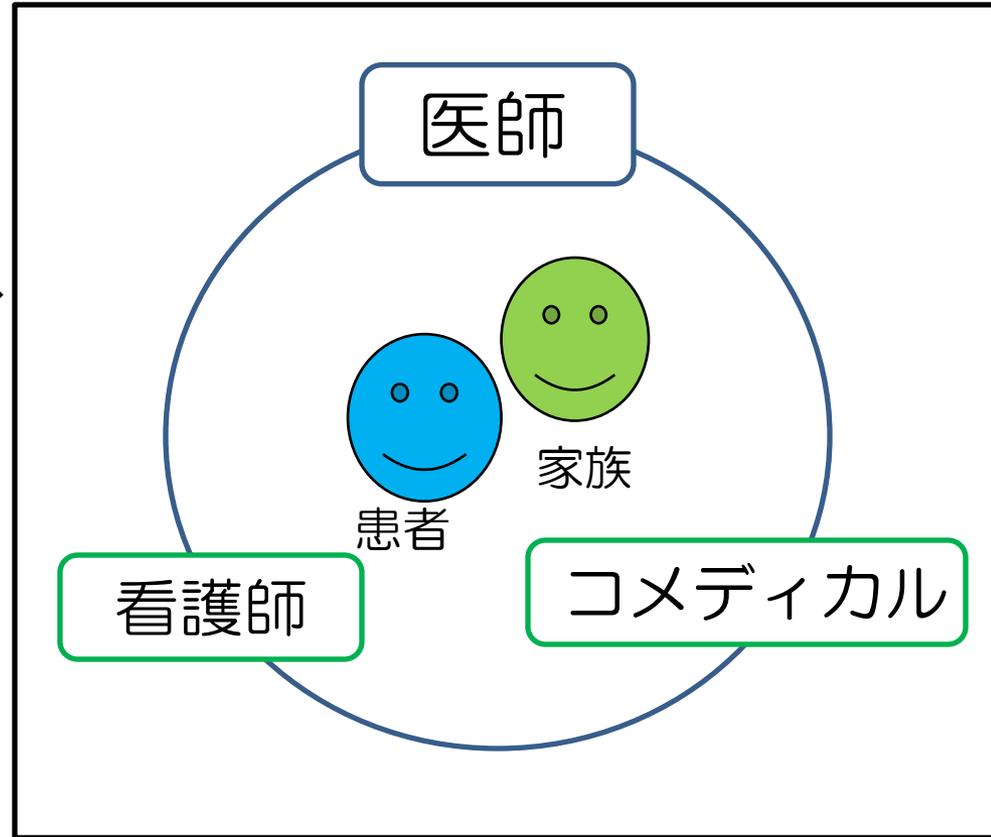
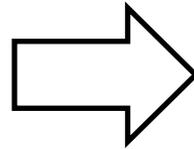
チーム医療における パラダイムシフト

天動説



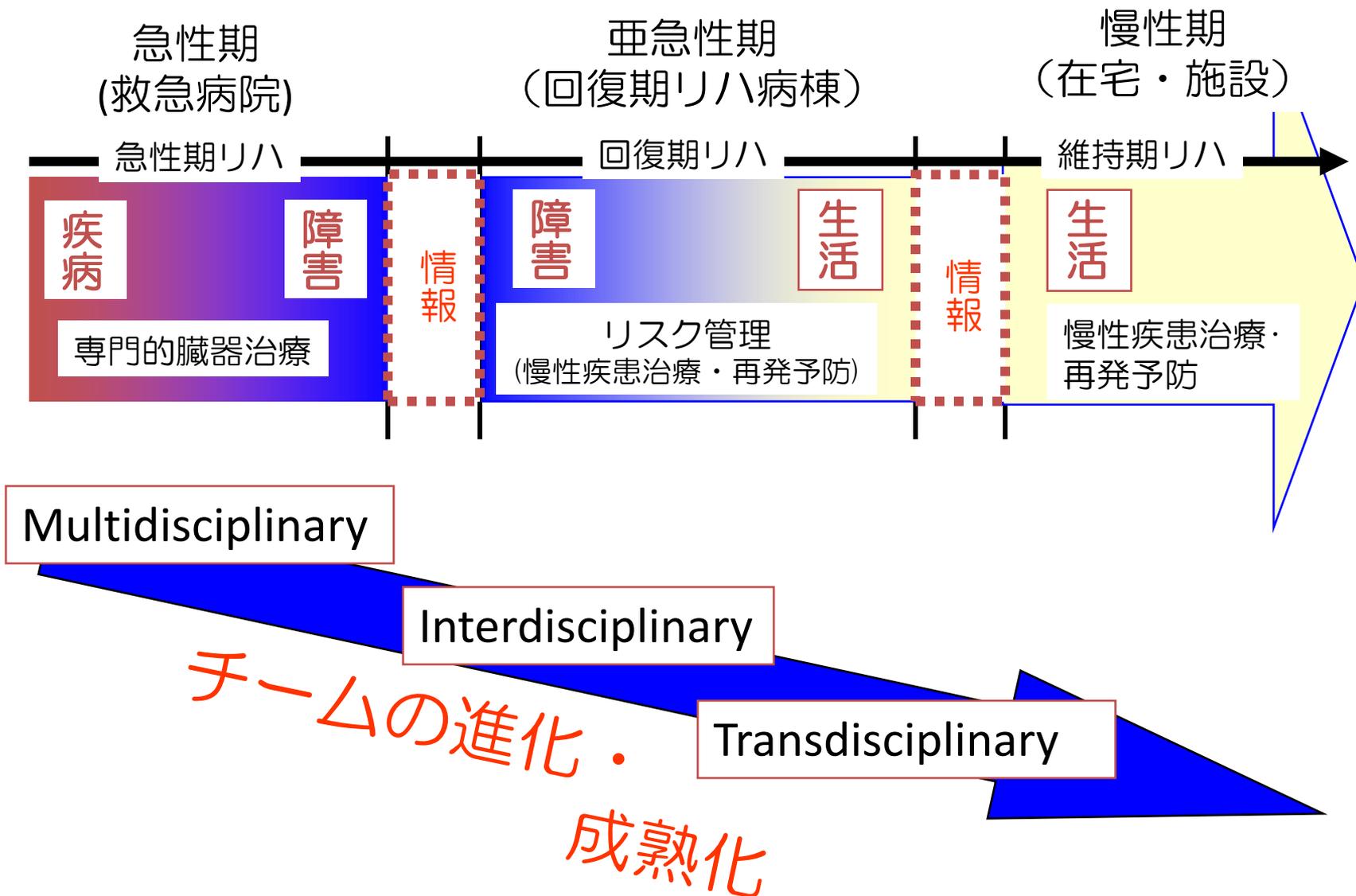
権威主義モデル

地動説



患者中心の協力型モデル

チーム医療の成熟化



急性期チームの現状

Multidisciplinary

歯科医師
歯科衛生士

チームリーダー

専門
医師

看護師

栄養サポートチーム

褥瘡対策チーム

診療

放射線技師
検査技師

臨床
栄養士

特殊部隊

社会福祉士



家族

患者

臨床
薬剤師

専門職種が少数
のために課題毎
に特殊部隊を構
成（認定看護師）

摂食・嚥下チーム

感染対策チーム

臨床
工学技士

セラピスト
(PT/OT/ST)

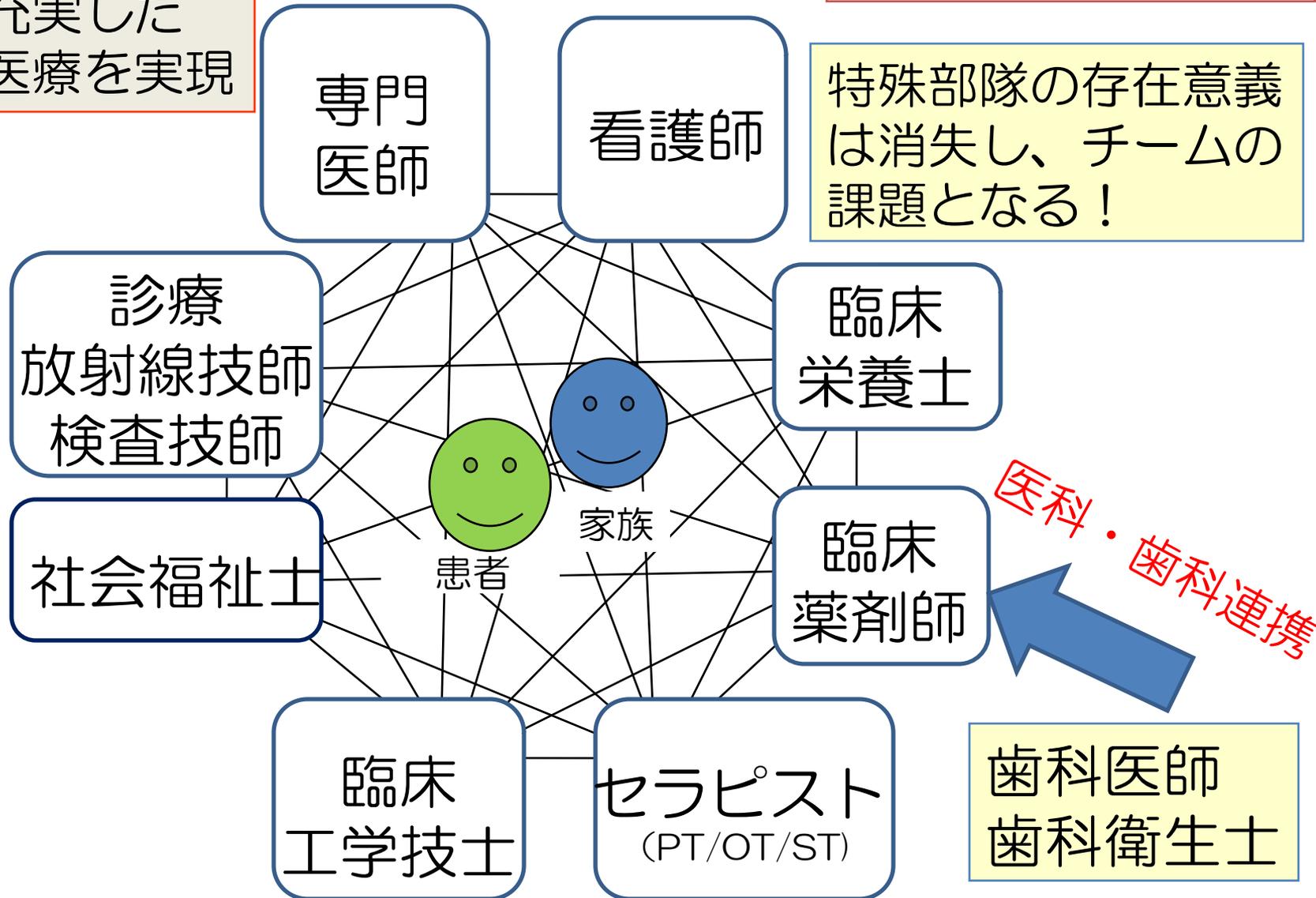
呼吸ケアチーム

急性期チームの理想型（成熟型）

多職種専門家集団
として充実した
チーム医療を実現

Interdisciplinary

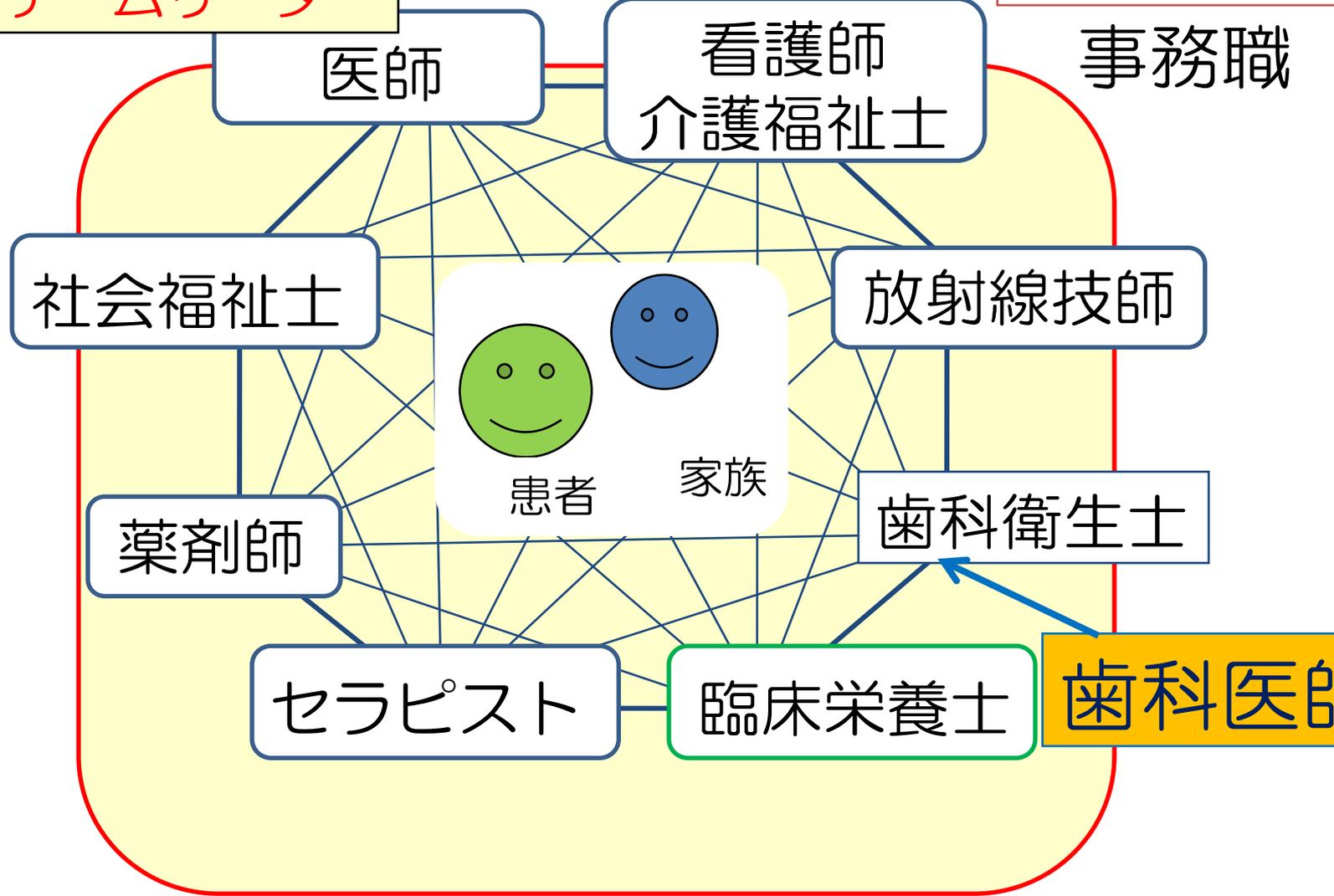
特殊部隊の存在意義
は消失し、チームの
課題となる！



回復期（亜急性期）のチーム構造

Interdisciplinary

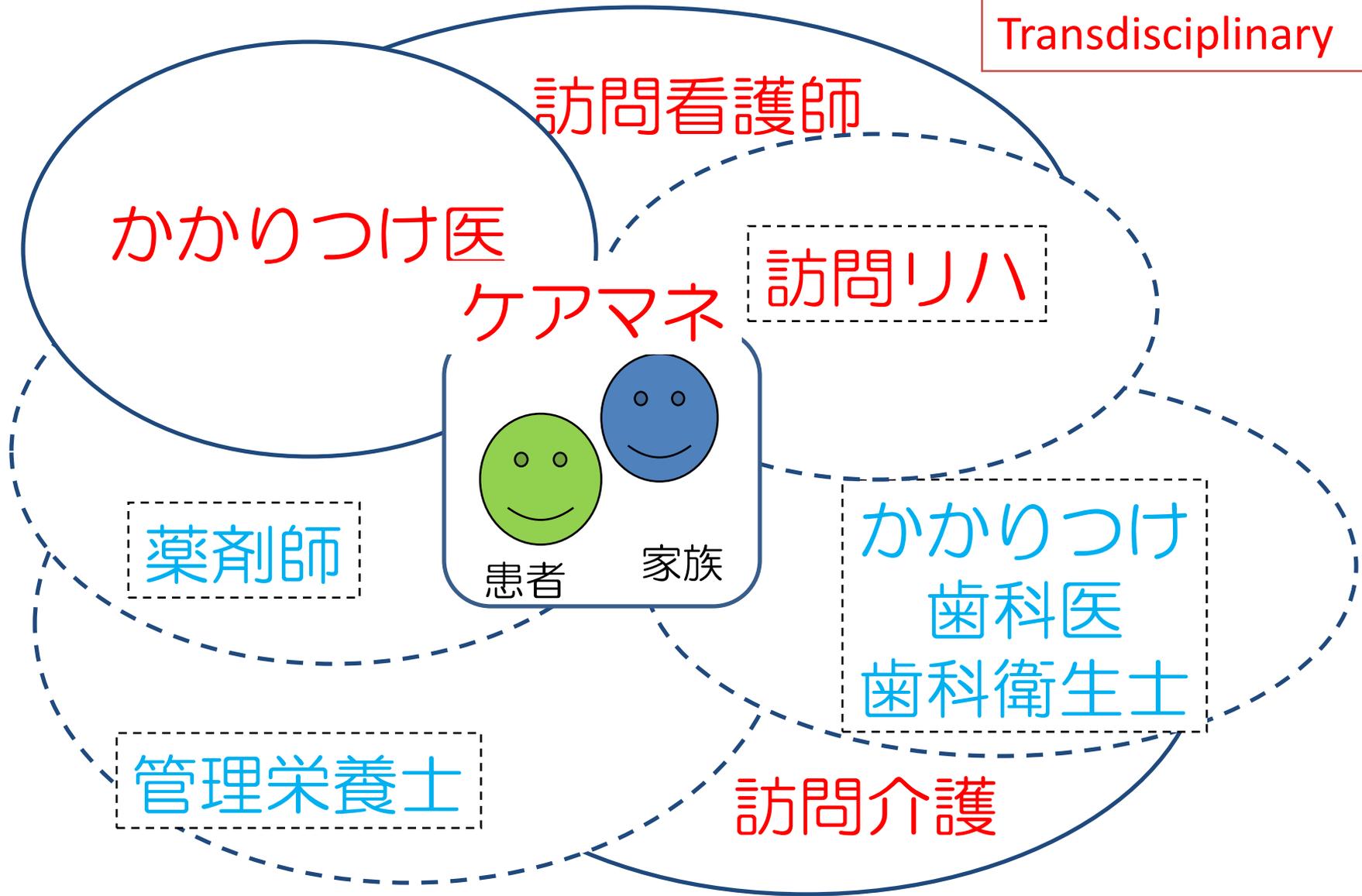
チームリーダー



課題：褥瘡対策、栄養管理、感染対策等

慢性期（維持期）在宅サポートチーム

Transdisciplinary



回復期リハビリ病棟 におけるチーム医療

多職種人員配置の実情

＝診療報酬上の規定＝

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

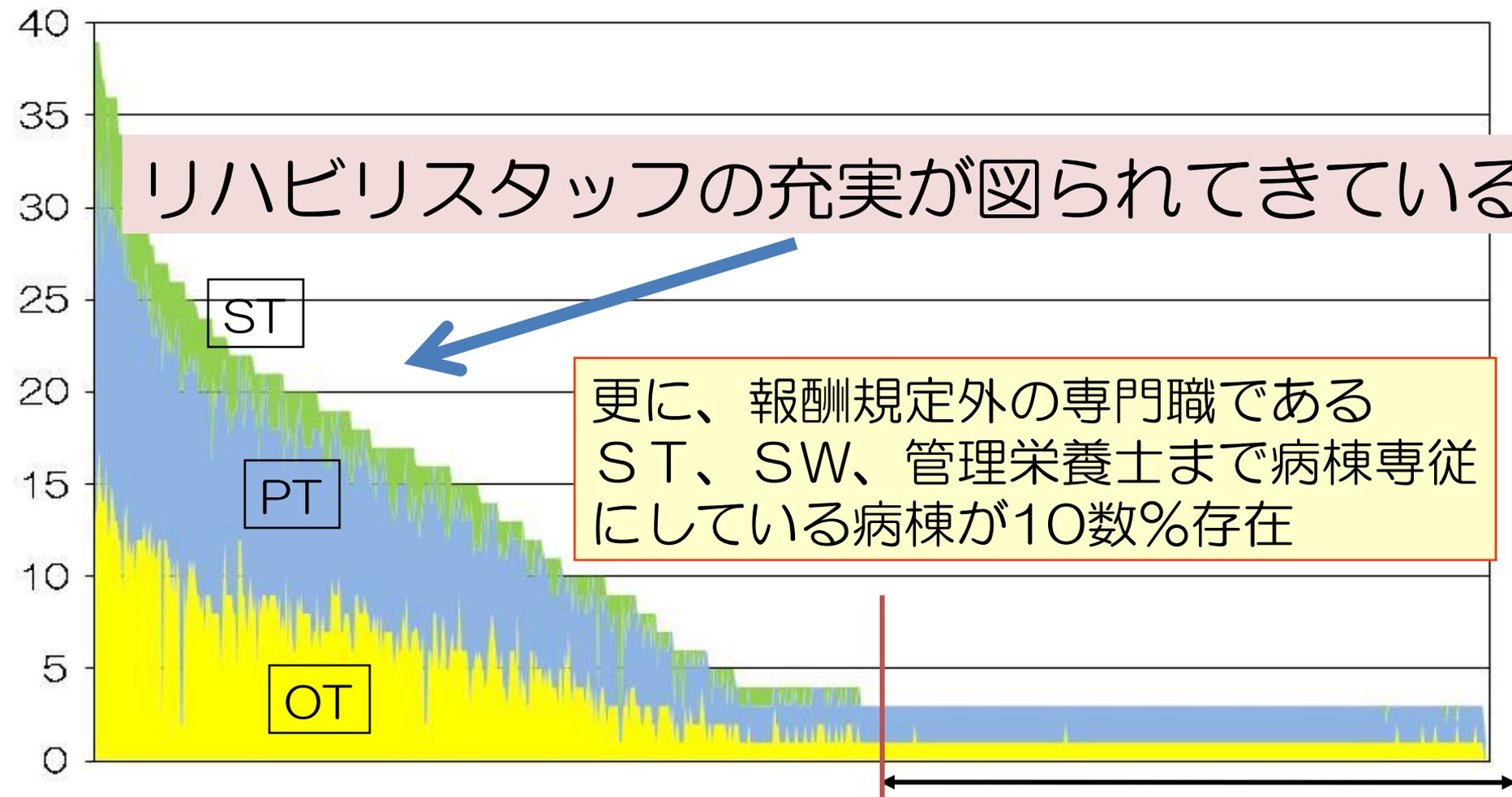
各病棟のPT・OT・STの専従者数

全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会調査：平成21年9月
(767病棟)

リハビリスタッフの充実が図られてきている

更に、報酬規定外の専門職である
ST、SW、管理栄養士まで病棟専従
にしている病棟が10数%存在

PT2名・OT1名 (44.8%)



