

第4回 チーム医療推進方策検討ワーキンググループ

日時：平成23年1月7日（金）14：00～16：30

場所：厚生労働省 省議室（9階）

議 事 次 第

1. 開会

2. 議題

- (1) チーム医療を推進するための方策について
- (2) その他

3. 閉会

【配布資料】

座席表

資料1：前回までの議論の整理

資料2：チーム医療実証事業（概要）

資料3：遠藤委員 ヒアリング資料

資料4：高本委員 ヒアリング資料

資料5：原口委員 ヒアリング資料

資料6：松阪委員 ヒアリング資料

資料7：鈴木委員 ヒアリング資料

参考資料1：森田委員 提出資料

参考資料2：中村委員 提出資料

参考資料3：取出委員 提出資料

第4回「チーム医療推進方策検討WG」

平成23年1月7日（金）14:00～16:30

場所 厚生労働省 省議室（9階）

田 近 土 座 徳 中 原
 口 森 屋 田 村 口
 委 委 委 委 委 委
 員 員 員 長 員 員 員
 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

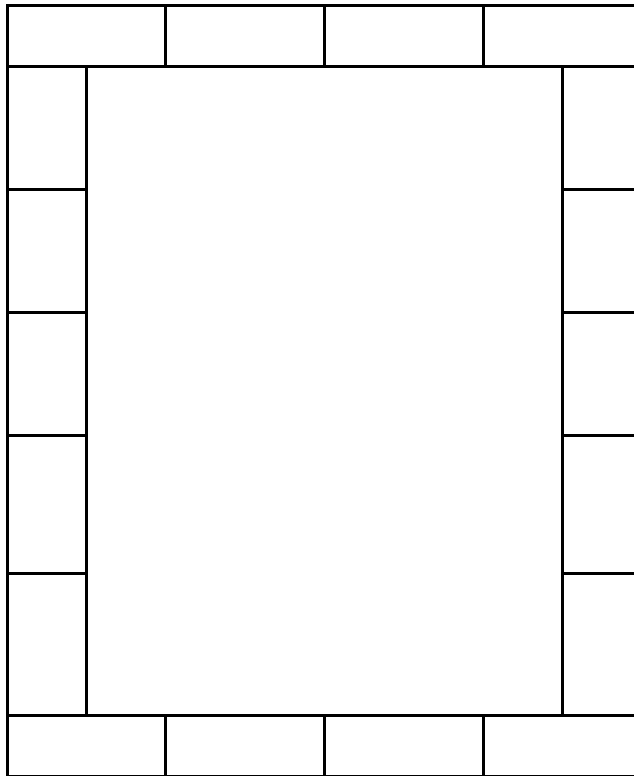
速記
○



入口

関係者

高 本 委 員 ○
 鈴 木 委 員 ○
 栗 原 委 員 ○
 川 越 委 員 ○
 柏 木 委 員 ○
 小 川 委 員 ○
 遠 藤 委 員 ○
 市 川 委 員 ○



○堀 内 委 員
 ○松 阪 委 員
 ○三 上 委 員
 ○向 井 委 員
 ○森 田 委 員
 ○岡 本 委 員
 ○須 貝 委 員
 ○取 出 委 員
 ○畠 山 委 員

関係者

○玉川 看護職員確保対策官
 ○岩澤 看護サービズ推進室長
 ○野村 看護課長
 ○篠田 審議官
 ○大谷 医政局長
 ○村田 医事課長
 ○上條 歯科保健課長
 ○説 明 者

事務局

記者・傍聴者

入口

1. チーム医療を推進するための基本的な考え方

- 我が国の医療は非常に厳しい状況に直面しており、医学の進歩、高齢化の進行等により医師や看護師の許容量を超えた医療が求められる中、チーム医療の推進は必須である。
- チーム医療を推進する目的は、専門職の積極的な活用、職種間の有機的な連携を図ること等により医療の質的な改善を図ることであり、そのためには、①コミュニケーション、②情報の共有化、③チームマネジメントの3つの視点が重要である。
- 医療スタッフ間における情報の共有のための手段としては、定型化した書式による情報の共有化や電子カルテを活用した情報の一元管理などが有効である。
- 患者もチーム医療の一員という視点も重要であり、患者に対して最高の医療をするために各職種がどのように協力するかを考える必要がある。また、患者もチームに参加することによって医療者に全てを任せるのではなく、自分の治療の選択等に参加することが必要である。
- チーム医療を展開する中で、医師が個々の医療従事者の能力等を勘案して「包括的指示」を積極的に活用することも重要な手段であるが、「包括的指示」の要件等をあまり定型化しすぎると医療現場の負担増になる可能性に注意が必要である。
- チームの質を向上させるためには卒前・卒後の教育が重要であり、専門職としての知識や技術に関する縦の教育と、チームの一員として他職種を理解することやチームリーダー・マネージャーとしての能力を含めた横の教育が必要である。

例) チーム医療の教育 (昭和大学)

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

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

2. 急性期・救急医療の場面におけるチーム医療

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

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

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

例 1) 急性期における栄養サポートチーム（近森病院）の取組

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

例 2-1) 病棟における医薬品の安全管理（東住吉森本病院）

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

例 2-2) 手術室における薬剤師の取組（広島大学附属病院）

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

例 3) 入院患者の状態に応じたきめ細やかな栄養管理の効果

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

3. 回復期・慢性期医療の場面におけるチーム医療

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

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

例) 回復期におけるチーム医療（長崎リハビリテーション病院）の取組

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

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

4. 在宅医療の場面におけるチーム医療（医療・介護・福祉の連携）

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

例1) 在宅医療におけるチーム医療（クリニック川越）の取組

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

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

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

例3) 入院から在宅まで連携した栄養管理の取組

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

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

5. 医科・歯科の連携

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

例) 医科歯科連携におけるチーム医療（長崎リハビリテーション病院）の取組
歯科診療オープンシステムを活用して非常勤歯科医師と歯科衛生士を活用した医科・歯科連携を行っている。

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

6. 特定の診療領域等におけるチーム医療

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

例) 特定の診療領域等におけるチーム医療の取組
・褥瘡対策チーム（脳血管研究所美原記念病院の例）

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

・リハビリチーム（脳血管研究所美原記念病院の例）

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

7. 医療スタッフの業務の効率化・業務負担の軽減

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

例1) 薬剤師の病棟配置による薬剤管理の取組

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

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

例2) 管理栄養士の病棟配置による栄養管理の取組

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

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

事業の目的

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

○新成長戦略

「看護師、薬剤師等医療関係職種の活用推進・役割拡大」

○政策集INDEX2009

「薬剤師、理学療法士などのコメディカルの職能拡大」

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

事業の内容

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

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

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

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

【事業実施に必要な経費】

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

-医療クラーク導入の取り組みと その効果について-

 チーム医療に不可欠な新たな人材



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



当院の医師労働環境改善への取り組み

医師不足対策

- ・病院の役割と任務の再考 → 臨床研修病院、地域医療支援病院
- ・戦略的に外来数減少 ・小児科4人体制から2人体制への対応
- ・耳鼻科、皮膚科、整形外科の非常勤化 → 逆紹介の推進
- ・放射線科医2人 → 1人 → 非常勤化 外部委託化
- ・委託女性医師の採用 ・院内保育施設 ・病児保育開始
- ・医療秘書の導入

労働時間短縮

- ・週1回の研究日と土曜日の休診
- ・医療秘書（診断書類作成補助）導入
- ・外来業務の簡素化→病棟業務、手術・検査業務
- ・当直明けや交代制勤務の追及

医療従事者攻撃への対応

- ・安全、安心神話 → 医療の限界と不確実性の説明
 - ・インフォームドコンセント書類作成ソフト
 - ・医療事故や重大な有害事象への初期対応、クレーマー対応
 - ・健康スクエア：患者とのコラボレーション
- 「患者の言い分、医者への言い分」寸劇開催



医療クラーク（秘書）育成の背景

1. マグネットホスピタルの実現。

免許職種が「やるべきこと」と「そうでないこと」を把握し、本来その職種が「やるべき」業務に専念できる環境づくり。

2. 煩雑な書類作成や事務手続きの増加による勤務医の疲弊感の増加。

3. 書類作成までの時間がかかりすぎる事への苦情の増加。

4. 各種入院証明書など書類が時間外や休日において作成されている実態。

5. 地域医療支援病院認定に向けての取り組み （逆紹介の増加）や外来の待ち時間対策の検討。

6. 病棟オーダーリング導入による病棟クラーク業務の 効率化が図れるため外部委託の検討。



医療クラーク導入経過

平成17年

平成18年

平成19年

平成20年

平成21年

平成22年

平成17年6月 試験的に1名配置外科外来と小児科外来にて医療秘書の仕事探し

平成18年1月 外科外来2名体制

3月 外科外来2名、小児科1名 計3名体制

4月 内科外来1名移動

5月 文書担当1名を医事課より移動 計4名体制

9月 1名増員 計5名体制

12月 1名増員 計6名体制

トランスクリイバー1名と併せて 7名

平成20年4月医局秘書課を置く 11名

平成22年12月現在 16名



医療クラーク（秘書）の体制

医療クラークの体制と業務 17名（パート2名を含む）

医療秘書課

医療秘書課

現在 20対1補助体制加算

秘書課主任（1名：フリー）

外来診療補助
（9名）

- ・入院・退院書類作成
- ・検査、入院説明
- ・逆紹介などの紹介状の作成
- ・カルテ等の振り分け

文書作成補助
（3名）

- ・各種保険入院証明書
- ・介護保険意見書
- ・傷病手当金
- ・生活保護

手術室・麻酔科
（2名（兼務））

- ・手術室スケジュール管理
- ・手術室日誌記入
- ・手術台帳入力
- ・麻酔科診察（術前）

放射線科（読影室）
（2名：パート）

- ・読影作業補助
- ・レポート作成補助

医局
（1名）

- ・学会資料準備
- 院長秘書
（1名）
- 院長、副院長等
スケジュール管理、資料作成

内科（5名）

- 紹介・逆紹介状作成
- 紹介・逆紹介状説明
- 大腸内視鏡検査説明
- 心臓カテテル・パス
- ペースメーカー・パス
- TBLB入院予約
- SAS画以来準備
- X-P（CD）貸出し

小児科（1名）

- 診察準備・介助
- 入院・退院治療計画
- オーダーリング代行入力
- 紹介状、返信作成
- 入院セット作成
- 印刷物準備

泌尿器科（1名）

- 診察準備・介助
- 紹介状・報告書入力
- 紹介用資料準備
- 手術カンファ準備
- 手術台帳入力
- 合併症台帳入力
- 手術日調整
- 手術申込、承諾書

外科（2名）

- 診察準備・介助
- 紹介状・報告書入力
- 紹介用資料準備
- 手術カンファ準備
- 手術台帳入力
- 合併症台帳入力
- 手術日調整
- 手術申込、承諾書

（埼玉県済生会栗橋病院）

2010.10.1現在

1名産休中（カウント無し）



医療クラーク（秘書）の業務



外来診療補助

- 入院、退院書類作成
- 検査、入院説明
- 逆紹介などによる紹介状の作成・カルテの振り分け



文書作成補助

- 各種保険入院証明書
- 介護保険意見書
- 傷病手当金・生活保護



医局

- 学会資料作成等



放射線科(読影室)

- 読影レポート作成



手術室・麻酔科

- 手術室スケジュール管理
- 手術室台帳入力
- 手術室日誌の記入
- 術前麻酔科外来の準備管理



内科

- 紹介、逆紹介状の作成 説明
 - 大腸内視鏡説明
- 心臓科データール・バス入力
- TBLB入院予約、SAS外来準備
- X-P貸出



小児科

- 診察準備、解除
- 入院、退院治療計画書作成
 - オーダーリング入力代行
- 紹介状、返信作成・入院セット作成



外科

- 診療科介助、準備
- 紹介状、返信作成、資料準備
- 手術カンファ準備
- 手術台長入力・合併症台長、手術申し込み
- 承諾書作成



泌尿器科

- 診療科介助、準備
- 紹介状、返信作成、資料準備
- 手術カンファ準備
- 手術台長入力・合併症台長、手術申し込み
- 承諾書作成



医療クーク（秘書）の教育研修プログラム

1ヵ月～2ヵ月

- オリエンテーション
- 病棟及び外来におけるコミュニケーションの確立
- 各診療科の実状の把握
- 接遇研修の実施
- 事務スキルの確保
- コンプライアンス
- 個人情報関係

3ヵ月～4ヵ月

- オーダリング方法の習得
- クリニカルパスの理解
- 院内文書の理解
- 診療録に関する知識
- 診療内容（診察・検査等）の理解
- 医療関連法規
（医師法、医療法、薬事法等）

5ヵ月～6ヵ月

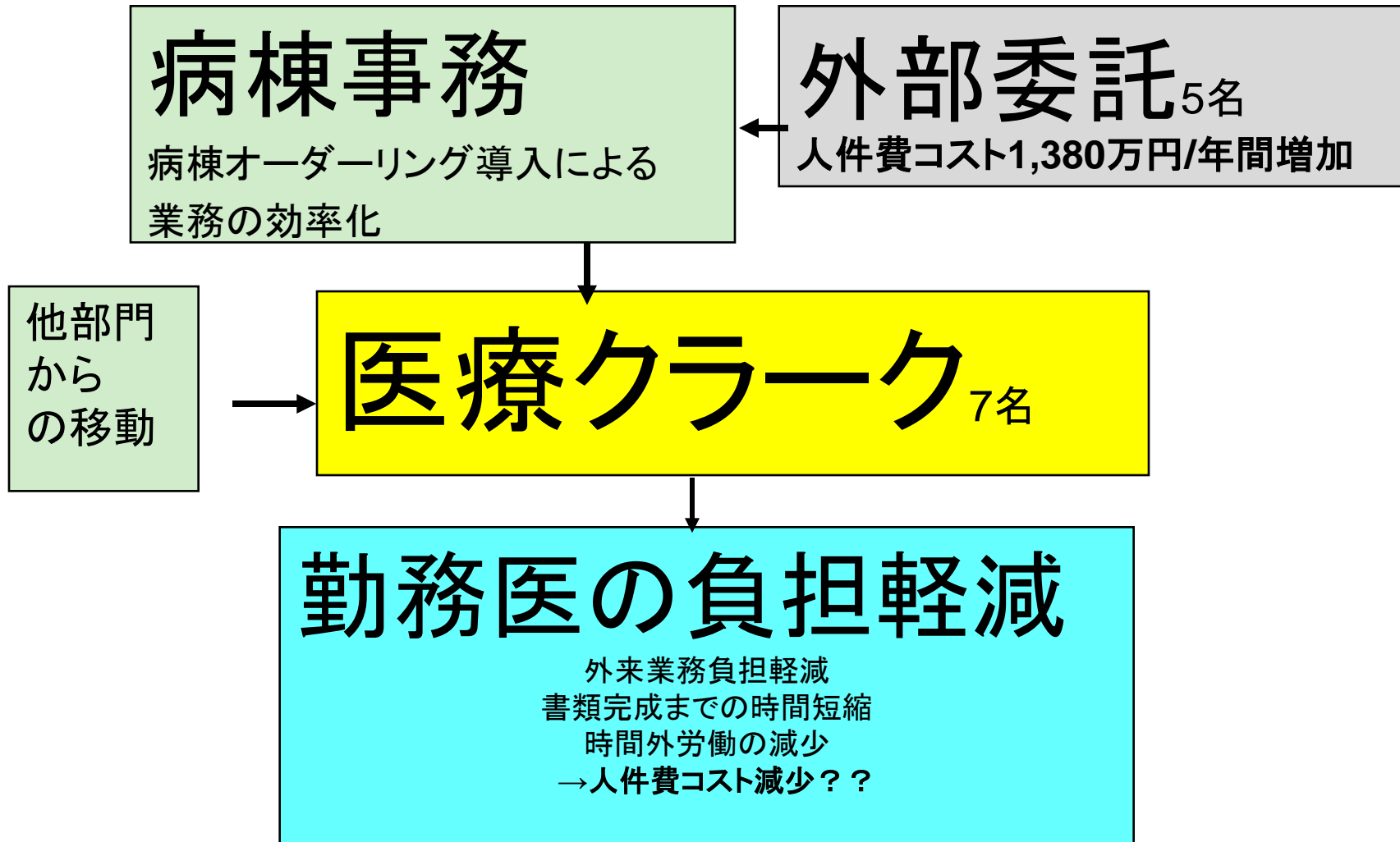
- 知識・技能達成度確認
- 配属科業務の把握
- 医療情勢の把握
- 医療秘書としての抱負



