

第5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28日（金）17:00～19:30

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：堀内委員 ヒアリング資料

資料3：柏木委員 ヒアリング資料

資料4：近森委員 提出資料

資料5-1：栗原委員 提出資料①

資料5-2：栗原委員 提出資料②

資料6-1：向井委員 提出資料①

資料6-2：向井委員 提出資料②

資料7：松阪委員 提出資料

資料8：津川委員 提出資料

資料9：森田委員 提出資料

第5回「チーム医療推進方策検討WG」

平成23年1月28日(金) 17:00~19:30

場所 厚生労働省 省議室(9階)

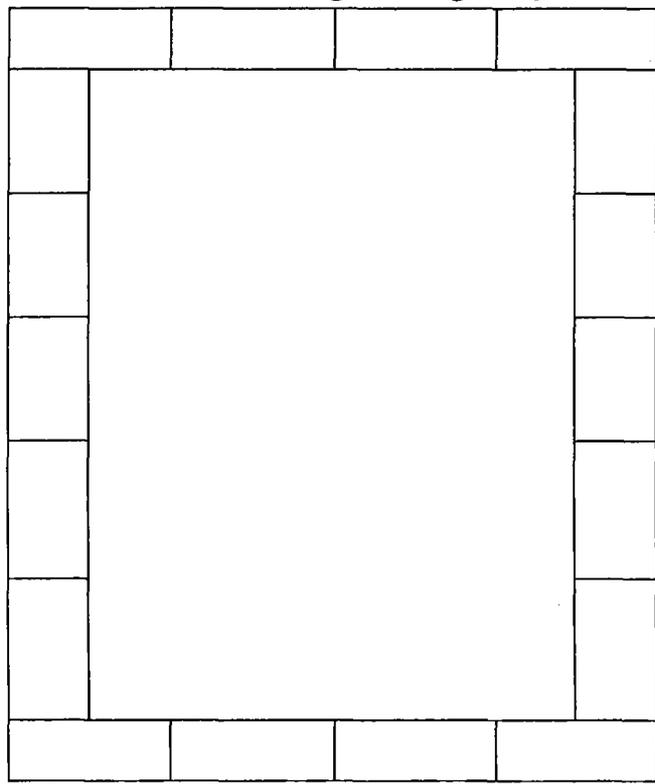
速記
○

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

入
口

関係者

玉 城 委 員 ○
鈴 木 委 員 ○
栗 原 委 員 ○
川 島 委 員 ○
川 越 委 員 ○
柏 木 委 員 ○
遠 藤 委 員 ○
市 川 委 員 ○



○ 原 口 委 員
○ 堀 内 委 員
○ 松 阪 委 員
○ 三 上 委 員
○ 向 井 委 員
○ 森 田 委 員
○ 津 川 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

第5回 チーム医療推進方策検討WG

周産期におけるチーム医療 自立と連携



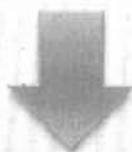
聖路加産科クリニック 副所長
聖路加看護大学 教授
日本助産学会 理事長
堀内 成子

平成22年3月「チーム医療の推進に関する検討会」報告

3. 看護師以外の医療スタッフ等の役割拡大

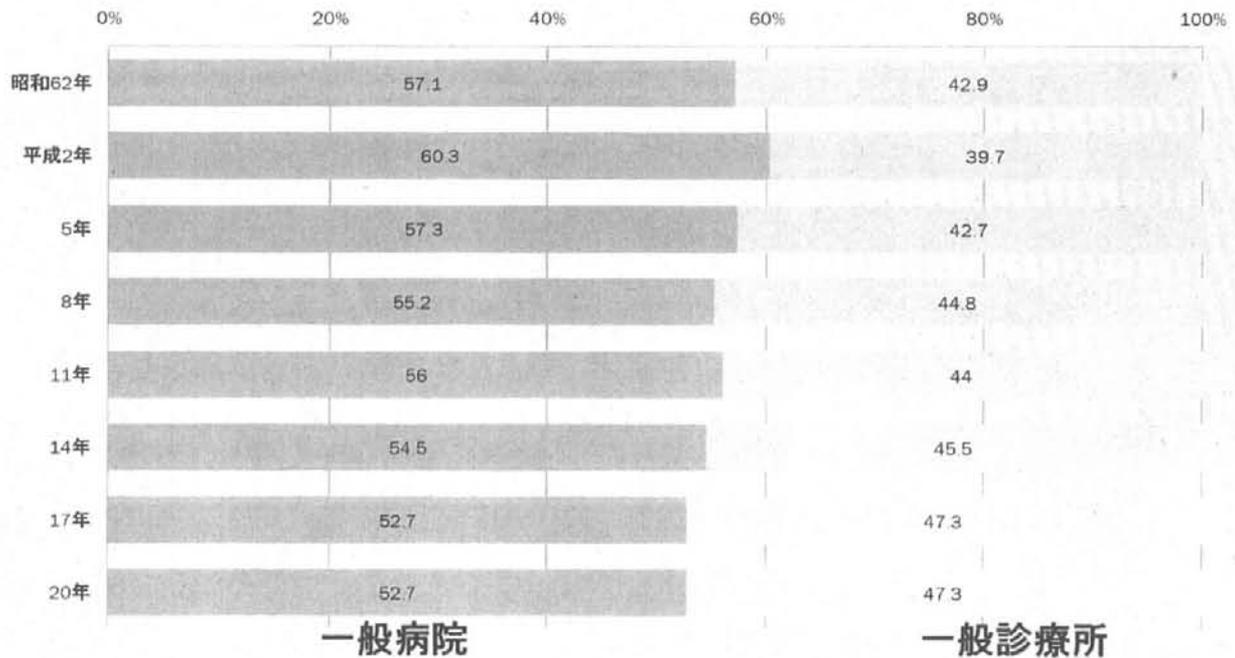
(2) 助産師

助産師は、正常分娩であれば、自ら責任を持って助産を行うことができることから、産科医との連携・協力・役割分担を進めつつ、その専門性をさらに活用することが期待される。



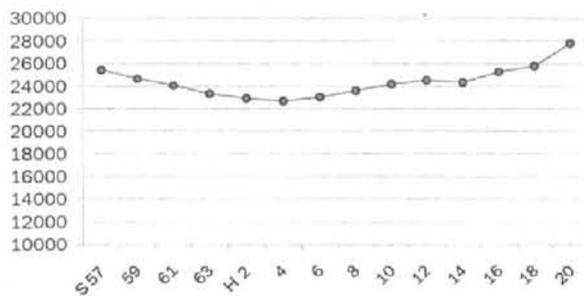
自立と連携

分娩件数の年次推移 一般病院と診療所



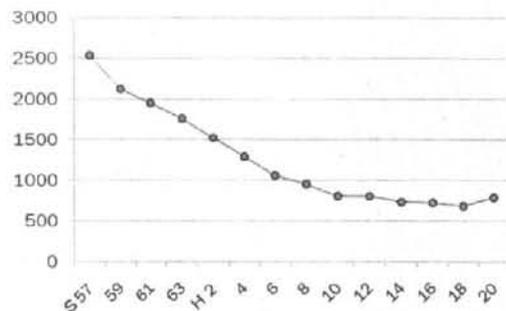
就業助産師数

就業助産師数の年次推移



資料：保健・衛生行政業務報告（衛生行政報告例）

開設者である助産所数の年次推移



資料：保健・衛生行政業務報告（衛生行政報告令）

場所別：病院68.8%、診療所18.7%、助産所5.9%

医療レベルとチーム医療



妊産婦・家族のニーズ と 医療者からの助言

5

提案するチーム

- A. プライマリケア助産所-嘱託医療機関チーム
(一次医療と高次医療の連携) 少職種・外部照会
- B. プライマリケア診療所-高次医療チーム
(一次医療と高次医療の連携)
- C. ハイリスク・トリアージ病院内チーム
(二次・三次医療施設内の住み分け) 多数多職種

少職種

多職種

分娩件数Cが52%,Bが47%,Aが1%

6

開業している助産師

- A 助産所での分娩対象者
- B 産婦人科医との相談の上、共同管理
- C 産婦人科医が管理すべき対象者

正常分娩急変時のガイドライン

助産所
嘱託医・嘱託医療機関をもつ

プライマリケア助産所-嘱託医療機関チーム

正常妊娠・分娩・産褥・新生児のケア

- 地域に根ざしたケアー女性の産む力の育成・尊重
- 顔なじみの助産師による継続したケア・徹底した養生支援

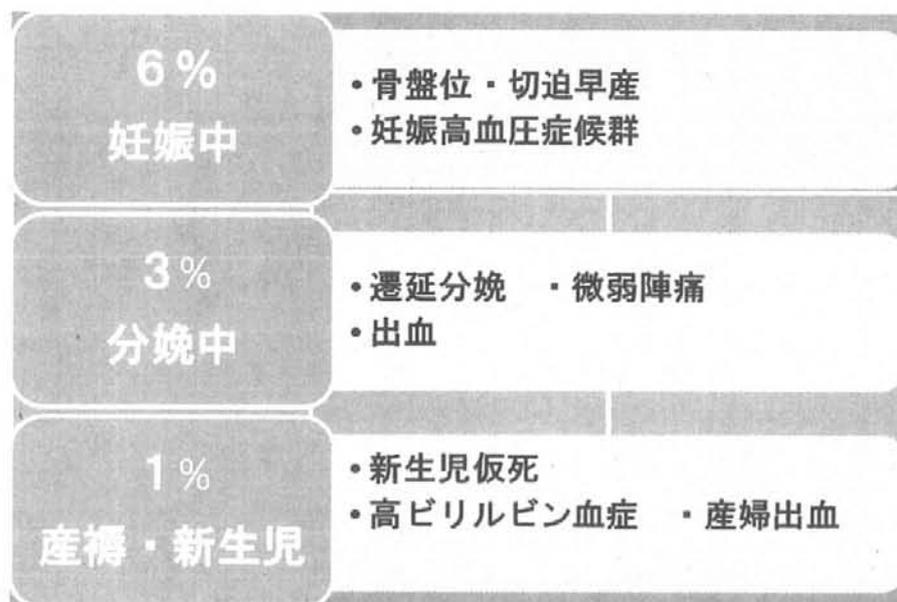
正常逸脱・異常例の転院・搬送

- 正常からの逸脱を予想させる妊産婦・新生児の発見
- 嘱託医との密接な相談・連携
- 嘱託医療機関での事前診察・密接な情報交換

必要な人に、必要な医療を

助産所からの搬送率

(江藤宏美、東京都助産所6104件分娩)



必要な人に、必要な医療を

9

プライマリケア診療所-高次医療チーム

正常妊娠・分娩・産褥・新生児のケア

- 地域に根ざしたケア—女性の産む力の育成・尊重
- 顔なじみの助産師・医師による継続ケア・予防重視
- 医療介入は必要不可欠なものに限定

リスクのある症例の治療

- 正常からの逸脱を予期させる妊産婦・新生児の発見
- 適宜、高次医療機関へ転院・搬送

8割の正常症例、2割のリスク症例

10

プライマリケアに助産師を活用する利点

1. 妊産婦の意向を尊重したケアが可能
2. 妊産婦は、正常性を保つ健康管理を学ぶ
3. 地域に根ざした長期的子育て支援が可能
4. 家族まるごと視野に入れた健康づくり
5. エビデンスに基づく医療の提供
6. 防衛医療の抑止、医療費節約
7. 妊産婦・家族の満足度が高い

11

妊婦と冷え症

(中村幸代、妊婦の冷え症がもたらす異常分娩の解明、2011)

1. 早産	3.5倍
2. 遷延分娩	2.4倍
3. 微弱陣痛	2倍
4. 前期破水	1.7倍

2810人の東京都内の妊婦調査

(分析は、傾向スコアを用いて、共分散分析・層別分析を施行し交絡因子の調整を行った。)

妊娠中の身体の冷えを防ぐ養生法の根拠

12

希望している母親の母乳授乳達成率

(聖路加産科クリニック、2010)

	全国平均	聖路加産科 クリニック
希望者	96 %	99 %
退院時	48.6%	87.5%
1ヶ月児	42.4%	90 %

母乳授乳が成功するための支援

13

B チーム例：聖路加産科クリニック (門前、院外助産診療所)

99%助産所のような診療所
(帝王切開・硬膜外麻酔 不可)