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



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えます

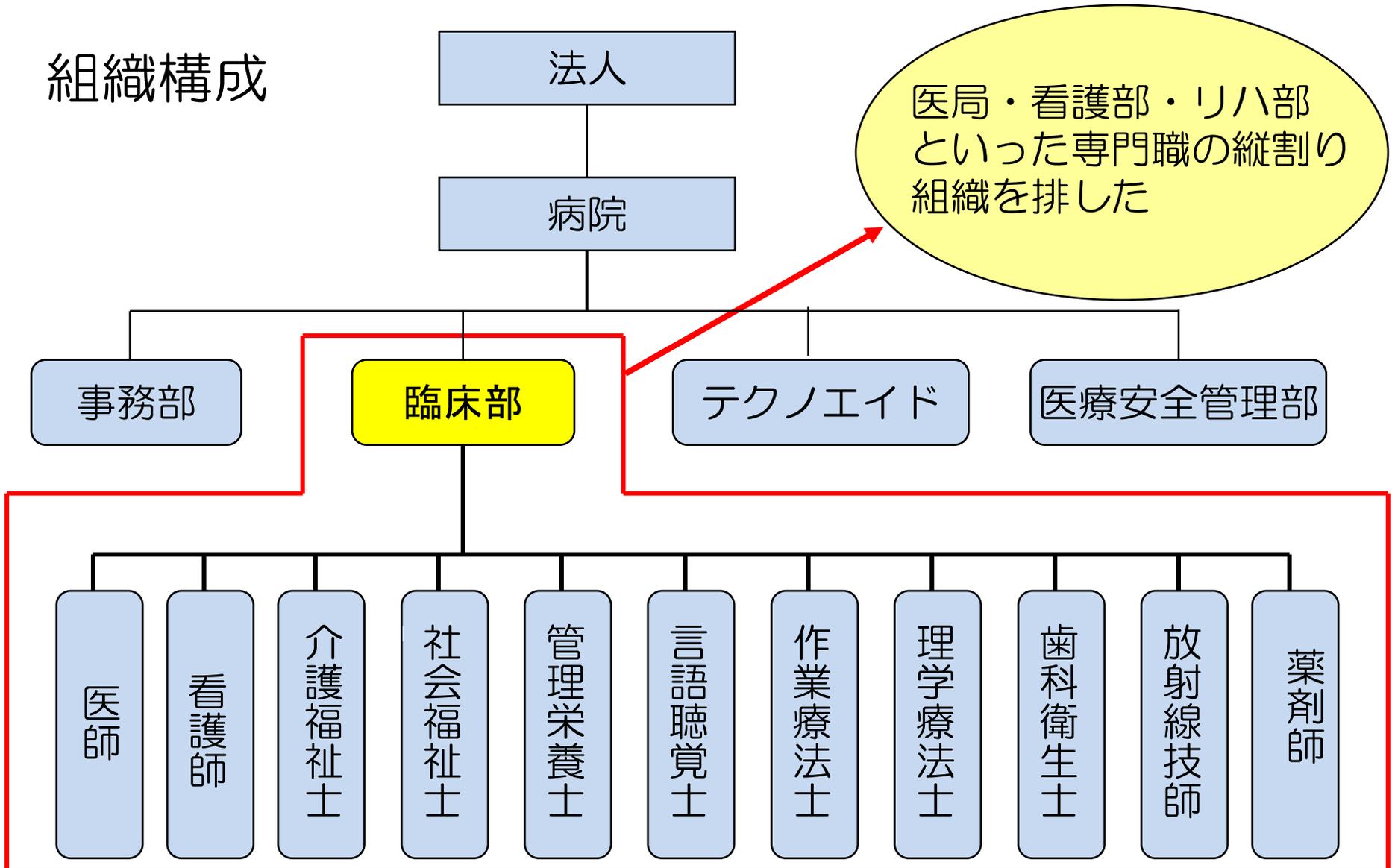
回復期リハビリテーション

主に発症から2ヶ月以内の
脳卒中患者さんに集中的な
リハビリテーションを実施

全館回復期リハビリ病床
3病棟（143床）

チーム医療の発信の場（実現のための工夫）

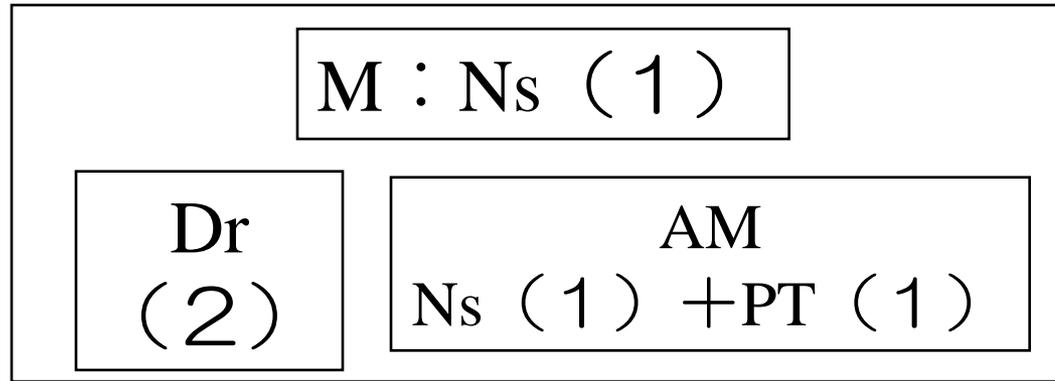
組織構成



病棟（48床）人員配置

病床：人員＝1：1.58

M：マネジャー
AM：アシスタントマネジャー

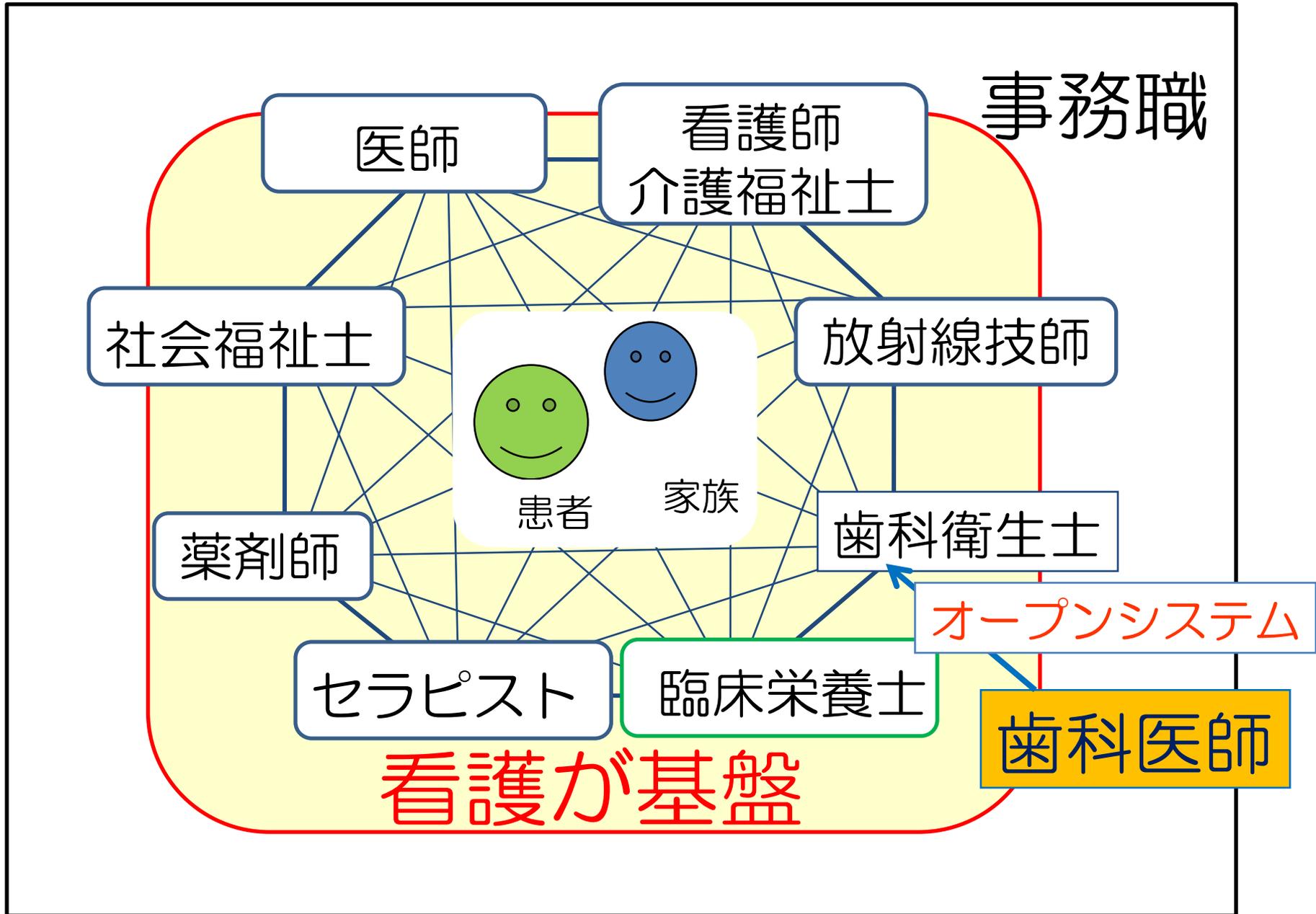


PT (16)	SW	Ns	RD (管理栄養士)
OT (12)	(2)	(21)	(1)
ST (7)		CW	DH (歯科衛生士)
		(8)	(1)
		CS	
		(3)	

48床

スタッフ：76人

我々が目指すチーム構造



より良いチームアプローチ

＝チームマネジメントの原則＝

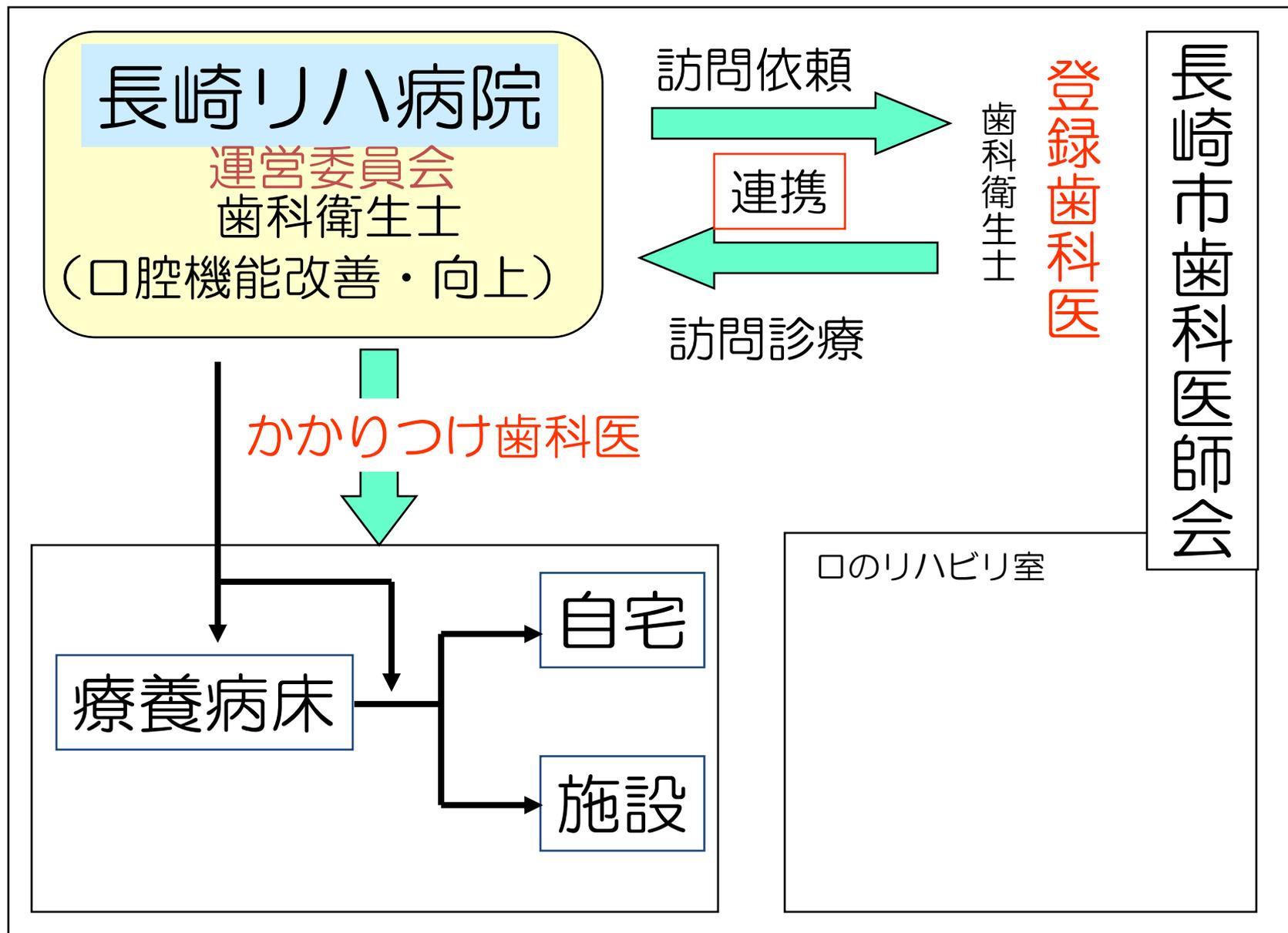
チームの基盤は看護

医師は良きコーディネーターであること

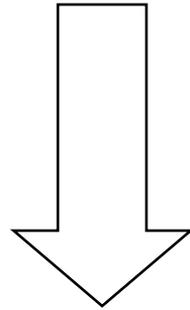
＝5原則＝

- 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効率良く提供する

歯科診療オープンシステム



医科・歯科連携



歯科医師・歯科衛生士もチームの一員

口腔ケアは
誤嚥性肺炎予防の基本

歯科衛生士を医療・介護全体の専門職に！

まとめ

チーム医療のあり方

チームの型

- ① 特殊部隊補完型（現状）
病院全体に専門職が少ない場合
↓ 進化・成熟化
- ② 専門職労働集約型（理想型）
医師・看護師以外の専門職
が病棟専従となっている場合

チーム医療にとって重要な基本

【1】コミュニケーション

コミュニケーションに必要なことは情報の交換ではなく、**知覚（感情・思い）**の共有（人間関係の構築）

- ・他職種を知り、その知識・能力を信頼する

【2】情報の共有化

情報伝達には送り手と受け手の間の**感情的（人間的）**つながりが必要

- ・専門用語が異なることを認識

チームの一員として上下の関係ではなく、お互いに、それぞれの能力を尊重し、信頼しあうことが前提

（同僚性、collegial association パーソンズ）

「医療マネジメント」より

【3】 チームマネジメント

- それぞれの専門職の知識・能力をチーム全体の目標に結びつける
- 互いの専門性を統合
- 異なる言語体系を乗り越え、互いに理解しあうような援助（コミュニケーションの援助）
- それぞれの専門職の弱みを中和させ、強み・能力を目標につなげる
- チームの成果が組織の成果（病院の理念）
に結びつく

チーム医療成立の課題

セラピスト（PT、OT、ST）、SWの病棟専従化を！

- 1) 如何にして多職種専門家集団を構築するか
- ・ 人件費、雇用の問題 → 特殊部隊でしのぐ？
 - ・ 病院組織のあり方（縦割り組織の弊害）

2) 情報の共有化

- ・ コミュニケーション
- ・ 電子カルテの活用

総定員法の弊害

3) チームの質向上のための教育

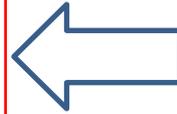
- ① 専門職としての知識・技術に関する縦の教育
- ② チームの一員としての横の教育
 - ・ 他職種を知る教育から
チームリーダー、マネジャー教育まで

參考資料

救急搬送の主たる原因疾患は？

＝ベスト5＝

- ①脳卒中
- ②肺炎
- ③虚血性心疾患
- ④大腿骨頸部等骨折
- ⑤消化管出血



70歳以上が50%を越える

過去10年間のベスト10

診断	合計
肺炎	7204
脳梗塞	5519
大腿骨頸部骨折	3882
脳内出血	2645
急性心筋梗塞	2539
狭心症	2145
消化管出血	2151
気管支喘息	1437
くも膜下出血	1098
骨盤骨折	413

救急搬送患者の多くは
高齢者の疾患である

米国の動き

高齢者急性期病棟 (ACE unit) と チーム医療

Robert M. Palmer, MD et al

Clinical Intervention Trials The ACE Unit:

CLINICS IN GERIATRIC MEDICINE 1998

高齢者専用急性期病棟という考え方

Acute Care for Elders (ACE) Unit

- environmental modifications
- interdisciplinary team management
- patient-centered nursing care plans
- early discharge planning
- review of medical care

Improved Mood
Positive Expectations

Reduced
Impairment

Decreased Iatrogenic
Risk Factors

Functional Older Person

Robert M. Palmer, MD et al

Clinical Intervention Trials The ACE Unit: CLINICS IN GERIATRIC MEDICINE 1998



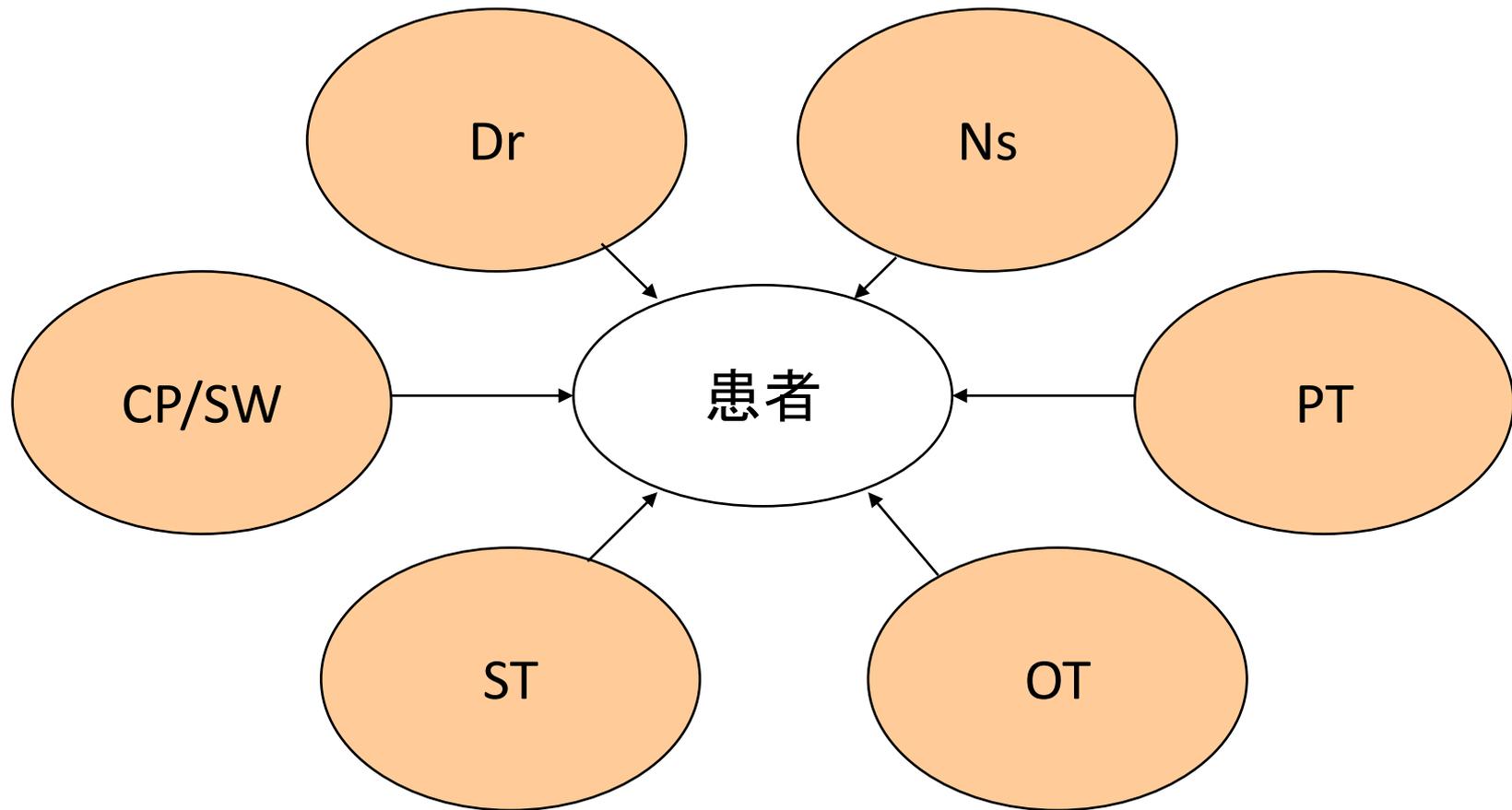
Stroke Unit

Kyle R. Allen, DO et al: JAGS 51:1660-1667, 2003

教科書のチームモデル

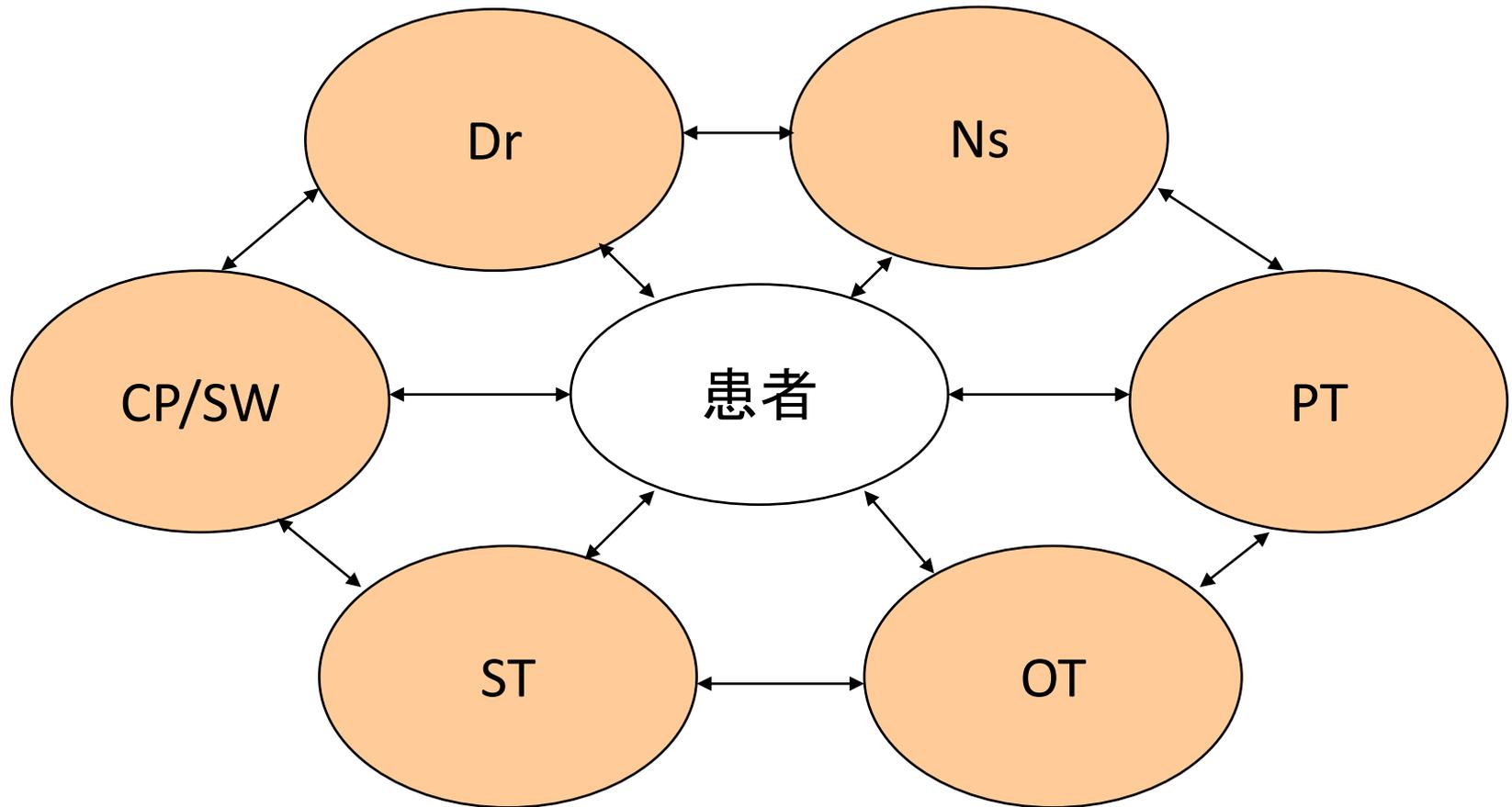
ACE unit : Counsell SR, et al
J Am Geriatr Soc 48:1572-1581, 2000

multidisciplinary team



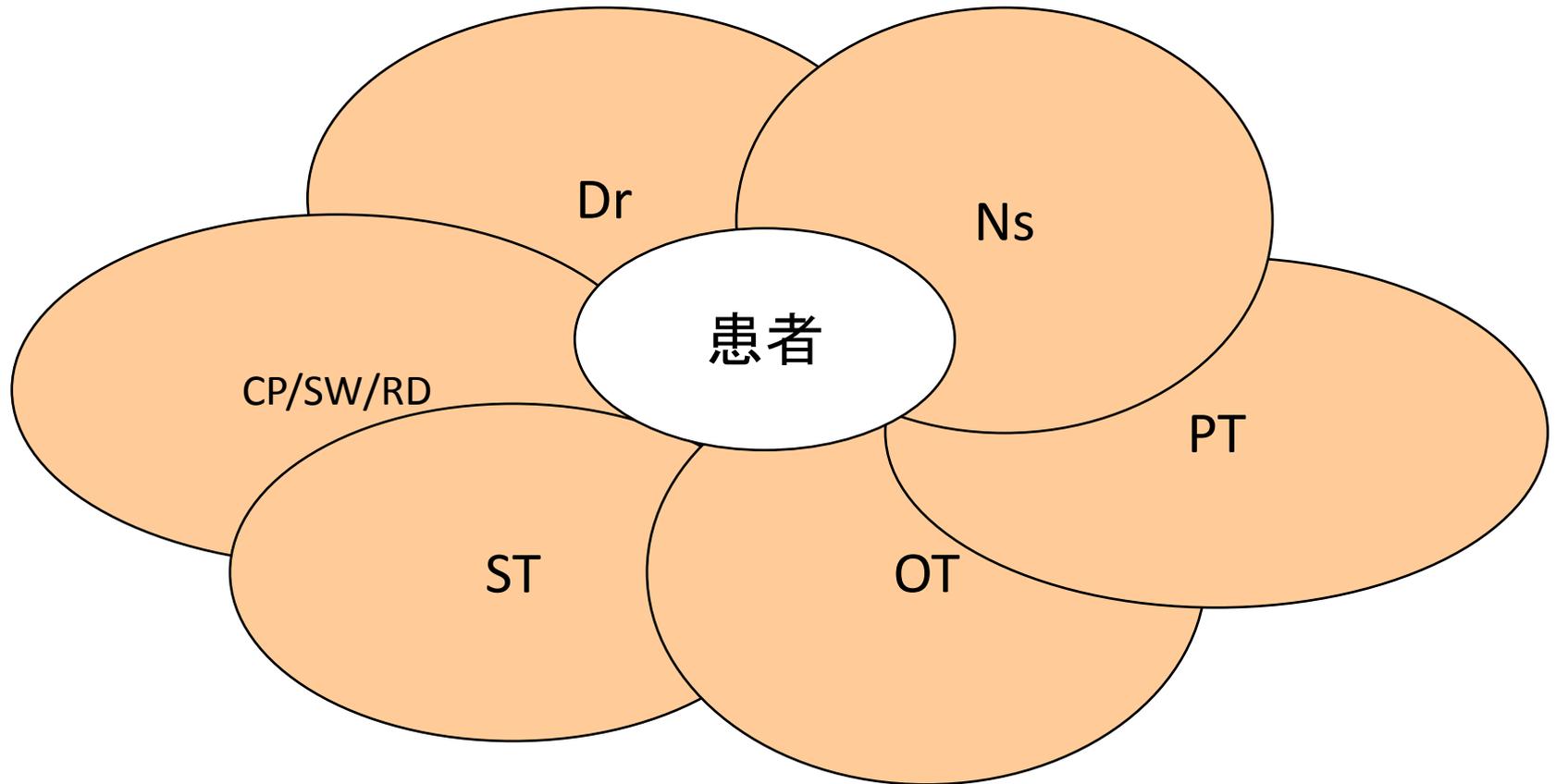
- それぞれの職種が専門的視点に立ってプログラムを設定するが、
- 包括的なプランにするための協業は行わずに、個別に関わる
- よってそれぞれの関わりには責任を持つが、
- チームとして関わった結果についての責任を持たない

interdisciplinary team



- それぞれの職種は互いに意思の疎通を図り、
他職種の専門性や能力を信頼する。
- 同じ目標に向かって協業する。
- 各専門職はチームとして関わった結果に責任を持つ。