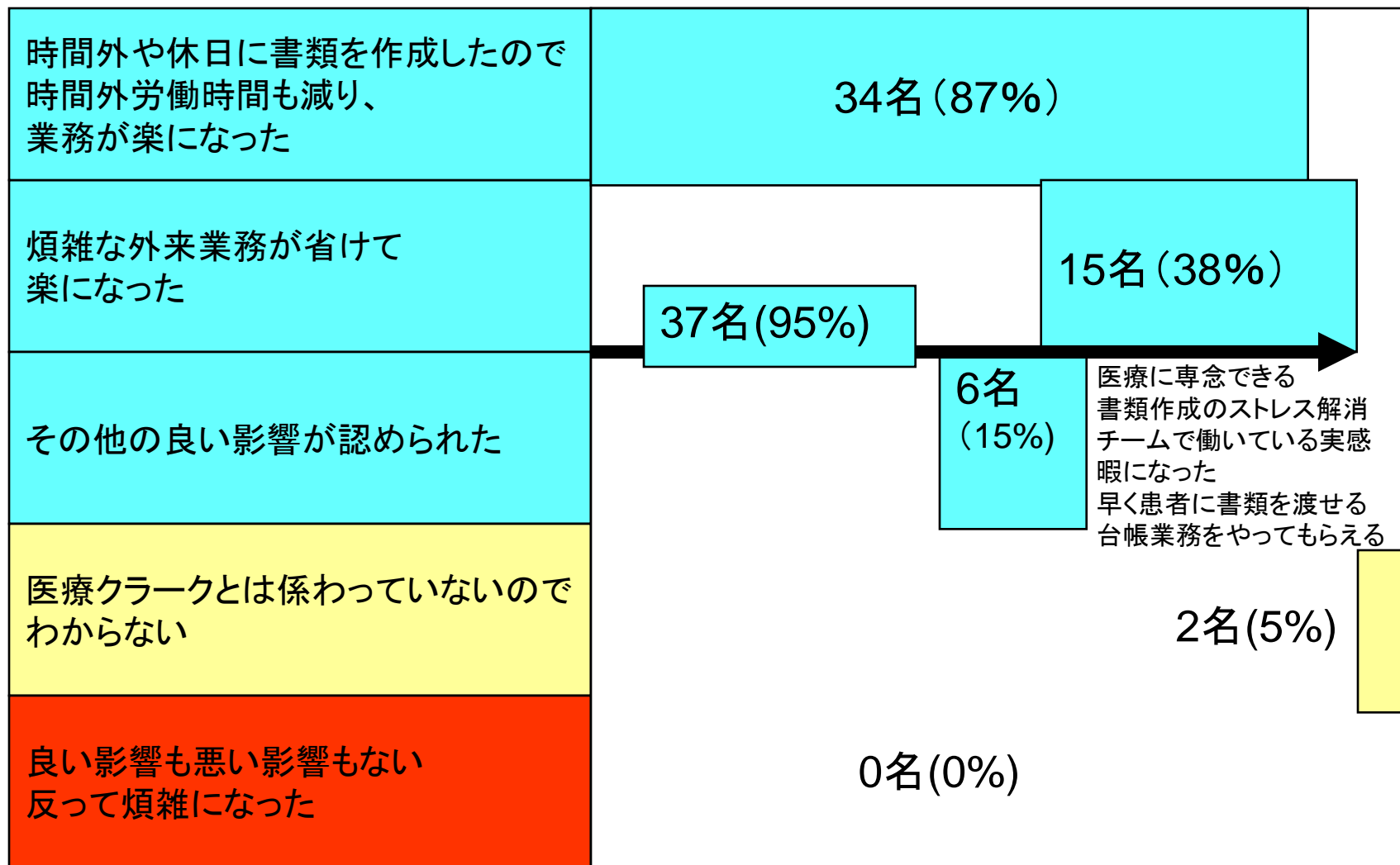
※32時間の座学研修については日本病院会主催のプログラムを履修



医療クラーク導入初期の人材確保コスト

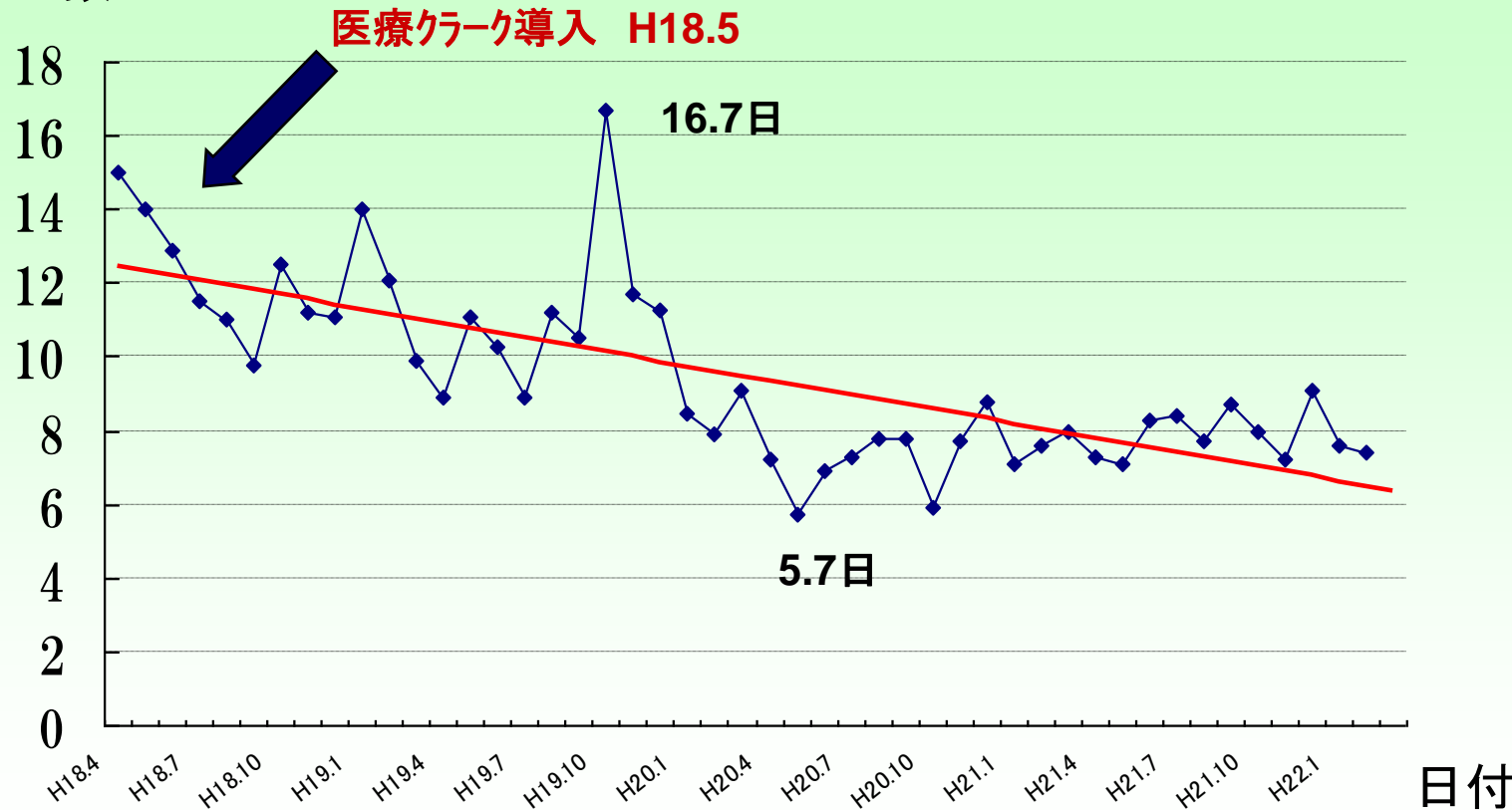


医療クラーク（秘書）に関するアンケート

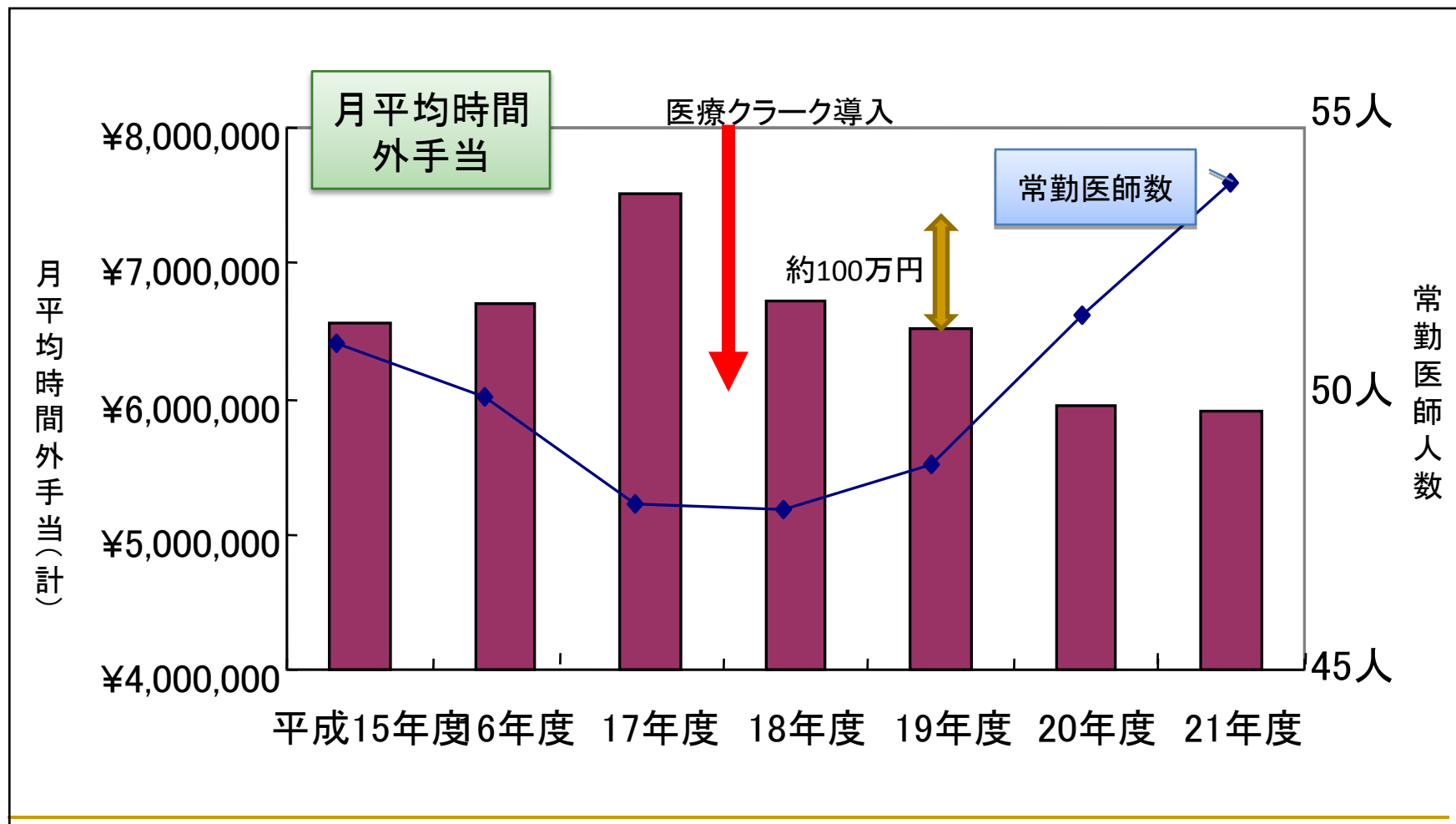


診断書出来上がり平均日数

日数



医師時間外手当の推移



医師事務作業補助加算の再評価

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

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

平成10年10月より

○25対1の場合(災害拠点病院、地域医療支援病院) $314 \div 25 = 12.56$ 13人で申請

○加算による金額は、 $4,900円 \times 600人 = 2,940,000円$ $2,940,000円 \times 12ヶ月 = 35,280,000円$