ケア可能な妊産婦の条件：

利用者説明で事前に説明

助産師チームによる妊娠から産後までのケア
時間をかけての身体づくり・心の準備

必要最低限の医薬品の使用

・・・陣痛促進剤、緩下剤使用しない
ある程度予測できる転院・搬送



妊産婦の評価：聖路加産科クリニック

寄り添ってくれる人がいたから身体も心のことも、しっかり自分と向き合うことができた妊娠期間でした。

1回、1回がとても充実していて来院するたびに信頼関係を深められたように思う。

産後に便秘がなおってびっくりした。食事の大切さを学んだ。

家庭的だけど専門的なケアが受けられた。

自然に身を任せたお産は、大変感慨深い。本当に自分の力で「産めるんだ」「産めたぞ」という思いでした。

息子のこと、夫のことをますます愛してしまう心のゆとりをこの場所でいただきました。



ハイリスク・トリアージ病院内チーム

リスクのある妊産婦へケア

- ・治療方針決定は医師：産婦人科・小児科・遺伝診療・麻酔科・精神科他
- ・専門性を活かした支援：助産師・看護師・薬剤師・臨床心理士・栄養課・ソーシャルワーカー・医事課等

正常妊娠・分娩・産褥・新生児のケア

- ・院内助産システムにトリアージ、業務範疇を明白に
- ・多人数多職種がかかわる故に、分断しない工夫

7-9割のハイリスク・3-1割の正常例（二次・三次医療）

周産期医療機関をどう選ぶか

妊産婦・家族への啓発活動



妊娠の確定・・・妊婦と家族の希望・選択

医療レベルの選択・・・妊娠6週で分娩予約・お産難民に焦る！
選択肢が分からない。事前情報が少ない。

リスクが生じたら・・・高次医療システムへ変更

＜安心・安全への道＞

ミスマッチを防ぐ！

一次医療で対応できる人が、三次医療を選ぶ。×
三次医療の必要な人が、一次医療にいる。×

公平な医療資源の分配・・・必要な人に必要な医療を

17

さらなるチーム医療への道

1. ケアモデルガイドラインの開発
2. 現行基準に合った用語と業務範囲を決定
3. 基準と法制化を調和させる
4. 医師個人の方針に左右されないシステム
5. 標準化された状況での包括指示
6. 情報共有を促進する
7. 妊産婦への啓蒙、利点を奨励する
8. 医療費節約の可能性を探索

18

精神科チーム医療と 精神保健福祉士の役割

財団法人浅香山病院

精神保健福祉士

柏木 一恵

財団法人浅香山病院の概要

- 創立: 1922年(大正11年)11月
- 許可病床: 1,196床
(精神病床948床・一般病床152床・療養病床96床)
- 標榜科目: 内科(消化器・呼吸器・腎臓)、循環器科、外科、泌尿器科、整形外科、リハビリテーション科、小児科、放射線科、眼科、皮膚科、婦人科、耳鼻咽喉科、麻酔科、歯科、心療内科、精神科、神経科
- 施設基準等: 一般病棟7対1入院基本料、ハイケアユニット入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料1、介護療養型医療施設(I)精神科救急入院料2、精神科急性期治療病棟入院料1、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料1、精神病棟15対1入院基本料

- 関連施設: 介護老人保健施設「みあ・かーさ」、訪問看護ステーション「ひまわり」、浅香山病院ケアプランセンター、堺東クリニック(泌尿器科・人工透析)、難波クリニック(心療内科・精神科・神経科)、認知症疾患医療センター(病院内併設)、浅香山病院附属診療所、社会復帰施設「アンダンテ」(生活訓練施設・地域生活支援センター・就労ステーション)、メンタルヘルスケアセンター「フィオーレ」、浅香山病院看護専門学校、
- 社会福祉法人浅香山記念会:
介護老人福祉施設「かーさ・びあんか」



病院スタッフ配置数

※()内パート

- 医師: 常勤51名(34名)
内 精神科医21名(4名)
- 看護師: 常勤435名(15名)
- 准看護師: 常勤89名(3名)
- 作業療法士: 常勤21名(1名)
- 理学療法士: 常勤19名(1名)
- 言語聴覚士: 常勤4名
- 臨床心理技術者: 常勤10名(3名)
- 精神保健福祉士:
法人内 常勤37名(4名)
内 精神科相談室 常勤17名
内 精神科デイケア 常勤3名
- MSW: 常勤3名
- 薬剤師: 常勤16名
- 臨床検査技師: 常勤13名
- 診療放射線技師: 常勤11名
- 管理栄養士: 常勤5名(2名)
- 栄養士: 1名
- 事務職: 常勤51名(24名)

精神科医療機関における チーム医療

チーム医療

前提として:

我々がチーム医療をもって目指すのは、医療の究極の目標としての健康
人々の健康で安心な暮らしの確保のためのサービス提供

健康とは:(1984年WHO保健憲章の定義から)

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることをいいます。

(日本WHO協会訳)

⇒健康な生活を確保するため求められるチーム医療において、
肉体的や精神的健康を目指し、疾病に焦点をあてCUREやCAREを提供することと、
社会的に良好な状態の実現を目指しCAREを提供することが必要であり、
それぞれに専門的対応を行う専門職やスタッフがチームとして存在する必要がある。

精神科医療においてチーム医療が不可欠な理由その1

●歴史的背景と現状の課題から

日本の精神医療政策においては、長く「医療」の対象としてのみ処遇され、社会生活を営む生活者としての権利を保障する状況になかった。

○ハードでは、医療圏域設定や医療機関のアメニティ、人員配置を含む施設基準や入院制度等の精神医療法制度施策の貧弱さ

○ソフトでは、国民への精神疾患や精神障害に関する普及啓発不足から、「著しいところのバリア」がある状況

⇒日本の精神科医療の最大の課題

入院患者の在院期間の長期化・・・平均在院期間〇〇年

社会的入院患者の多さ・・・約7万6千人

任意入院でありながら閉鎖処遇を受けている患者の多さ・・・〇〇割

⇒権利擁護を担う社会・生活モデルによる支援人材

＝ソーシャルワーカーの必要性

政策の変遷

1950年 精神衛生法成立

入院処遇を強めていく時代状況へ

1987年 精神保健法成立

患者の権利擁護と社会復帰を法に謳われ、社会復帰支援に向けて他職種チーム医療の展開が進み始める

1993年 障害者基本法(障害者の位置づけが法に明記)