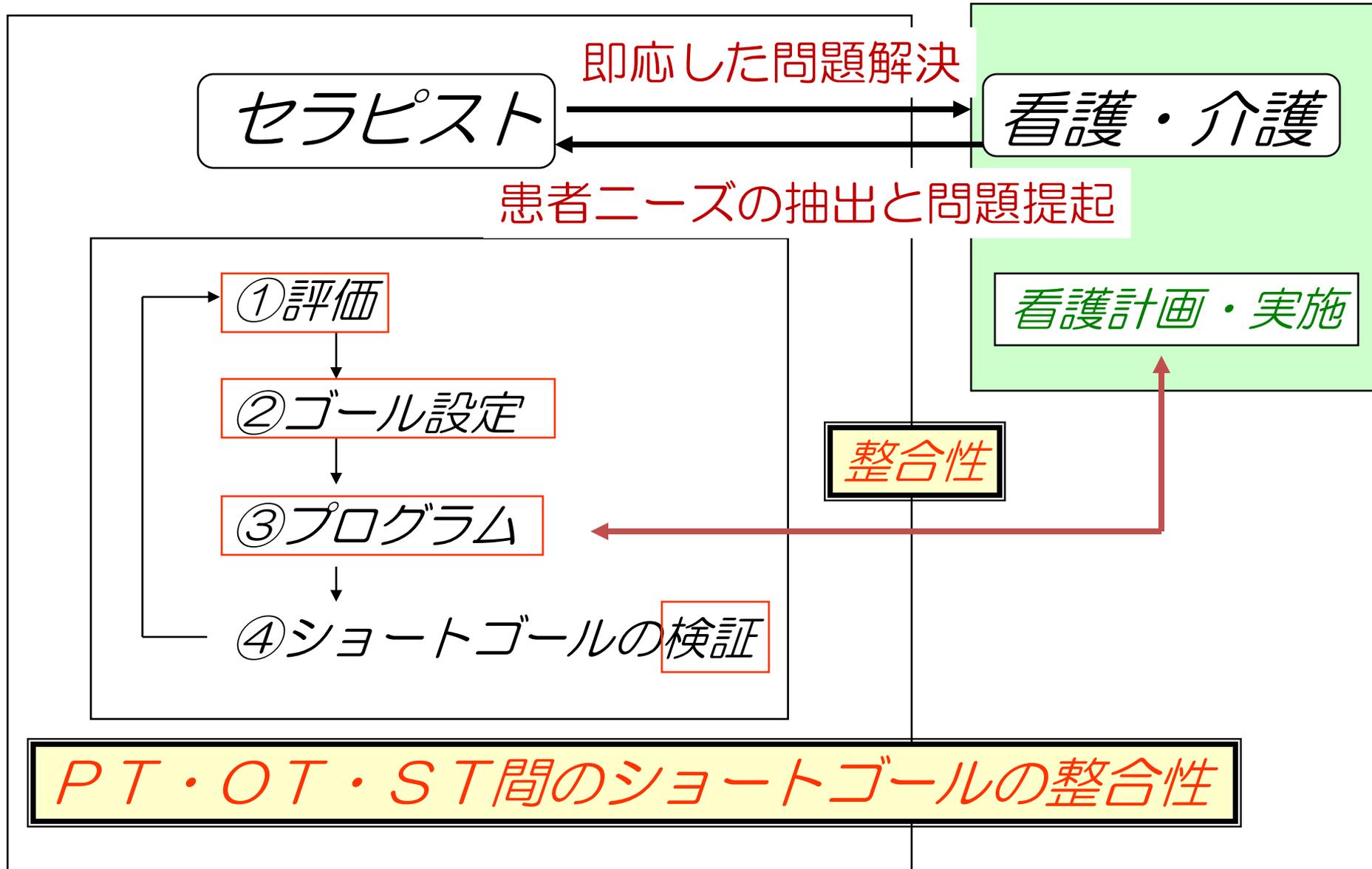
transdisciplinary team



- それぞれの職種は互いに意思の疎通を図り、
自己の専門領域を超え、できることは積極的に
カバーしあいながら協業する。

協働の課題 (回復期)

協業のあり方（セラピストと看護）



協業のあり方（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？＝

看護師

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

介護福祉士

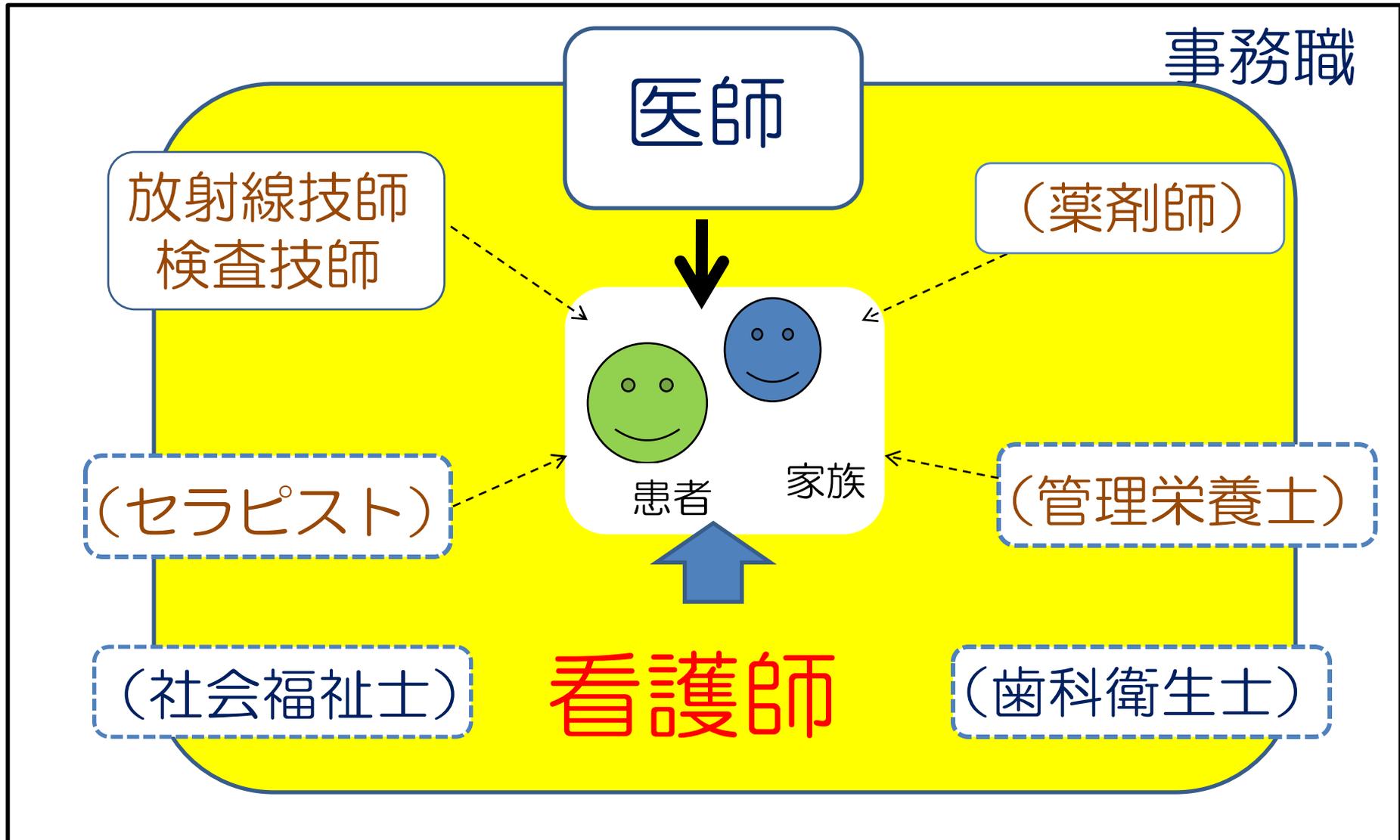
看護師との協業による

- ・ 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

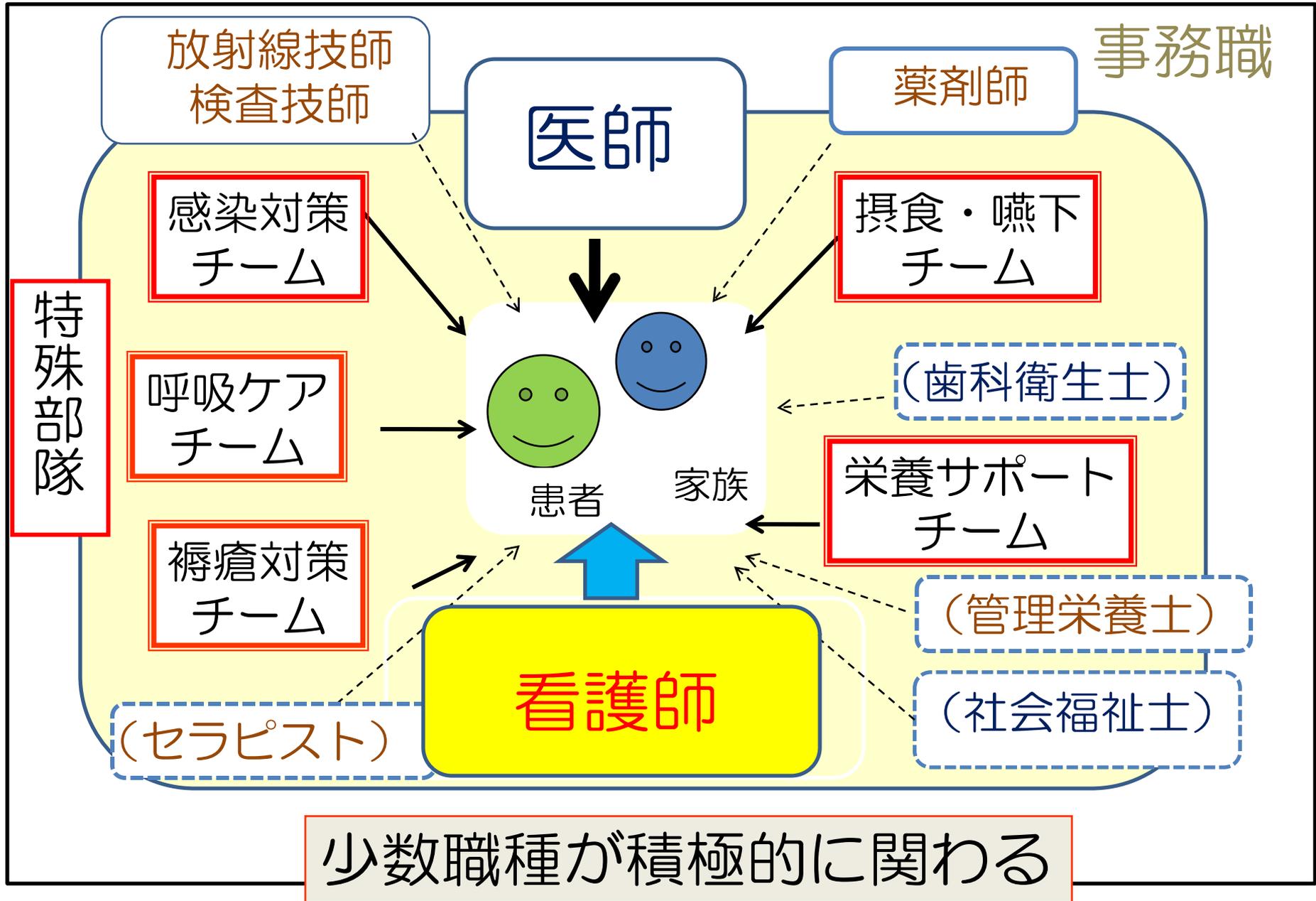
病院規模による変化

地方の中小病院（従来型）



十分な専門職を雇用できずに看護師がカバーしている

地方の中小病院（特殊部隊型）



主な医療専門職と根拠となる身分法

専門職	身分法	免許者
医師	医師法	厚生労働大臣
歯科医師	歯科医師法	厚生労働大臣
薬剤師	薬剤師法	厚生労働大臣
保健師	保健師助産師看護師法	厚生労働大臣
助産師		厚生労働大臣
看護師		厚生労働大臣
准看護師		都道府県知事
臨床検査技師	臨床検査技師法	厚生労働大臣
診療放射線技師	診療放射線技師法	厚生労働大臣
理学療法士	理学療法士及び作業療法士法	厚生労働大臣
作業療法士		厚生労働大臣
視能訓練士	視能訓練士法	厚生労働大臣
臨床工学技士	臨床工学技士法	厚生労働大臣
言語聴覚士	言語聴覚士法	厚生労働大臣
管理栄養士	栄養士法	厚生労働大臣
栄養士		都道府県知事

専門看護分野	
1	がん看護
2	精神看護
3	地域看護
4	老人看護
5	小児看護
6	母性看護
7	慢性疾患看護
8	急性・重症患者看護
9	感染症看護
10	家族支援

認定看護分野	
1	救急看護
2	摂食・嚥下障害看護
3	認知症看護
4	脳卒中リハビリテーション看護
5	訪問看護
6	がん化学療法看護
7	がん性疼痛看護
8	感染管理
9	集中ケア
10	手術看護
11	不妊症看護
12	がん放射線療法看護
13	緩和ケア
14	小児救急看護
15	新生児集中ケア
16	透析看護
17	糖尿病看護
18	乳がん看護
19	皮膚・排泄ケア

チーム医療推進方策検討 WG

提出資料

社会医療法人 禎心会 理事長
全日本病院協会 病院のあり方委員会委員長
徳田 禎久

チーム医療を推進するにあたって

I. 全般的な事項

医師・看護師等の不足、過剰労働問題から、それぞれの肩代わりをさせるといふ趣旨のチーム医療の議論は不毛である（*1）。それぞれの職種が充足すれば不要ということになりかねない。

チーム医療推進の目的は、専門職種間の業務分担を見直し、あたかも辻褃を合わせるように数的に人員の充足を図るものではなく、職種間の有機的な連携を図ることにより医療の質的な改善を図るものである。それを妨げる要因、例えば職種別に行われ相互に整合が必ずしも取れていない教育プログラム、職種間の伝達システム、責任体制のあり方等については積極的に検討・改善が図られるべきものとする。

「チーム医療」では、多様な医療スタッフが関与するものであるから、急性期から慢性期、在宅医療まで実例に基づいて現時点でのモデルケースを設定し、全国の医療機関において可能となる施策を国の主導のもとに考える一方で、当面各施設では利用可能な人的資源から、可能な取り組みを行うことが求められる。今後、国の施策として以下の取り組みが必須と考える。

- 1、モデルケースからチーム医療を担う各職種の必要数を二次医療圏別に算出し適正配備の方法を確立する。
- 2、一定の医療機関への各職種の充足がはかられるまでは、看護業務実態調査に示された医師が任されると判断して実態として看護師に指示していた行為に関して、それを禁止するような厳格な対応はしない。現状での包括的指示内容の厳格化は、看護師の採用がままならない地方などでは医師の明らかな負担増をまねく可能性がある。

現状では、チーム医療の推進と言う大きなテーマを隠れ蓑に、特定看護師に関する議論のみが重点的に進んでいることを危惧する。

厚労省による看護業務実態調査は、目的が特定看護師（診療補助に含まれないものと理解されてきた一定の医行為を行う一日看協）という新しい職種の養成を意図したものであるが、大学病院等 500 床超大型病院を中心とした調査であり、かつ回収率 16.9%にとどまっており回答内容の代表性が担保されておら

ず、看護範囲の拡大に関心のある医師・看護師に偏った回答の可能性も指摘されている。同様の調査が日医により行われているが 200 床未満約 7 割の回答では、結果は大きく異なっていた。

どちらがより広く医療現場の認識を正確に反映しているのかの判断は別として、チーム医療は、医師と看護師だけではなく、医療法（*2）でも明示されているように、薬剤師等の他の職種も含めて検討するべきものである。

レベルの高い特定看護師の養成を行うことを否定しないが、特定看護師がいなければチーム医療は推進されないのか（*3）？

チーム医療の推進が看護師のみによって達成されることではないことは、前回の WG での各職種を代表する方の発言でも明らかである。

特定看護師養成を進めるのなら、各職種の業務見直しも同時に行うために各職種のレベルアップの必要性も同時に検討するのが筋であり、そのための各種業務調査は不可欠である。特定看護師の業務とされる内容との対比で考えるなら、教育年限・専門性から考えて、薬剤師の薬剤選択・変更に関する業務拡大は最重要課題と考えるし、特別〇〇〇という他の職種の創設も同時に検討すべきであろう。

* 1 「チーム医療推進のための看護業務検討WG」 提出資料より

大分県立看護科学大学看護学研究科

老年領域の特定看護師（仮称）養成

老年領域の特定看護師の到達目標

例) 高血圧症、糖尿病、COPDなどの慢性疾患／発熱、咳、下痢などの症状を持つ患者に対して、包括的健康アセスメント（初期診察や一般的な検査）医療的処置マネジメント（医療処置、必要な場合には薬剤の選択、使用）

⇒プライマリケアを提供できる看護職

⇒医師の過剰労働の解消・労働環境の改善／看護師のキャリアアップ

* 2 医療法第1条の2

第1条の2 医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。

* 3 「チーム医療推進のための看護業務検討WG」提出資料より

特定看護師養成調査試行事業課程の説明の中で、日看協は、「チーム医療の推進に関する検討会報告書で提言された特定看護師という新たな枠組みは、チーム医療を促進し、必要な医療を、必要なタイミングで提供することが出来る」としている。

- ⇒現時点での特定看護師の養成には明確に反対する。看護教育の見直しの中で全体の底上げを図り、現場の医師が多く、看護師に包括的指示を出せるようにすることこそ重要と考える。
- ⇨大学病院や都市部の大型病院ではトレーニングに出せるが、中小病院特に地方の施設では優秀な看護師を長期に出張させることは、物理的に無理である。
- ⇨地方における看護師不足対策をしないまま進められる取り組みは、都市部と地方の格差を拡大するものであり、地方の医療崩壊を知らない、あるいは無視する職能団体、看護大学あるいは大学病院等のエゴといってもよい。(別紙1)
- ⇒チーム医療推進のためには、現在ほとんどの施設で行われているチーム医療における課題を取り上げ、看護師以外の職種に対するキャリアアップも図り、質の高いものとするのが重要と考える。
- 病態毎、病期毎に最適なチームの構成を考える必要があり、その場合、在宅医療などでチームの中心が医師でないことも想定される。

II. 運用上の問題点

「包括的指示」に基づく医行為を、医師以外の医療職に許すことは、極めて慎重であるべきである。「包括的指示」といえども、限定的な内容と限定的な状況に限る必要がある。

⇨包括指示の結果は、指示した医師に責任があるからである。

—処方、処置などは、適切な診断とそれに基づいた治療方針によらなければならないが、疾患の経過は、個人個人異なり、また変化するため、患者の全身状態や症状の重篤度など総合判断のもとに行われているものである。たとえば、看護師にある行為が指示されたとしても、これは看護師であれば一律に当該行為を行うことが可能であることを意味するものではない。看護業務実態調査の中で、現状でも種々の医師の業務とされる行為が行われていたことが判明したが、それぞれの施設で担当の医師が指示した看護師の技量を判断して認めているはずである。

医師以外の医療職の業務は、今後も医師の指示あるいは監督のもとに、限定的とする必要がある。

「包括的指示」に関して確立された要件がないこと、「一定の医行為（*4）の範囲」についても示されていないことを問題視する意見があるが、医療の内容は時間と共に変わるので、医療とは何か、医行為とは何かを、具体的に明記

することは適切ではない。むしろ現在、医療のみならず介護との連携の中で、チームとして何が行われているのかの検証と、より効果的効率的なチーム医療の推進には業務範囲をどう見直すべきかという議論こそが重要であろう。

- * 4 医行為は「医師の医学的判断および技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、または危害を及ぼすおそれのある行為」とされる

「医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について」（平成 17 年 7 月 26 日 厚労省医政局長通知）

患者を医療チームの一員と捉える議論があるが、患者は医療の対象であり業務を遂行するのは一義的には医療従事者であること、問題が生じた場合、患者の参加により責任の所在が不明確になる可能性があることなどから、患者の協力を求めることを否定はしないが、患者の協力を前提とすることは危惧する。患者の協力が得られないことは、良質の医療提供を行うことができない理由にはならないからである。報告書の「…各々の専門性を前提に…」という文言との整合性も問われるであろう。

Ⅲ. 法律上の問題点（各職種の業務範囲等）

医師法、その他の、職能ごとの身分法を順守すべきである。

特定看護師の議論も、包括的指示の中で限定的にすれば、現法で可能である。

例) 救命救急士 除細動の実施

看護師 静脈注射 薬剤の投与量の調節

⇔特別な免許を付与したときには、これまで医師が任せられると判断し看護師に指示していた行為が不可能となり、先にも述べたように、特定看護師のいない、あるいは養成が物理的に難しい中小病院や地方の施設では、かえって医師の業務負担が増えることが予測される。

—どうしても権利を主張するのなら自ら責任をとる制度にすべきである。

Ⅳ. 保険診療上の問題点（コストに見合わない等）

多職種、多部署で連携して実施している医療行為の原価の保証が必要である。

—栄養サポートチーム、呼吸サポートチーム、糖尿病チーム、創傷ケアチーム、化学療法チーム、緩和ケアチーム、連携パスチーム、在宅医療チーム等

V. 全日病におけるチーム医療に関連する議論と病期別医療チームのモデル

1. 全日病の取り組み

- ① 具体的に進めるため業務の見直しに関する予備調査を実施。
抽出した 76 業務について、現在の職種と将来担うべき職種を調査
(一般・ケアミックス・療養別病床区分 事務部管理者・看護部管理者別)
2009 年 8 月

- ・ 諸書類作成に関する項目
- ・ 入退院に関連する諸業務
(入退院予約・調整、案内、指示・指示受け、診療録管理、地域連携、救急ホットライン対応等)
- ・ 治療行為に関する項目
(褥瘡・吸引処置、口腔ケア、膀胱カテーテル・胃管挿入、静脈採血・注射、輸血、点滴準備、内服配薬・チェック、混注業務、食事介助、おむつ交換、トイレ誘導、患者搬送、入浴・足浴、説明・指導等)
- ・ 間接サポート体制に関する項目
(死後処置、ベッドメイキング・リネン交換、機器点検、物品管理、検体搬送、整理整頓清掃・後片付け業務、ごみ処理等)

⇒依然看護師は、間接業務しかも補助業務以外の業務も担当していた。

将来的に行うべき業務に関しては、看護師の本来業務と思われるもの(吸引処置・口腔ケア、輸血・静脈採血・輸液管理、食事介助・経管栄養管理、死後処置等)についても他の職種への移行を希望する傾向が強かった(別紙2-6)

⇒看護師が望む本来業務の調査が必要

- ② 全日病学会2009年 病院のあり方委員会企画シンポジウム

「病院における各職種の業務範囲のあり方と役割分担」での議論

- ・ 業務分担の考え方と練馬総合病院の取り組み—急性期型病院として一病棟業務の分担化(別紙7)
治療チームの存在(別紙8)