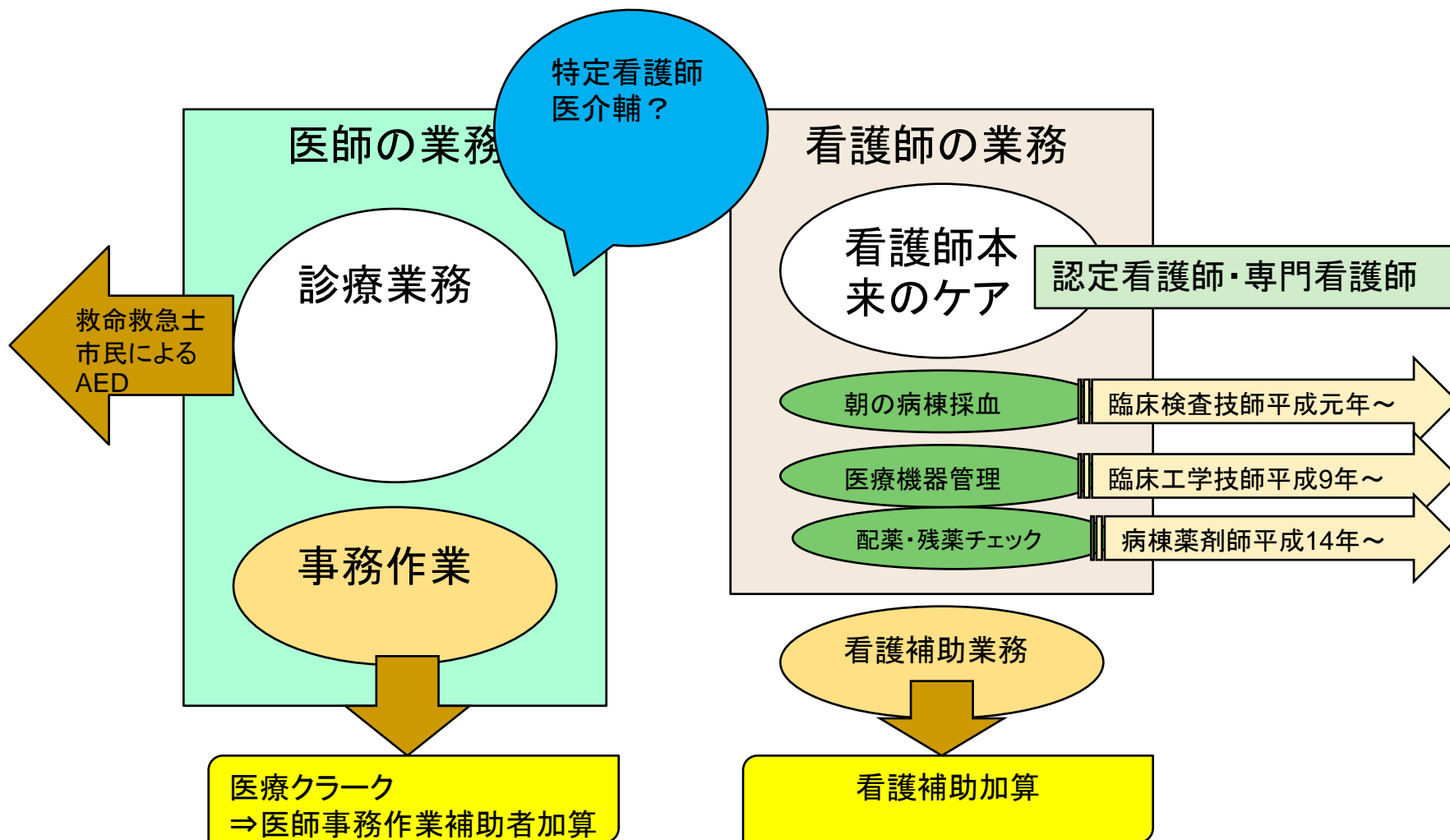
○20対1の場合(災害拠点病院、地域医療支援病院) $314 \div 20 = 15.7$ 16人で申請

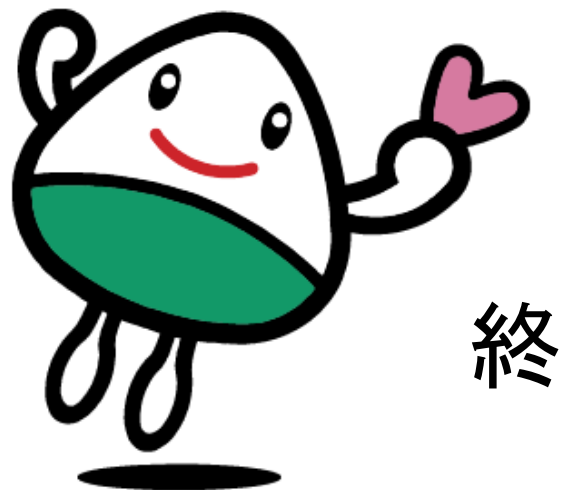
○加算による金額は、 $6,100円 \times 600人 = 3,660,000円$ $3,660,000円 \times 12ヶ月 = 43,920,000円$

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



チーム医療構築過程における役割分担の再考





終



第4回チーム医療推進方策検討WG

チーム医療推進のために

特に医療と看護の関係について

三井記念病院院長
日本心臓血管外科学会理事長

高 本 眞 一

2011.1.7 厚労省省議室

医療と看護

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

 看護の自立としての看護学の確立

医療人の使命

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

「精神看護」

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

目の前で心肺停止が起こった。 さて、どうするか。

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

医師は万能か

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

医師と患者の比較

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

よりよい医療をするために

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

ME技師

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

チーム医療

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

外科関連学会の活動

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

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

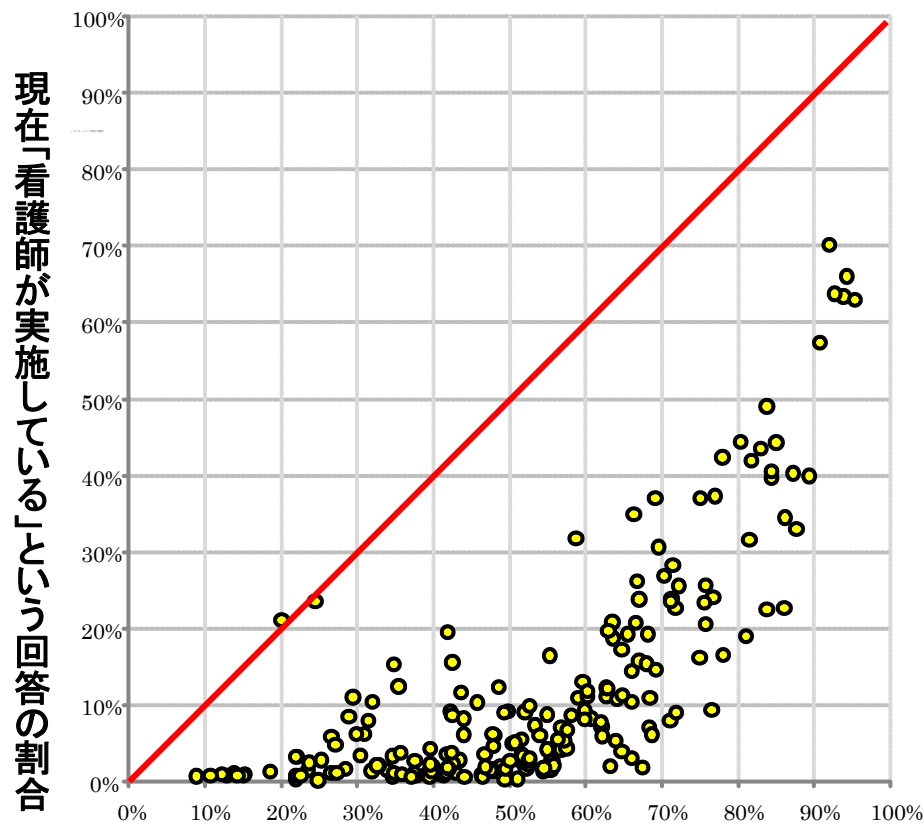
ナースプラクティショナー(NP)／フィジシャンアソシエイト(PA)と 特定看護師との違い

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

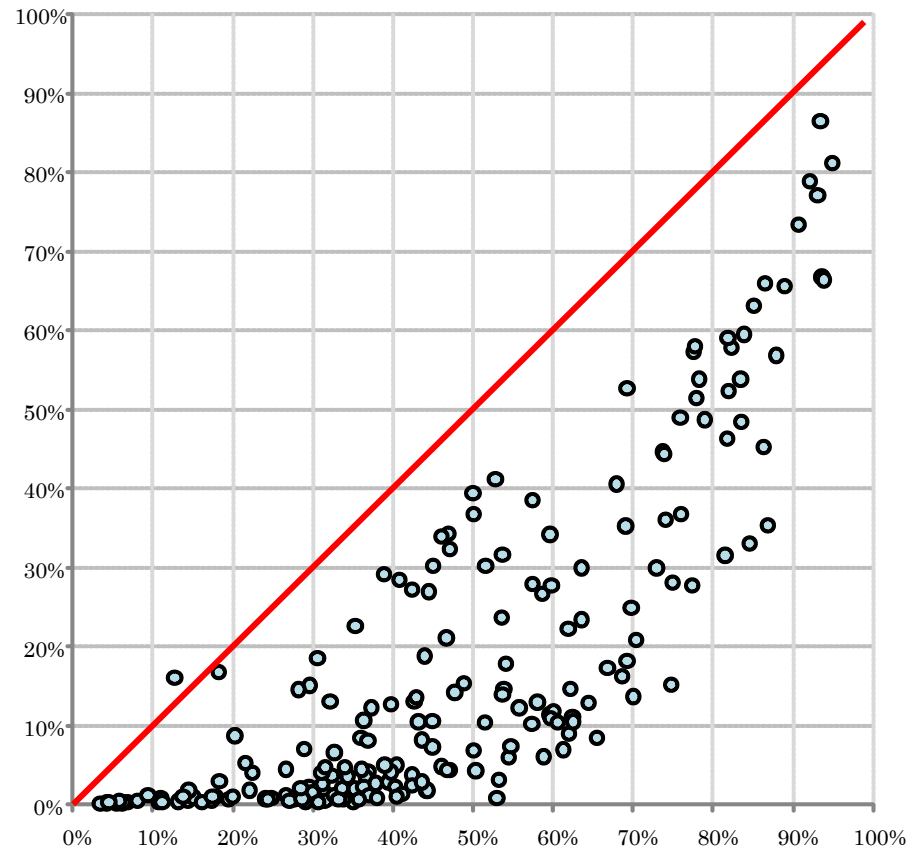
■「現在」と「今後」に関する回答状況

看護業務実態調査（2010. 8）厚労省研究班 前原

医師の回答



看護師の回答



今後「看護師の実施が可能」という割合

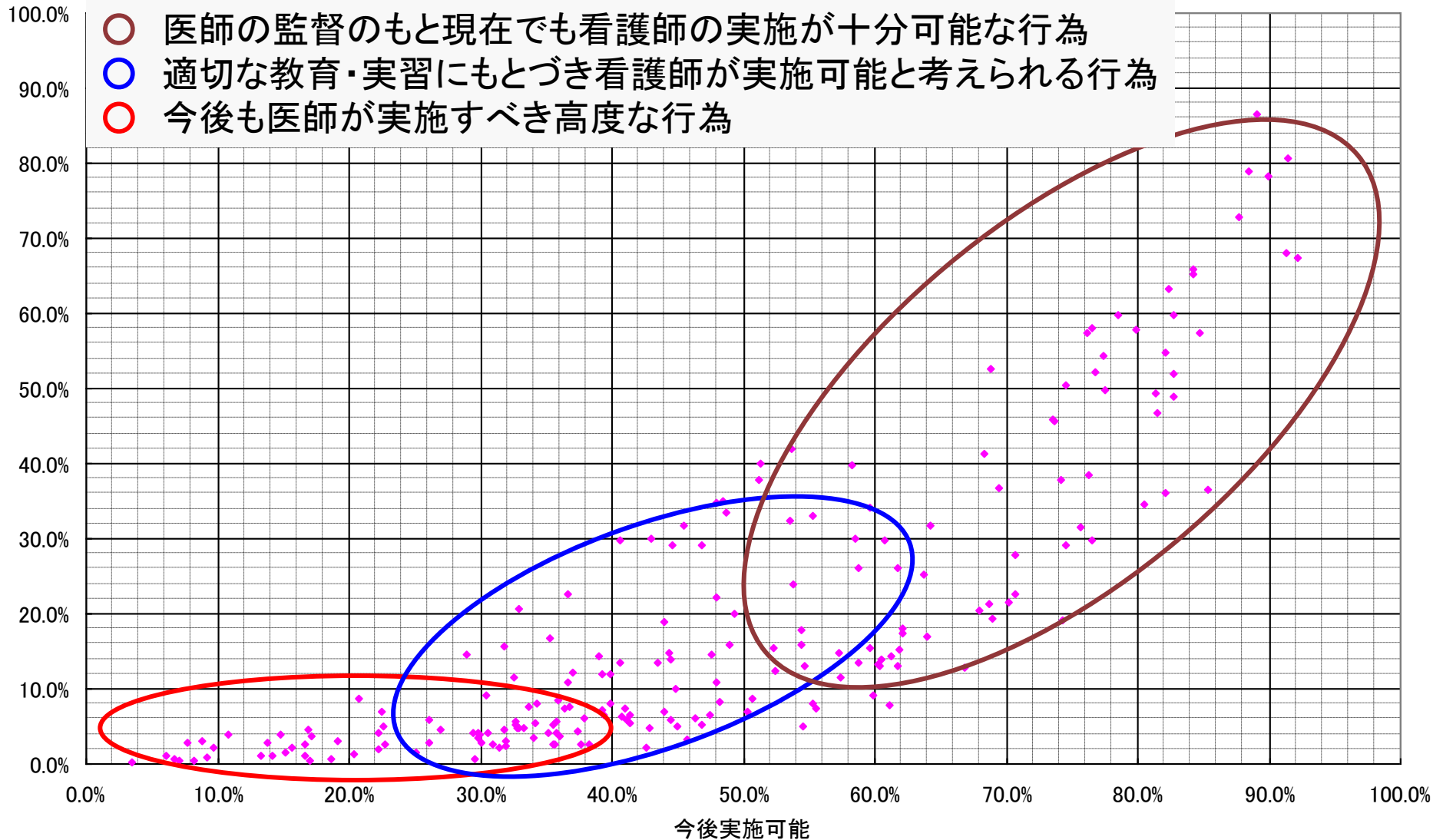
心臓外科患者管理の流れ

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

(高山博夫 コロンビア大学胸部外科フェロー)