1995年 精神保健福祉法成立以降

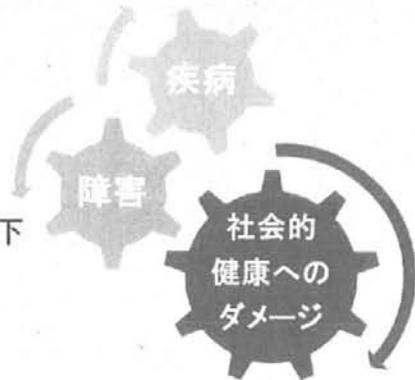
政策的には、地域生活実現のための方向性に向かう

2004年 精神保健医療福祉の改革ビジョン

「入院医療中心から地域生活中心へ」

精神科医療においてチーム医療が不可欠な理由その2

● 疾病と障害を併せ持ち、 相関関係が大きい障害特性



事例1: 疾病⇒鬱症状により、不眠、意欲低下、集中力低下

障害⇒外出億劫、人とのコミュニケーションに支障、
業務遂行の継続困難、出勤困難

社会的健康へのダメージ⇒休職、退職⇒家族関係、社会的役割喪失等

事例2: 疾病⇒統合失調症により、幻覚妄想等の出現

障害⇒視線恐怖から外出困難、不登校、昼夜逆転

社会的健康へのダメージ⇒休学、留年、中退、ひきこもり

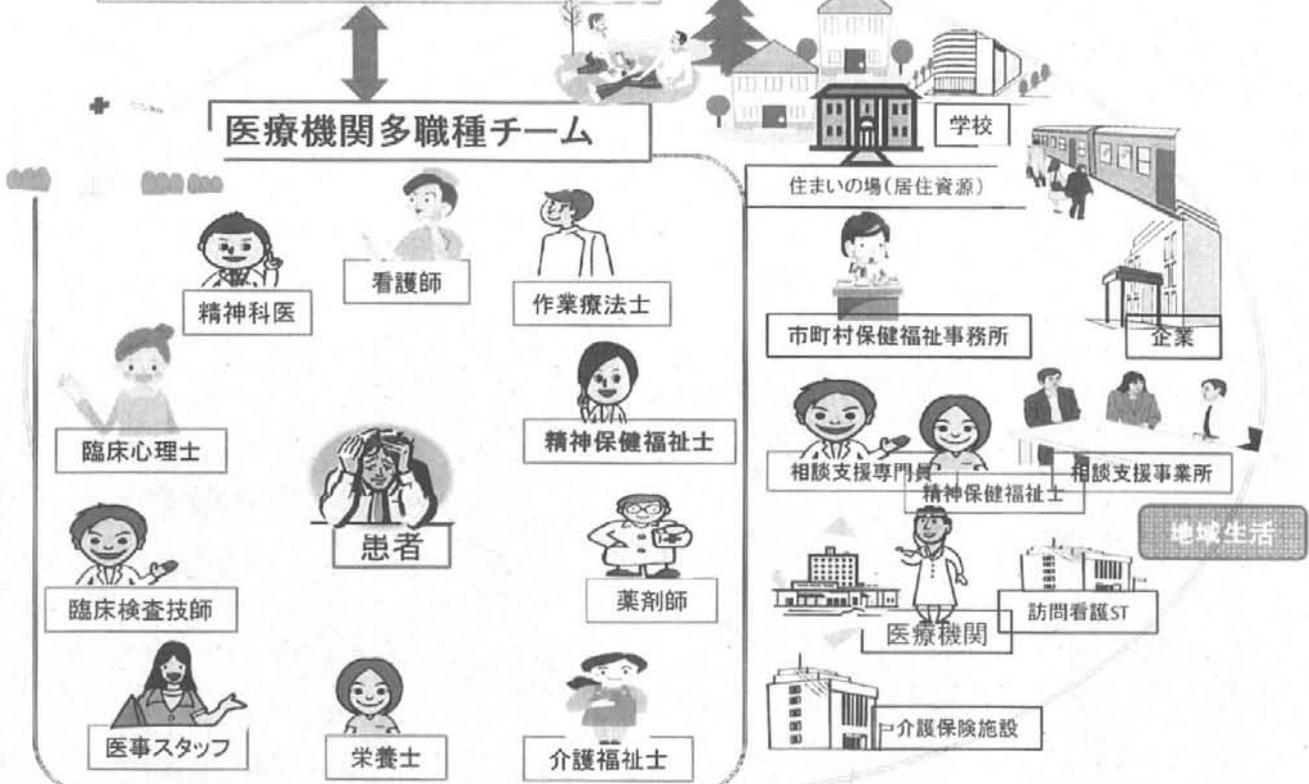
⇒自立生活困難⇒就労困難、生活再建困難

⇒生活者として対象者支援を行う人材

=精神保健福祉士(ソーシャルワーカー)の必要性

健康な生活保持の支援に向けては包括的支援チームがどこでも必要となる

地域内多分野多職種ケアチーム



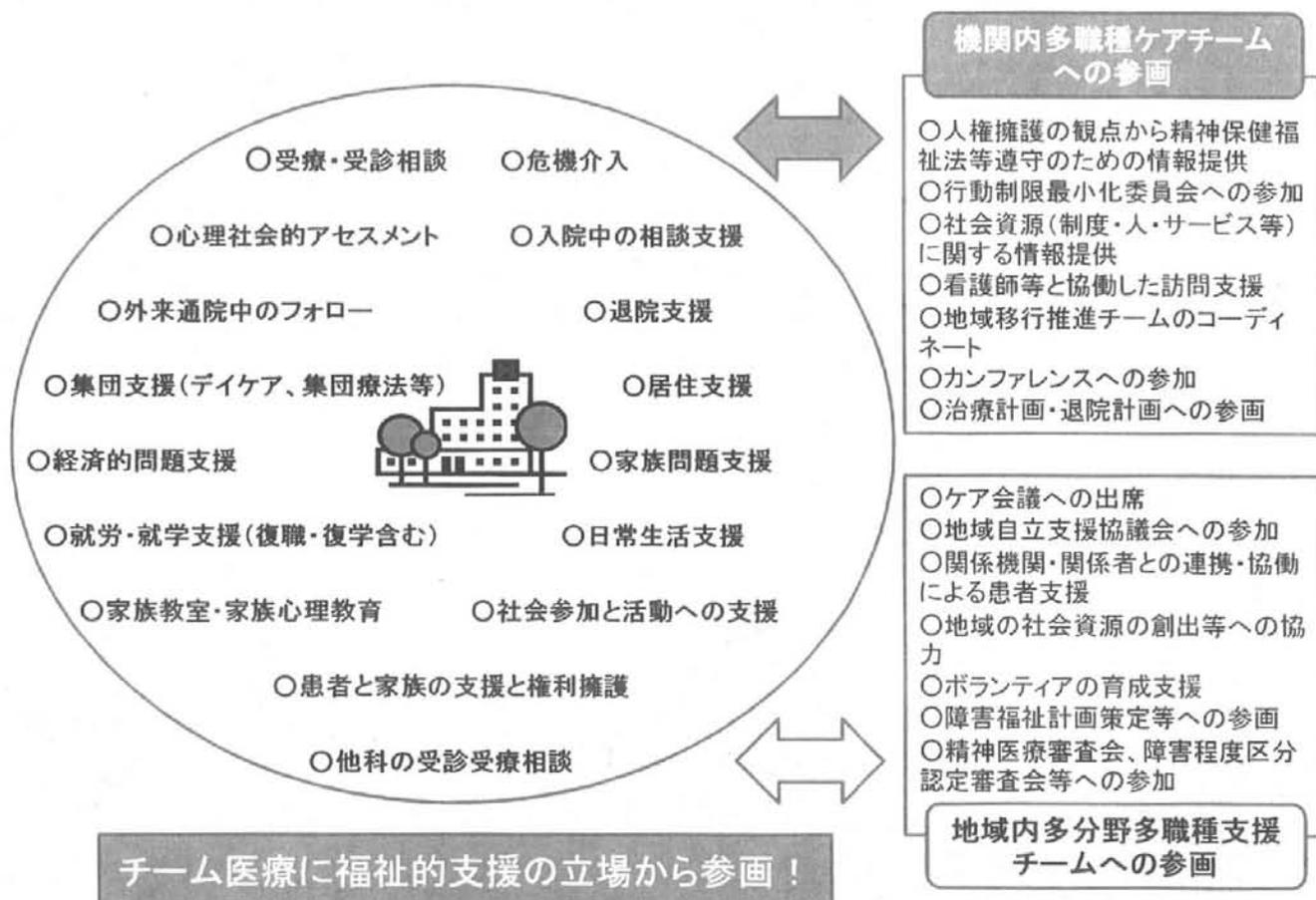
多職種協働によるチーム医療の提供

精神科チーム医療における各職種の役割分担

職種等	役割
医師	治療計画に基づき、各医療スタッフの役割を明確にし、その専門性が発揮できるように指導・調整。スタッフへの医学的情報の提供。「医師の指示」は「具体的指示」を含む「包括的指示」。
看護師・准看護師	入院医療では、すべての病期に関わる連続的な看護業務を重視し、看護師としての専門性、主体性、独自性を保つ。在宅医療(訪問看護)では、病棟看護職員以上の実力と人間性が要求される。さらに、「診療の補助」をこえて実施可能な「医行為」が認められることで、医師の「包括的指示」をより積極的に活用できる。
精神保健福祉士	精神保健福祉士の役割は別掲
作業療法士	作業療法を通じて患者の治療・回復の援助を行う。作業療法は病状や病期、年齢、性別等を考慮し、さらに個人・小グループ・集団に合わせた多様なプログラムが実施されている。
薬剤師	薬物療法への参加。服薬指導、薬歴管理。薬物療法の提案には、医師と薬剤師の意識改革と信頼が不可欠。アドヒアランスの向上。居宅患者の薬剤管理や副作用のチェック。
心理士	心理療法、心理教育、心理相談、心理アセスメント。医師とは異なる側面からの情報提供・提案。
管理栄養士	患者の高齢化、生活習慣病有病者の増加、新規抗精神病薬による肥満・血糖値の上昇の対策と予防等の栄養指導は、現行制度のもとでも医師の包括的な指示を受けて可能。
事務職員	煩雑化する書類に関する業務量の増加に対応し、他職種の負担軽減のため積極的に活用すべき。医療クラークの基準緩和と診療報酬上の評価が必要。金銭の預かりや管理。未払い金の把握。
看護補助者	看護職員の負担軽減。病棟・病室の清掃、ベッドメイキングその他の「療養上の世話」の補助。検体や書類・伝票の運搬業務。
患者本人及び家族	本人及び家族もチーム医療のメンバー。可能な限り説明と同意を求める意識が必要。ただし、家族への期待・要求は過度であってはならない。

※日本精神科病院協会 看護・コメディカル委員会「精神科チーム医療の提案」(中間報告)を参考に作成

医療機関における精神保健福祉士の役割



精神科チーム医療の具体例

○浅香山病院におけるチーム医療の具体例

- 1) 入院医療(急性期)
- 2) 地域移行支援
- 3) 認知症疾患医療センター

○虐待防止に関するチーム医療

(杏林大学医学部付属病院の例)

○自殺未遂者ケアに関するチーム医療

(横浜市立大学付属市民総合病院の例)

○アルコール依存症等への取り組みに関するチーム

⇒精神科医療のさまざまなチーム医療において
精神保健福祉士(ソーシャルワーカー)の
チーム構成員としての関わりが求められている。

浅香山病院におけるチーム医療の実際

精神科入院医療(急性期)の流れと精神保健福祉士の役割

精神科救急病棟においては ①新規入院者数が病棟全体の入院患者数の40%以上 ②在宅復帰率が40%(算定料1なら60%)以上

③非自発的入院の件数が病棟全体の60%以上 ④措置・緊急措置・応急入院の件数が圏域で年間30件以上

など、救急病棟の算定基準(上記は一部抜粋)を満たす必要がある。そのためには多職種が連携の上、各職種が専門性を生かして業務に取り組む必要がある。

精神保健福祉士は、地域生活が破綻し今後の生活に課題を抱えている患者に対し、これまでの生活状況を整理し今後に関わる道筋をつける事を主な役割としている。

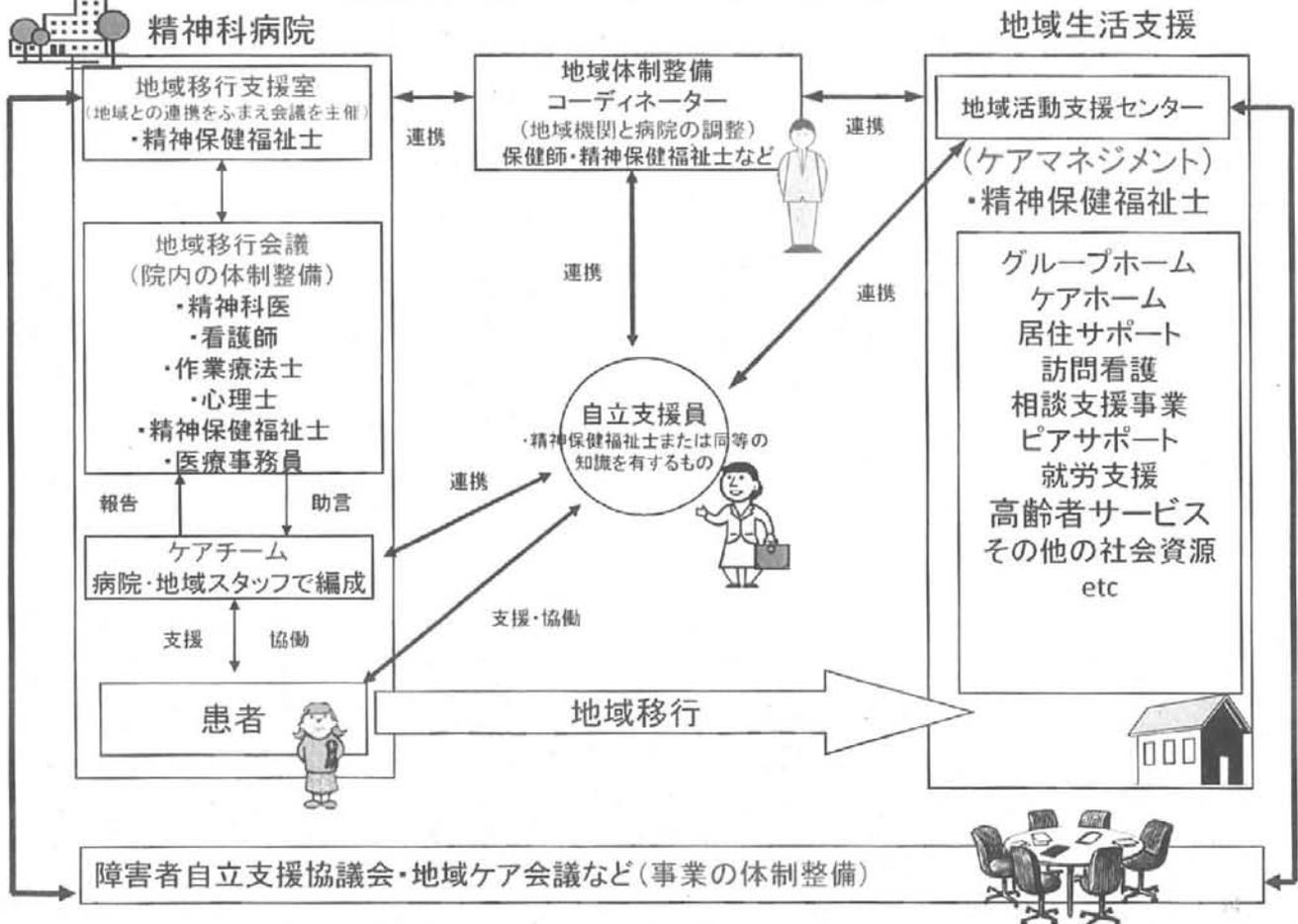
	急性期	休工期	回復期	
医師	治療の導入・各種検査 診断・当面の治療方針の決定	薬物療法・精神療法 本人・家族への経過説明と指導	薬物療法・精神療法 (外来主治医への紹介)	入院
看護師	安心できる療養環境の提供 症状観察 セルフケア援助	症状観察 対人関係の支援 服薬管理 セルフケアの援助	対人関係の支援 服薬の自主管理・治療継続への意識づけ 退院前訪問看護 SST・グループワーク	
精神保健福祉士	<アセスメント> 本人・家族への導入面談 生活歴等の聴取 患者の課題・ニーズの把握 経済的問題の把握と対応 家族との関係性の把握 社会資源の利用状況の把握	<本人・家族面談> 社会資源の情報提供と支援 (ニーズに合わせた活用準備) 退院後の課題整理 今後の不安などへのフォロー 家族への情報提供と心理的支援 退院前訪問看護	<退院準備> 退院後の地域支援とのつなぎ 地域支援者を含めたカンファレンス 社会資源の活用支援(具体的手続き等) 治療環境の調整 退院前訪問看護 家族心理教育・家族教室の運営	
臨床心理士	心理検査・診断補助	入院に伴う不安・不満のフォロー	検査結果のフィードバック 外来でのカウンセリングの検討 パントリー(ゆとりの時空間での健康なコミュニケーションの保障)	
作業療法士		病棟OT・病棟内個別OT	個人OT グループOT	
薬剤師		(個別服薬指導)	(個別服薬指導)	
事務員	救急算定要件の確認		退院時算定要件の確認 データ分析	
		心理教育(集団精神療法)		
		テキストを用いた勉強会形式 患者3~4名とスタッフ3~4名 臨床心理士・精神保健福祉士・看護師・薬剤師・医師		
		<各回のテーマ> 1) 病気の経過と回復までのプロセス 2) 薬の作用と副作用 3) 再発予防とストレス 4) 社会資源の利用とリハビリ		
		<効果> 正しい知識や情報の提供 病気や治療、今後の生活への不安を減らせる機会を保障 他者の体験を聞くという患者同士やスタッフとの相互交流の機会 ↓ 正しい病気の理解とともに、病態や自覚症状を明らかにして治療継続・再発予防に繋げることを重視		

チームカンファレンス

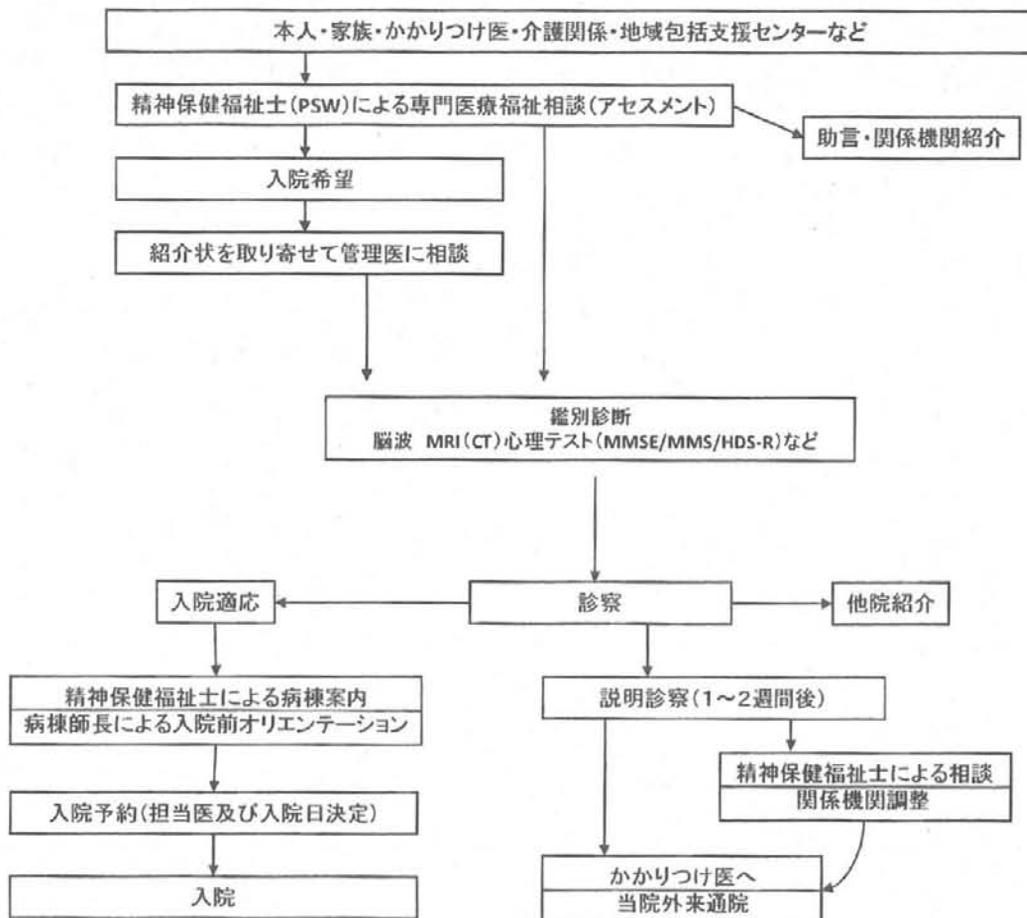
医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士・臨床心理士等が参加