⇒すでにチーム医療は行われており可能な限りの分担と連携は行われている。重要なことは、業務フローを見える化し質の向上を図ること(別紙9)である。

- ・チーム医療の実践による質の向上・効率化
 - 脳・神経疾患専門病院(ケアミックス型病院)としてー 美原記念病院病棟に病床規模に比して一定数以上のコメディカル スタッフ(薬剤師 リハビリ 栄養士 MSW)が専任で配置
- ⇒「チーム医療の実践が、個々の職種がその専門性に基づいた業務に特化することが可能となり医療の質と効率性の向上につながる」ことを、褥瘡対応、経口摂取、薬剤管理、リハビリテーション、未集金対策で実証(別紙10-14参照)
- ⇒診療報酬上で評価されるべきである。
- ・チーム医療と業務分掌 慢性期医療の立場から ー永生病院慢性期医療におけるチーム医療の取り組み(別紙15)
- ⇒慢性期でもチーム医療は常識的に実践されている。

2. 当院の医療チームと脳卒中を例にした病期別医療チーム

禎心会病院における医療チーム(別紙16)

(脳外科中心 医師 16 看護師 104 病棟薬剤師 6 リハビリ職 28 管理栄養士 2 等 病床稼動 100 在院日数 17 DPC 7:1)

脳卒中医療チーム(急性期・回復期・慢性期・在宅)(別紙17-20)

今や医師・看護師が中心ではなく、多種多様な職種の有機的連携がチーム医療を支えている。

VI. チーム医療推進方策検討WGの今後の進め方に関する提案

チーム医療の推進に関する検討会では、委員が限定されていたせいもあり看護師の業務拡大が主眼となっている。また、その後スタッフ間の連携・補完を一層進めるとして、看護師以外の職種に関する業務拡大の内容が医政局長通知(*5)として出されたが、前回の当WGでの各種職能団体を代表し医療現場で実践している方の要望内容とは合致しない部分もある

そこで、

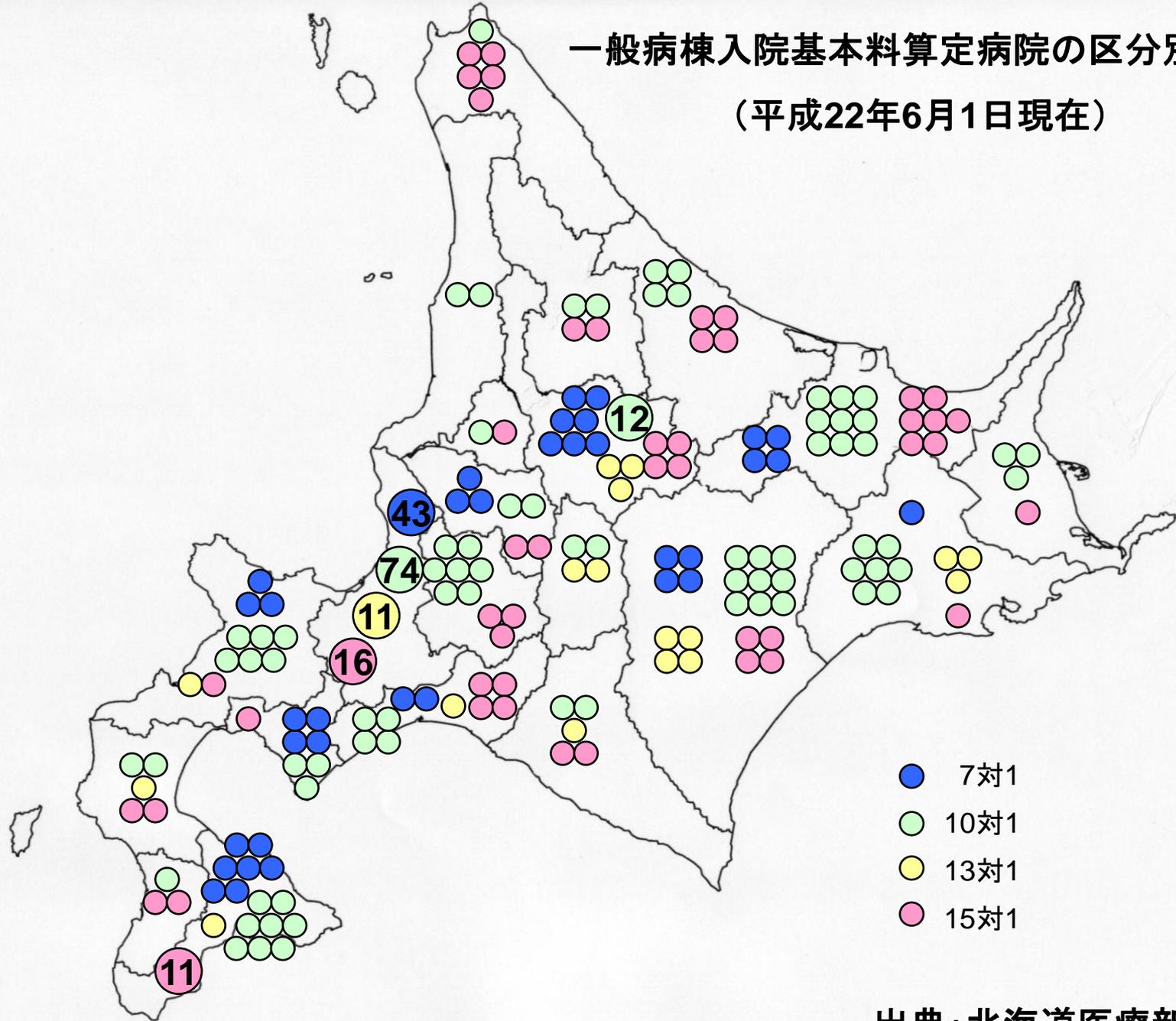
1. 各職種にわたる業務実態調査が時間的に無理とすれば、各種職能団体、各学会等から各職種の業務実態報告を受ける
2. 急性期から亜急性期・回復期・慢性期および在宅医療における各種医療チームとその活動に関する情報を広く収集検討し、それらのモデルを示す

3. 各チームの業務フローを「見える化」して検討し、質の高い効果的効率的活動の指針を示す

- * 5 「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進」（平成22年4月30日厚労省医政局長通知）
 - ・薬剤師：薬剤選択等に関する積極的な処方提案 薬物療法を受けている患者への薬学的管理の実施 薬物の血中濃度や副作用のモニタリングに基づく薬剤の変更提案
 - ・リハビリテーション関係職種：理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による喀痰等の吸引 作業療法士の業務範囲の明確化
 - ・管理栄養士：医師の包括的な指導の下、一般職に内容・形態の決定等 特別治療食の内容・形態の提案 経腸栄養剤の種類を選択・変更の提案
 - ・臨床工学士：喀痰等の吸引 動脈留置カテーテルからの採血
 - ・診療放射線技師：画像診断における読影の補助 放射線検査等に関する説明・相談
 - ・その他：その他の医療スタッフの積極的な活用 MSW や診療情報管理士等の積極的な活用 医療クラーク等の事務職員の積極的な活用

一般病棟入院基本料算定病院の区分別件数

(平成22年6月1日現在)

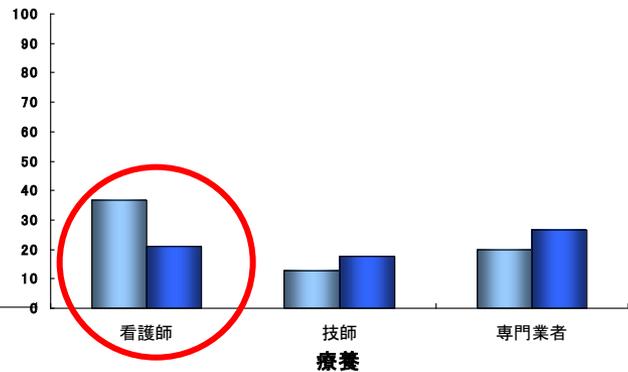
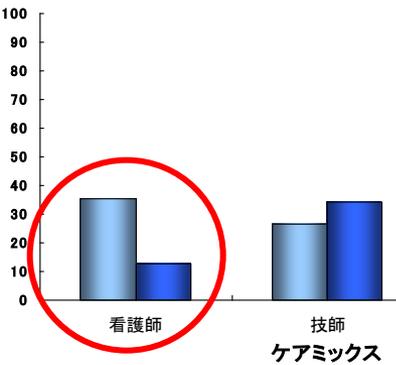
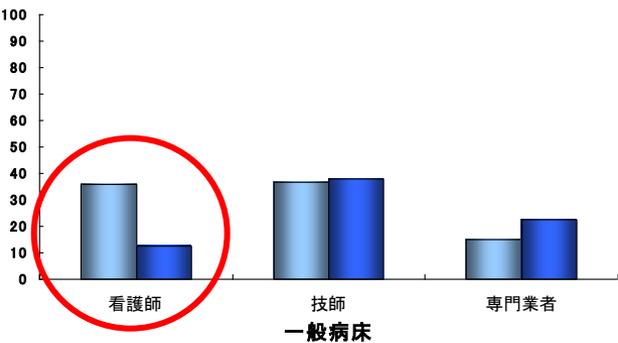


出典: 北海道医療新聞社

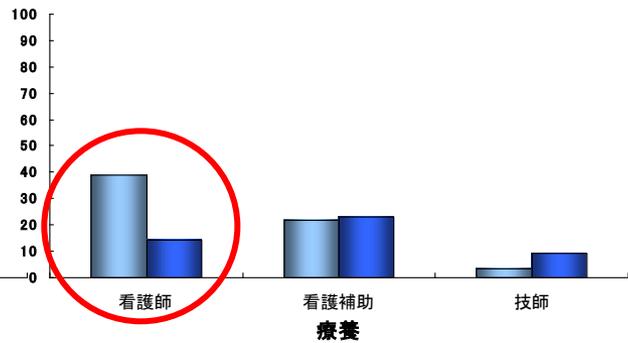
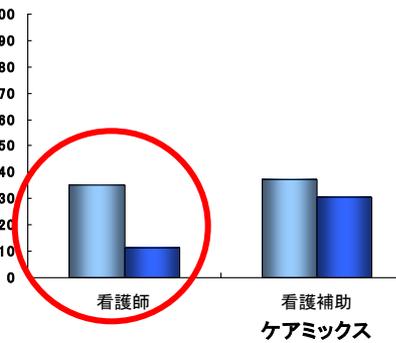
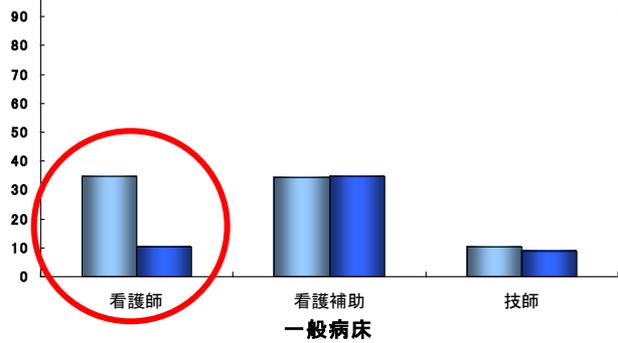
業務分担アンケート集計結果

看護師の広範な業務に関する結果 1

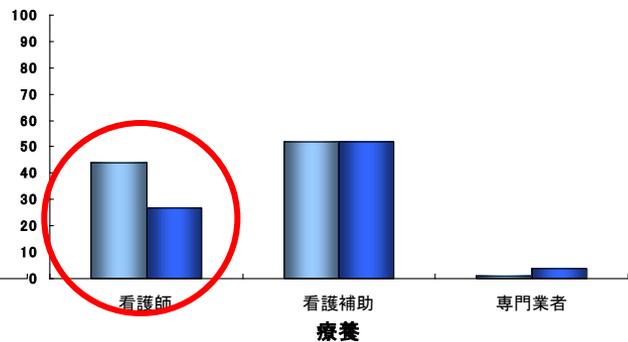
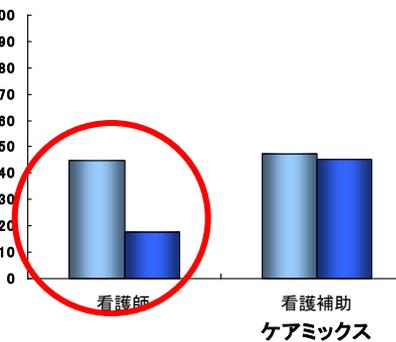
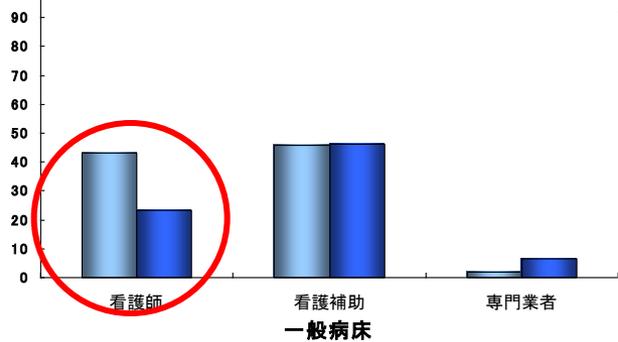
医療機器の点検・保守・管理



検体搬送



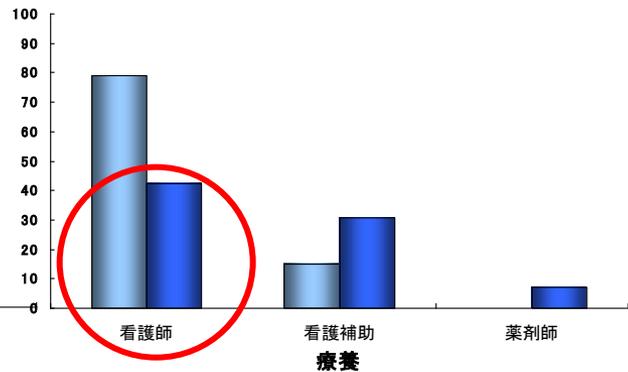
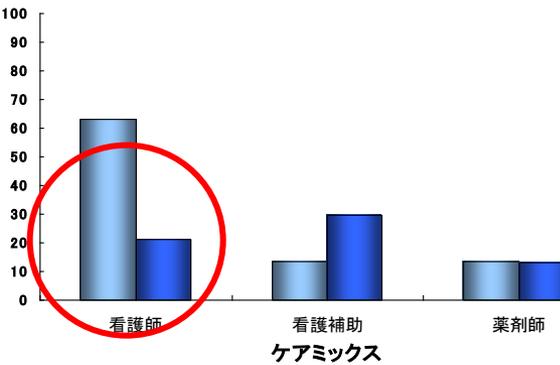
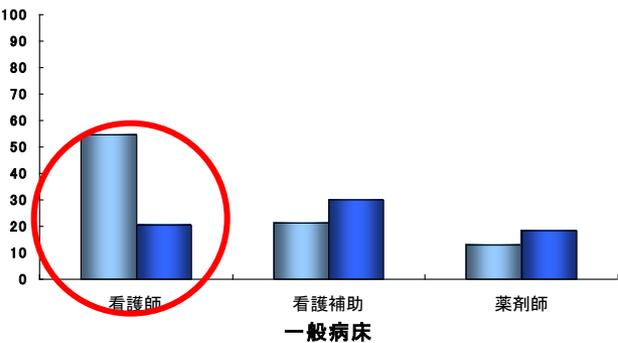
食事配膳・下膳



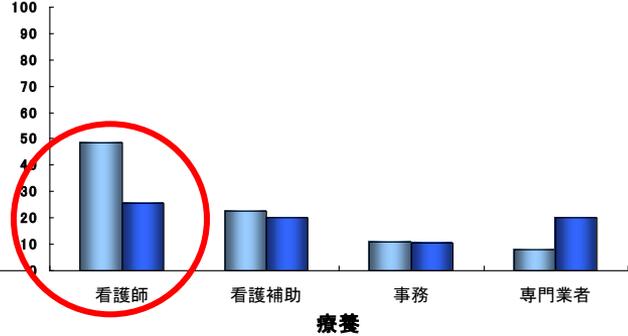
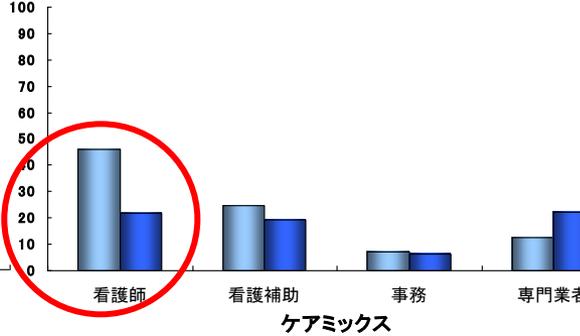
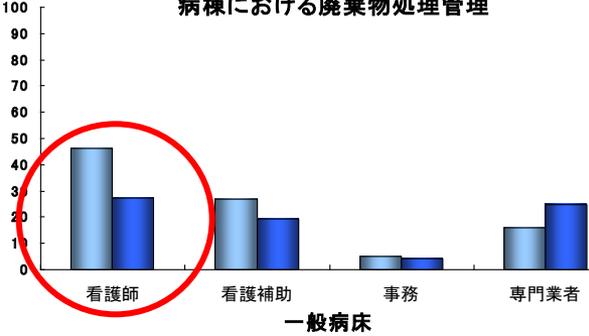
業務分担アンケート集計結果

看護師の広範な業務に関する結果 2

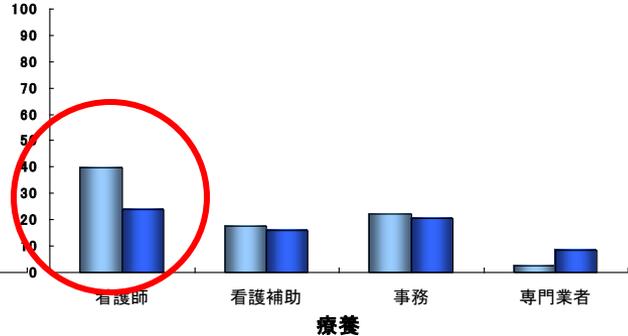
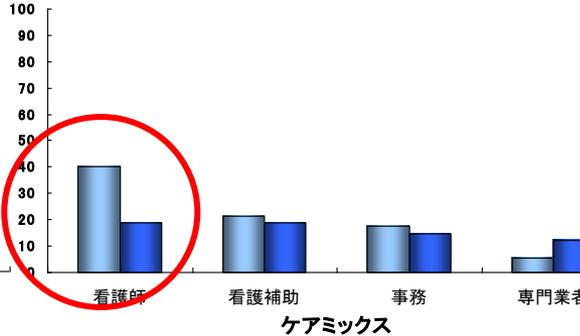
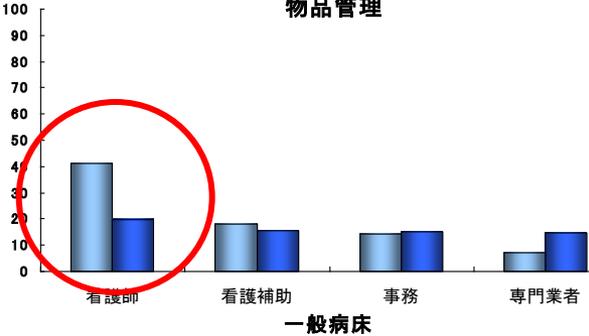
注射カート等の清掃



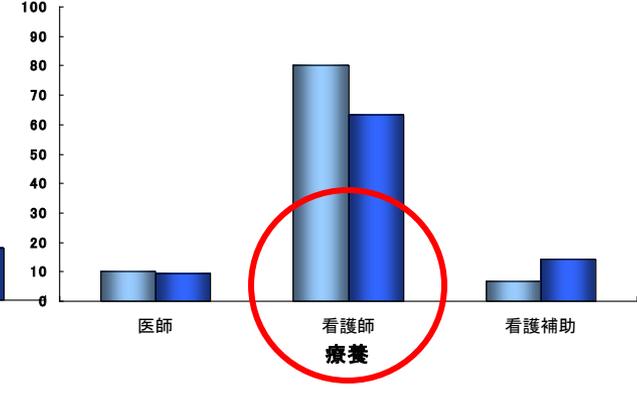
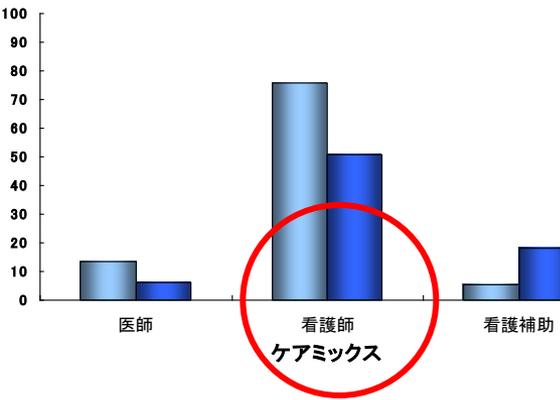
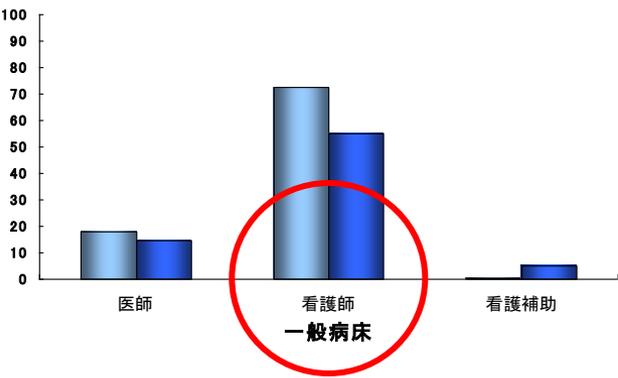
病棟における廃棄物処理管理



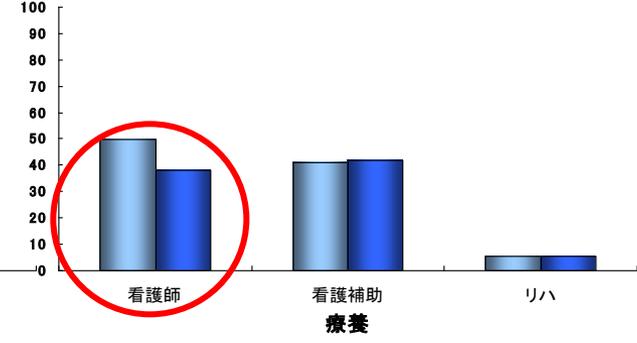
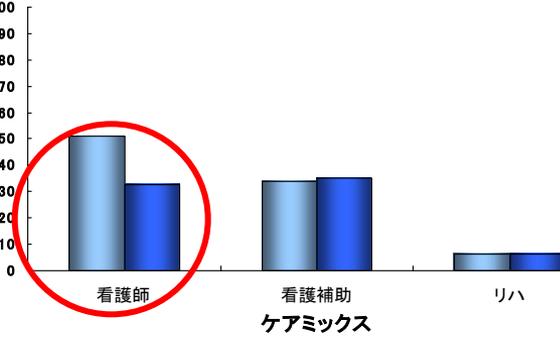
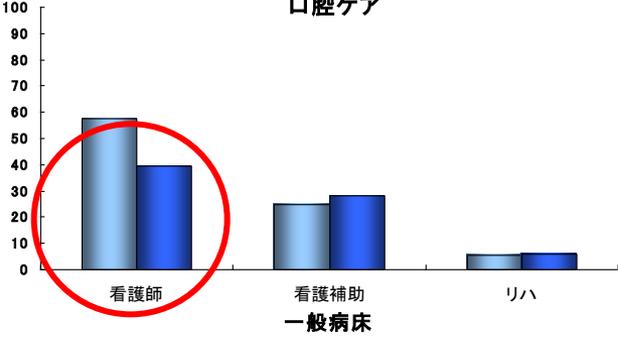
物品管理



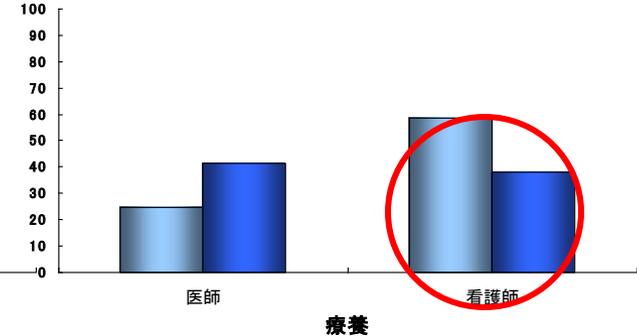
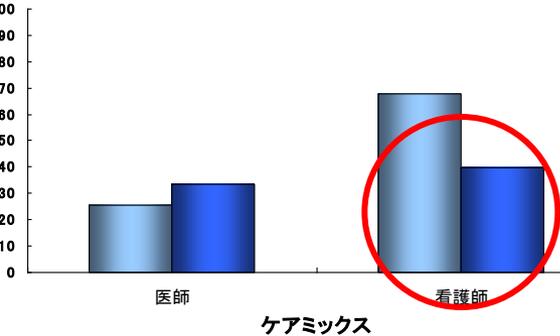
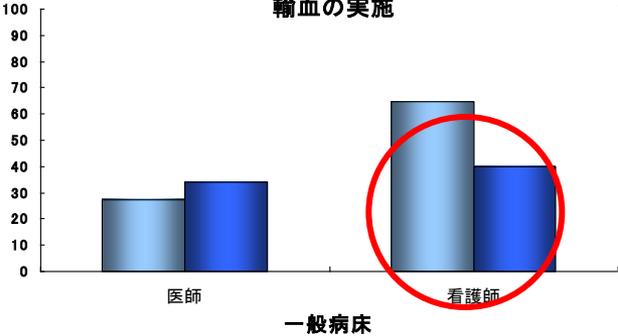
吸引処置