医行為分類のイメージ

現在実施している×今後実施可能

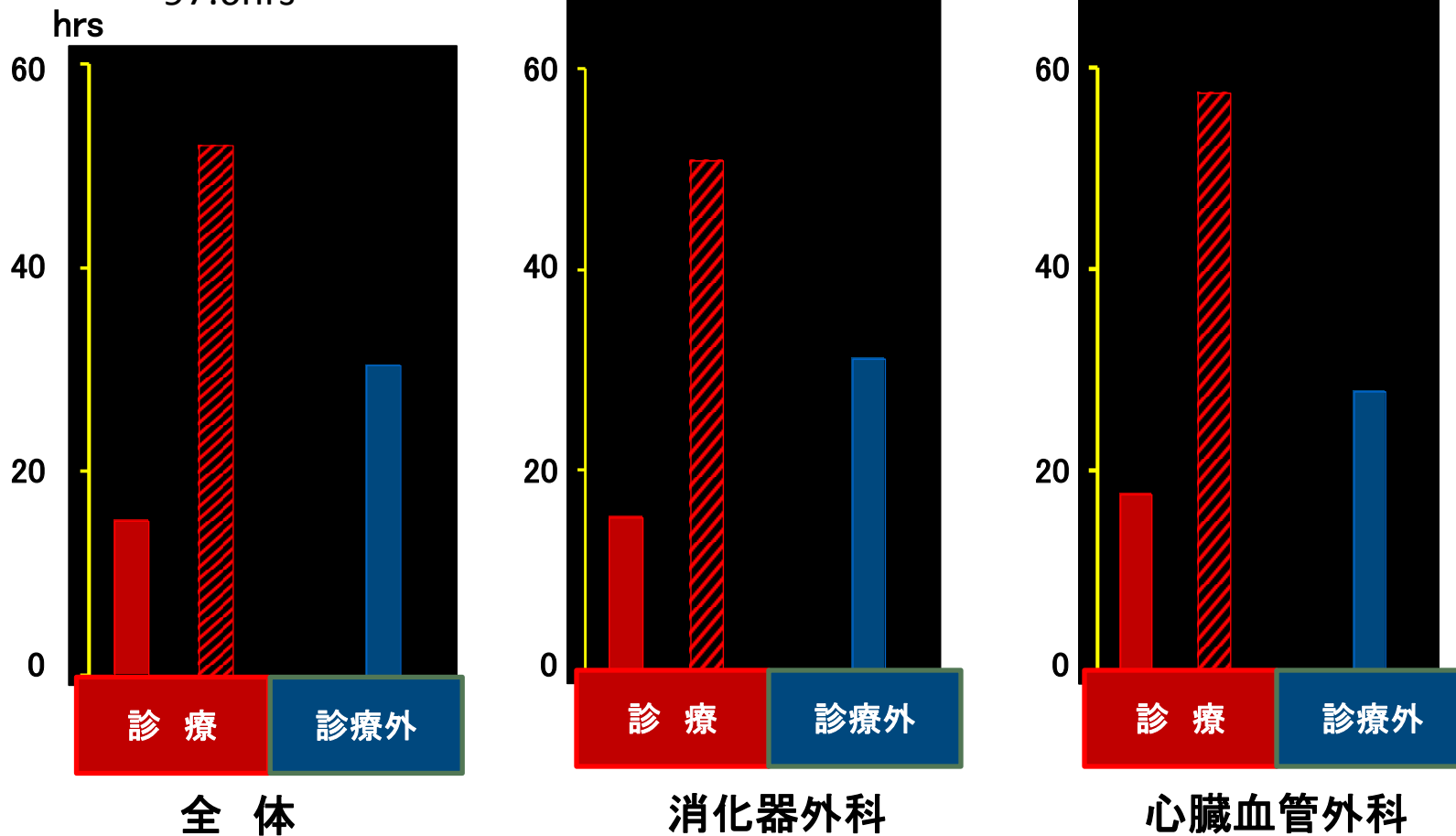


外科医週間タイムスタディ調査結果

(一人当たりの週間平均勤務時間)

- : 手術
- : 手術以外の医業・業務
- : 教育・研究・管理・雑事
院外の業務

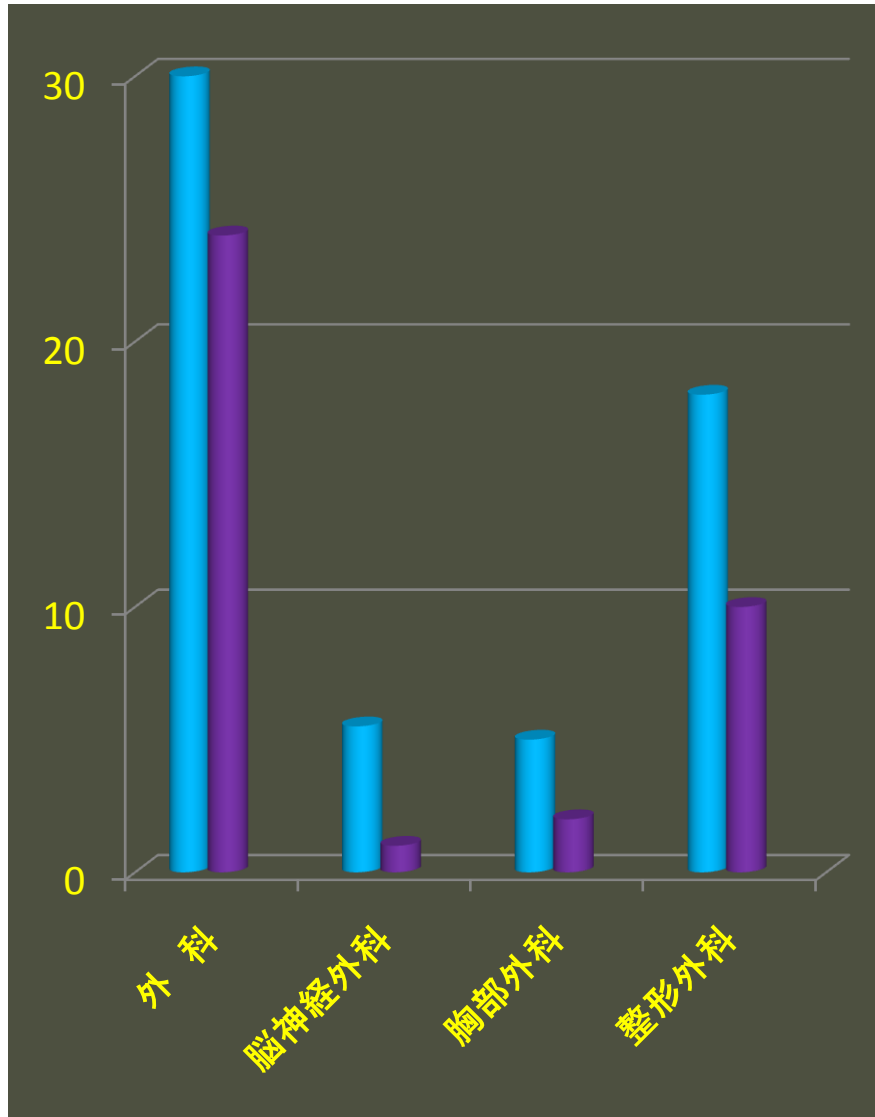
平均労働時間:
97.6hrs



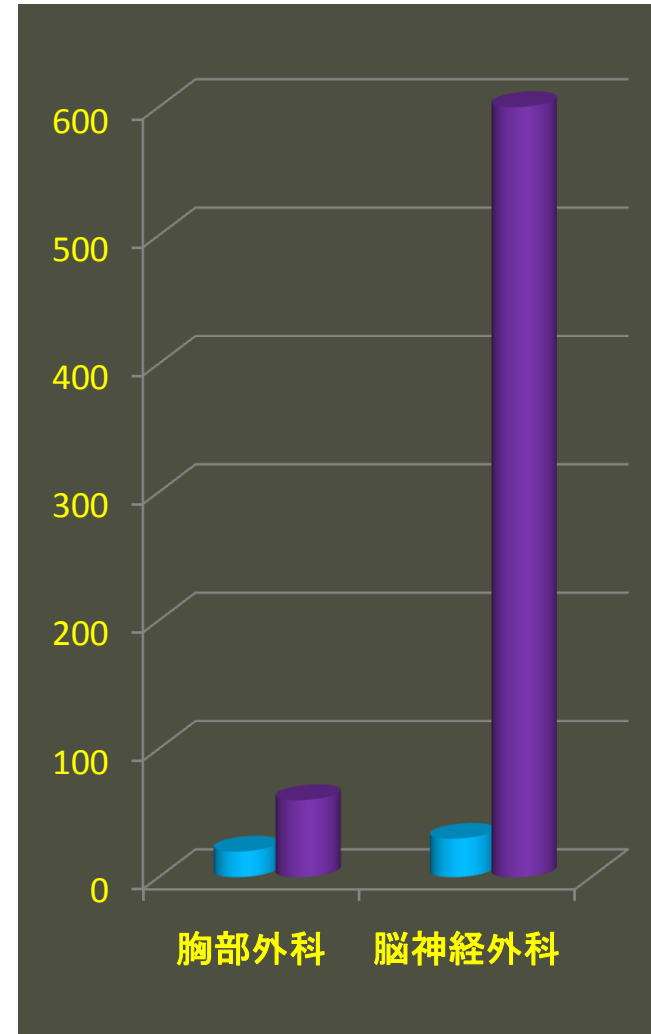
(2009年12月4日～2010年3月2日)

日米の各外科学分野の医師数と一医師あたりの手術症例数

医師数
(人/人口10万人)



手術症例数
(人/一医師/年)



● 日本
● 米国

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

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

日本医療再生の道

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

チーム医療(医師と非医師医療関係者 のスキルミックス



[Fukui T, 2008]

チーム医療推進方策検討WG

放射線検査領域の紹介

失敗例？

— CT検査を例に —

東海大学医学部付属病院
診療技術部 原口信次

2006年 新病院

: 病棟稼働率のアップ・在院日数短縮

: 入院医療の外来化

: 外来の強化

当日検査の対応の強化

: 診療情報伝達の迅速化

電子カルテ・PACS

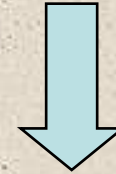
CT検査の場合

待ち時間が長い

予約が入らない
(予約待ち日数が長い)