各専門職の情報の共有
退院までの課題整理
各職種の視点での意見交換
↓
治療方針の決定及び修正
各職種での役割分担

精神障害者地域移行・地域定着支援事業



認知症フローチャート



認知症医療の流れと精神保健福祉士の役割

外来・入院前		急性期	休息期	回復期	退院後
医師	鑑別診断 外来治療、入院の可否	治療の導入・各種検査 診断・当面の治療方針の決定	薬物療法・精神療法 家族への経過説明と指導 退院後の方向性について	薬物療法・精神療法 (外来主治医への紹介)	外来診察
看護師	入院前病棟オリエンテーション アナムネの聴取	安心できる療養環境の提供 症状観察	退院後の方向性について	看護サマリーの作成	
精神保健福祉士	<アセスメント> 専門福祉相談 ・受診・入院相談 ・介護・福祉サービスの案内、調整 ・成年後見制度 ・若年認知症相談 ・権利擁護事業など	<アセスメント> 家族への導入面談 生活歴等の聴取 患者の課題・ニーズの把握 経済的問題の把握と対応 家族との関係性の把握 社会資源の利用状況の把握 回想法(1クール2ヶ月程度)	<家族面談> 退院後の方向性について 社会資源の情報提供と支援 (ニーズに合わせた活用準備) 退院後の課題整理 今後の不安などへのフォロー 家族への情報提供と心理的支援 回想法(1クール2ヶ月程度)	<退院準備> 退院後の地域支援とのつなぎ 関係機関を含めたカンファレンス 社会資源の活用支援(具体的手続き等) 治療環境の調整	<退院後の支援> 社会資源利用 関係機関連携・調整 家族相談 その他相談
臨床心理士	心理検査・診断補助	回想法(1クール2ヶ月程度)			
作業療法士		生活機能回復訓練(平日毎日) 活動を通してADLの評価、身体状況の確認			
若年認知症グループ		チームカンファレンス	家族教室		
スタッフ・医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士・臨床心理士など 目的: 家庭以外の居場所の確保、本人・家族同士の交流、持っている力を発揮する機会、介護保険サービスへのスムーズな導入のため 対象者: 既存の介護保険サービス利用していない方		医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士・臨床心理士等が参加 各専門職の情報の共有 退院までの課題整理 各職種の見点での意見交換 ↓ 治療方針の決定及び修正 各職種での役割分担	入院中の患者の家族が参加 ○医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士が講義形式で行う。 内容は疾病の理解、介護について、介護保険サービスなどの社会資源について。 ○講義後、スタッフと家族とで懇談会を実施。 →正しい知識や情報の提供を行い、家族同士がこれまで抱えていた不安を話し合うことで、患者を理解し、不安の軽減を図ることができる。		

浅香山病院が考えるチーム医療推進に必要な条件

1. 人員配置の適正化
常勤専従が望ましい
2. 各専門職が各々の役割を理解し尊重する
そのために卒前・卒後の多職種連携教育の必要
3. 各々の働きを可視化する努力
スキルの向上とツールの工夫

チーム医療を推進する為の工夫

1. ケースカンファレンスの工夫
 - ①ホワイトボードの活用・・・専門用語を使わず、共通言語を使って認識を共有化する
 - ②ファシリテーターを決める・・・対象・目的によって決定
 - ③時間の管理・・・短時間で頻繁に行う
2. 情報と関わりの目的を共有化するためのツールの利用
 - ①急性期から回復期－精神科リハビリパスの活用
 - ②地域移行－地域移行支援候補者フェイスシート・定期報告書の活用
 - ③認知症－認知症センター⇄地域包括支援センター情報提供連絡票、かかりつけ医⇄専門医療機関診療情報提供書
3. 精神保健福祉士が利用するツール
 - ①アセスメントシート
 - ②ソーシャルワーカー報告書

当院の特徴

1. 看護師・コメディカルスタッフの職場定着率は高い。
2. 医師は短期間で入れ替わり、経験の浅い医師が多い。
3. 医師はチーム医療に抵抗はないが、積極的にリーダーシップをとらない。
4. 多職種交流の研修が多い。
5. 院外・地域とのチーム連携を重要視している。精神保健福祉士の役割大。

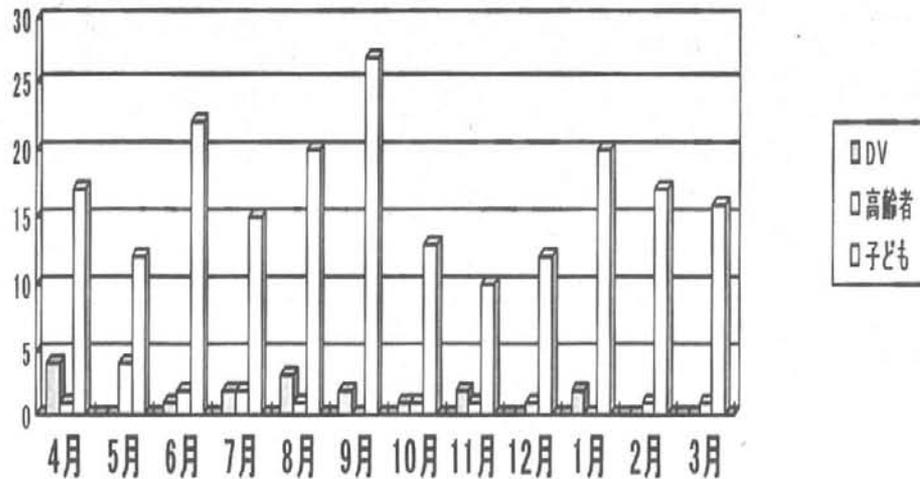
虐待防止への取り組みチーム例

精神科疾患と虐待の問題へのチーム医療

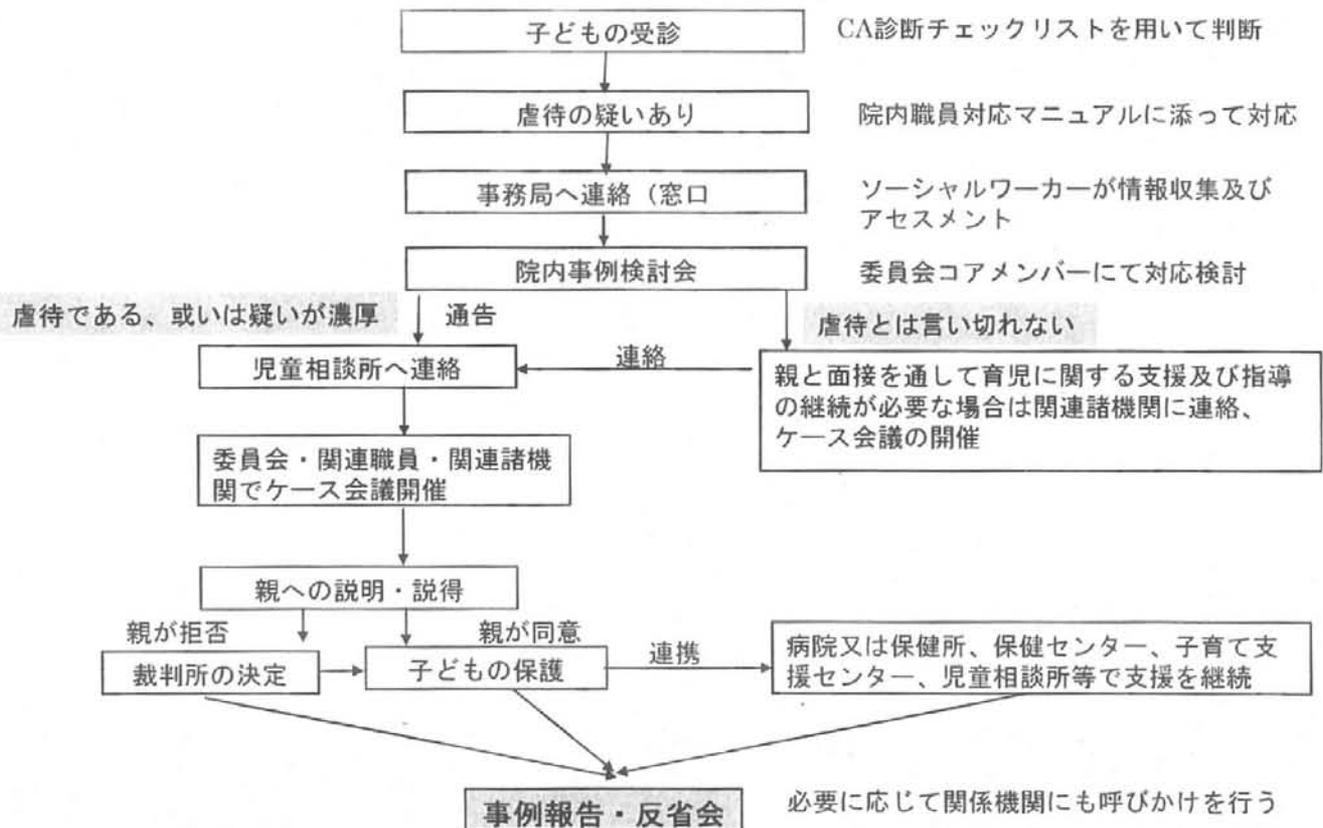
杏林大学医学部附属病院虐待防止委員会の活動

医療福祉相談室 精神保健福祉士 加藤雅江氏

2009年度委員会对応件数



【子ども虐待の場合】杏林大学医学部附属病院虐待防止委員会活動の流れ



(目的)

第1条 杏林大学医学部付属病院虐待防止委員会(以下「委員会」という。)は杏林大学医学部付属病院を受診又は利用した者に対して虐待防止の立場から虐待を受けた者(被虐待者)の安全を守るために、チームとして診療に当たり、その関係者の支援体制の確立をはかることを目的とする。

(組織および開催)

第2条 委員会には委員長と副委員長を置き、病院長がこれを任命する。委員長は、委員会を統括し、議長を務める。

2 委員は次の各号に掲げる者を、病院長が任命する。

院長が指名した医師および職員 若干名

看護部長が指名した看護師、助産師 若干名

医学部長、保健学部長、総合政策学部長、外国語学部長が指名した者 若干名。

その他、病院長が必要と認める職員

3 委員の任期は2年とし、再任は妨げない。任期途中で交代した場合の補充委員の任期は前任者の残任期間とする。

4 委員会は原則として隔月に、年6回開催する。必要がある場合は臨時に招集、開催することができる。

5 委員会が必要と認めた場合には、院外者を含め、委員以外の者の出席を求めることができる。

(任務)

第3条 委員会は、次の各号に掲げる事項について調査、協議し、その結果および対策を病院長に報告して承認を得ると同時に、速やかに対策を実施する。

虐待防止活動全般

院内における虐待防止の啓発

地域関連機関との連携

杏林大学医学部付属病院虐待防止委員会規定細則

制定 平成17年2月25日

(趣旨)

杏林大学医学部付属病院虐待防止委員会(以下「委員会」という。)規定第3条に基づき、委員会任務の効率的な運用を図るため、この細則を定める。

(組織)

細則 1

委員会は委員長1人、副委員長4名を置く。

副委員長は各々児童虐待、ドメスティックバイオレンスおよび性的虐待、高齢者虐待担当の3名と、医療ソーシャルワーカー1名とする。

委員長の指名により、補佐を置くことができる。

事務局は医療福祉相談室に設置する。

(虐待防止活動全般)