口腔ケア

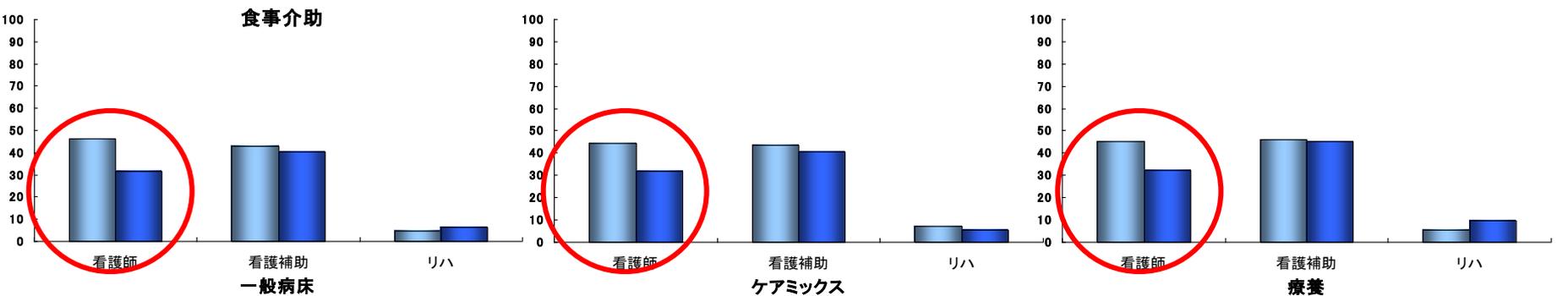
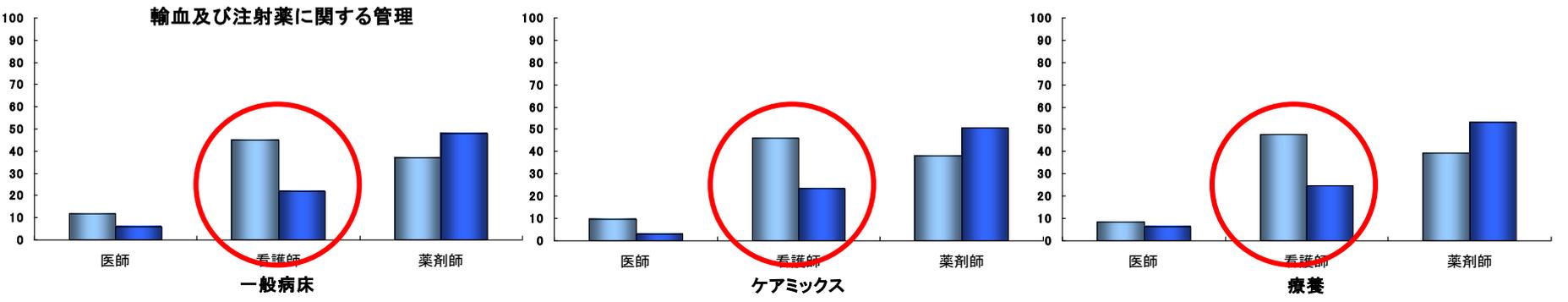
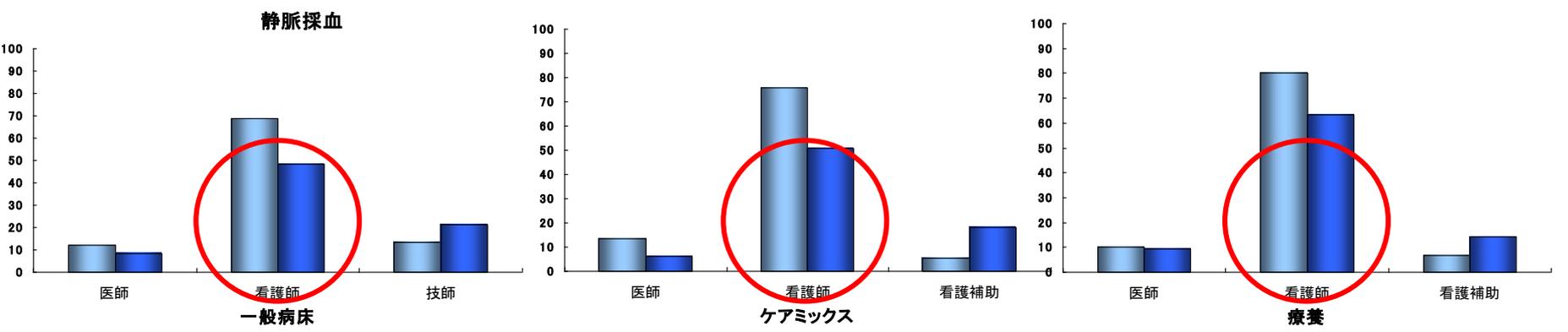


輸血の実施

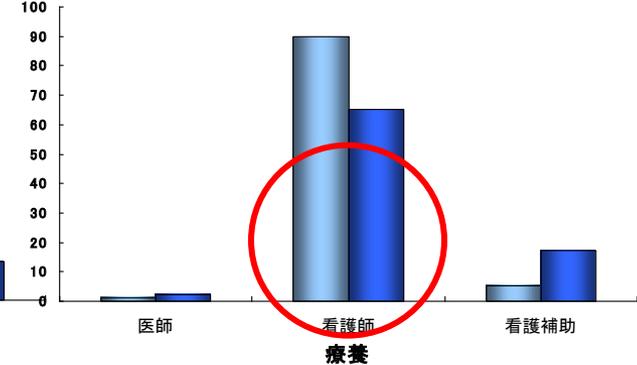
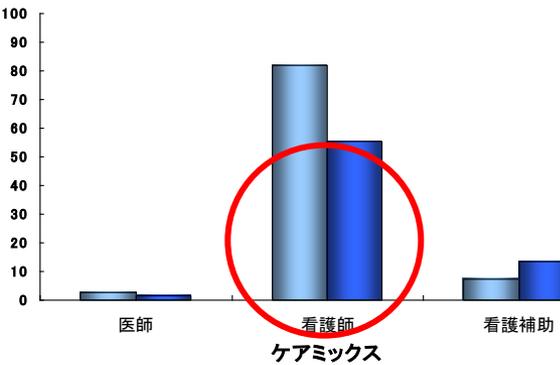
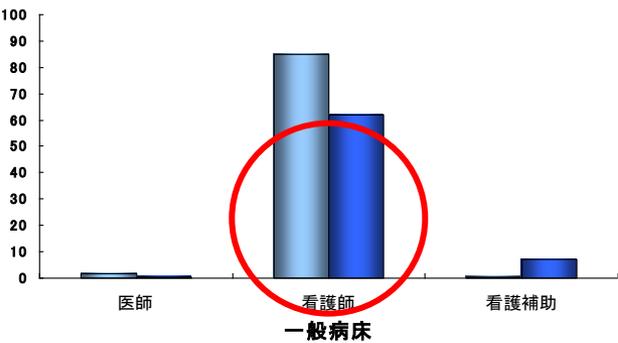


業務分担アンケート集計結果

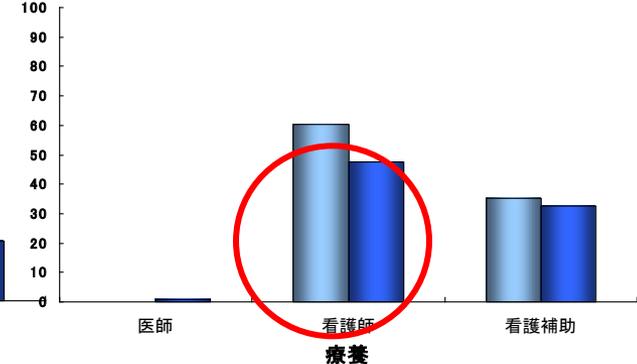
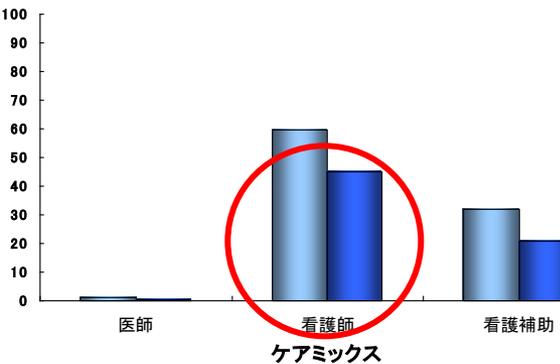
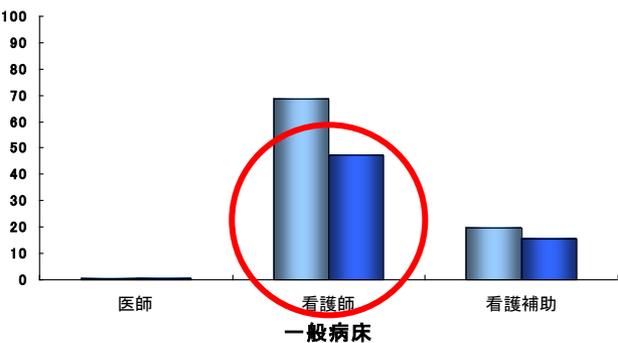
看護師が将来的に行うべき業務に関する結果 2



経管栄養の接続・滴下数設定



死後の処置



病棟業務

—業務分担—

- **検査技師** : 採血、採血管準備、DM療養指導、安全、感染対策、NST
- **薬剤師** : 服薬指導、抗がん剤調整、感染対策、安全
- **栄養士** : 摂食・嗜好調査、NST、DM療養指導
- **PT** : リハビリ、DM療養指導、呼吸療法チーム
- **事務** : クラーク業務、医師事務補助、医事業務、安全
- **MSW** : 退院調整、その他相談
- **ME** : ME機器管理、安全
- **施設課** : 施設・設備管理、環境整備、安全

治療チーム

糖尿病医療チーム

創傷ケアチーム

栄養支援チーム (NST)

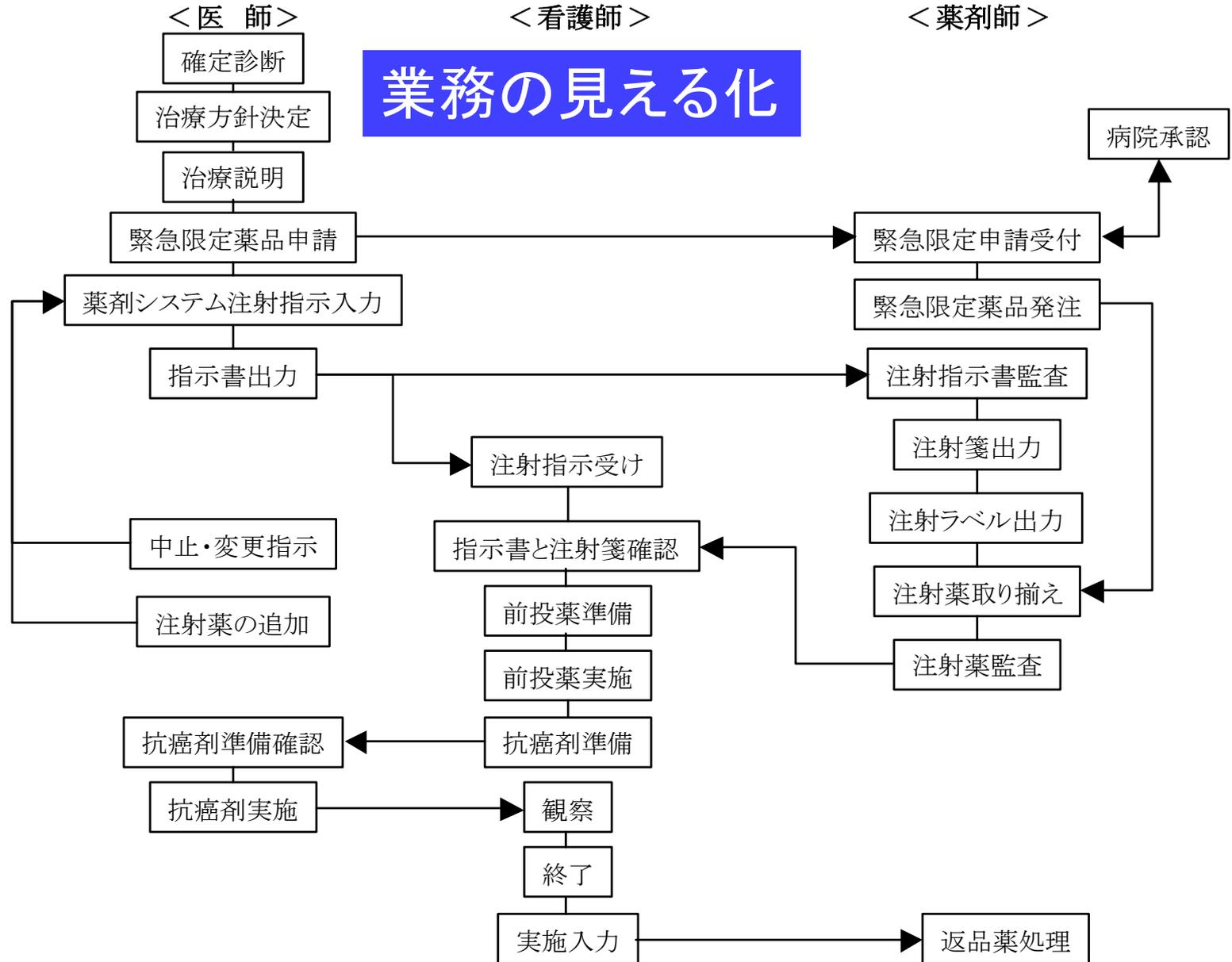
呼吸療法支援チーム (RST)

化学療法チーム

褥瘡チーム

感染管理チーム

抗がん剤の業務フロー



チーム医療の事例と効果1 褥瘡対応

入院

看護師

褥瘡発生リスクを随時評価

医師

看護師

薬剤師

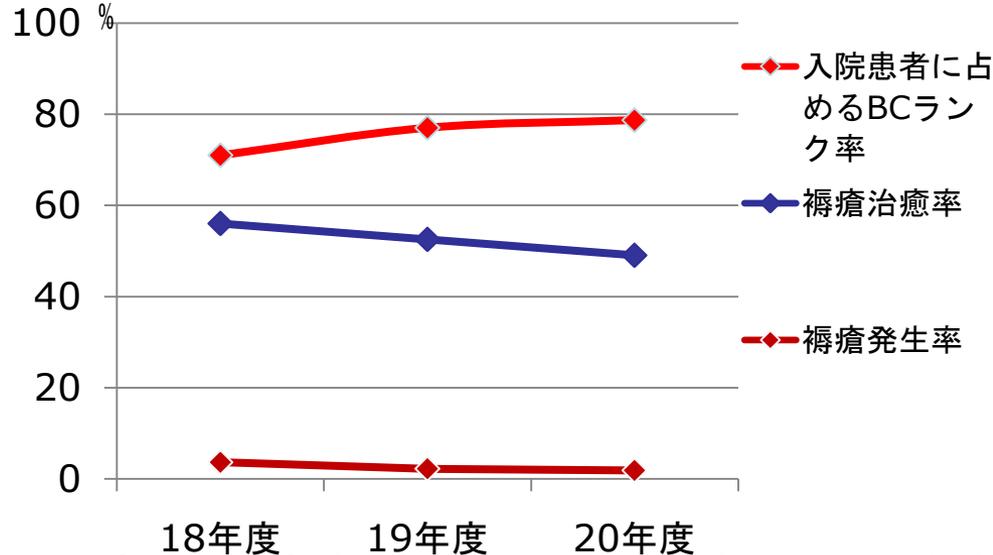
ベッドサイドにて薬剤の選択
および治療方針の決定

看護師

リハビリ

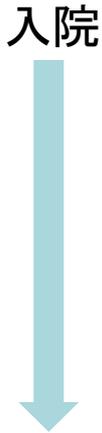
高リスク患者に対し積極的な体位変換の実施

褥瘡発生状況



高リスク患者が多い中で発生率は低く、治癒率は良好

チーム医療の事例と効果2 経口摂取



看護師

嚥下機能の評価

医師

看護師

栄養士

薬剤師

リハビリ

NSTチームにて対応方針の決定

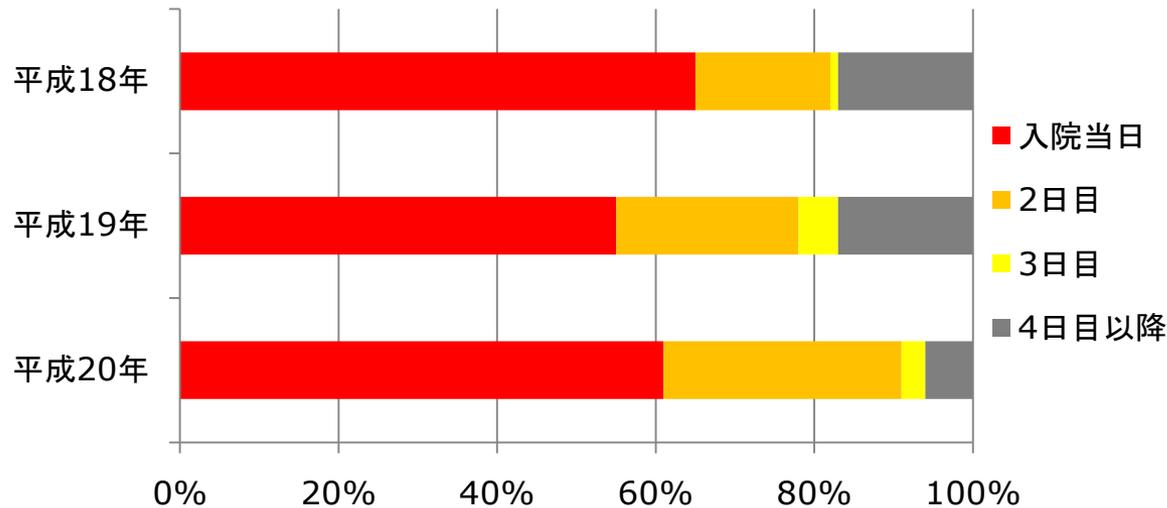
看護師

栄養士

リハビリ

食形態・投与時間の調整
嚥下訓練

経口摂取開始のタイミング



入院3日以内での開始割合は明らかに上昇

チーム医療の事例と効果3 薬剤管理

入院
↓

医師 薬剤師

薬剤師

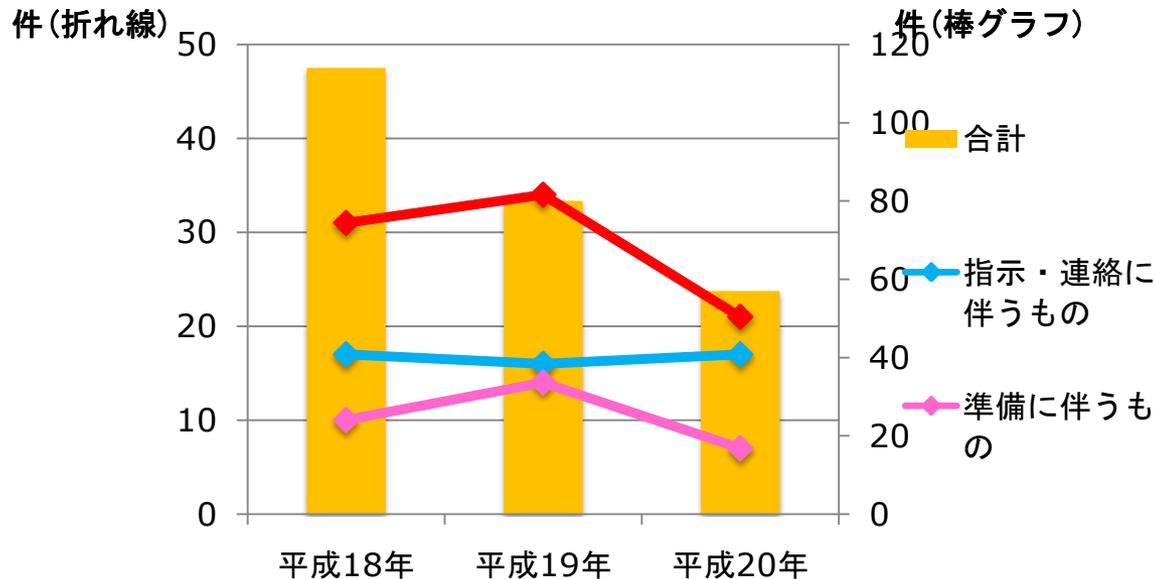
看護師 薬剤師 医師

薬物療法の検討

サテライトファーマシーでの混注
(適切な無菌操作と配合変化等の確認)

点滴投与時の注意事項の確認

薬剤に係わるインシデント報告件数



薬剤師の病棟配置 (サテライトファーマシー)により薬剤投与に係わるヒヤリハット事例が大きく減少

脳血管研究所美原記念病院

チーム医療の事例と効果4 リハビリテーション

入院

医師 リハビリ

適応の確認

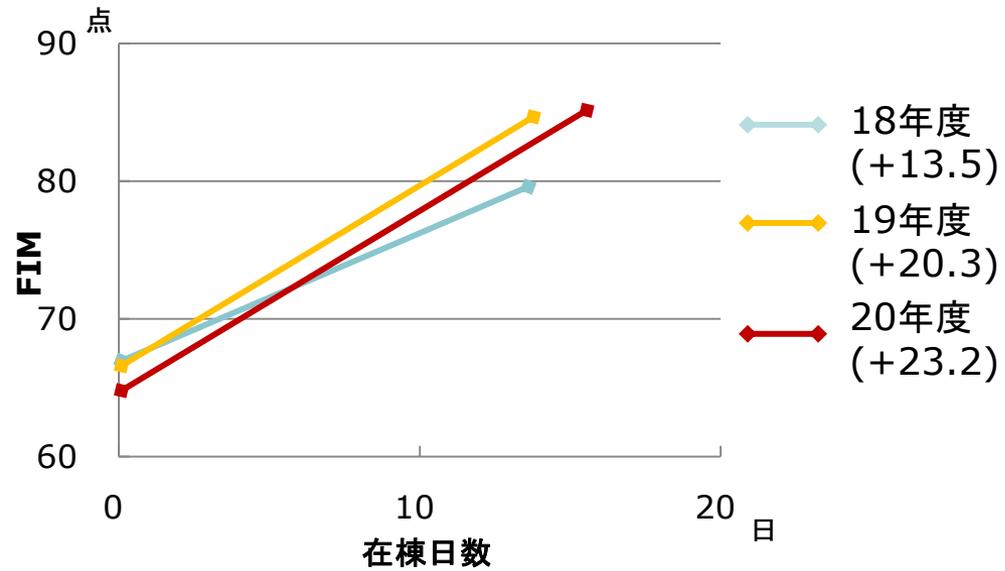
リハビリ 看護師

看護師の観察下にて超早期からのリハビリを実施

看護師 リハビリ

日常生活援助にリハビリ的看護ケアを導入

脳卒中患者のリハ効果と在院日数



FIMの改善度合いは年ごとに上昇
(凡例カッコ内は入退院時のスコア差)