短縮

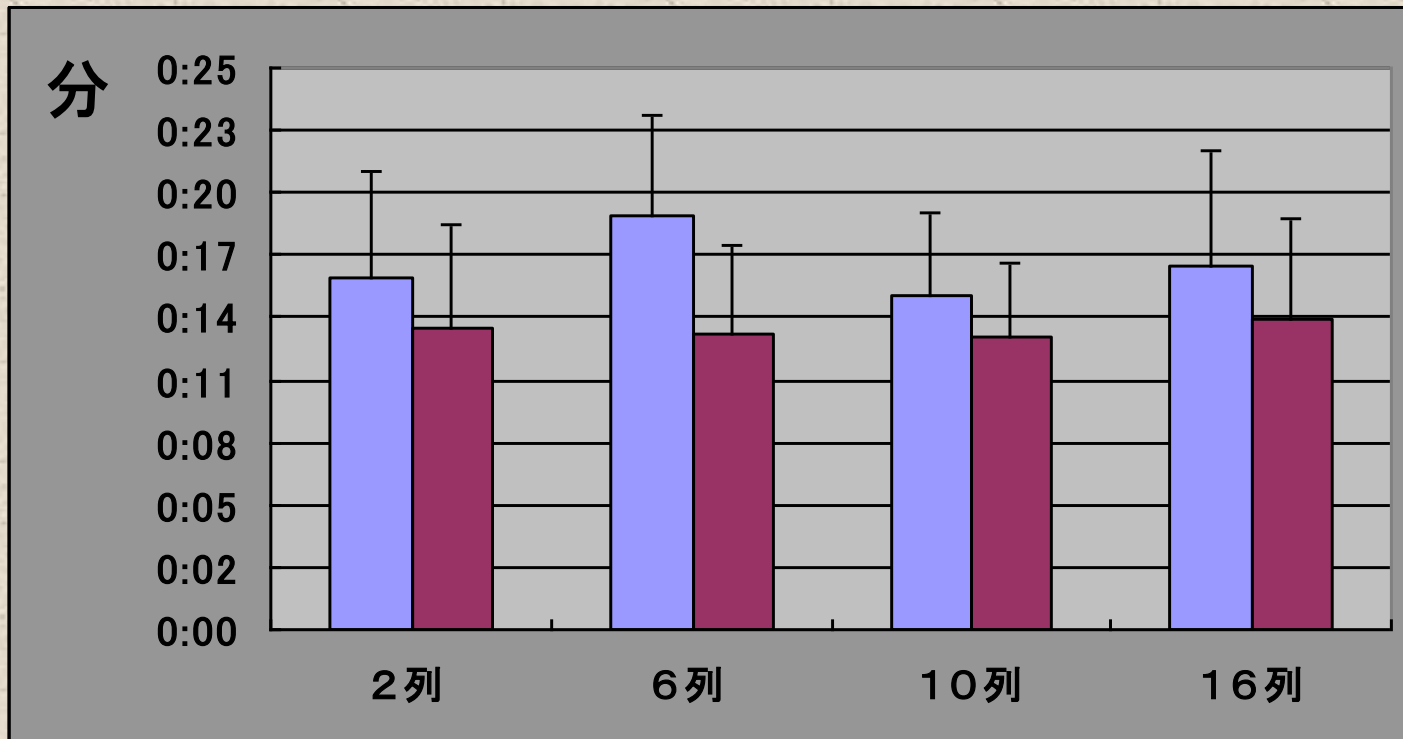


患者さん、診療各科が望むこと

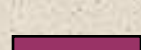
CT検査の作業調査

検査室入室から退出までの検査時間

- 装置別およびCT検査経験年数別に調査 -

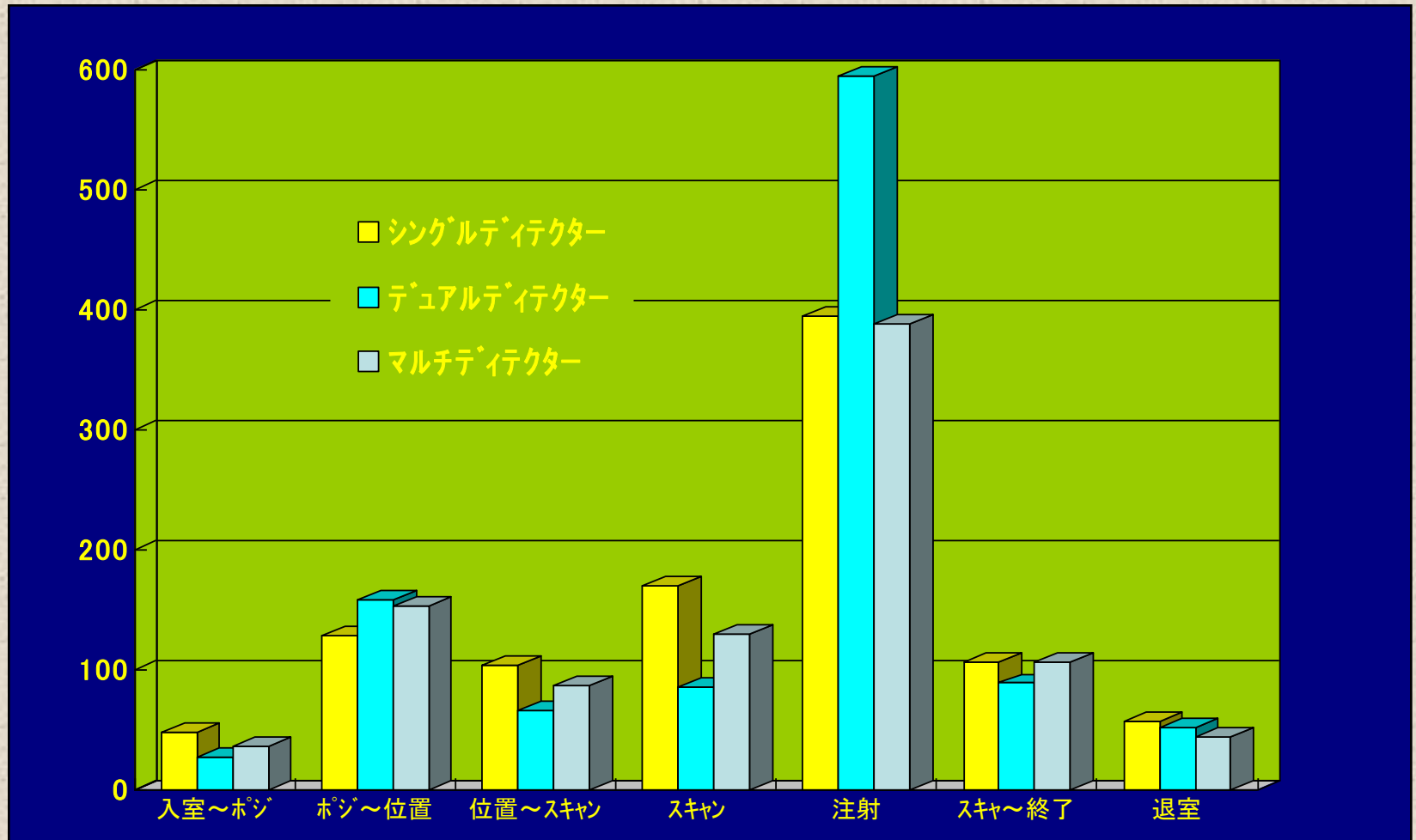


 CT検査経験年数 2ヶ月

 CT検査経験年数 6年

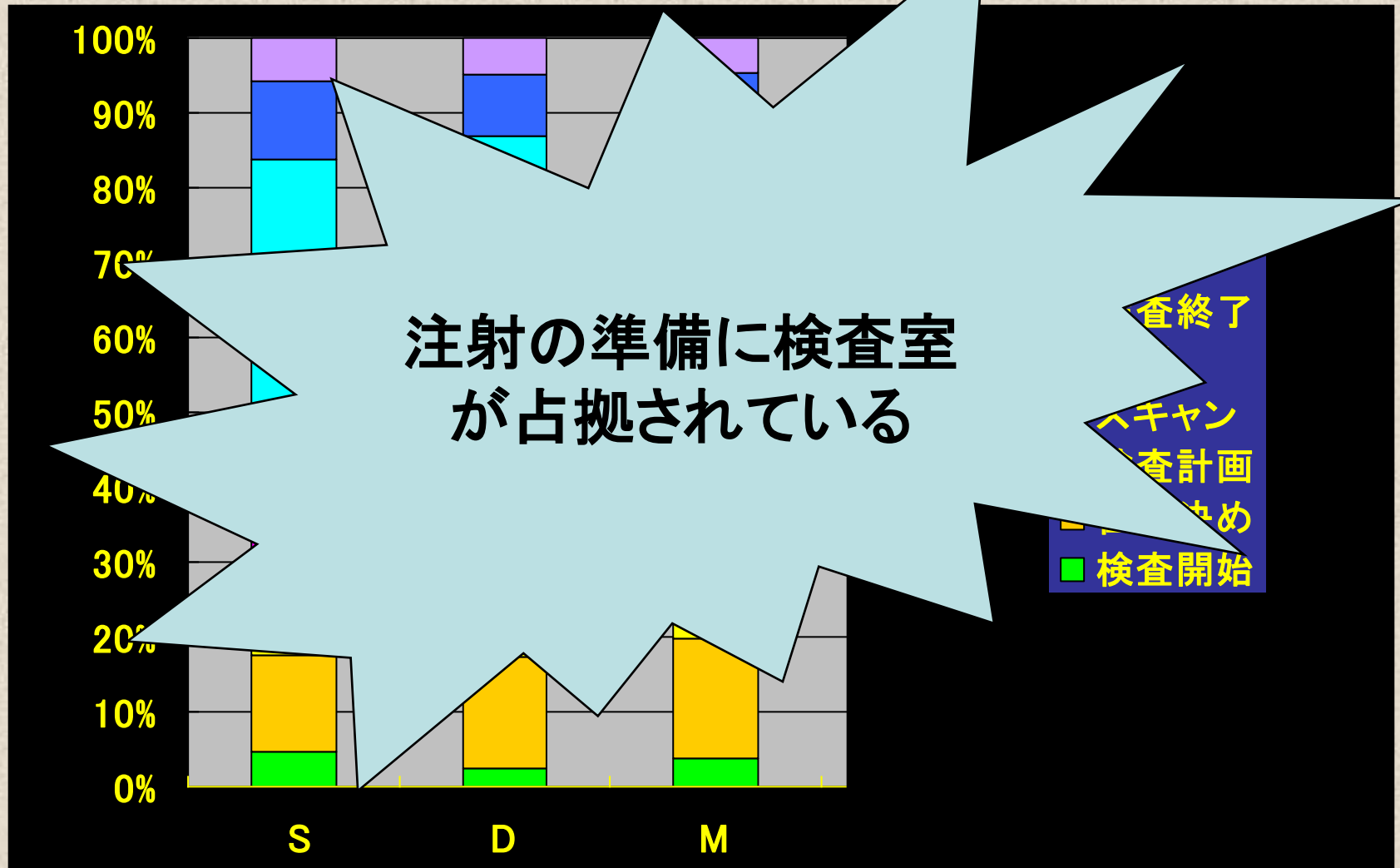
CT検査の作業調査

検査室入室から退出までの作業内容タイムスタディー

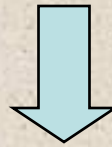


CT検査の作業調査

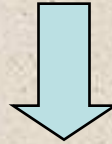
1検査における作業内容の割合



造影準備室を検査室とは別に設置



検査効率の改善



患者さん・診療各科にはメリット

それぞれの専門性を活かし、
質の高い検査の実施と検査効率の上昇を目指し

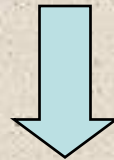
放射線科医は読影に専念

看護師は看護・介助に専念

診療放射線技師は撮影・画像作成に専念



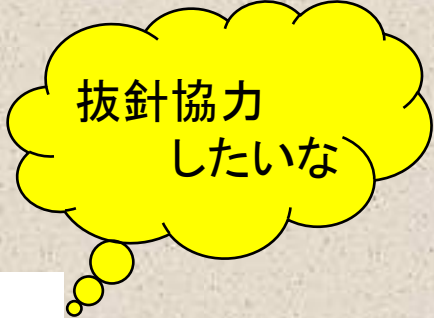
それぞれは満足



造影準備室でのルート確保は研修医が担当



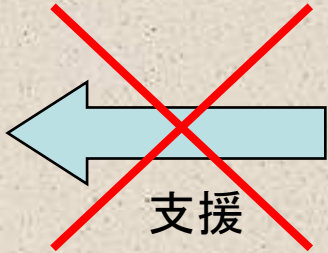
研修医にしわよせ



診療放射線技師



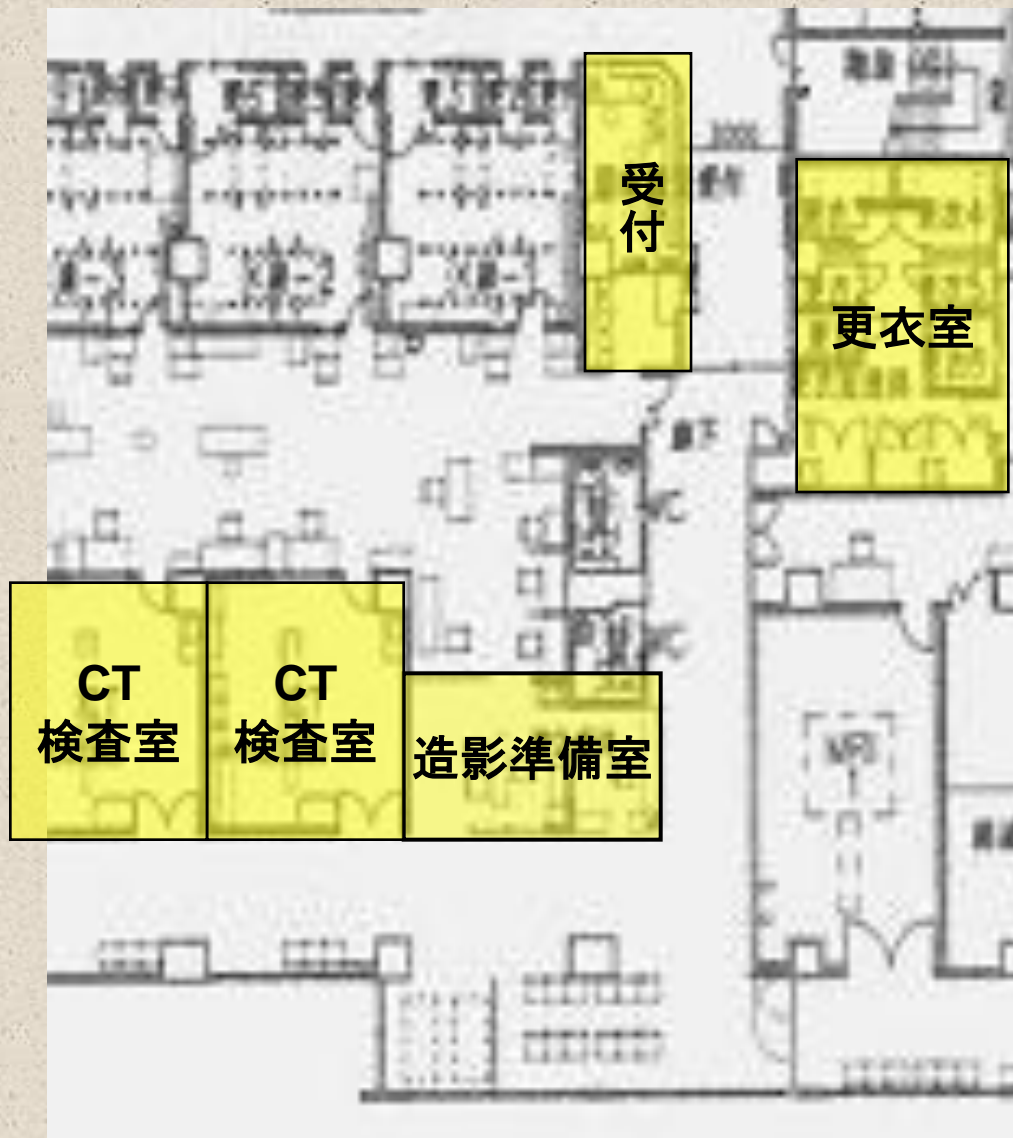
看護師に負担



法律の縛り

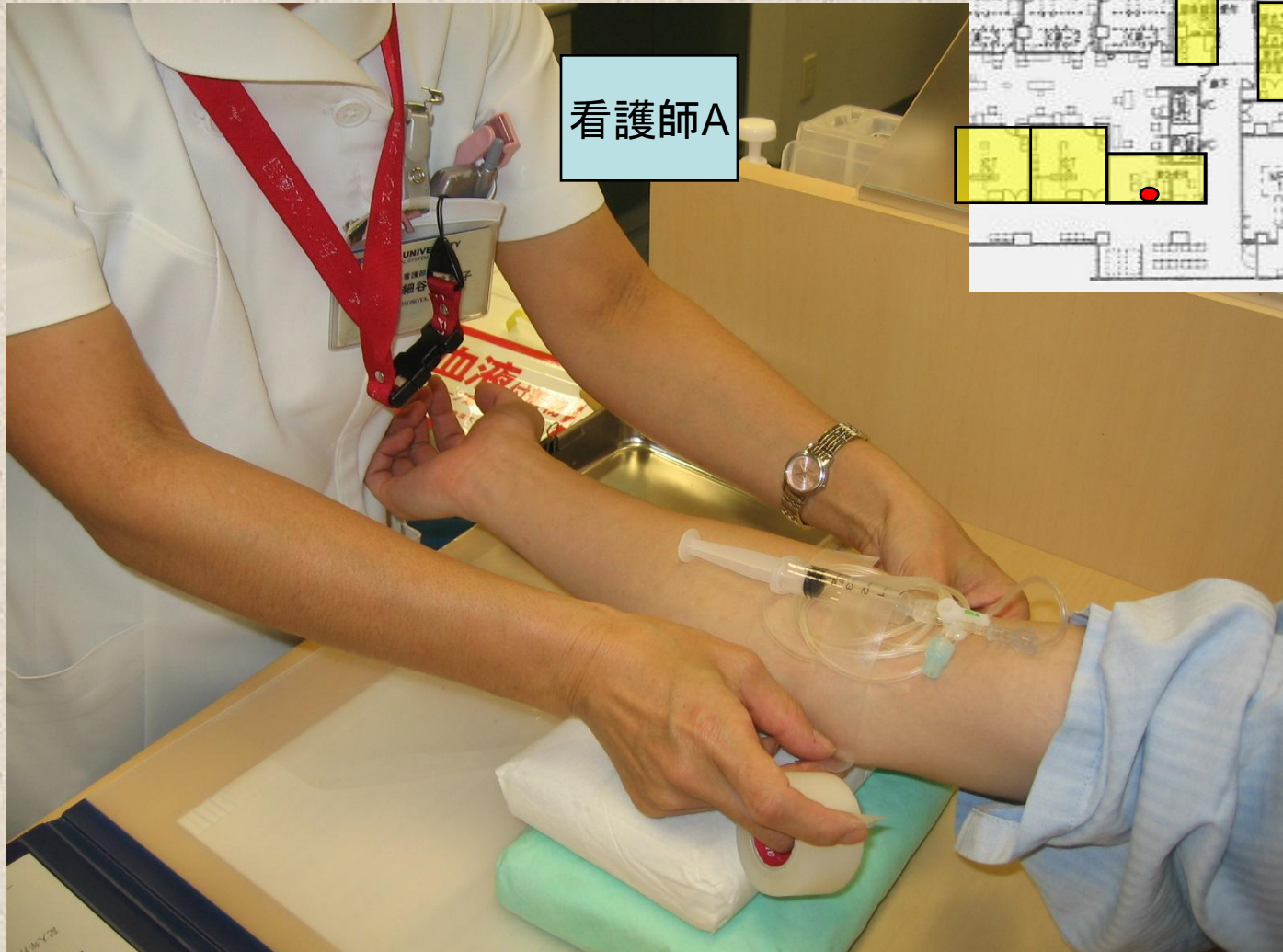
確かに検査室

巧くいかなかった





造影準備室でのルート確保



造影準備室でのルート確保



検査室での接続作業

うまくいかなかった原因は

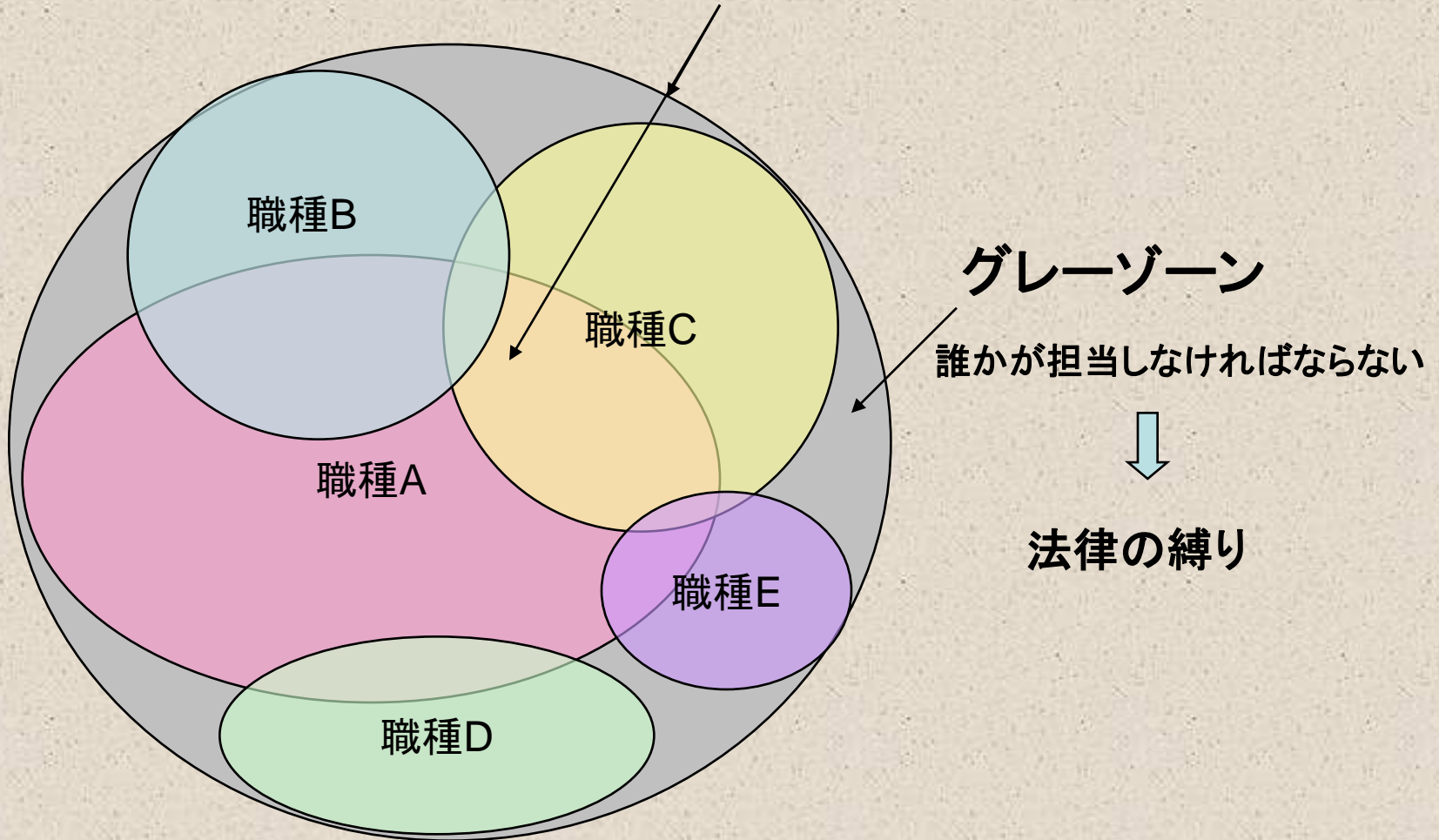
* 一部の人たちにしわ寄せが起こった。

* **法律の縛りがあった。**

* 教育がなされていなかった。

チーム医療

チームの目標



グレーゾーン

誰かが担当しなければならない



法律の縛り

推進するためのためには

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

ご清聴有難うございました

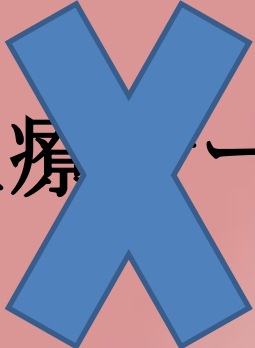
チーム医療 と 臨床工学技士

枚方公済病院
臨床工学科 松阪 淳

Clinical Engineering Technologists



チーム医療のとらえ方

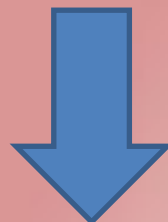
医療  チーム

病期・病態により様々



医師の裁量権に依存

依存・分業型



医師・看護師・臨床工学技士・
医療スタッフ各々が自立し、連携

自立・連携型



臨床工学技士業務：

＝生命維持に必要な機能を分類化した業務

心・循環器系治療、呼吸器系治療、代謝系治療等
特定の部署での業務形態ではありません

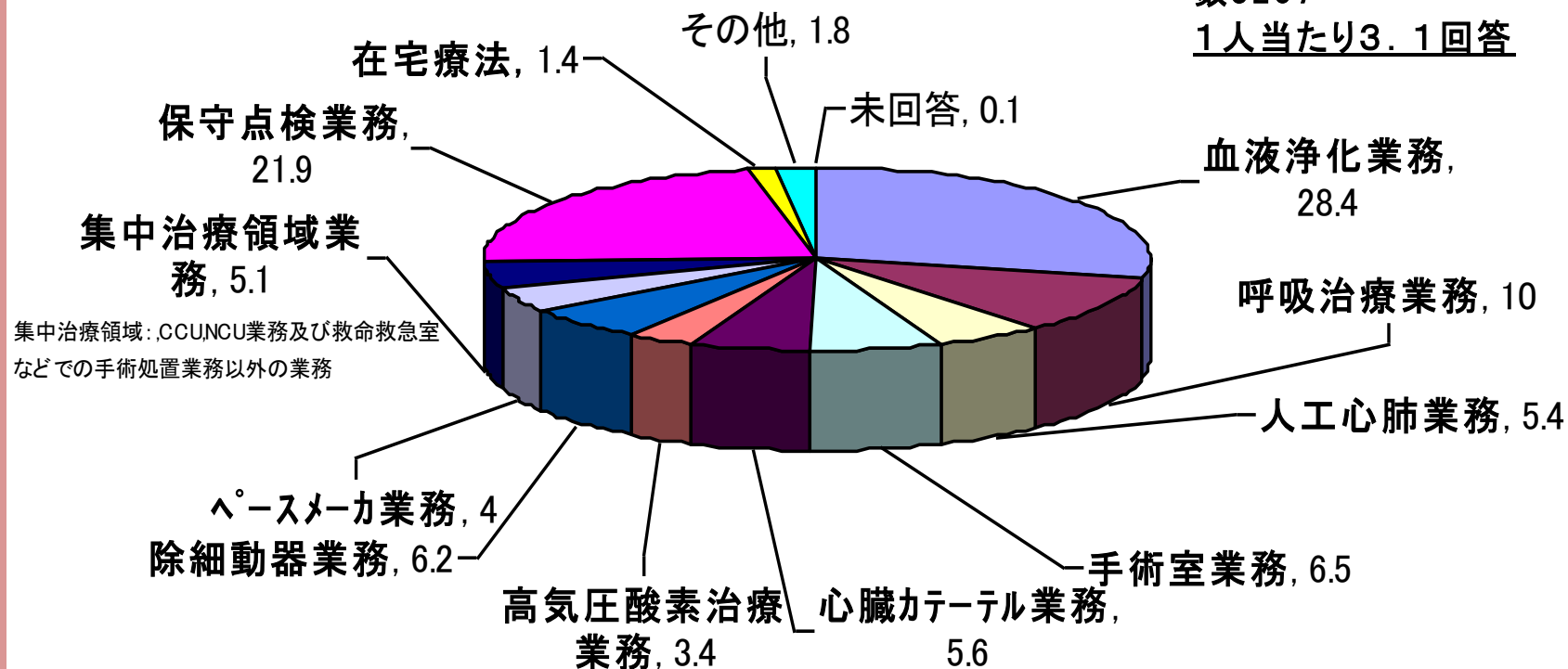
例えば、呼吸療法業務では手術室、集中治療室、
病棟、更に在宅医療など場所が定まっていない



あなたが行っている業務は？

延べ回答数9915，総
数3207

1人当たり3.1回答



現場において常に医師、看護師と協働作業

Clinical Engineering Technologists

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

1. 職種業務中心のセンター的思考



同時並行

2. 各職種において臨床現場に即応できるマンパワーの育成



臨床工学技士法

1988年、規制緩和政策を見据え
チーム医療の概念を基に法制化

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



医療機器が関与した医療事故問題が問題視

医療機器に支えられた領域の、治療の質の向上と安全確保が最重要課題の一つ

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



「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」

平成19年12月28日医政発1228001号

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

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

臨床工学技士は生命維持管理装置
以外においても医療機器の専門家
として評価



医療が抱える諸問題は一層深刻な状況

医師不足、勤務医の加重労働、
増加する医療紛争

医師を含む医療スタッフとの合理的
業務分担が求められている

「医療スタッフの協働・連携による
チーム医療の推進について」

(平成22年4月30日、厚生労働省発出)



内 容

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

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