細則 2

委員会は院内各部署に原則として1名の虐待防止推進者を指名し、各部署における虐待防止体制の維持、促進、指導にあたらせる。

委員会は部署虐待防止推進者を定期的に招集し、虐待防止に関する情報の伝達、その内容の各部署における周知徹底にあたらせる。

各部署の虐待防止推進者は、各部署の虐待防止体制の維持、推進、指導を行う。また、適正な虐待情報の収集を行う。

委員会は院内において虐待防止を啓発するために、虐待防止に関する研修会を、少なくとも年に2回は定期的に開催する。

委員長は、必要に応じ適宜、部署別研修会の開催を命じることができる。

(虐待事例把握時のガイドライン)

細則 3

虐待事例に気がついた場合、医療福祉相談室に連絡する。

連絡を受けた事例は、委員会の中に委員長、副委員長、医療ソーシャルワーカー、委員および補佐で組織する実働メンバーで検討する。

入院事例については主治医、関連診療科の委員および実働メンバーで院内チームを組織し、対応する。

関係機関等への通告は、原則として病院長及び委員長に報告の上、迅速に委員会が行う。

事例①産後訪問から医療機関へ

- 他県にて里帰り出産。
産後不安定となり他県において精神科受診。保健センター間で申し送りがあり、自宅に戻ってから地域での受診先、支援体制について保健師より相談がある。
- 受入のためのカンファレンス開催。
 - * 支援体制の構築、各職種がそれぞれの役割確認。
 - * 短期課題の設定と問題発生時の対策を確認。
課題の効果測定の方法と時期を設定。

事例②救命救急センターから地域へ

- 急性薬物中毒で救命救急センター搬送。入院期間は3日程度。
- 子どもの状況及び家庭環境を地域関係機関に確認。
- 関係者会議の開催。
 - * 危険度(虐待・自殺企図)の確認。支援体制の有無及びその有効性を確認。
 - * 再発防止のための対策を立てる。

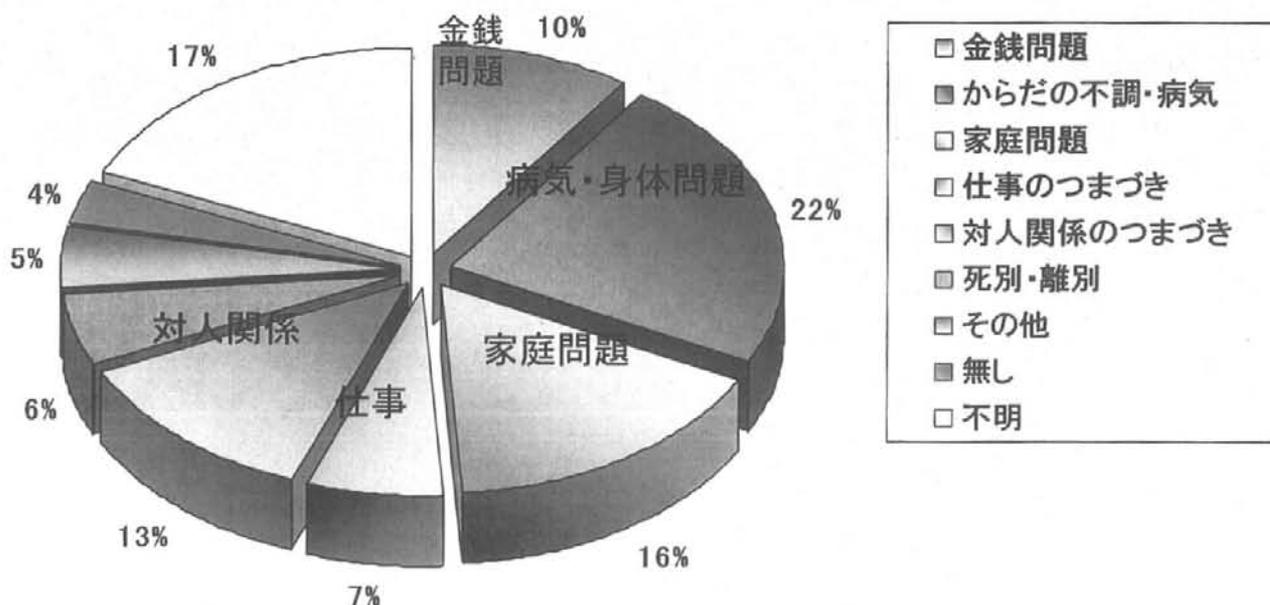
事例③周産期センターから地域へ

- 産科外来 精神科疾患合併
- 出産前から、精神疾患を抱える患者との面接を行い、地域に支援体制を構築。
- 産後の生活が具体的にイメージできるよう、地域の関係者と早期に顔合わせを行う。
- 緊急時に備え、入院可能な体制を院内に取る。乳児の受入先についても検討する。

自殺未遂者ケアへの取り組みチーム例

自殺企図者の企図動機(399人)

:横浜市大 H15年4月 -H18年8月



いのちが助かってても・・・

- 変わらない環境
- 周囲の人々は混乱
- 身体的・精神的に疲労
- 経済的な負担
(高額な医療費・生活費など)
- 社会的説明の要求
- 後遺症

・・・変わらない生きにくさ



嗜癮関連問題への取り組みチーム例

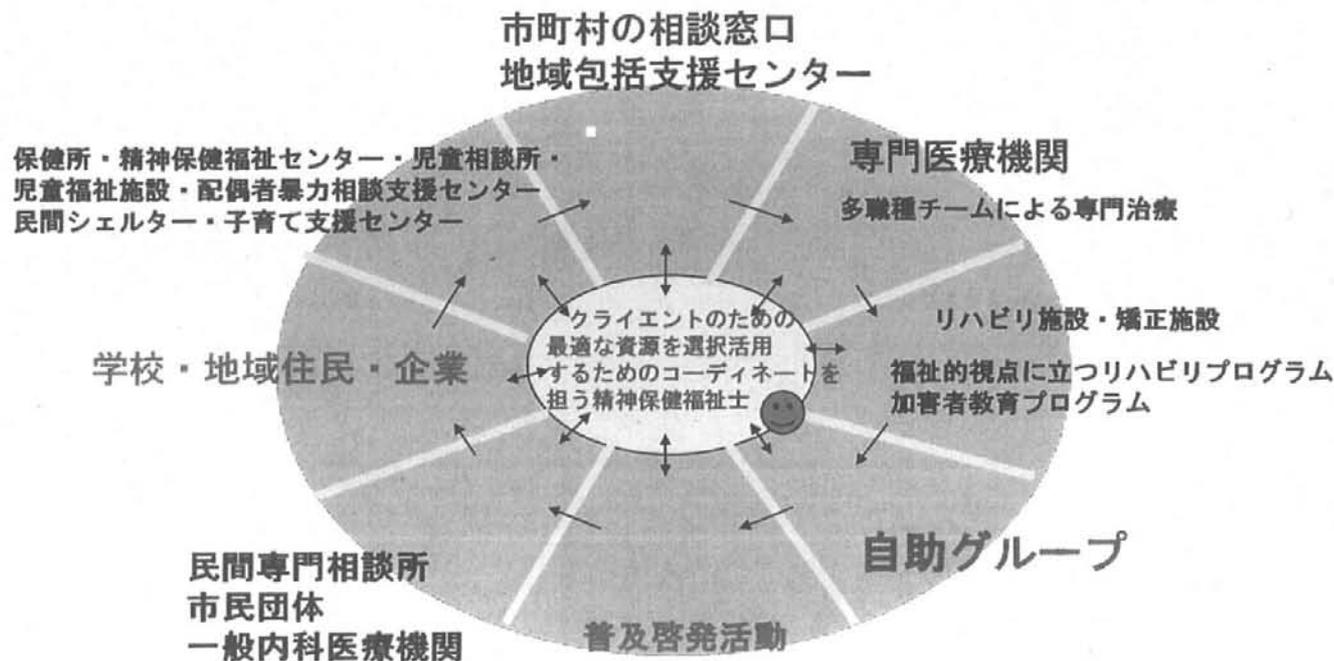
31

嗜癮関連問題からの回復に有効な多面的支援

重層的なネットワークと地域醸成の要としてのコーディネーター



嗜癮関連問題を持つ人を支援する
重層的資源をコーディネートする精神保健福祉士



Copyright © 2015 公益財団法人日本精神保健福祉士協会

まとめ

精神科チーム医療推進の要諦

- 医療サービスの提供に当たってはチーム医療を構成する全職種が理念を共有すること。
- 人の「営み」は「医療」のみで完結しえないことを踏まえ、「医療中心」から「医療福祉ケアミックス」へ、さらには「生活支援中心」への移行の視点を欠かさないこと。
- 「医療」の提供が、その人のリカバリーおよびエンパワメントの障壁とならないこと。

34

精神科医療にはチームアプローチが不可欠！

チームアプローチ実現のためには
精神保健福祉士の適正な配置が必要！

- 権利擁護を担う社会・生活モデルによる支援人材
＝精神保健福祉士の必要性
- 生活者として対象者支援を行う人材
＝精神保健福祉士の必要性

具体的に望まれる対応

- 施設基準の配置人員に規定する(病棟という箱にチーム構成員としての専門職種が存在していること)
- 在宅医療を提供するケアチーム(必ずしも医療機関内完結型チームでなくてよい)の一員として動ける業務の規定のあり方を共有
- 業務に関する標準化(スタッフ交代や異動によっても最低限の質の担保を図る)とスキルアップ
- チームアプローチにとって有効なツールの開発と、評価検証の確立

35

参考資料

精神科医療における 他職種チームの現状 (配置と診療報酬評価)

精神科医療機関等の従事者数

●精神科病院の従事者数

単位(人)

総数		医師		看護師		准看護師		看護補助者		精神科ソーシャルワーカー				作業療法士		臨床心理技術者	
常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	うち、精神保健福祉士		常勤	非常勤	常勤	非常勤
												常勤	非常勤				
175,362	26,143	10,558	11,051	63,556	4,820	46,387	4,432	40,484	4,468	6,618	210	6,072	136	5,962	310	1,797	852

※平成19年6月30日現在、精神・障害保健課調べ(精神科病院数:1,642施設)

●精神科診療所等の従事者数

単位(人)

総数		医師		看護師		准看護師		看護補助者		精神科ソーシャルワーカー				作業療法士		臨床心理技術者	
常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	うち、精神保健福祉士		常勤	非常勤	常勤	非常勤
												常勤	非常勤				
10,113	6,894	3,158	2,621	2,973	1,274	1,309	663	/	/	1,392	375	1,074	285	505	93	776	1,868

※平成19年6月30日現在、精神・障害保健課調べ(精神科診療所数:2,928施設)

●訪問看護ステーションの従事者数(※訪問看護ステーションに従事する者の総数であり、精神疾患以外に従事する者を含む。)

単位(人)

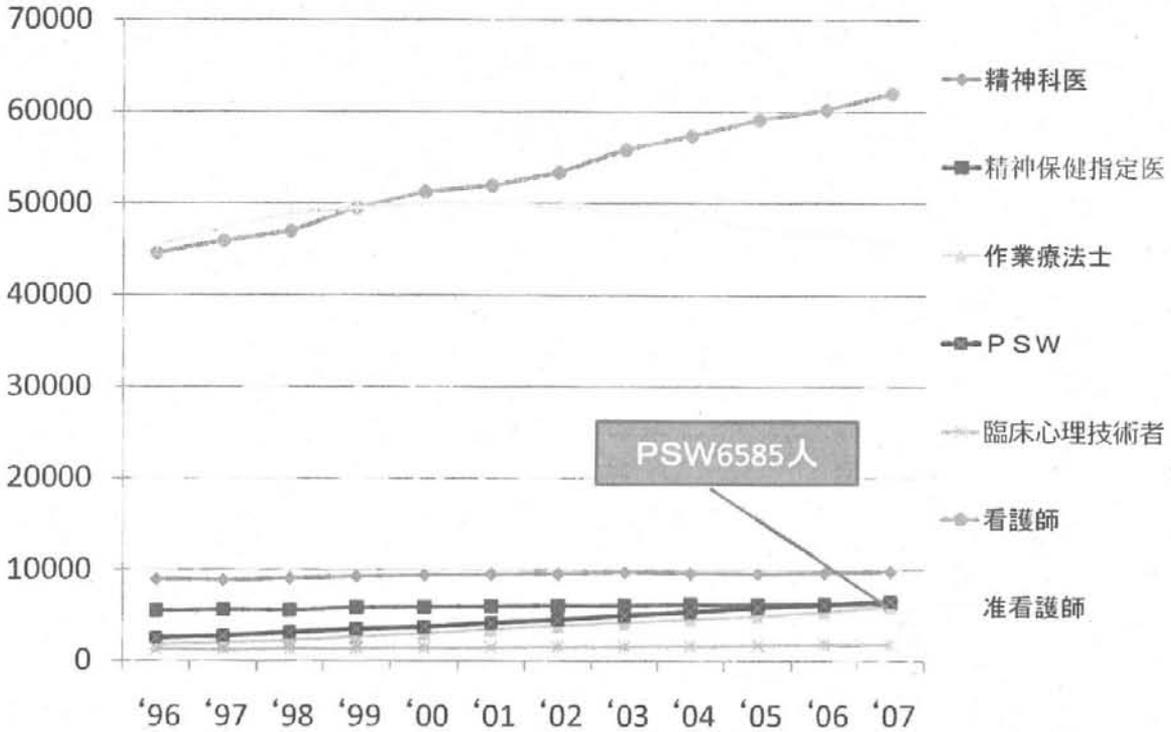
総数			保健師			助産師			看護師			准看護師			理学療法士		
常勤	兼務	非常勤	常勤	兼務	非常勤	常勤	兼務	非常勤	常勤	兼務	非常勤	常勤	兼務	非常勤	常勤	兼務	非常勤
作業療法士			言語聴覚士			その他職員			サテライト事業所の職員(再掲)			/					
常勤	兼務	非常勤	常勤	兼務	非常勤	常勤	兼務	非常勤	常勤	兼務	非常勤				常勤	兼務	非常勤
			510	610	924	26	131	171	617	825	879	186	100	192			