チーム医療の事例と効果5 未収金対策

入院

MSW 看護師 医師

入院時よりMSWが介入(病状説明への同席等)し
問題症例・疑い症例の選別

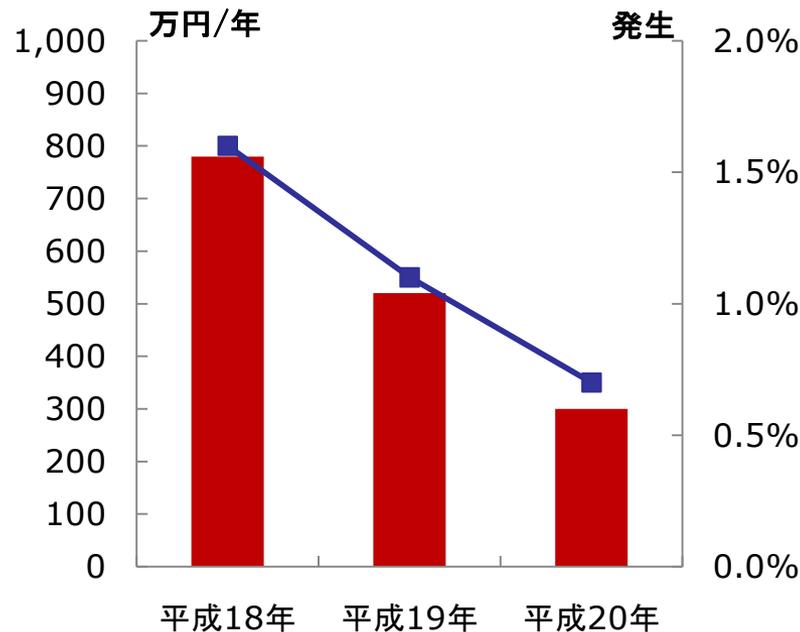
MSW 看護師

個別面談の実施 各種制度の説明

MSW 医事課

支払方法の確約 行政対応等

未収金発生状況



未収金額・発生率ともに著明に減少

慢性期医療における チーム医療の取り組み

院内：栄養サポートチーム、褥瘡対策
チーム、緩和ケアチーム

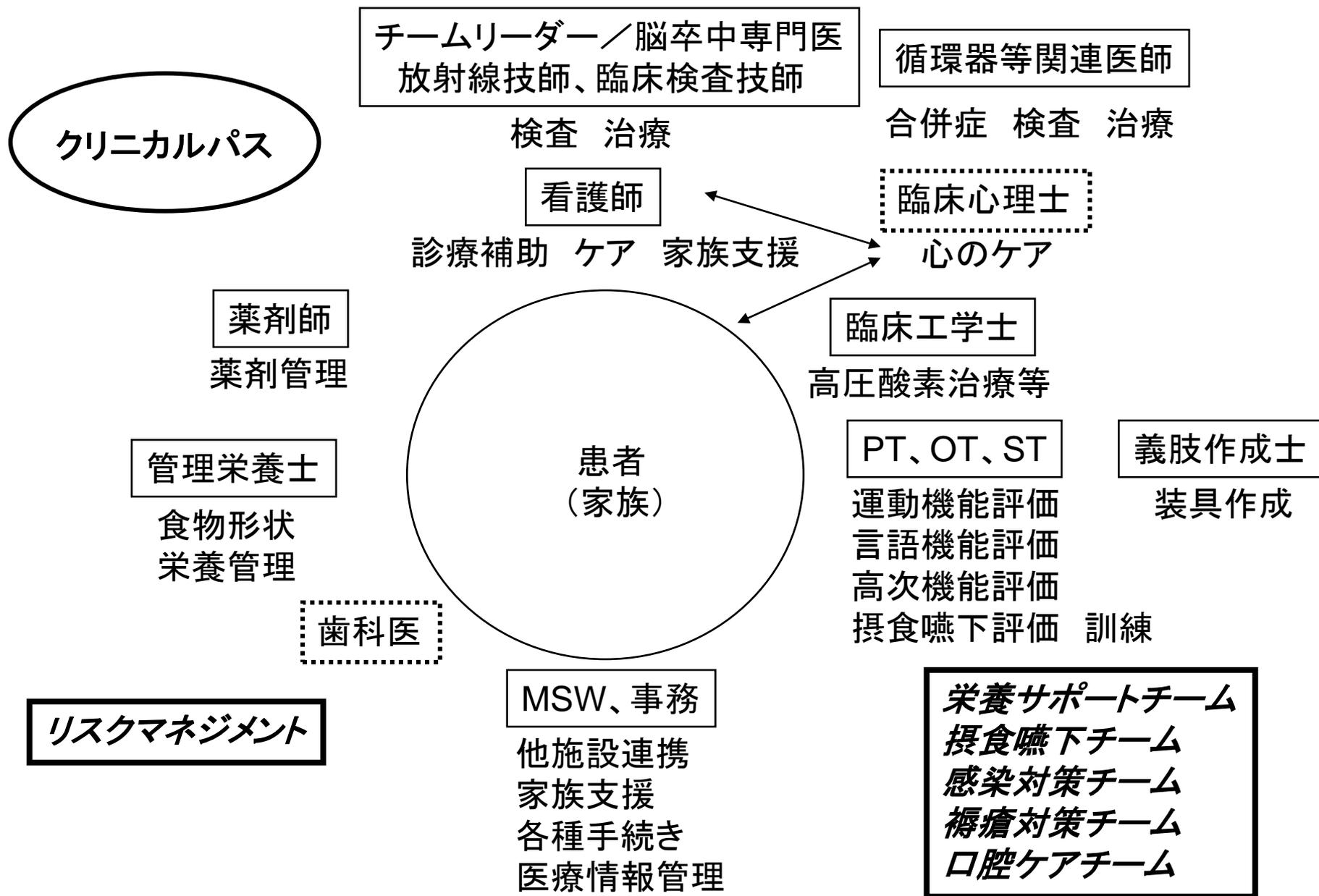
院外：在宅医療チーム（訪問診療、訪問
看護、訪問リハ、ホームヘルプ
サービス）

禎心会病院における医療チーム

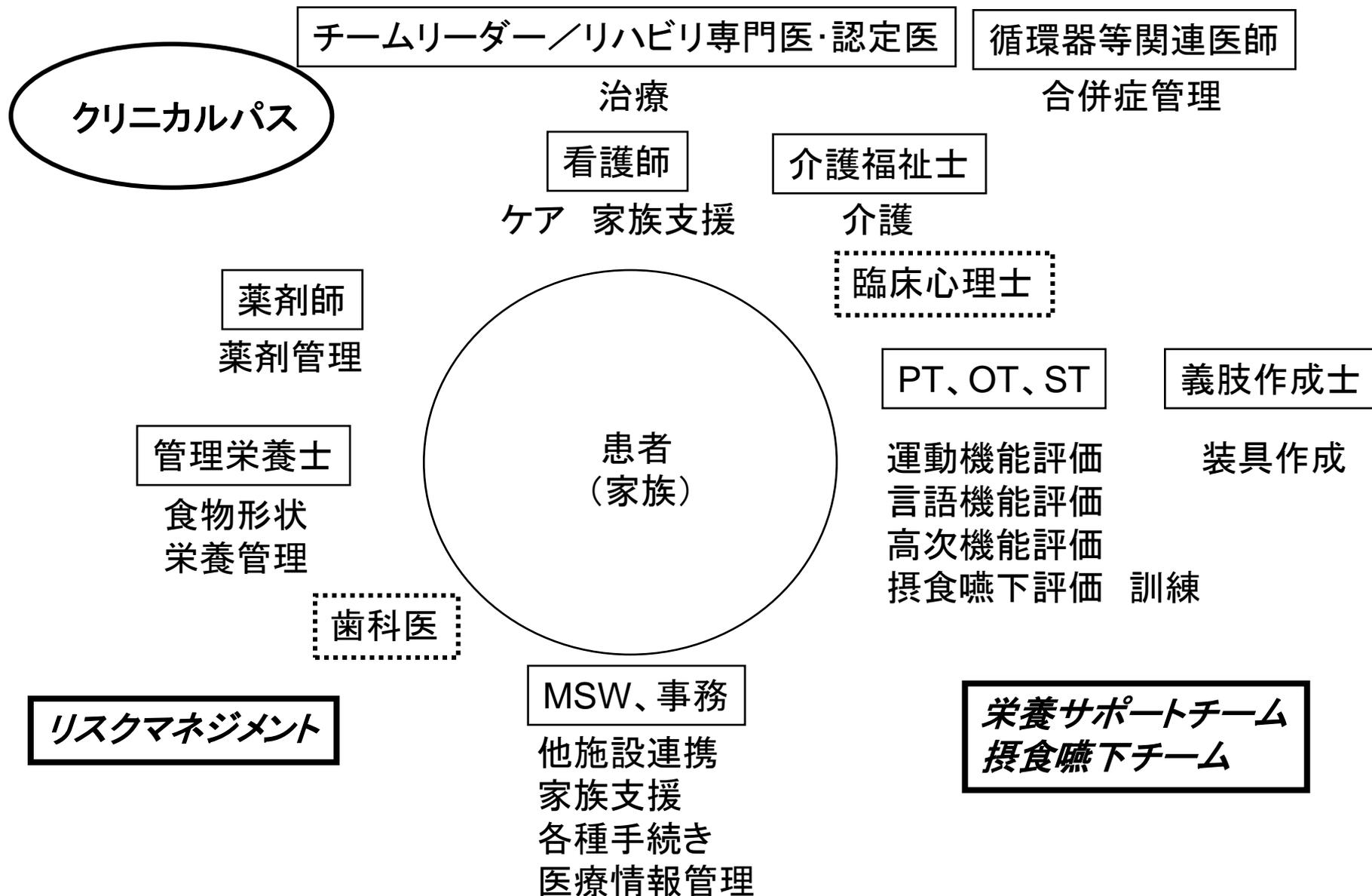
脳外科中心 医師16 看護師104 病棟薬剤師6
リハビリ職28 管理栄養士2 等
病床稼動100 在院日数17 DPC 7:1

- ・ 栄養サポートチーム（NST回診、カンファレンス）
医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、言語聴覚士、臨床検査技師
- ・ 感染管理チーム
 - 1) 感染管理チーム（主に抗菌薬適正使用に関する事項）
医師、薬剤師、看護師（感染管理認定看護師含む）
 - 2) 感染対策推進チーム
薬剤師、看護師（感染管理認定看護師含む）、臨床検査技師、リハビリ職員、臨床工学技師、栄養科、事務
- ・ 褥瘡対策チーム
医師、看護師（感染管理認定看護師含む）
- ・ ERAS（術後回復力強化）チーム 平成22年11月始動
医師、看護師、管理栄養士、診療情報課

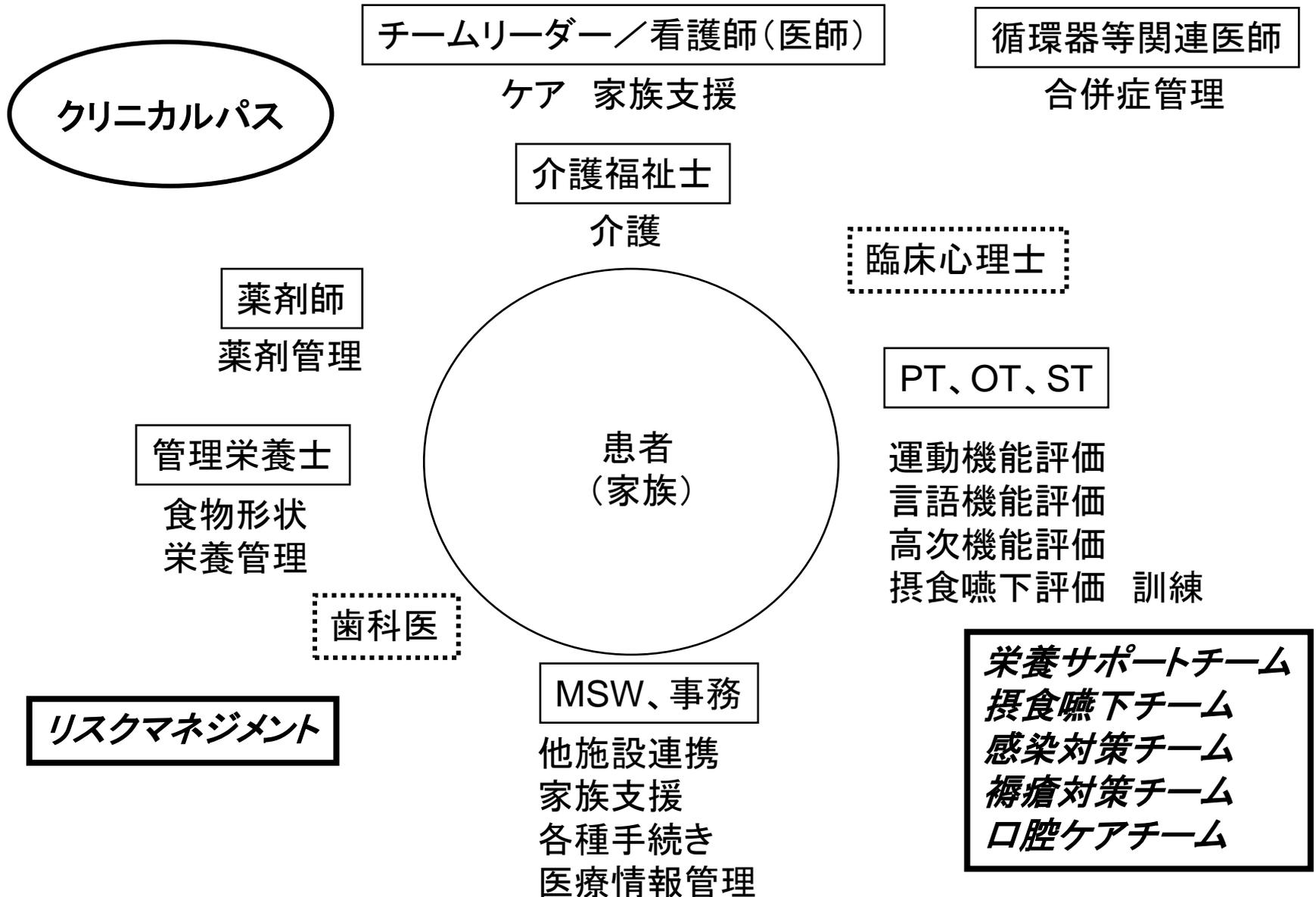
脳卒中急性期チーム医療



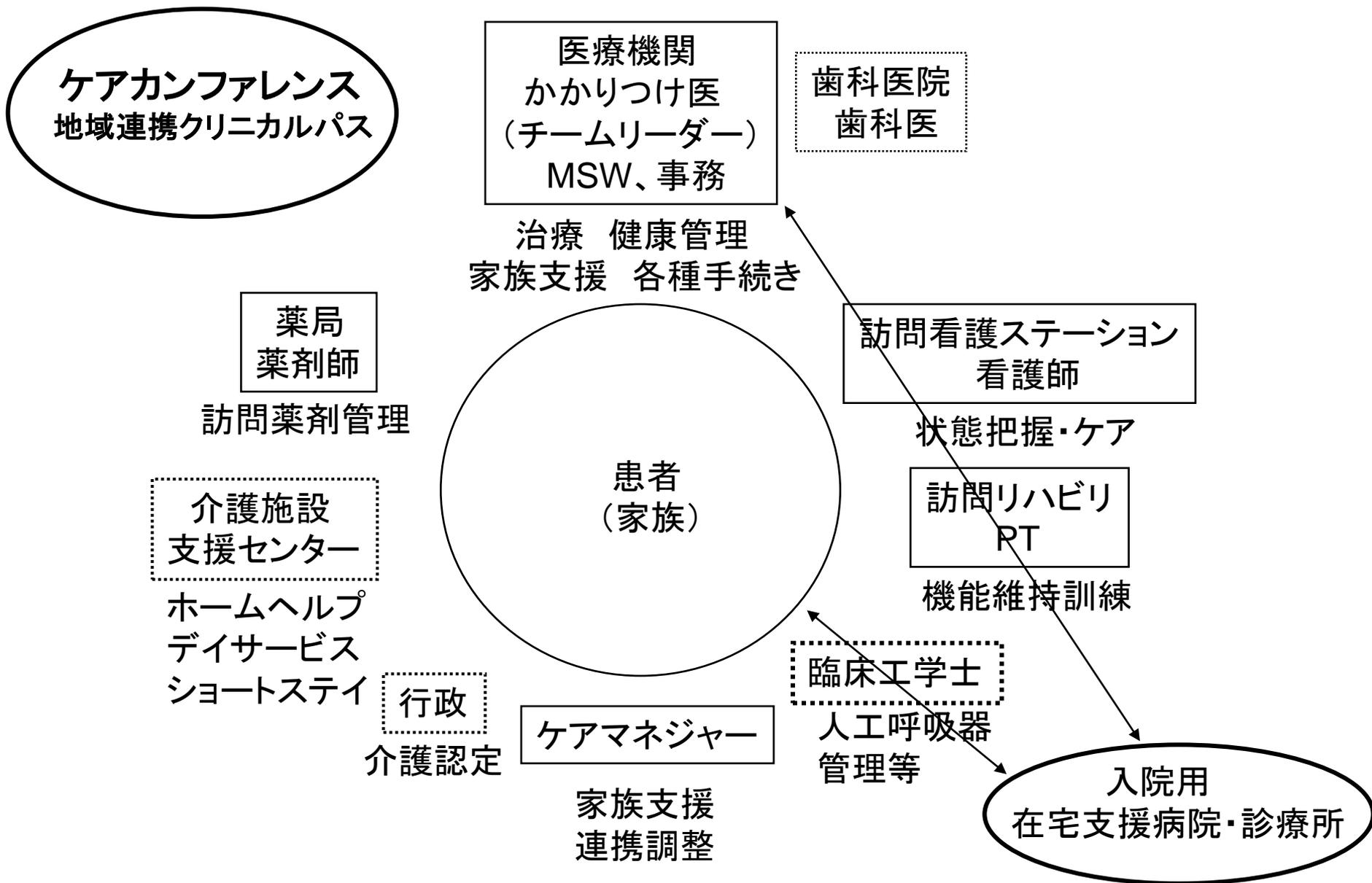
脳卒中回復期チーム医療



脳卒中慢性期チーム医療



在宅医療(地域医療)



在宅緩和ケアにおける チームケアの現状と課題

クリニック川越・院長 川越 厚

高品質のケアを効率よく提供するためには

チームの統合性 (Integration)

チームのスピード性 (Quickness)

チームの効率性 (Efficiency)

チームケア(TC)と関連した問題の背景

- 1.患者の居宅が医療の場となった
- 2.現行の医療法では在宅は想定外
- 3.医療と福祉との、濃厚な連携
- 4.急性期の患者を対象とした
在宅ケアの実施
- 5.一律に議論されてきた在宅医療
- 6.病院主導の在宅医療

在宅ホスピスケアに取り組んで - 質を担保しての量を拡大する試み -

'73 '81 '85 '86 '89 '94 '00(52) '10(63)



← がん治療専門医 →

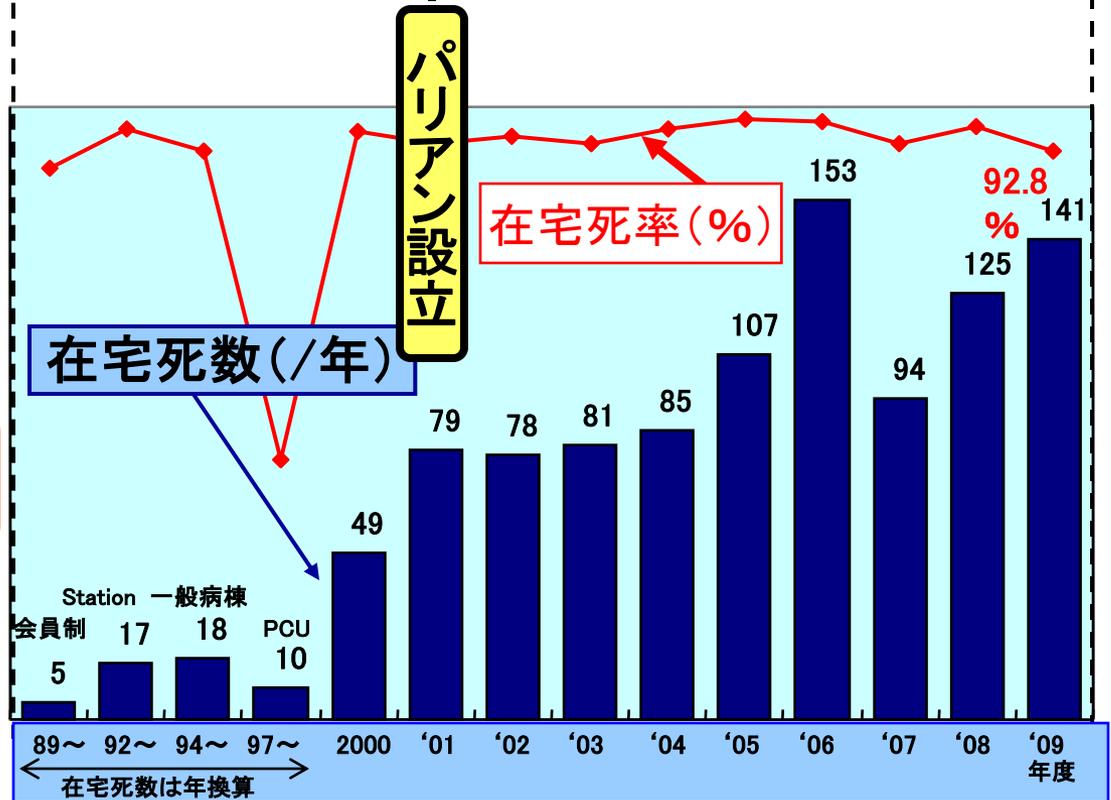
ホスピス医 →

← 質の確認 →

← 量の追求 →

パリアン(L)とは？
同一法人内の一体化した専門家チーム

- クリニック
医師*
- 訪問看護
看護師*
PT*
- ボランティア*
- こころの
ケア担当*
- 教育研修
部門
- 研究部門
- 倫理委員会

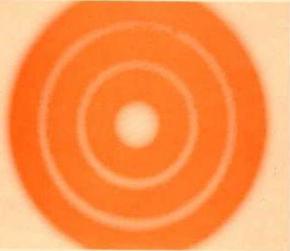


* : 直接ケアに関わるメンバー

哲学・実施方法を共有する

在宅ホスピスケア
を始める人のために

編集
川越 厚



医学書院

在宅ホスピス緩和ケア

演習形式で学ぶケアの指針

川越 厚

グループ・ピアサポート・ホームケアクリニック編纂



医師／看護師／患者・家族
ケアにかかわるすべての人が読める本、使える本

質の高いケアを
より多くの方へ
医師・看護師の
一体化したチームで
ケアを提供する

高水準の医療の、
迅速かつ確実な提供



信頼される
24時間ケア体制

末期がん患者に対する
医療行為に関する指示書

訪問看護パリアンへの
事前約束指示

クリニック川越院長
川越 厚

(2007年7月20日作成)

患者・家族

看護師

看護師

医師

Real timeの情報共有

共有情報

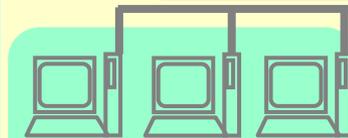
K-DB(相談外来DB/サマリー)

電子カルテ

看護記録



共有
サーバ機



ケアクリニック川越



訪問看護・パリアン

緊密な
チーム連携



チームの統合性
(Integration)
哲学、実際のやり方を
共有する

統合性が特に要求される
医師と看護師のチームワーク

在宅緩和ケアにおける、看護師の裁量権拡大の試み 現行法下、運用面の工夫で対応(川越班研究)

1) 裁量権拡大のための、基本条件:

在宅医療機関と連携する訪問看護機関
共有する哲学と実施方法、緊密な連携が前提

望ましい連携の形:

医療機関と、チームとして一体化していること

2) 法律的な制約(医師法17、20条、保助看法第37条)の

クリア: 医師の指示体系(=約束指示)を工夫。

(事前約束指示) = (標準約束指示) + (個別約束指示)

3) 緊急性を要し、かつ頻度が高い医行為として、 疼痛緩和と死亡診断の標準約束指示を設ける

「疼痛緩和に関する標準約束指示」の原則

- 1 各医療機関ごとに作成
- 2 必須内容(下記)
- 3 連携する訪問看護機関に文書で明示

必須内容

1. がん疼痛緩和の原則
2. 標準約束指示の実際
 - 1) 疼痛アセスメント
 - 2) 投与時の観察事項
 - 3) 疼痛緩和の基本的な方法
 - 4) 応用的緩和の方法
 - 5) 鎮痛剤の頓用 突出痛の緩和
 - 6) 鎮痛補助薬の使用
 - 7) 副作用対策
 - 8) 過投与の是正
3. 看護師の臨床能力評価基準
4. 看護師の臨床能力評価に基づいた裁量の範囲

看護師の臨床能力評価と 許可された医行為(パリアンの場合)