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



第4回チーム医療推進方策検討WG

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

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



旧厚生省から発出 「臨床工学技士業務指針」

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

の廃止について

(平成22年11月1日 厚生労働省発出)



臨床工学技士の関連法規

(法律第六十号)

臨床工学技士法（昭和六十二年六月二日）

(政令第二十一号)

臨床工学技士法施行令（昭和六十三年二月二十三日）

(厚生省令第十九号)

臨床工学技士法施行規則（昭和六十三年三月二十八日）



第4回チーム医療推進方策検討WG

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

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

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

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



先進医療における臨床工学技士配置

- 一 高周波切除器を用いた子宮腺筋症核出術
- 二 膝靭帯再建手術における画像支援ナビゲーション
- 六 人工括約筋を用いた尿失禁手術
- 八 経皮的レーザー椎間板減圧術
- 十九 経頸静脈肝内門脈大循環短絡術
- 二十二 鏡視下肩峰下腔除圧術
- 二十六 腫瘍脊椎骨全摘術
- 二十九 硬膜外腔内視鏡による難治性腰下肢痛の治療
- 三十二 腹腔鏡補助下腓体尾部切除又は核出術
- 三十六 エキシマレーザー冠動脈形成術
- 三十八 腹腔鏡下膀胱尿管逆流防止術
- 三十九 三次元再構築画像による股関節疾患の診断及び治療
- 四十 泌尿生殖器腫瘍後腹膜リンパ節転移に対する腹腔鏡下リンパ節郭清術
- 四十六 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術
- 四十七 カラー蛍光観察システム下気管支鏡検査及び光線力学療法

- 四十九 超音波骨折治療法
- 五十七 セメント固定人工股関節再置換術におけるコンピュータ支援フルオロナビゲーションを用いたセメント除去術
- 五十八 腹腔鏡下直腸固定術

86項目中 30に臨床
工学技士配置が要件に！

- 七十四 マイクロ波子宮内膜アブレーション
- 七十六 内視鏡下筋膜下不全穿通枝切離術
- 七十八 内視鏡的大腸粘膜下層剥離術
- 七十九 実物大臓器立体モデルによる手術支援
- 八十三 胸腔鏡下動脈管開存症手術
- 八十四 腹腔鏡下スリーブ状胃切除術
- 八十五 腹腔鏡下膀胱内手術
- 八十六 腹腔鏡下根治的膀胱全摘除術

(平成22年4月1日)

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

医師・看護師のサポートが出来る



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



ご静聴有り難うございました



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



財団法人 筑波メディカルセンター
法人事務局次長兼病院副院長
鈴木紀之

本日のご報告メニュー

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

はじめに～前提条件の確認

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

立ち位置～ 3つの顔を持つ事務部門

① 専門化、独自性、組織的立ち位置の変動

⇒ 診療情報管理士～MSW～管理栄養士

② 医事専門職グループ

⇒ もっとも、事務的にチーム医療に近い

⇒ 医師負担軽減における陰の主役になりうる
可能性

③ マネージメントを担う事務

⇒ ヒト・モノ・カネをマネージメント、コーディネート

筑波メディカルセンター病院

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

病院概要 (1)

- 第三次救命救急センター (30床)
- 茨城県地域がんセンター (156床)
- 災害拠点病院 (平成9年1月)
- 地域医療支援病院 (平成11年3月)
- 臨床研修病院 (平成13年3月)
- 日本医療機能評価機構認定

初回認定平成10年3月、平成17年度緩和ケア付加機能、

平成18年度救急医療付加機能、平成21年度リハビリテーション付加機能～付加機能3項目全認定)

- NPO卒後臨床研修評価機構 (JCEP) 認定 (平成19年度)
- 茨城県指定地域リハビリテーション広域支援センター (平成13年8月)

病院概要(2)

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

(データは平成21年度実績)

病院職員数(平成22年4月1日現在)

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

合計1115名(財団法人総計1288名)