※平成20年10月1日現在、介護サービス施設・事業所調査(訪問看護ステーション数:5,434事業所)

注:1 介護予防サービスを一体的に行っている事業所の従事者を含む。

2 介護予防サービスのみ行っている事業所は対象外としている。

精神科病院における従事者数(全国)



資料: 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所発行「目で見る精神保健医療福祉4」

36

「精神保健福祉士の配置状況」

医療



○病院 7,154人 ※常勤換算従事者数
 ○一般診療所 1,433人 ※常勤換算従事者
 精神科病院 5,141人
 一般病院 2,014人

出典: 平成20年医療施設調査(平成20年10月現在)

約8,600人

出典: 平成21年病院報告(平成21年10月現在)

精神病床48.7床に1名の配置割合(平成21年現在)

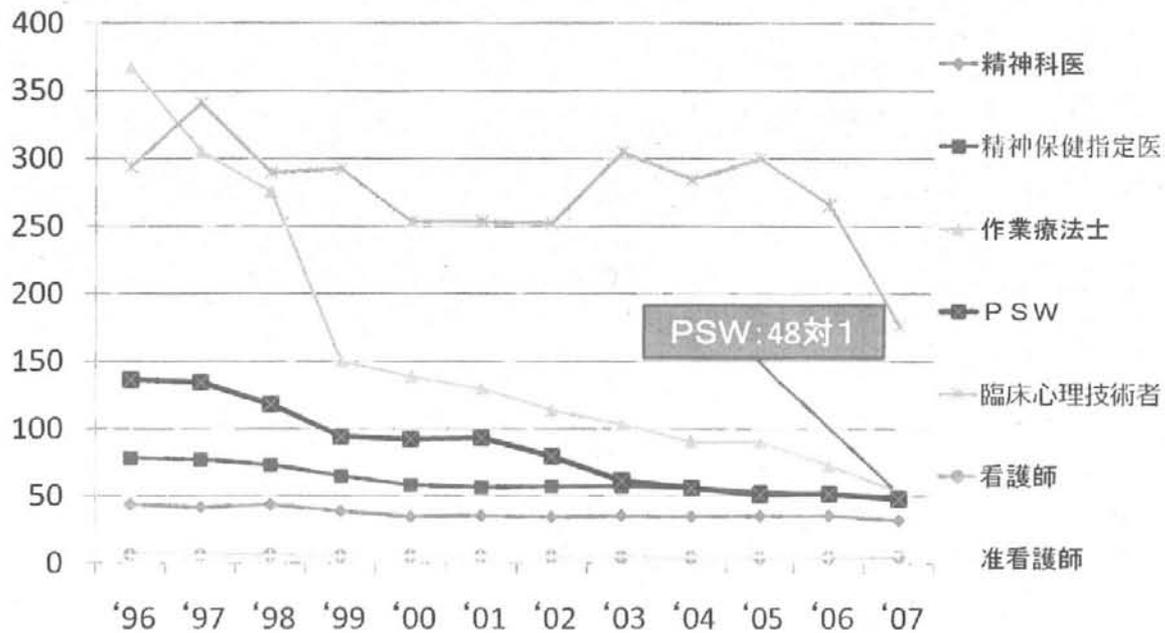


11年で5.4倍の増

出典: 病院報告 ※毎年10月現在の常勤換算数

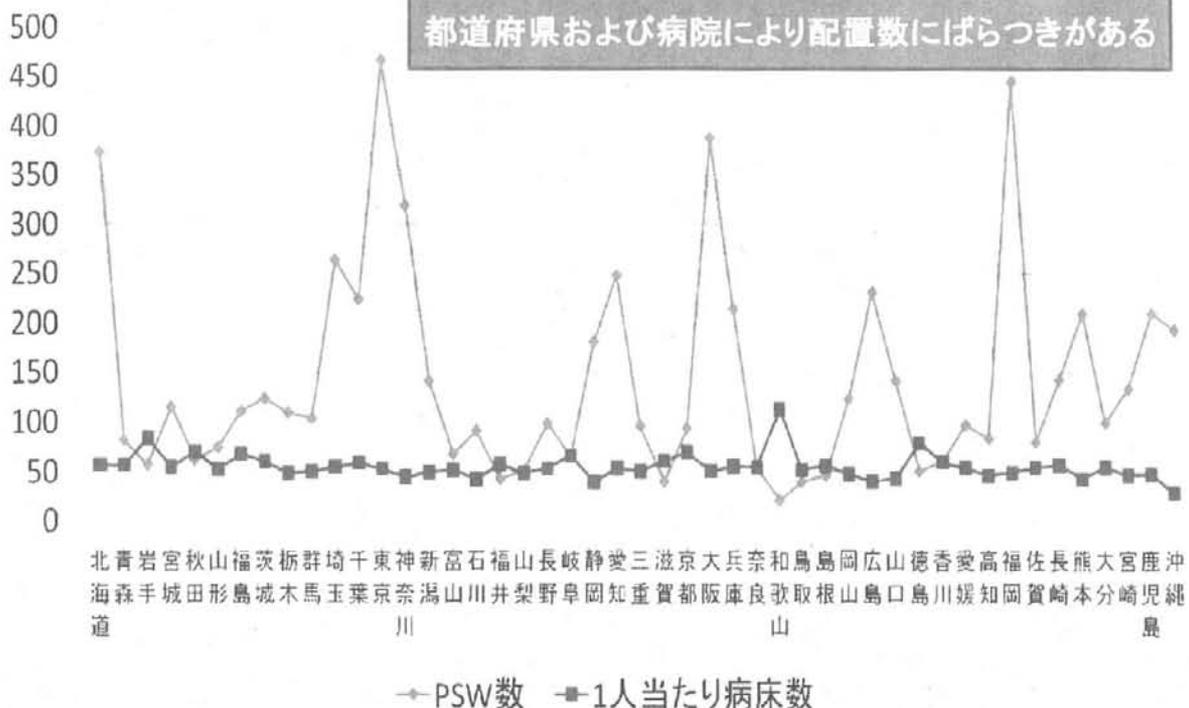
40

精神科病院における従事者 1人あたり患者数(全国)



資料: 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所発行「目で見る精神保健医療福祉4」

精神病床における精神保健福祉士の配置数と 1人あたり病床数(都道府県)



平成18年6月30日現在 精神・障害保健課調べのデータをもとに作成

精神病床の現状

H21年7月1日現在(中医学協調査)

特定入院料 (153,845+α床)	精神病棟入院基本料 (184,873床)	特定機能病院 入院基本料 (3,398床)
精神科救急入院料(64医療機関 3,347床)	10:1 (12医療機関 381床*)	7:1 (4医療機関 98床*)
精神科救急・合併症入院料 (3医療機関 124床)		10:1 (4医療機関 153床*)
精神科急性期治療病棟入院料 (262医療機関 13,042床)		
認知症病棟入院料 (450医療機関 31,290床) <H22から認知症治療病棟に名称変更>	15:1 (1078医療機関 141,800床*)	15:1 (65医療機関 2,938床*)
老人性認知症疾患療養病棟【介護保険】(3,017床**)		
精神療養病棟入院料 (827医療機関 103,025床)	18:1 (126医療機関 22,242床*)	
	20:1 (69医療機関 9,741床*)	
	特別入院基本料 (50医療機関 7,763床*)	

小児入院医療管理料4 (病床数不明)
特殊疾患病棟入院料2 5,459床

児童・思春期精神科 入院医療管理加算 (20医療機関 800床) <入院料に加算>
--

注 破線は精神病床以外も含む

※ 入院基本料の医療機関数・病床数は平成20年7月1日現在(合計とは一致しない)
 ※※ 介護サービス施設・事業所調査(H20年10月)

精神科入院に係る診療報酬と主な要件①

	医師の 配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主な要件	算定の対 象となる 患者	診療報酬点数	
精神病棟入院 基本料	医師 48:1	看護 7:1 (特定機能病院のみ)	・特記なし	・病棟の平均在院日数40日 以内 ・新規入院患者の5割以上が GAF30以下	・精神疾 患を有す る患者	1,311点	※初期加算 465点 (~14日)
		看護 10:1				1,240点	250点 (15~30日)
		看護 13:1				920点	125点 (31~90日)
		看護 15:1				800点	10点 (91~180日)
		看護 18:1				712点	3点 (181日~1年)
		看護 20:1				658点	
	看護 25:1	550点	※初期加算あり				
精神療養病棟 入院料	指定医 病棟常勤1 (病院に2以上) 医師 48:1	看護 30:1 看護・看護補助者を合わ せて15:1 OT又は経験看護師1人	・病室5.8㎡以上 ・1看護単位60床 以下 ・1病室6床以下	・病院に精神保健福祉士 または臨床心理技術者常 勤 ・病院にOT室または生活 技能訓練室	・長期の入 院を要す る精神疾患 を有する患者	1,050点(GAFスコア41以上) 1,090点(GAFスコア40以下)	
認知症治療病 棟入院料1	医師 病棟常勤1 48:1	看護 20:1 看護補助者 25:1 専従作業療法士1人	・病棟18㎡/床以 上を標準 ・デイルーム等 ・生活機能回復訓 練室	・病院に精神保健福 祉士または臨床心理 技術者常勤	・集中的 な治療を 有する認 知症患者	1,450点 (~60日) 1,180点 (61日~)	
認知症治療病 棟入院料2		看護 30:1 看護補助者 25:1 OT又は経験看護師1人	・病棟18㎡/床以 上を標準 ・生活機能回復訓 練室			1,070点 (~60日) 970点 (61日~)	

精神科入院に係る診療報酬と主な要件②

	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主な要件	算定の対象となる患者	診療報酬点数
精神科救急入院料1	指定医 病棟常勤1人 病院常勤5人 医師 16:1	看護 10:1 精神保健福祉士 病棟常勤2人	・隔離室・個室が半数以上 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制 ・1看護単位60床以下	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の6割以上が3月以内に在宅移行	・措置・緊急措置入院患者 ・3か月以内に精神病棟に入院したことがない患者	3,451点 (～30日) 3,031点 (31日～)
精神科救急入院料2				・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行		3,251点 (～30日) 2,831点 (31日～)
精神科救急・合併症入院料	指定医 病棟常勤3人 精神科医 病院常勤5人 医師 16:1	看護 10:1 精神保健福祉士 病棟常勤2人	・合併症ユニットが2割以上 ・隔離室・個室又は合併症ユニットが半数以上 ・救急蘇生装置、呼吸循環監視装置等 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制 ・1看護単位60床以下	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行	・措置・緊急措置入院患者 ・3か月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・身体疾患の治療のため一般病棟に入院した患者	3,451点 (～30日) 3,031点 (31日～)
精神科急性期治療病棟入院料1	指定医 病棟常勤1人 病院常勤2人	看護 13:1 看護補助者 30:1 精神保健福祉士 又は臨床心理技術者 病棟常勤1人	・隔離室を有する ・1看護単位60床以下	・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行	・3か月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・他病棟入院患者の急性増悪例	1,920点 (～30日) 1,600点 (31日～)
精神科急性期治療病棟入院料2		看護 15:1 看護補助者 30:1 精神保健福祉士 又は臨床心理技術者 病棟常勤1人				1,820点 (～30日) 1,500点 (31日～)
精神科身体合併症管理加算 (7日間を限度に加算)	・精神科を標榜 ・病棟に専任の内科又は外科の医師が1名以上配置されている		精神科救急入院料 精神科急性期治療病棟入院料 認知症治療病棟入院料 精神科病棟入院基本料(10:1、13:1又は15:1) 特定機能病院入院基本料(精神科) を算定する患者		350点	45