L1: 受け持ち患者の在宅死数が10例。半年未満の勤務経験相当

L2: 受け持ち患者の在宅死数が10～19例。半年～1年の勤務経験相当

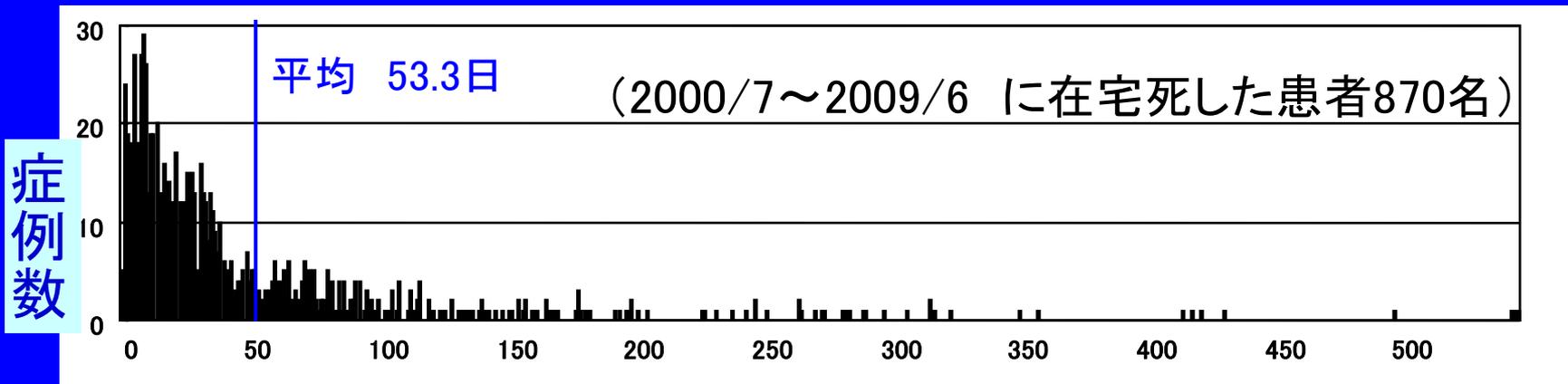
L3: 受け持ち患者の在宅死数が、20例以上。1年以上の勤務経験相当

指示項目	L1	L2	L3	注意
痛みの初期アセスメント	×	×	○	
それ以外の痛みのアセスメント	○	○	○	
WHO第一段階の開始	×	×	○	使用薬剤はナイキサン
WHO第一段階での増量	×	○	○	同上
WHO第二段階の開始	×	×	×	使用薬剤はオキシコンチン
WHO第二段階での増量	×	○	○	同上 WHO第三段階へ連続する
モルヒネ徐放剤から座薬への変更	×	○	○	オキシコンチンからモルヒネ座薬への変更も同じ
モルヒネ徐放剤からモルヒネCSIへの変更	×	△	△	△:看護師があらかじめ必要量を計算し、医師へ示すこと。医師が確認
モルヒネ硬膜外持続投与からモルヒネCSIへの変更	×	×	△	△:看護師があらかじめ必要量を計算し、医師へ示すこと。医師が確認

チームの対応の
スピード性
(Quickness)
Time Lagの問題

病院と在宅のTeam Work
福祉と医療のTeam Work
在宅でのTeam Work

何故、チームに迅速性が要求されるか？ それは、在宅ケア期間が短いから



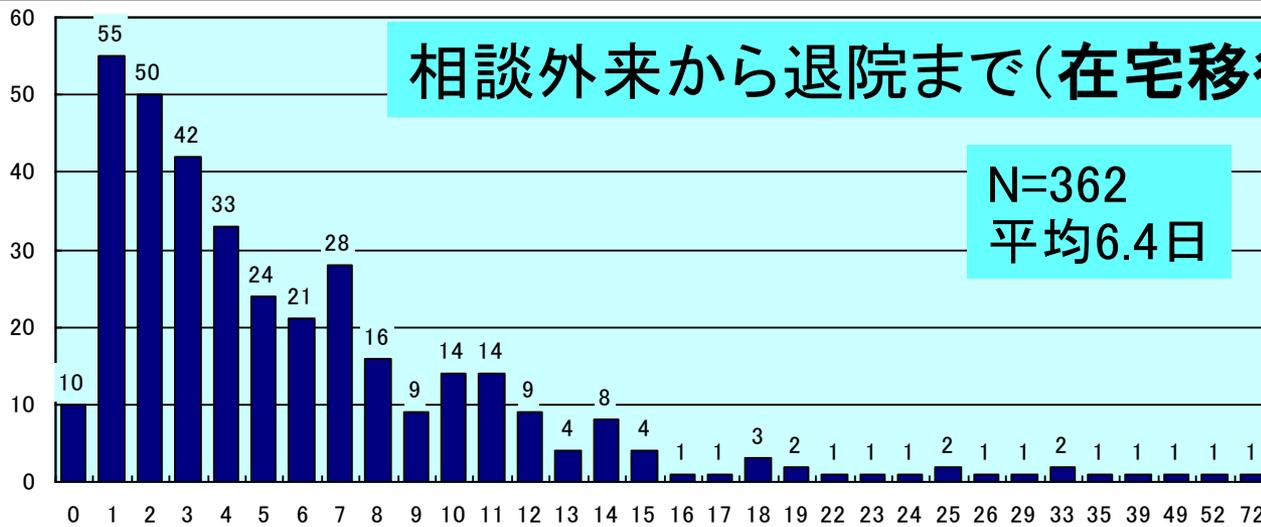
臨床的特色：

- 1) 短い経過 (4人に一人は開始後1W以内に死亡)
- 2) 一本道の症状悪化
- 3) 転帰は例外なく死亡

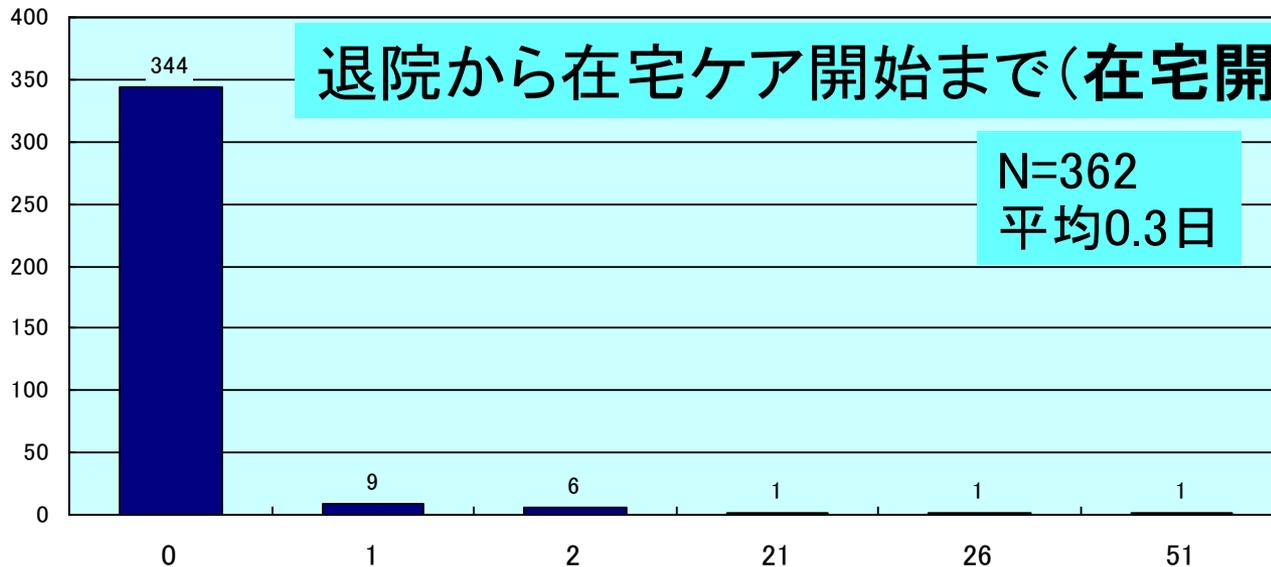
相談外来から開始までの日数

2003/7~2010/6 相談時入院患者

患者数(名)



患者数(名)



在宅移行Lag（病院と在宅のTW）

- 1) 不完全な在宅支援で行われる“試験外泊”
→患者の不安を増強、病院依存を強める#
- 2) 在宅の事情を知らない病院サイドの主導で行われる在宅準備、家族指導
→時間のLoss、在宅不可能という誤結論\$
- 3) 在宅チームを交えた、退院前カンファ
→時間調整に時間がかかる*
- 4) 適切な医療機関の探索\$

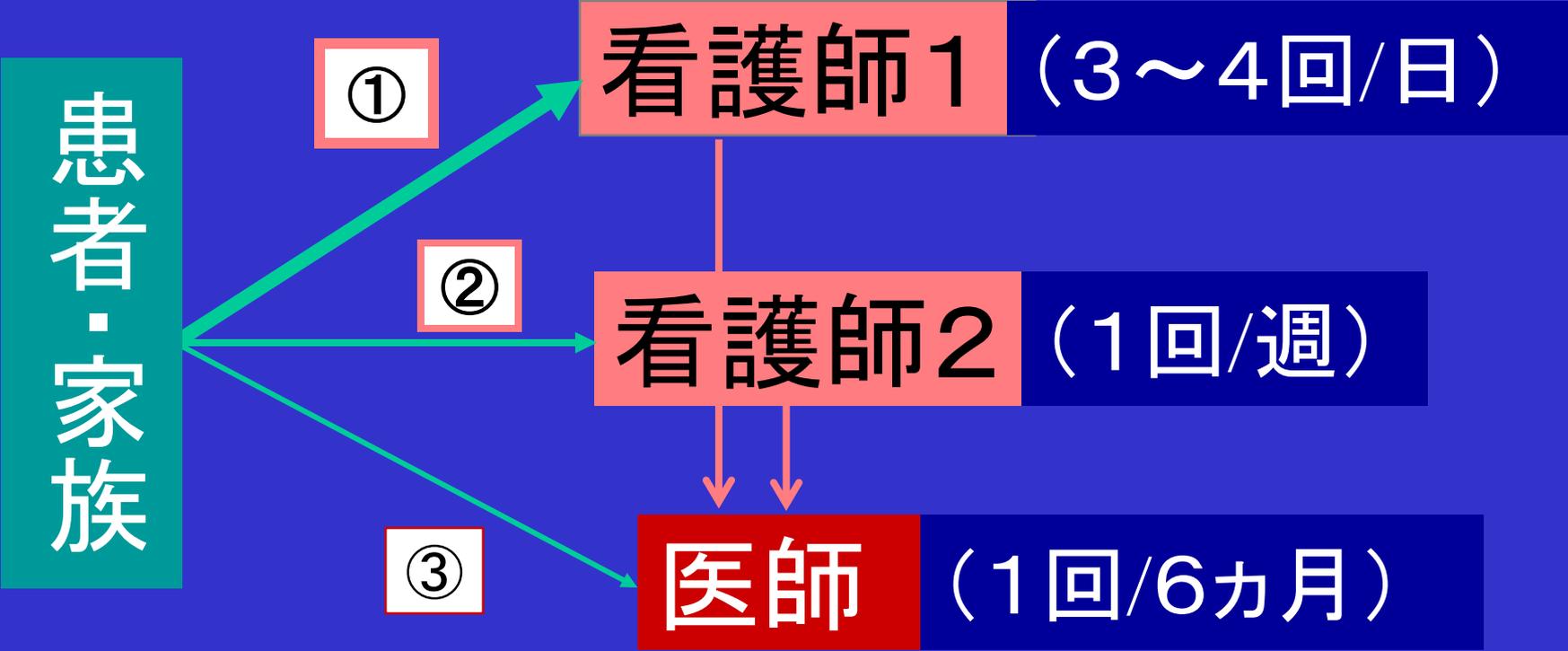
* : 要制度見直し、# : 要診療報酬検討、\$: 運用その他の対応

在宅ケア開始Lag（福祉と医療の連携）

- 1) 福祉関係の問題（介護認定、福祉用具の貸し出しに時間がかかる）
→再度（'10/4/30、同10/25）の老健局老人保健課通達で、すでにかかなり改善\$
- 2) 福祉から在宅医療機関へ紹介の場合、その時期がしばしば遅い（ケアマネLag）
→病院と診療所の上に地域包括、ケアマネが介在するのは、がんに限っては適切でない*、\$

*：要制度見直し、#：要診療報酬検討、\$：運用その他の対応

24時間ケア 医療者への緊急連絡



在宅対応Lag（在宅での連携）

- 1) 法律の規制に起因するTime lag*or \$
 - ①医師の診察Lag、②医師の指示Lag
- 2) ドクター(ナース)Lag *or \$
- 3) 必要な物品などの手配
 - ①薬の手配# ②ヘルパー手配\$
- 4) 入院Lag(一般病棟、PCU) \$

*: 要制度見直し、#: 要診療報酬検討、\$: 運用その他の対応

チームの効率性 (Efficiency)

1. 関わる専門職の働き、関わる時点
専門職の種類によって当然異なる
2. 一体化した効率性の高いチーム
必要なサービスを満たす、
無駄のないチーム構築とは？

肺がん(87,M)独居(タイプ1a)

当院が関わった期間、316日(在医総算定期間40日)

オピオイド使用量 (経口モルヒネ換

算)
6000
(mg)

医師

外来診療 1回/週

訪問診療 1回/週

訪問看護

1回/週

3回/週・緊急時

4000

家族

電話 1回/週 ・ 訪問 1回/月

隔日で泊まる

泊り込み

2000

配食サービス

月～土 夕食のみ

ヘルパー(1~2/W)

ヤクルト配達人

月・水・金 声かけ

ボランティア
(1/W)

2

4

6

8

10

12

相談外来

訪問看護開始

(ヶ月)

在宅死

在宅ホスピス緩和ケア チームメンバー(パリアンの場合)

	03/7~10/6	08/7~09/6	09/7~10/6
職種	在宅死数・率(%)	在宅死数・率(%)	在宅死数・率(%)
薬剤師	333(41.8)	118 (95.2)	149 (97.4)
理学療養士	78(9.8)	24 (19.4)	31 (20.3)
*ケアマネジャー	386(48.4)	99 (79.8)	128 (83.7)
*ホームヘルパー	231(29.0)	35 (28.2)	44 (28.8)
*訪問入浴	24(3.0)	0 (0.0)	2 (1.3)
*デイケア(同・他施設)	51(6.4)	6 (4.8)	12 (7.8)
ボランティア	107(13.4)	22 (17.7)	15 (9.8)
全在宅死数	797(100.0)	124 (100.0)	153 (100.0)

* : Outsourcing

全例に関与(03/7~10/6) : 医師、看護師、MSW(09年より)
稀に関与 : *歯科医0.5%、*マッサージ師1.1%、酸素業者%

在宅緩和ケアに必須の専門職 — 薬剤師 —



訪問前の、
看護師との
打合せ

専門薬局との協働がポイント

在宅緩和ケアの縁の下の支え — 酸素業者との連携 —



液化酸素も簡単に
在宅で使える

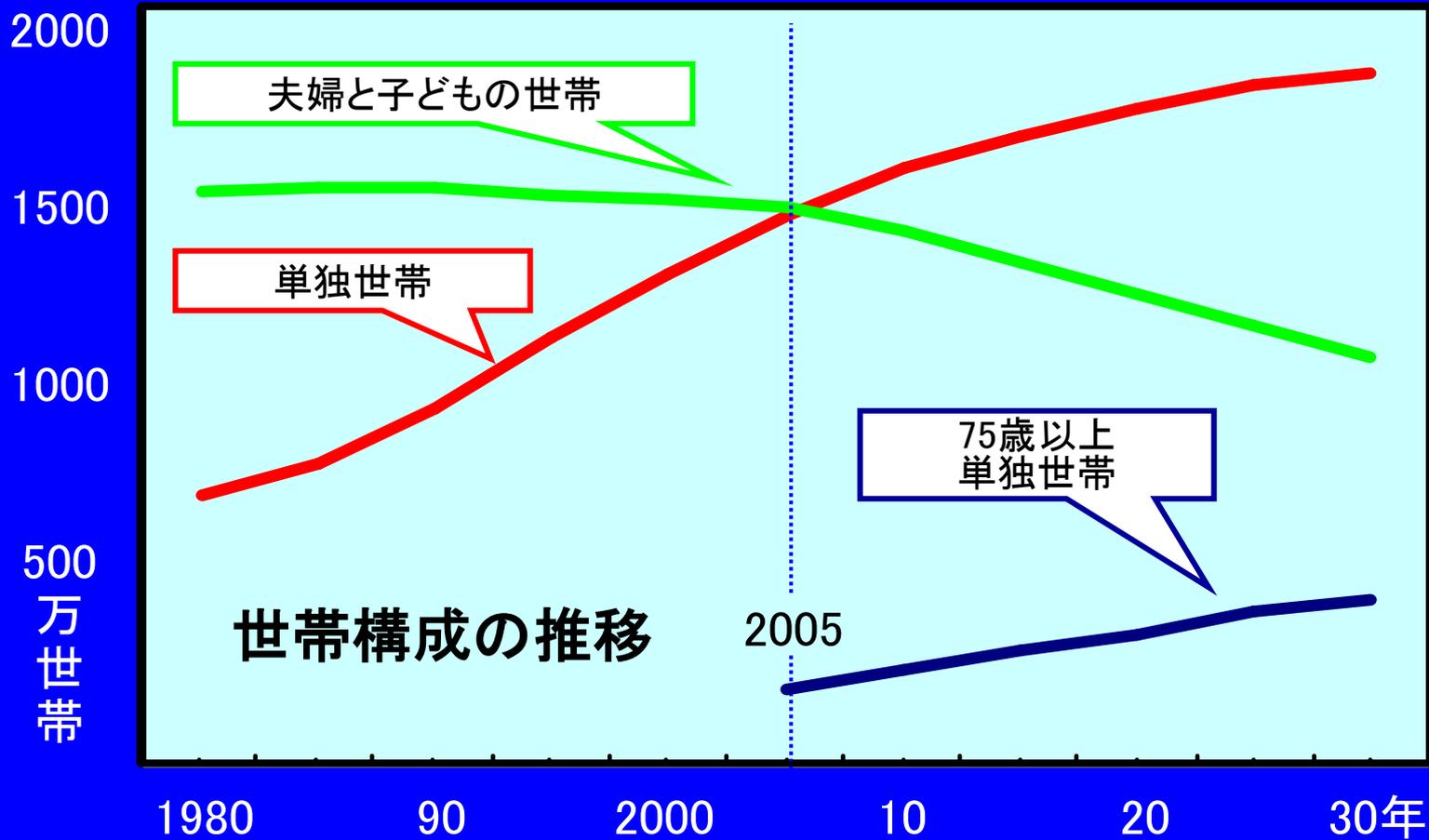
Outsourcingが
基本

素早い対応が
求められる

今後の課題

- ・在宅への、多大の期待
- ・困難事例の増加
- ・急性期在宅医療の概念整理
- ・基本概念に則った制度新設、整理

困難事例の増加 例：独居の問題



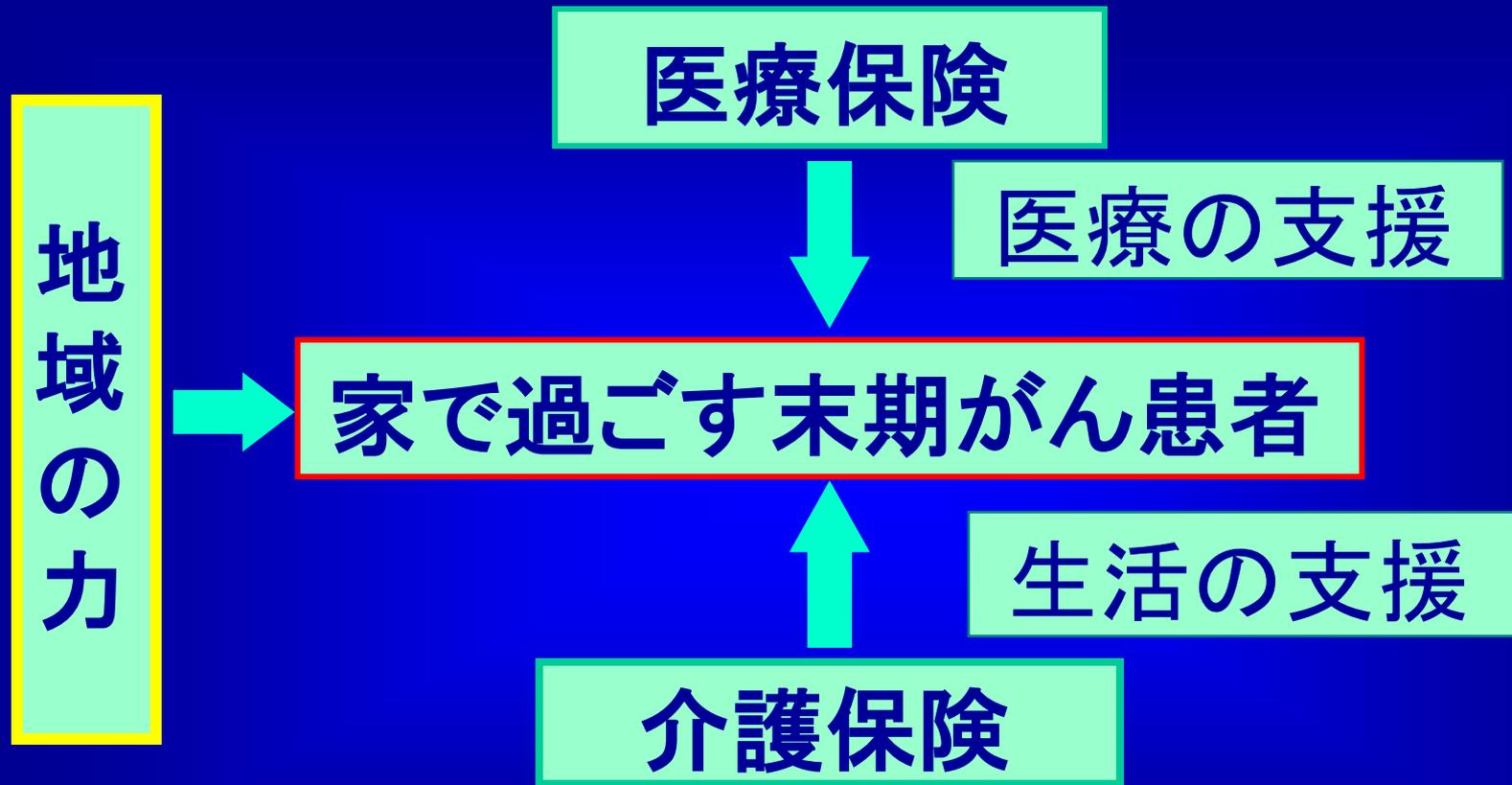
パリアンの独居患者※ (6.0%) 支援の実績

2000年7月1日～2008年6月30日

独居のKK分類 (2008)		家族の関わり	人数(%)
タイプ1	(A)	必要になったら介護をする	31(68.9)
	(B)	死後の手続きのみ行う	7(15.6)
	(C)	一切かかわりを持たない	3(6.7)
タイプ2		家族・親族など無し	4(8.9)
計			45(100.0)