チーム医療の必然と病院経営

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

「50:30:20」という黄金率の 当否について

- 総事業収入(補助金等除く)100として

「50 人件費 30 材料費 20 経費」

という、経験的仮説

⇒非営利(投資家への配当を前提としない)の
強みを活かし、かつ、社会的責務を完遂する

⇒まず、ブレのない収支均衡マネージメント

⇒+8700の個性をブレンドする

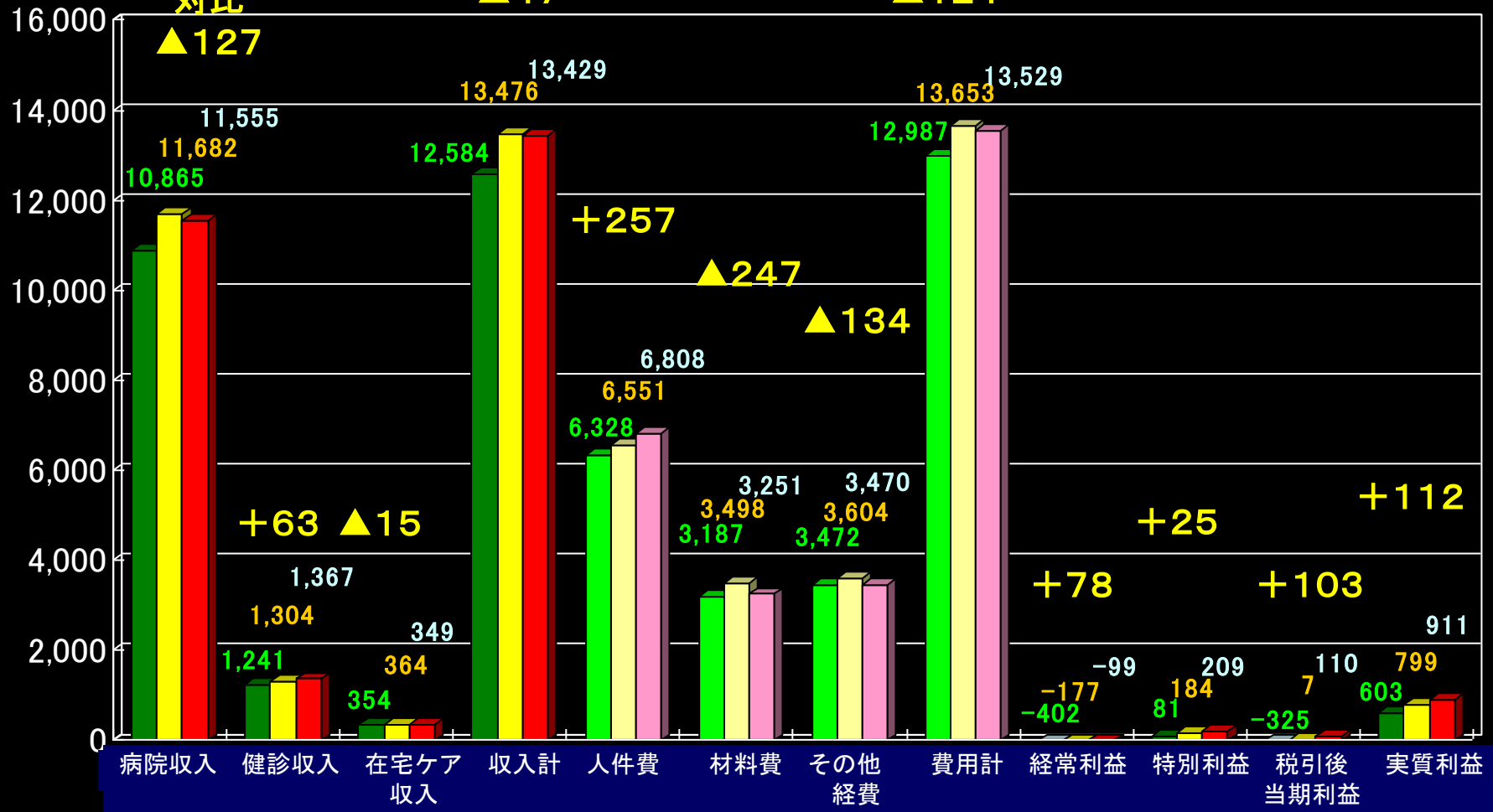
⇒根拠は……以下の資料にて

法人損益状況

H20実績・H21予算・H21実績

単位：百万円

予算・実績
対比



左：H20実績

中：H21予算

右：H21実績

病院事業損益

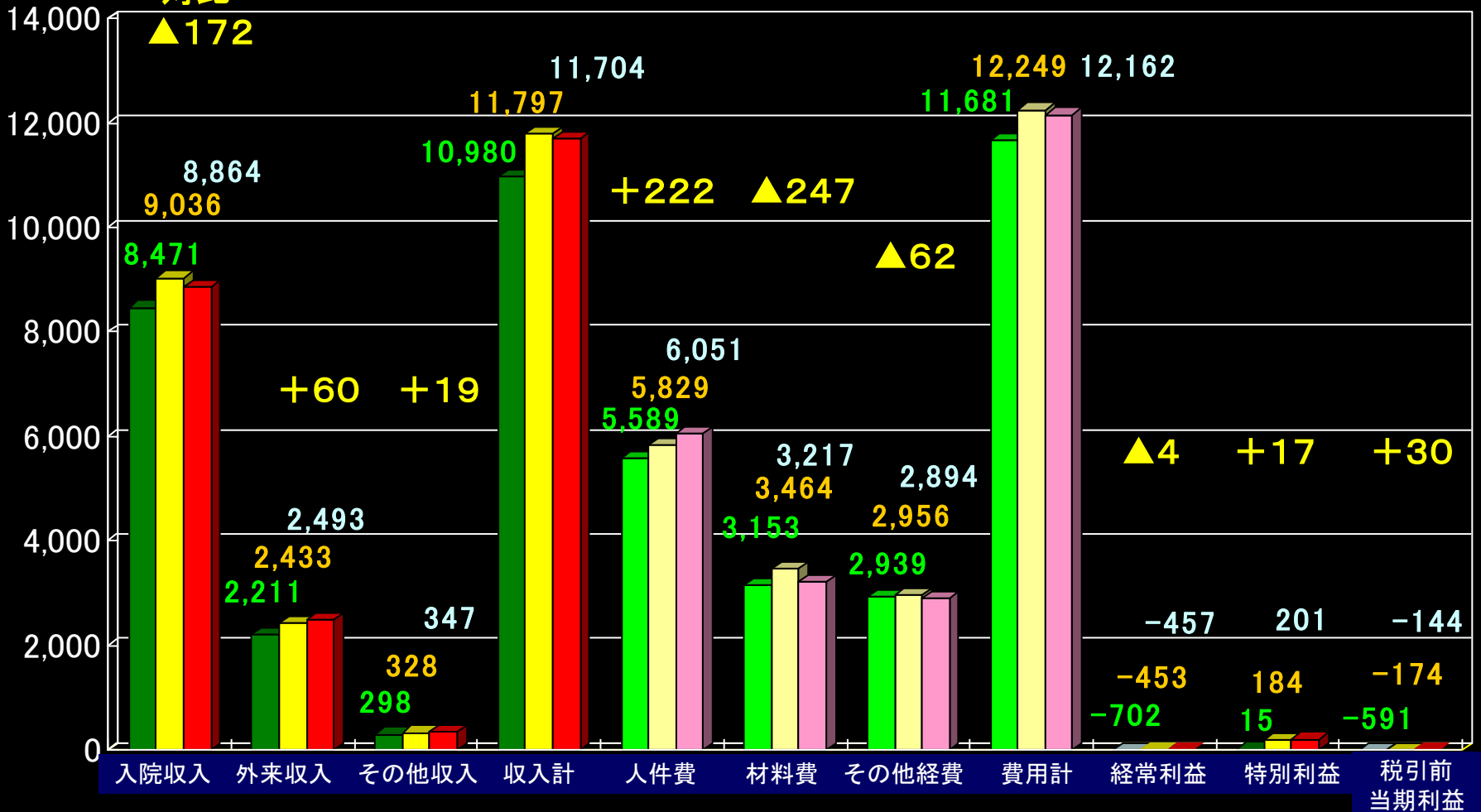
H20実績・H21予算・H21実績

単位：百万円

予算・実績
対比

▲93

▲87



左：H20実績

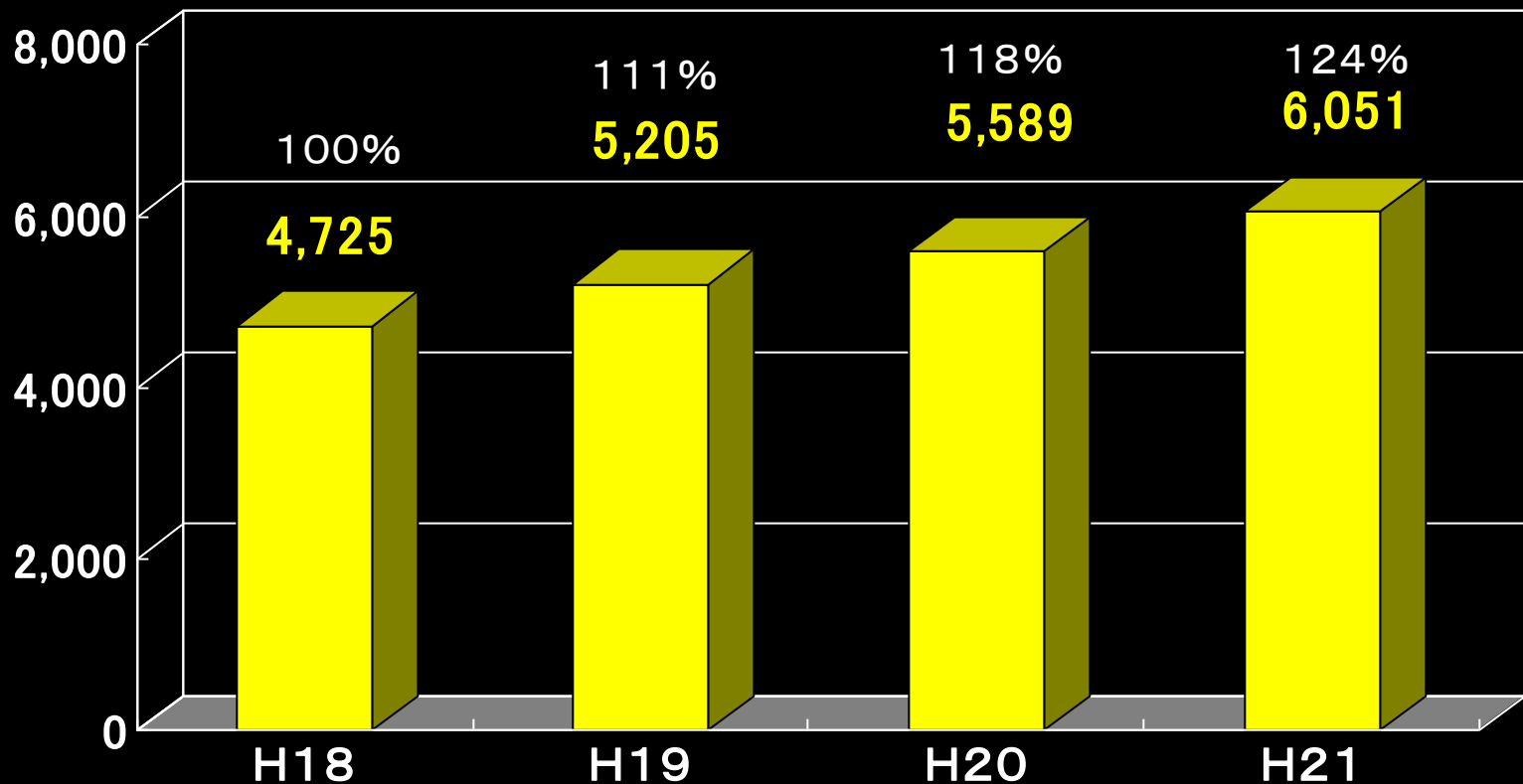
中：H21予算

右：H21実績

人件費 推移

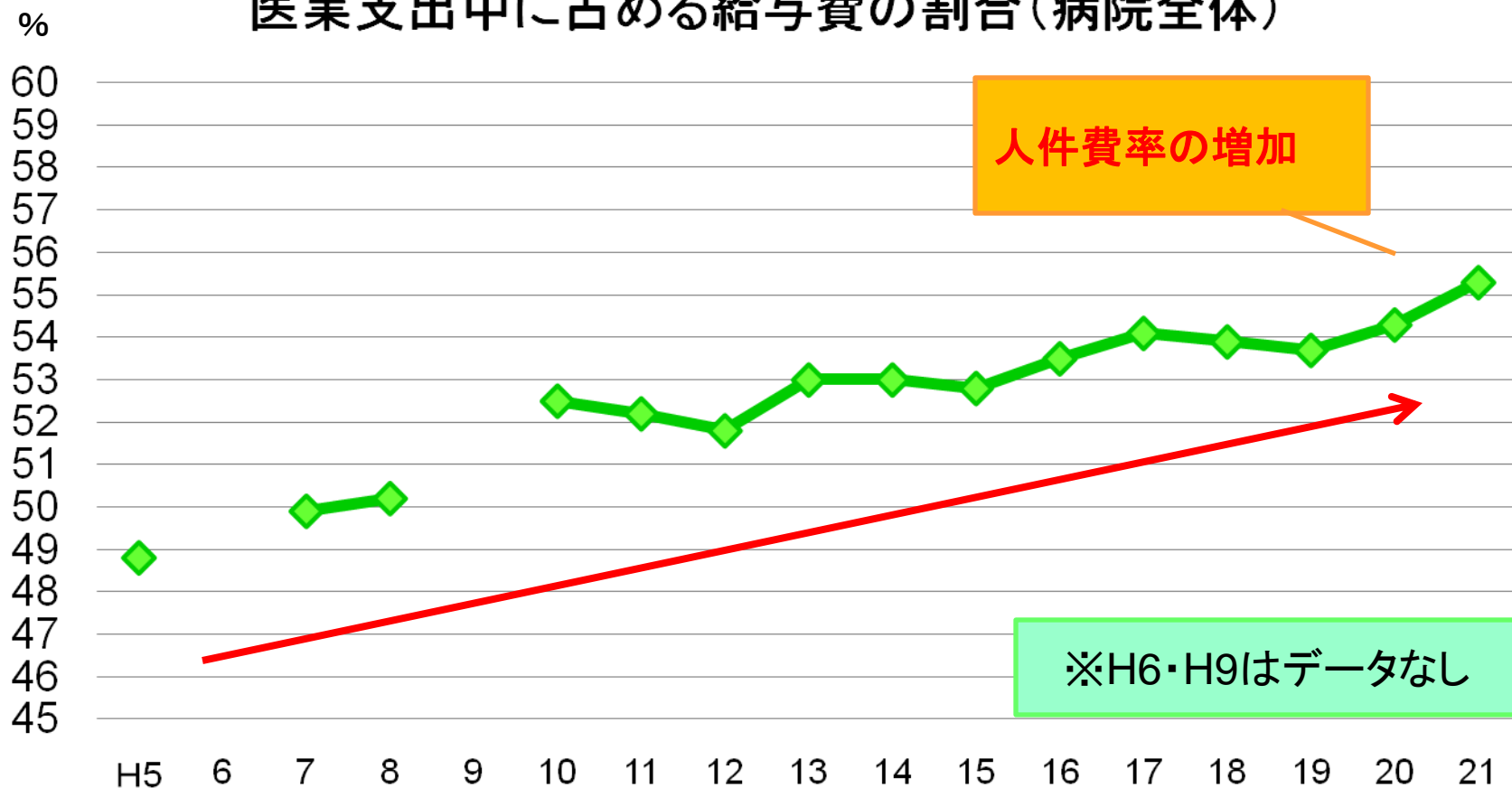
平成18年度～平成21年度

単位：百万円



病院経営調査報告（平成21年度）

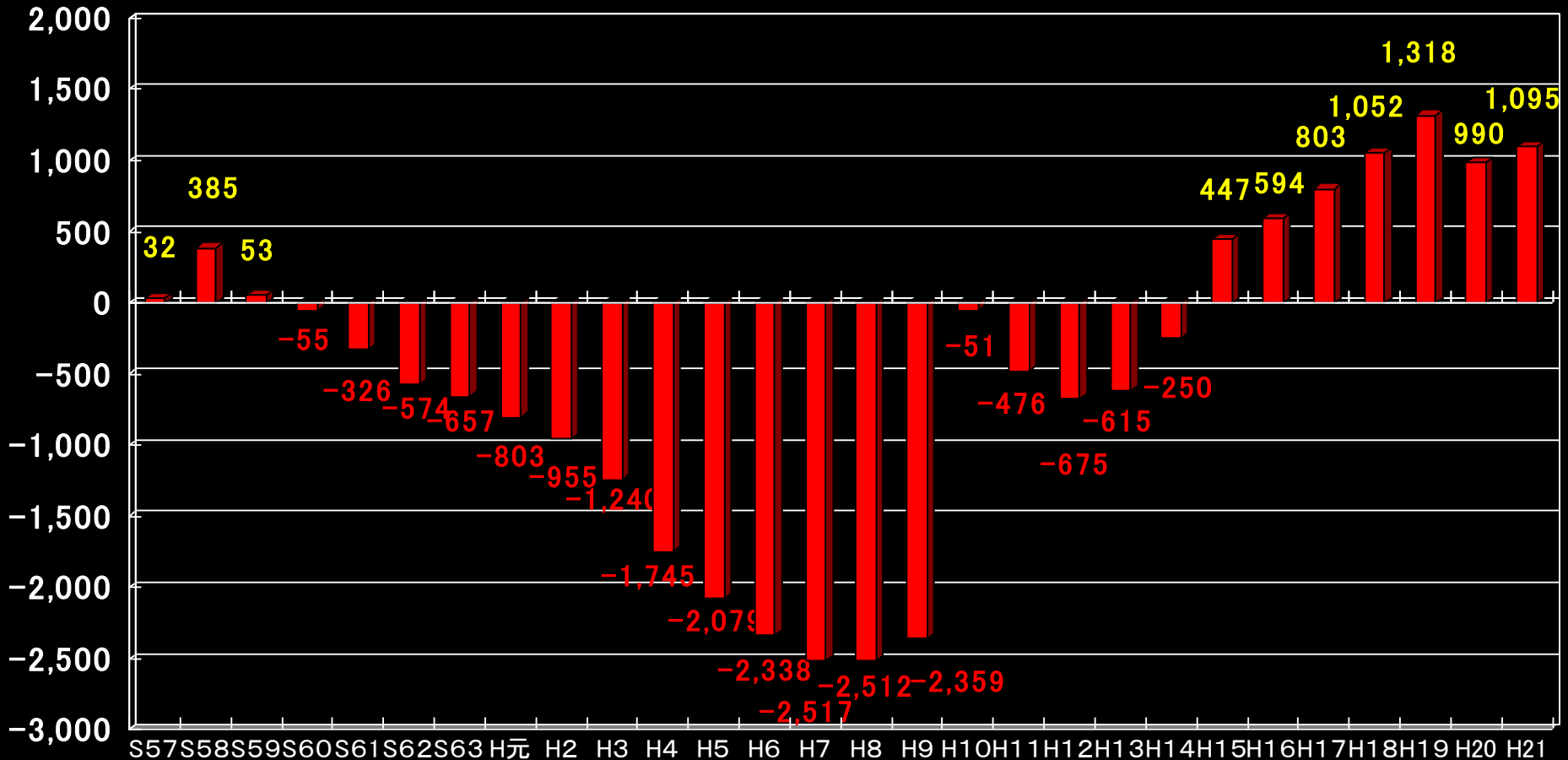
医業支出中に占める給与費の割合（病院全体）



累積損益推移表(法人)

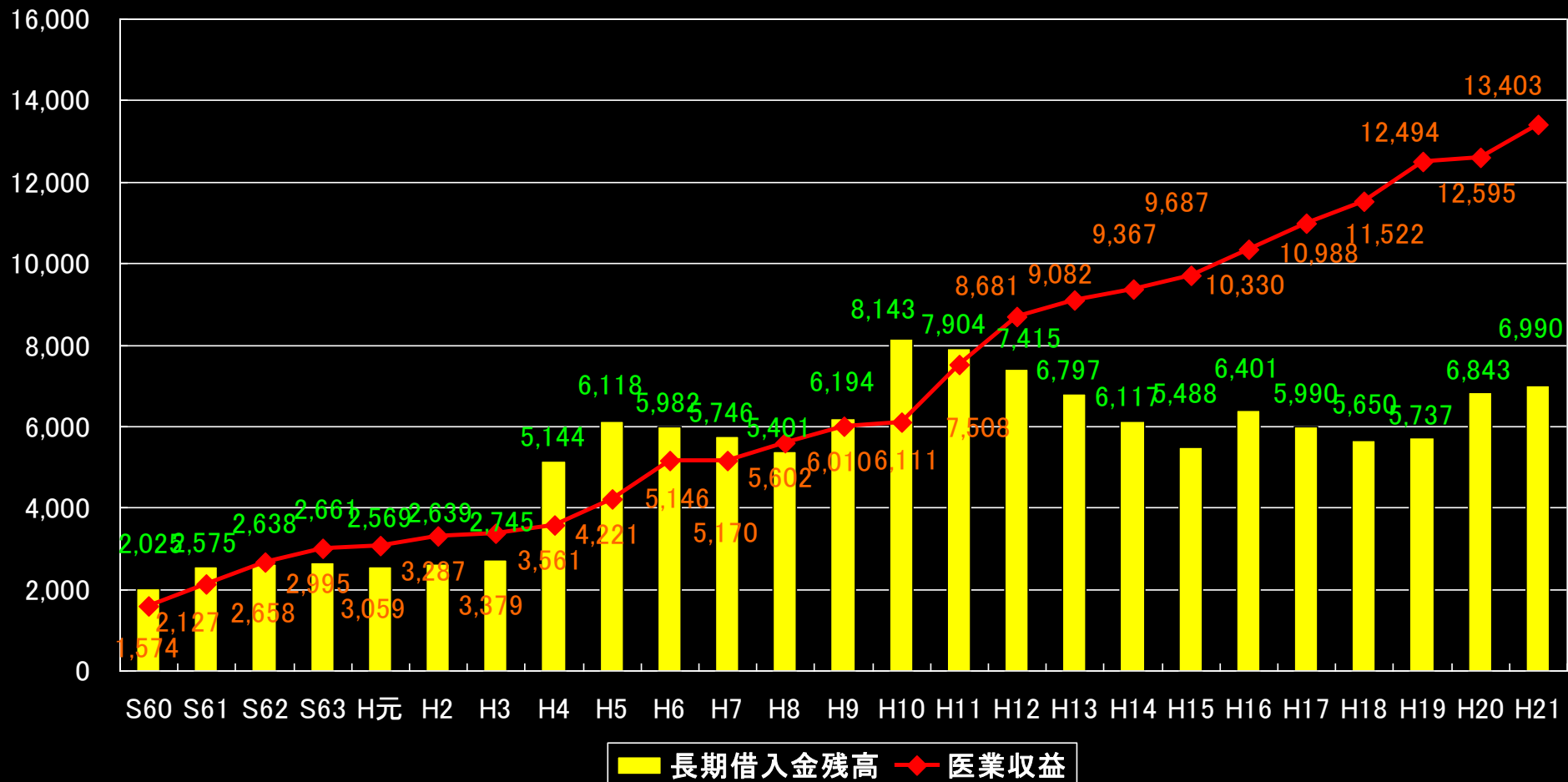
昭和57年度～平成21年度

単位:百万円



長期借入金残高・医業収益 推移 (昭和58年度～平成21年度)

単位:百万円