精神科におけるチーム医療の評価(診療報酬、補助事業等)

[診療報酬]

◆精神科退院時訪問指導料における精神科地域移行支援加算

入院期間が1年を超える精神障害者である患者又はその家族等に対して、精神科の医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合であって、当該患者が退院したときに、として、退院時に1回に限り所定点数に200点を加算する。

◆精神科退院前訪問指導料の複数職種指導加算

医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者の社会復帰に向けた調整等を行うに当たり、必要があって複数の職種が共同して指導を行った場合に算定するものであり、単一の職種の複数名による訪問の場合は対象としない。

◆医療保護入院等診療料の施設基準

医療保護入院等に係る患者に対する行動制限を必要最小限のものとするため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成された委員会を設置すること。

◆精神科デイ・ケア等の施設基準

精神科医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等におけるチーム医療を基本としている。

[心神喪失者等医療観察法に基づく医療観察診療報酬]

◆入院対象者入院医学管理料の施設基準(30床規模の病棟の場合)

医師:4名(8対1。うち常勤過半数以上、常勤精神保健指定医2名以上)。看護師:43名(4名+入院対象者数×1.3名以上)。作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者の合計数:7名(1名+入院対象者数÷5名以上)。薬剤師は医療法施行規則上の配置数。

※入院対象者数に対して約1.8倍のスタッフを配置。多職種チーム(MDT:Multi Disciplinary Team)による支援を基本としている。

[補助事業(平成23年度予算)]

◆精神障害者アウトリーチ(訪問支援)推進事業(新規)

(障害者の地域移行・地域生活支援のための緊急体制整備事業)

障害者の地域移行・地域生活支援の一環として、未治療者、治療を中断している重症の患者などへ、アウトリーチ(訪問支援)により、医療・保健・福祉サービスを包括的に提供し、丁寧な支援を行うため、多職種チームによる訪問活動やこれらに従事する者への研修等を実施する(25箇所・定額補助)。

報酬等からみる精神保健福祉士に期待される役割

診療報酬(保険医療機関)

「多職種と連携又は共同して行う業務の評価(抜粋)」

- 外来治療に関するもの(通院集団精神療法等)
- 入院治療に関するもの(入院集団精神療法、入院生活技能訓練等)
- 行動制限最小化に関するもの(医療保護入院診療等診療料)
- 退院指導に関するもの(精神科退院指導料、精神科退院前訪問指導料)
- 退院後の地域生活支援に関するもの(精神科訪問看護・指導)
- 地域移行支援に関するもの(※精神科地域移行実施加算)

※精神保健福祉士専従の配置を評価

障害者自立支援法

「福祉専門職の配置を評価」

- 福祉専門職員配置等加算(平成21年度報酬改定)

精神科チーム医療の例

各種チーム	対象患者	関係職種	内容
精神科 リエゾン コンサルテーションチーム	一般病床 に入院す る精神症 状を呈す る患者	精神科医、看護師、 精神保健福祉士、 臨床心理技術者、 薬剤師 等	一般科と連携し、不安、抑うつ、せん 妄等の精神症状を評価し、診療計 画を作成、診療指示を行い、質の高 い精神科医療を提供する
アウトリーチ (訪問支援) チーム	通院困難 な精神疾 患の患者	精神科医、保健師、看 護師、精神保健福祉士、 作業療法士、臨床心理 技術者、介護士 等	通院困難な患者に対して、医療・福 祉の両面から、患者や家族に対して 総合的な支援を行い、精神症状の 重症化予防し、地域定着を促進する
地域移行 支援チーム	精神疾患 の入院患 者	精神科医、看護師、精 神保健福祉士、作業療 法士、管理栄養士、臨 床心理技術者、介護士 等	入院中から、退院後の医療支援計 画、生活支援サービスへの連携等 により、円滑な地域移行を促進する
向精神薬の 服薬指導 チーム	精神疾患 の患者	精神科医、薬剤師、看 護師 等	向精神薬に関し、定期的に服薬指 導、処方歴・服薬状況のチェック等 を行い、服薬コンプライアンスの向上 を図る

チーム医療の具体的実践事例

提出委員名 近森 正幸 委員

チーム（取組）の名称 栄養サポートチーム
チームを形成（病棟配置）する目的 栄養障害の状態にある患者またはそのハイリスク患者すべてに対して、必要な時に必要な対応を専門職種が行うことができる。これにより、患者の生活の質の向上、原疾患の治癒促進および感染症等の合併症を予防し、早期退院に結びつけることができる。
チームによって得られる効果 <ul style="list-style-type: none"> ・ 肺炎等の合併症が減少し、在院日数が短縮するなど医療の質の向上 ・ マンパワーを充実しても労働生産性の向上により、相対的に人的コストが削減 ・ 輸液、抗生剤等の使用量が減少し、物的コストが削減
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 医師：担当医は1日30～40人の栄養計画を承認し、栄養サポートを実施。チームリーダーとして週5日、14回のカンファレンス（1回2時間）に参加。 看護師：担当看護師が週1回、全入院患者の栄養スクリーニングを実施、栄養看護師はそれらを取りまとめ、リスク患者のリストアップを行う。医師に承認された栄養計画に基づいて、栄養サポートを行う。全カンファレンスに参加。 管理栄養士：全病棟に配属され、直接患者から情報を得て、毎日30～40人の患者の栄養評価と栄養計画を作成し、栄養サポートを実施。全カンファレンスに参加。 薬剤師：重症病棟を中心に病棟配属され、薬剤から見た栄養サポートを実施。全カンファレンスに参加。 リハビリスタッフ：全病棟に配属され、リハビリを行うことにより、廃用を予防し、骨格筋を作ることで栄養状態の改善を図る。その他、摂食嚥下障害などに対するサポートを行う。全カンファレンスに参加。 臨床検査技師：検査データから見た病態の把握や助言、全病棟のアルブミンマップの作成などを通じて、栄養サポートを実施。重症病棟のカンファレンスに週2回（1回2時間）参加。
チームの運営に関する事項 <ul style="list-style-type: none"> ・ 担当看護師が入院時および入院後週1回、全患者のスクリーニングを実施。 ・ リスク患者に対し、栄養評価と栄養計画は病棟に配属された管理栄養士が毎日実施。 ・ 栄養サポートは栄養計画に基づいて病棟の担当医師と看護師、管理栄養士などが対応。 ・ ICU、CCUは週2回、HCUや一般病棟は週1回のカンファレンスや回診を実施。 ・ 管理栄養士は、24時間（夜間は呼び出し）365日（休・祝日出勤）の栄養サポートに対応している。
具体的に取り組んでいる医療機関等 近森病院