※ 在宅ホスピスケア開始時点で生活を共にする家族がいない場合

介護力の弱い患者を支える

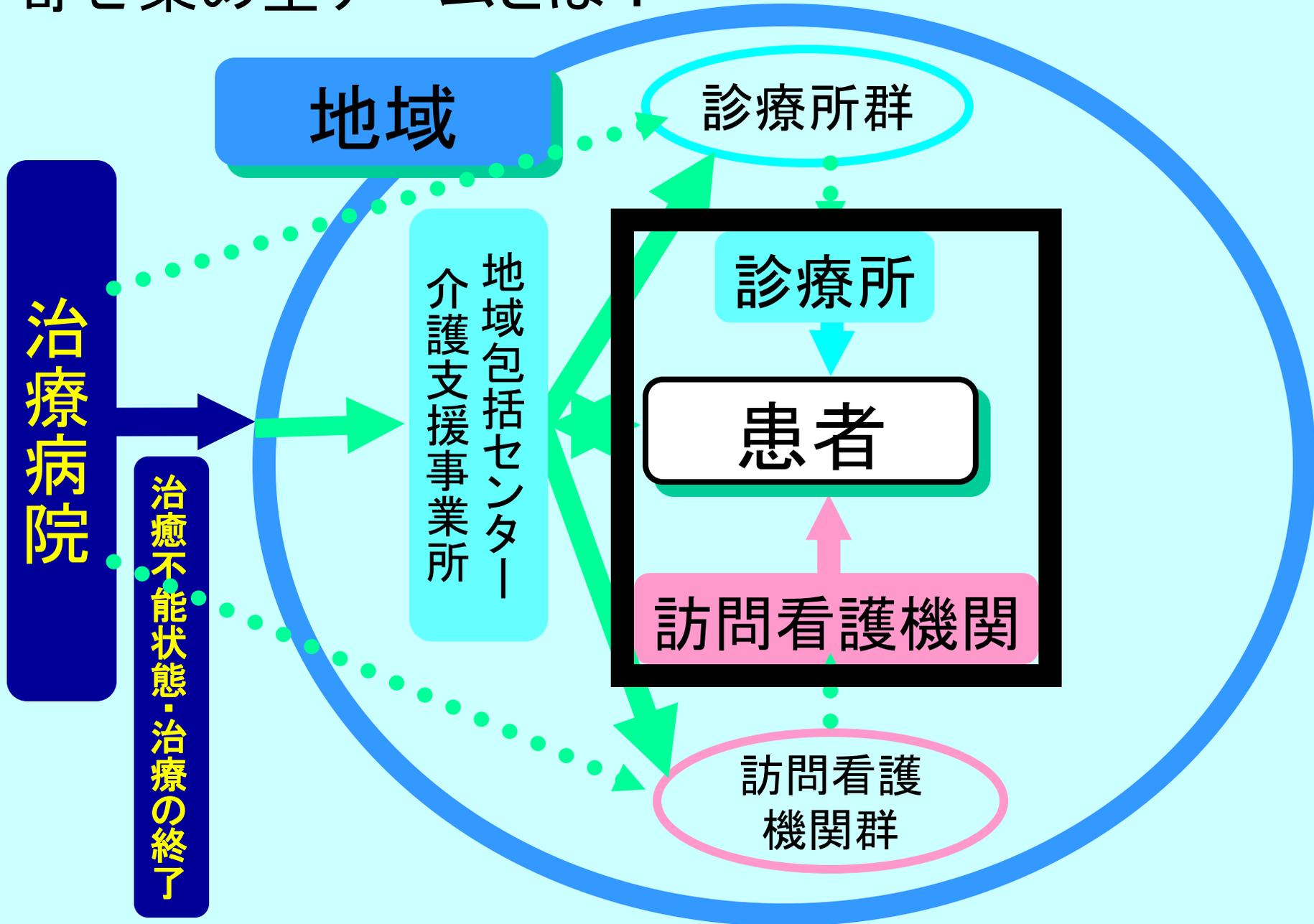


急性期型の
在宅医療を担う
チームとは？

よせ集め型チームではなく
一体型のチーム

診療報酬上の評価ではなく
制度新設の形で

寄せ集め型チームとは？



一体化したチームとは？

地域

診療所

訪問看護機関

緩和ケア
診療所

在宅緩和ケア
専門チーム

緩和ケア
訪問看護機関

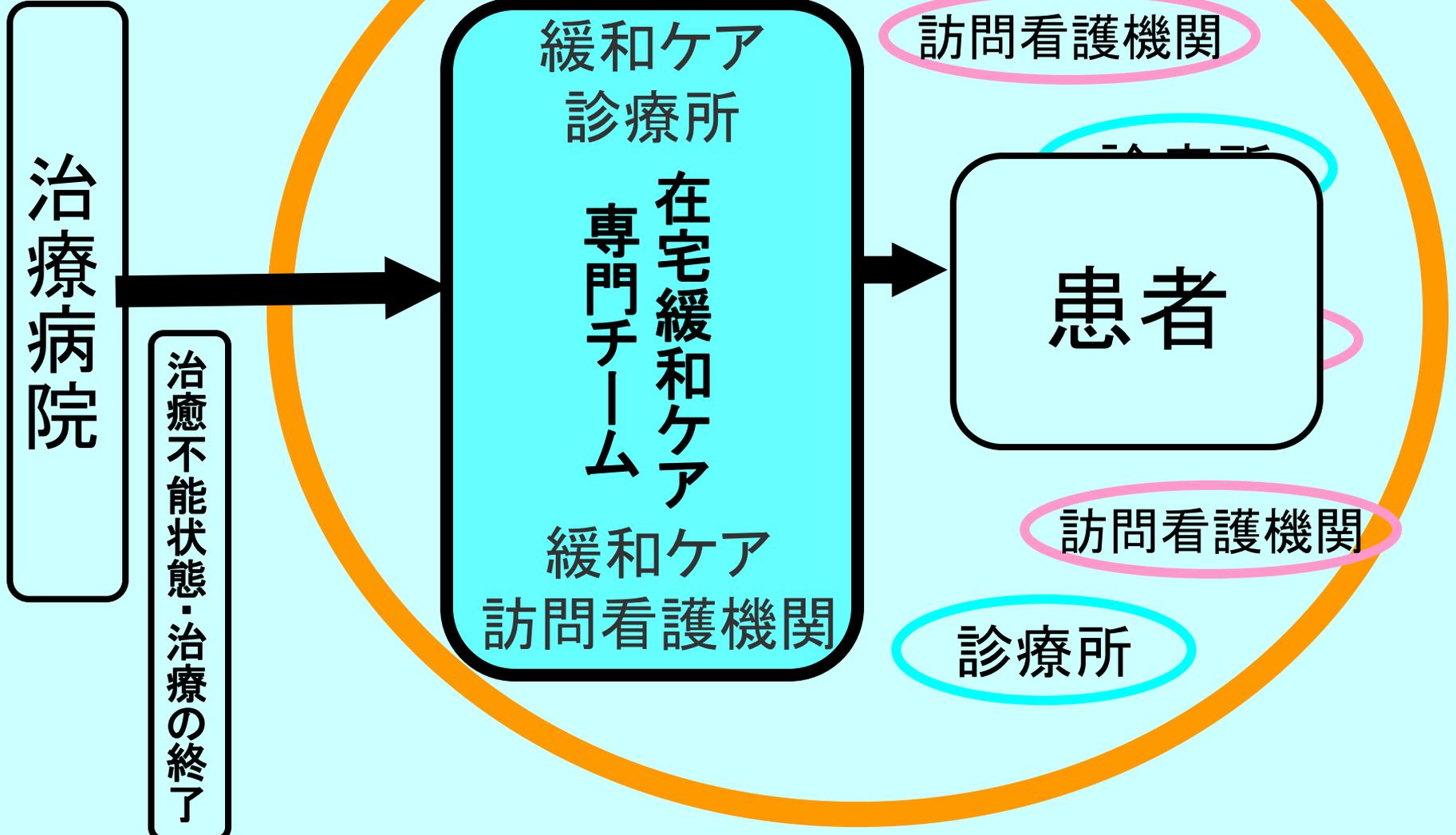
患者

訪問看護機関

診療所

治療病院

治癒不能状態・治療の終了



在宅緩和ケア専門チームを中心とした拡大組織図

緩和ケア病棟 ＊
一般病棟 ＊

外部の訪問看護
ステーション

在宅緩和ケア専門チーム

緩和ケア
在宅療養
支援診療所
(PCC, 仮
称)

一体化した
チーム体制

緩和ケア
訪問看護
機関
PCNS, 仮称

治療担当の
病院 ＊

調剤薬局

ケアマネ
ヘルパー

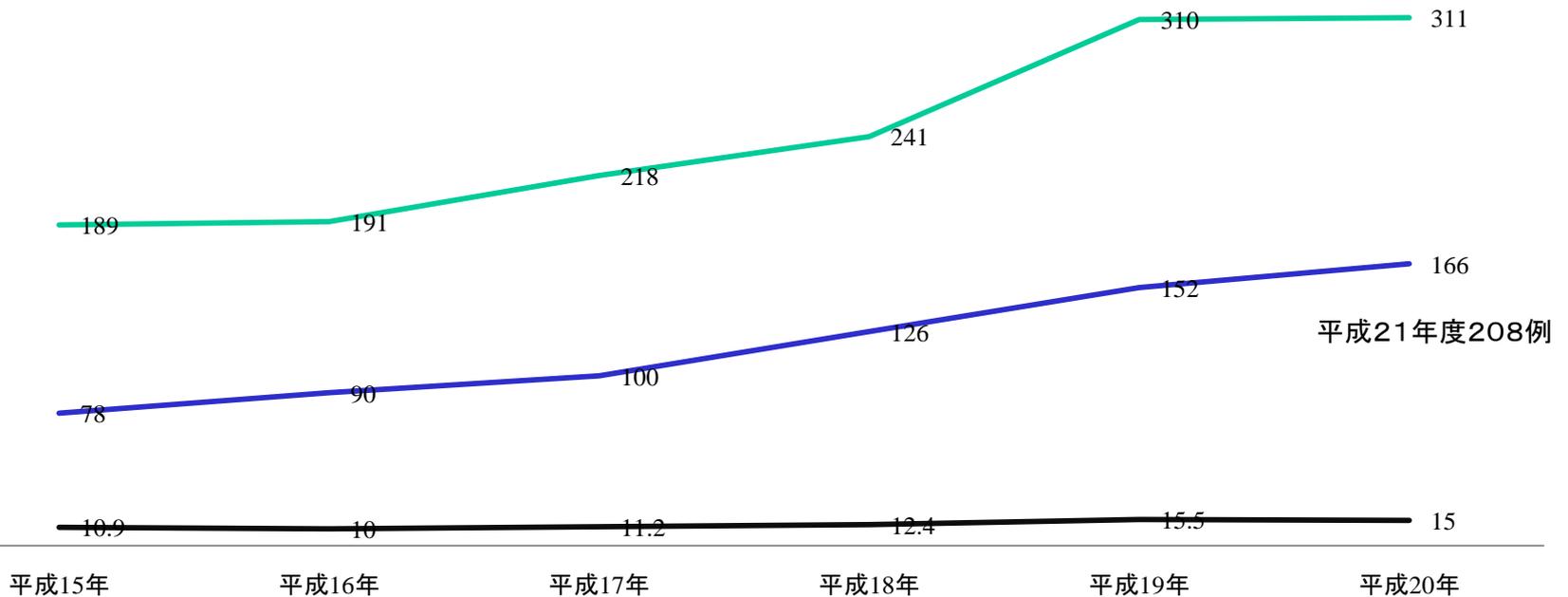
その他

在宅緩和ケアを専門とする
一体型のチームが
一つ
出現すれば
地域は変わる

仙台市癌在宅死亡率への 爽秋会の寄与度(仙台市全体)

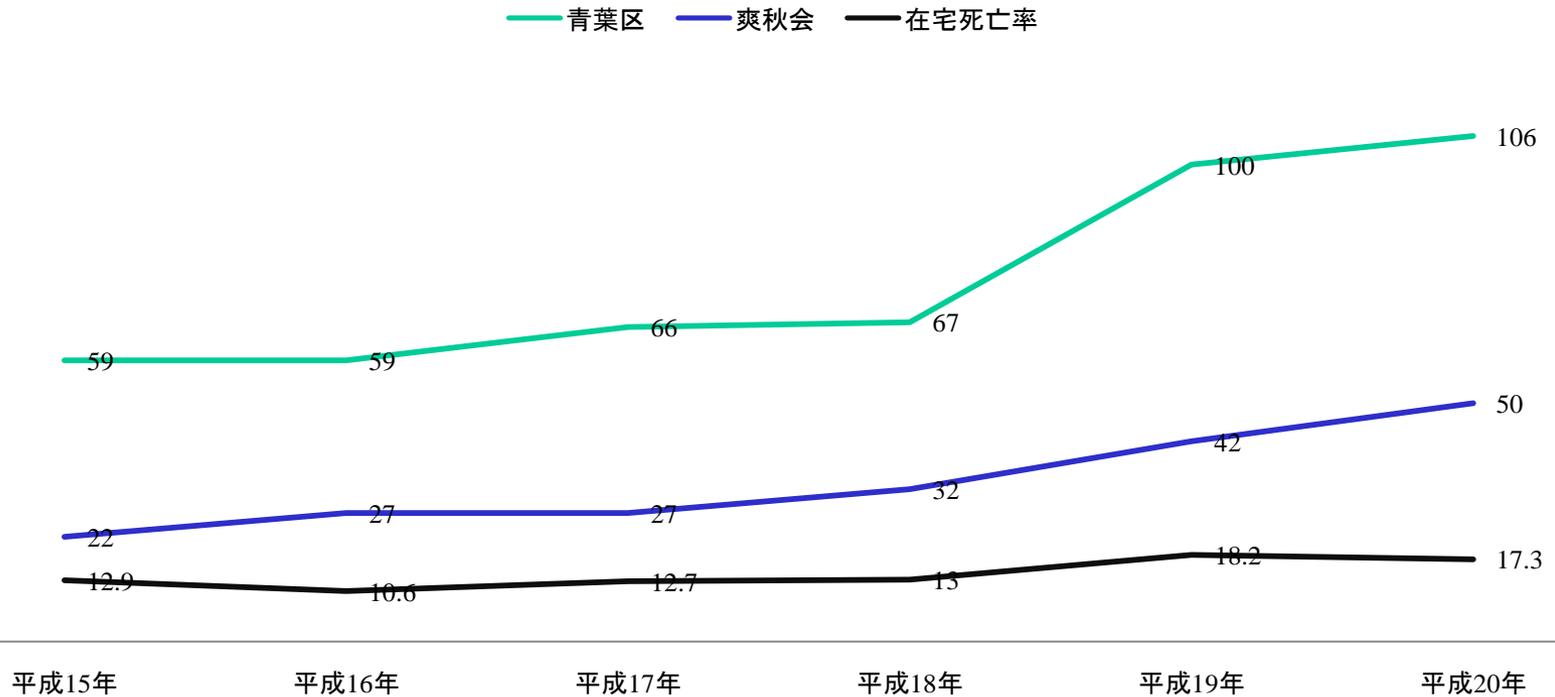
癌患者自宅看取り数年次推移
仙台市全域 癌患者自宅看取り全数/
爽秋会自宅看取り数
在宅死亡率年次推移

— 仙台市全体 — 爽秋会 — 在宅死亡率

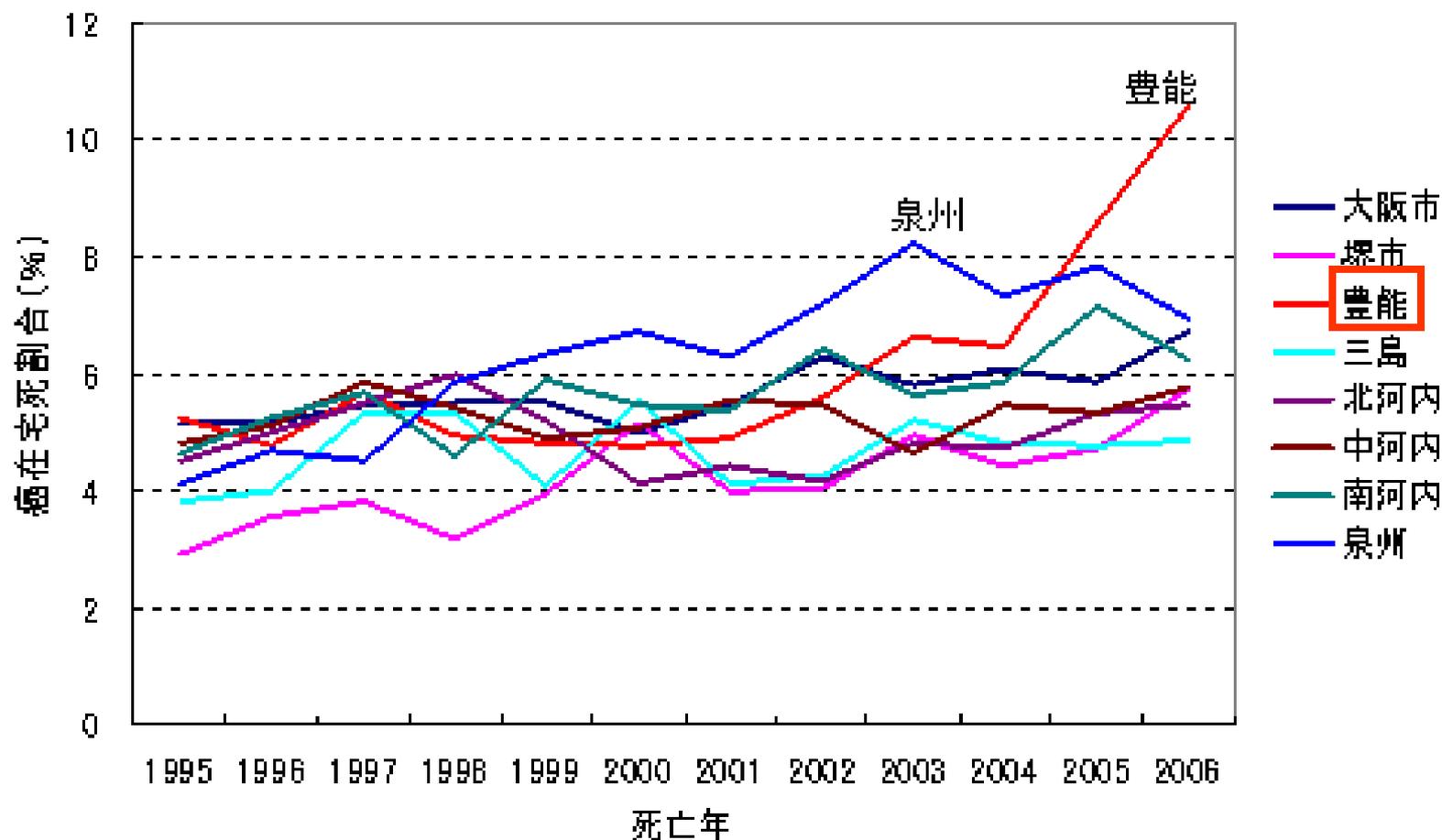


仙台市癌在宅死亡率への 爽秋会の寄与度(青葉区)

癌患者自宅看取り数年次推移
仙台市青葉区管轄 癌患者自宅看取り全数/
爽秋会自宅看取り数
在宅死亡率年次推移



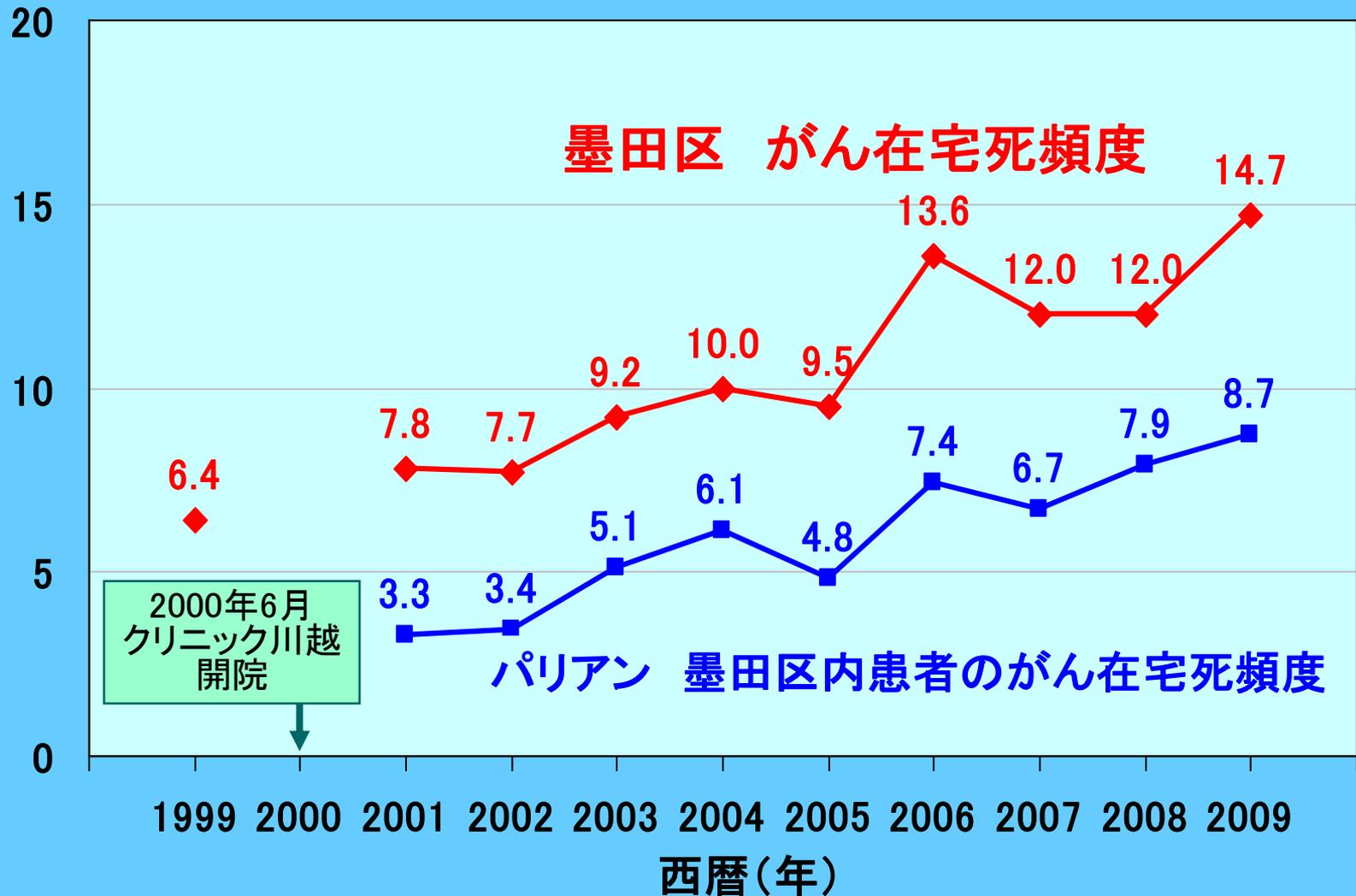
大阪府二次医療圏別に見た 癌在宅死割合の推移



千里ペインクリニック(豊中市)は2004年に開業、豊能地区を中心に活動を行っている

一体化型チームの実績（墨田区の場合）

墨田区内がん死亡数に対する頻度(%)



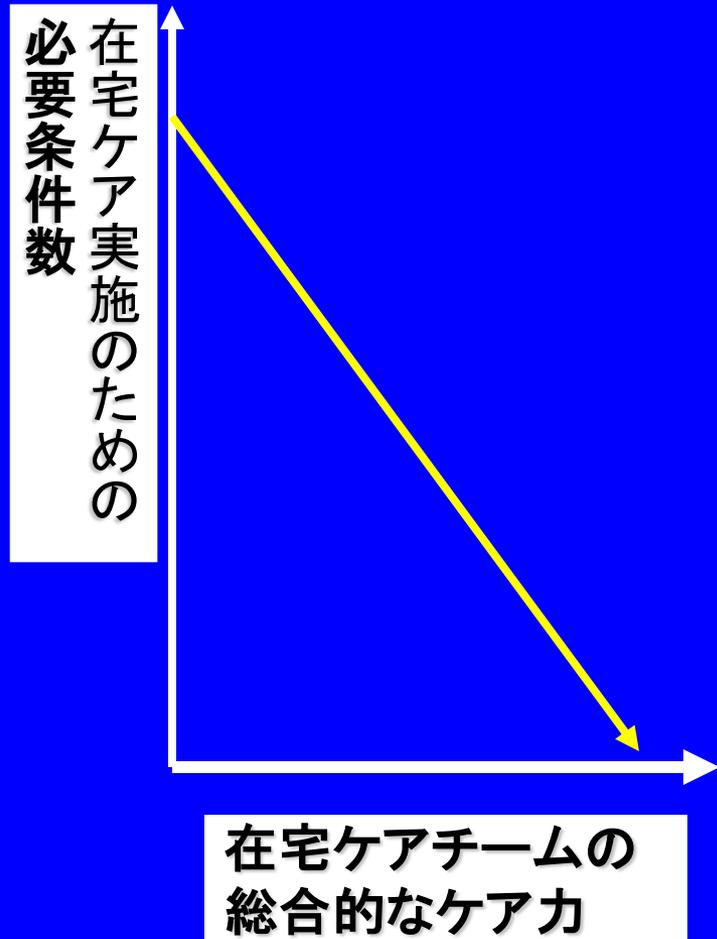
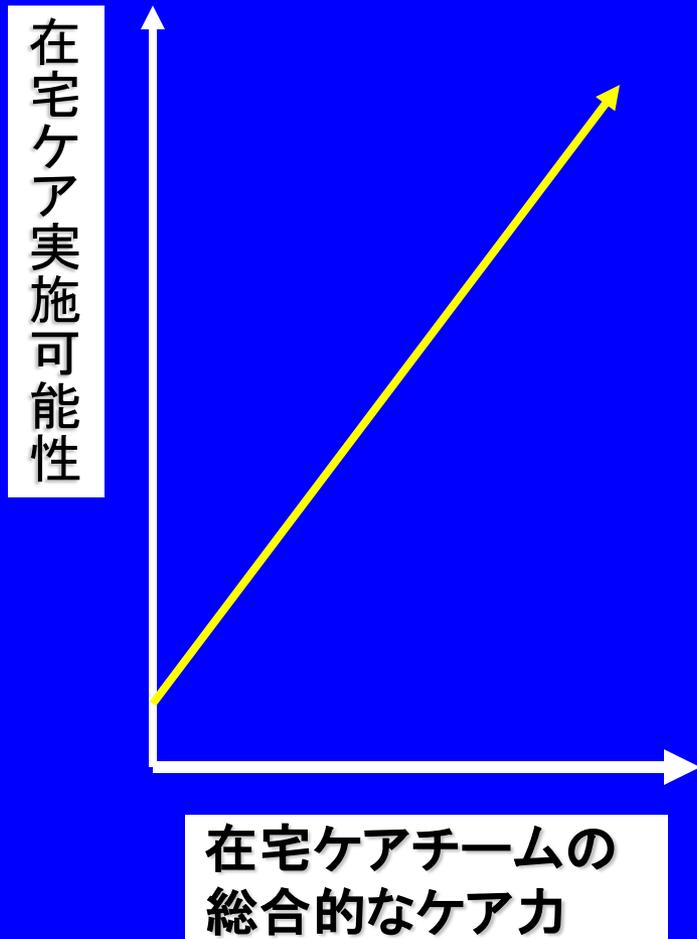
※2009年の墨田区データは暫定数

まとめ —在宅末期がん患者のTC—

	検討項目	制度 検討	診療 報酬	運用 面
全体	一体型チームを制度認定	◎		
	一体型チームの評価		◎	
統合性	在宅緩和ケアの理念、Prgm等の 文書化(各在宅医療機関)と周知		◎	
迅速性	訪問看護師の裁量権の拡大			◎
	在宅医支援下の試験外泊		○	
効 率 性	医療主導のケアマネジメント	◎		
	退院全カンファの見直し		○	

◎:最重要、○:重要

結語



チーム力を強めるための環境づくりには限界がある
チーム力の強いチームを評価・支援することが重要