チーム医療のデザインと事務

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

七段飾りのひな人形より 個性的リカちゃん人形を目指す



看護師の強力な 経営改善インパクトに注目！

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

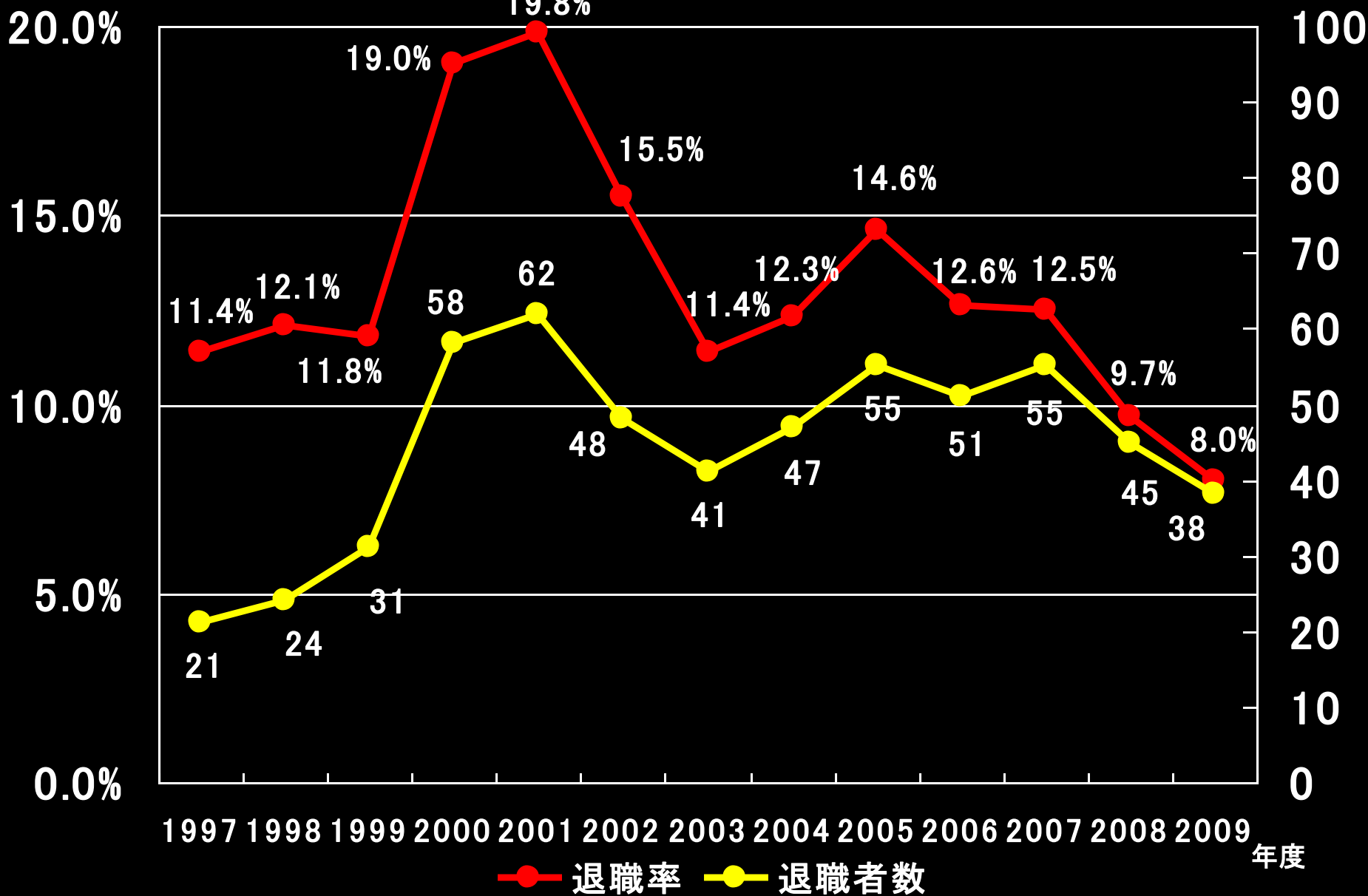
当院の専門・認定看護師 平成22年度

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

看護師退職率と退職者数の年度推移

1997年度～2009年度

単位：人

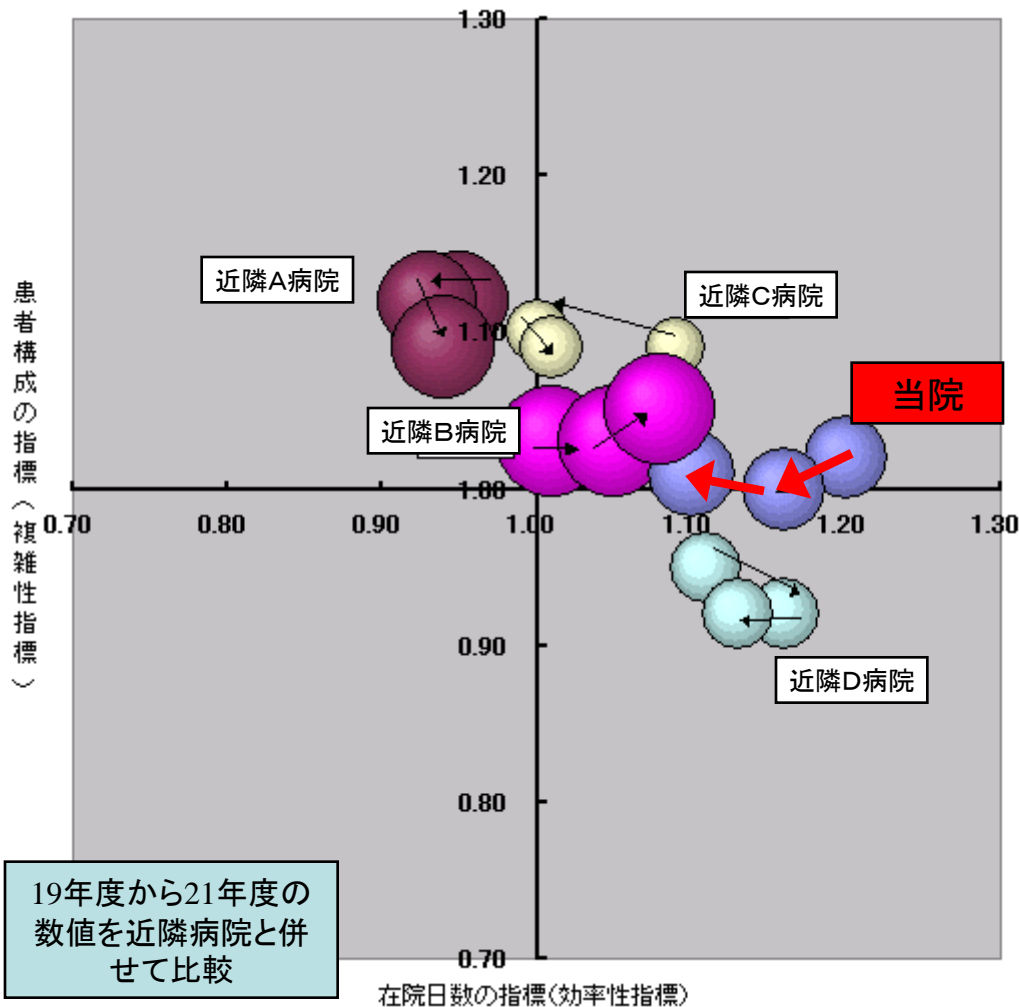


今も昔も経営の根幹は医師 経営改善の成否を握る

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

DPCとチーム医療と病院経営

当院の効率性指数に基づく係数と 複雑性指数に基づく係数について



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

チーム医療で、宝の山探索

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

改めて、事務部門とは

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

チーム医療に貢献できる可能性と覚悟

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

日本中の病院が全部目黒に！！

プレゼントありがとうございました！！