回復期リハ病棟における 病棟専従チーム

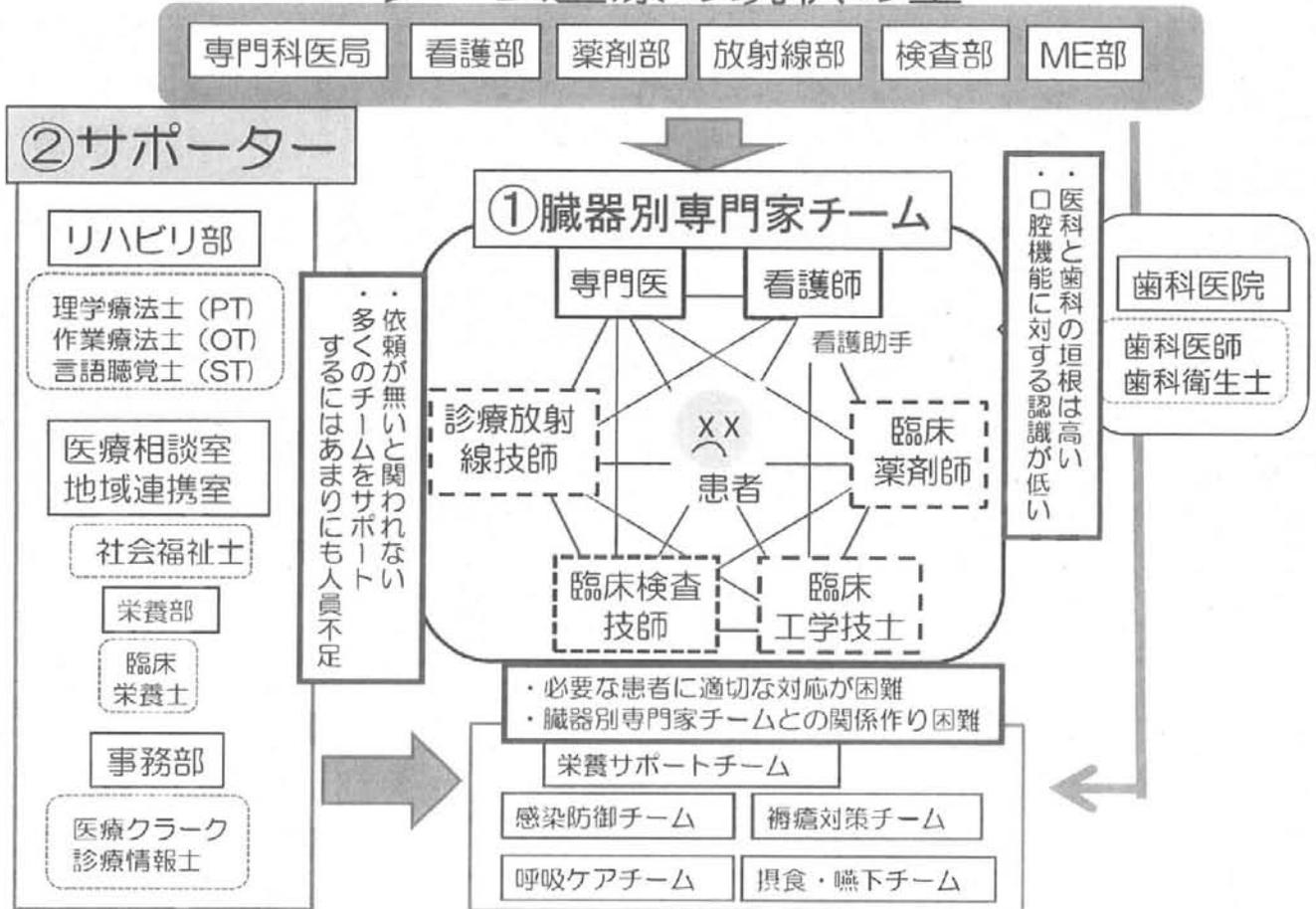
長崎リハビリテーション病院の場合



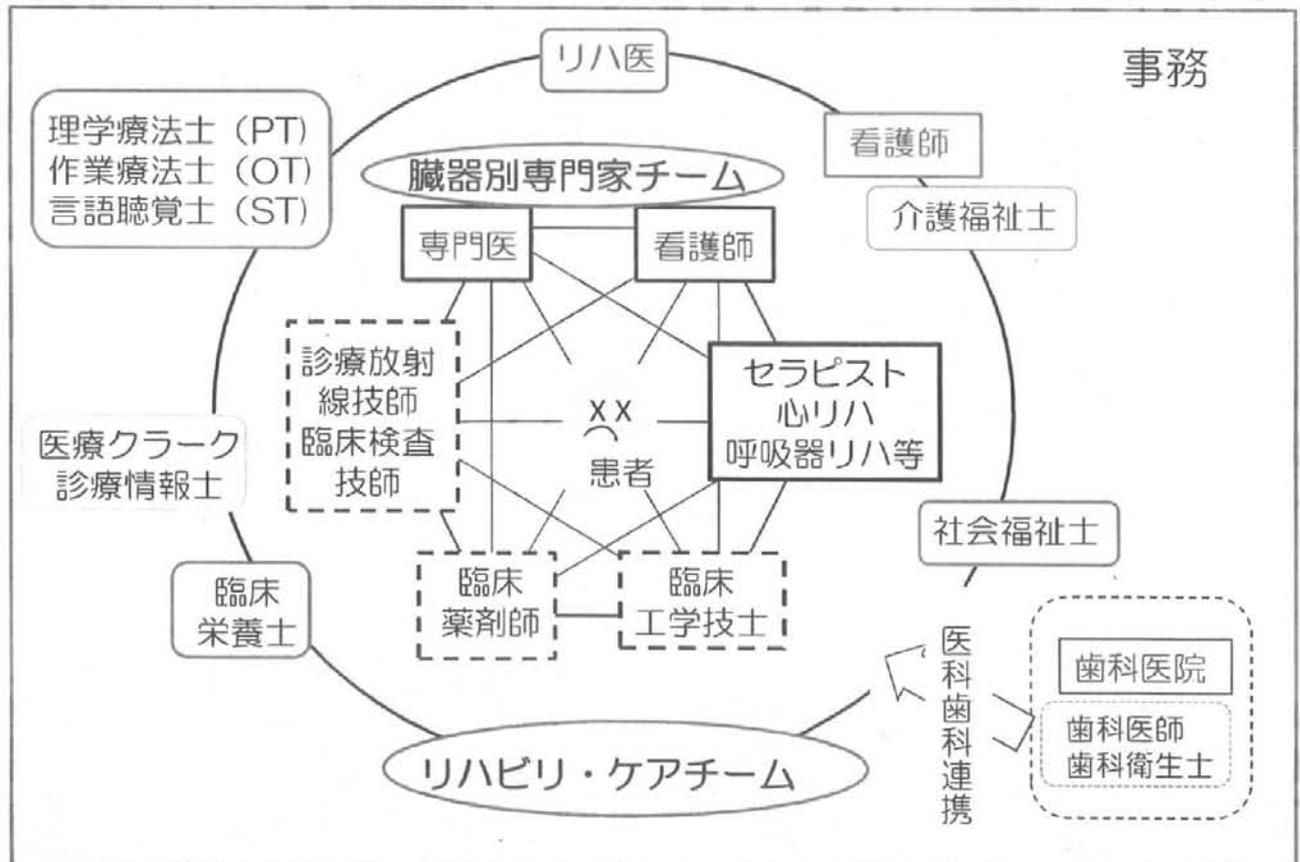
社団法人 是真会
長崎リハビリテーション病院
院長 栗原正紀

【1】 チーム医療のあり方

チーム医療の現状の型

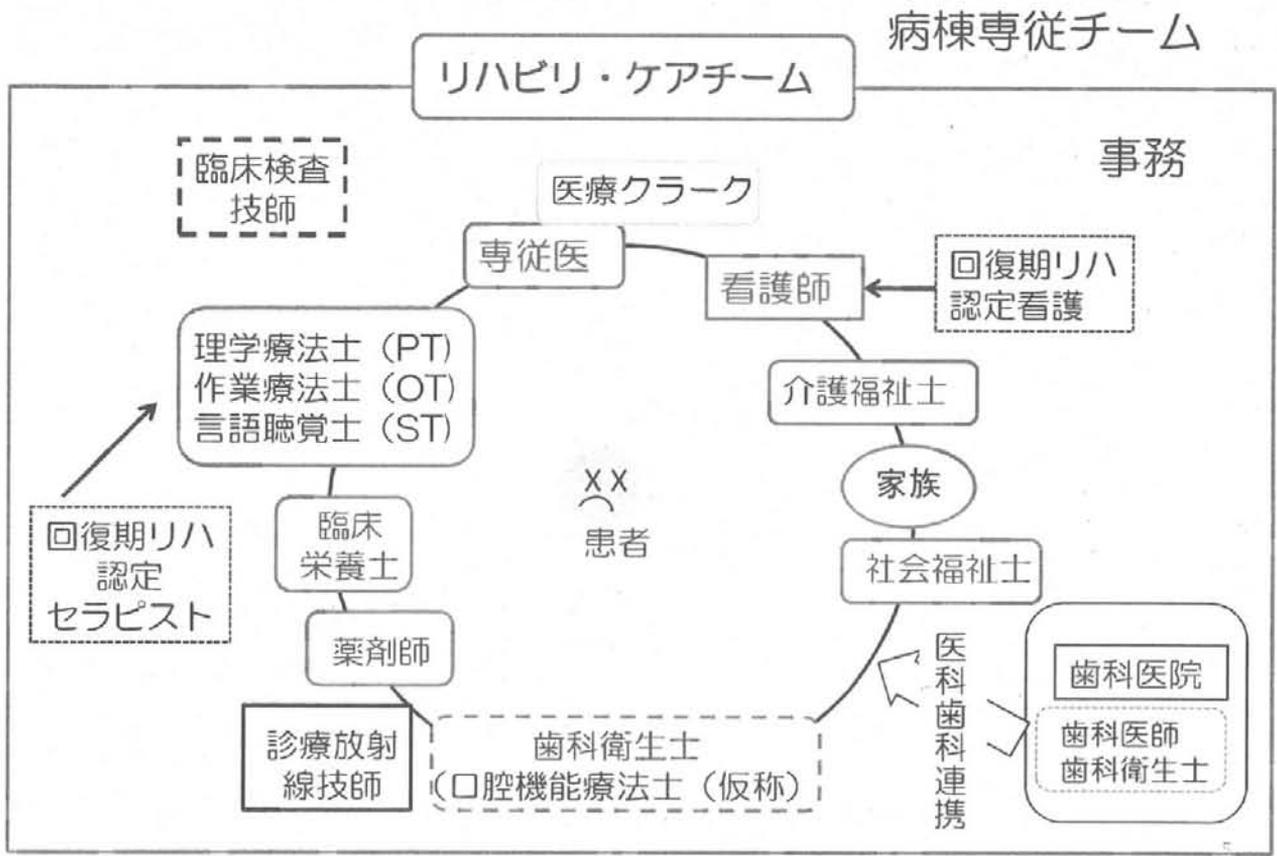


病棟専従チームの型 (例：高齢者専門急性期病棟)

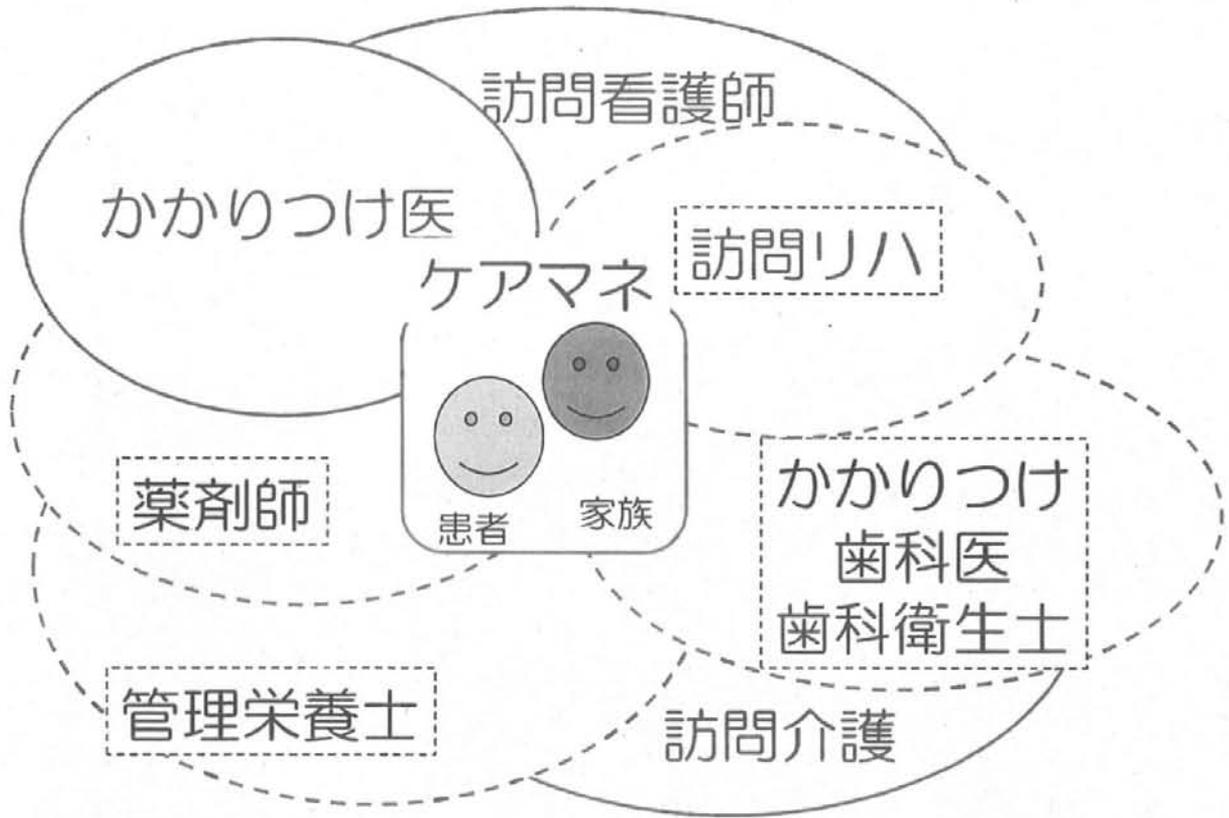


通常、病棟専従にならないであろう職種

回復期リハ病棟のチーム（例：脳血管患者病棟）



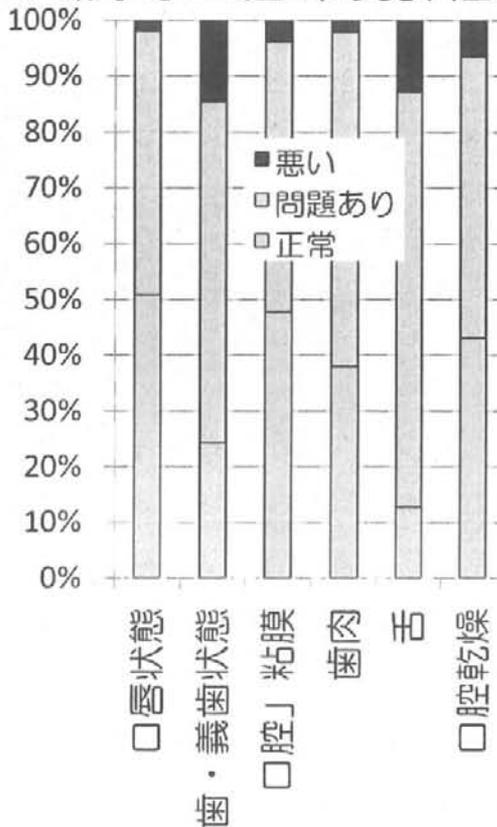
慢性期（生活期）在宅サポートチーム



【2】急性期からの患者の実状

平成22年入院患者511人の評価結果

入院時口腔環境評価



入院時栄養問題

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

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

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

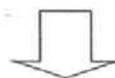
回復期（亜急性期）で問題となる疾患

慢性疾患	高血圧・糖尿病・高コレステロール血症
中枢疾患	脳卒中再発・水頭症・慢性硬膜下血腫 (CSH)・痙攣
循環器疾患	虚血性心疾患・心不全・不整脈・静脈血栓症・大動脈瘤
呼吸器疾患	肺炎・喘息・COPD
消化器疾患	胆のう炎・イレウス
その他	尿路感染症・腎不全・抑うつ状態 (PSD)・ASO・変形性関節症・創感染・褥瘡・口腔内疾患
潜在する疾患	癌・結石・睡眠時無呼吸・横隔膜ヘルニア
転倒外傷	大腿骨骨折・圧迫骨折・頭蓋内出血 (CSH含む)

適切な予防・診断・治療

(医師・看護師の重要な守備範囲)

医師に総合診療的視点が必要

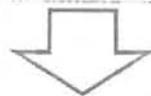


重複障害患者の増加

例：脳卒中後遺症＋慢性心不全、OA、COPD、癌など

急性期医療の問題

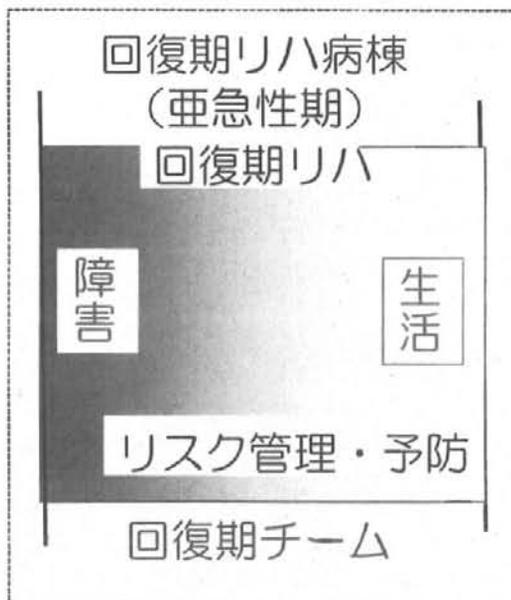
- ・ 基礎疾患の治療が中途半端
- ・ 潜在する疾患検索が不十分
- ・ リハビリ・ケアが消えていく！
- ・ 栄養管理が不十分
- ・ 急性期リハビリが普及していない



高齢者の多い病棟は
専従チームが必要！

【3】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

＝視点＝



＝役割＝

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



長崎リハビリテーション病院

救急医療を支えることで
安心した地域生活を支援

平成20年2月開設

回復期リハビリ専門

主に発症から1ヶ月前後の
脳卒中患者さんに集中的な
リハビリテーションを実施

回復期リハ病棟：3病棟

全館回復期リハビリ病床
3病棟（143床）
療養病床



地域生活に繋ぐ場
=>病院らしくない病院

回復期リハ病棟におけるチームづくり

課題

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

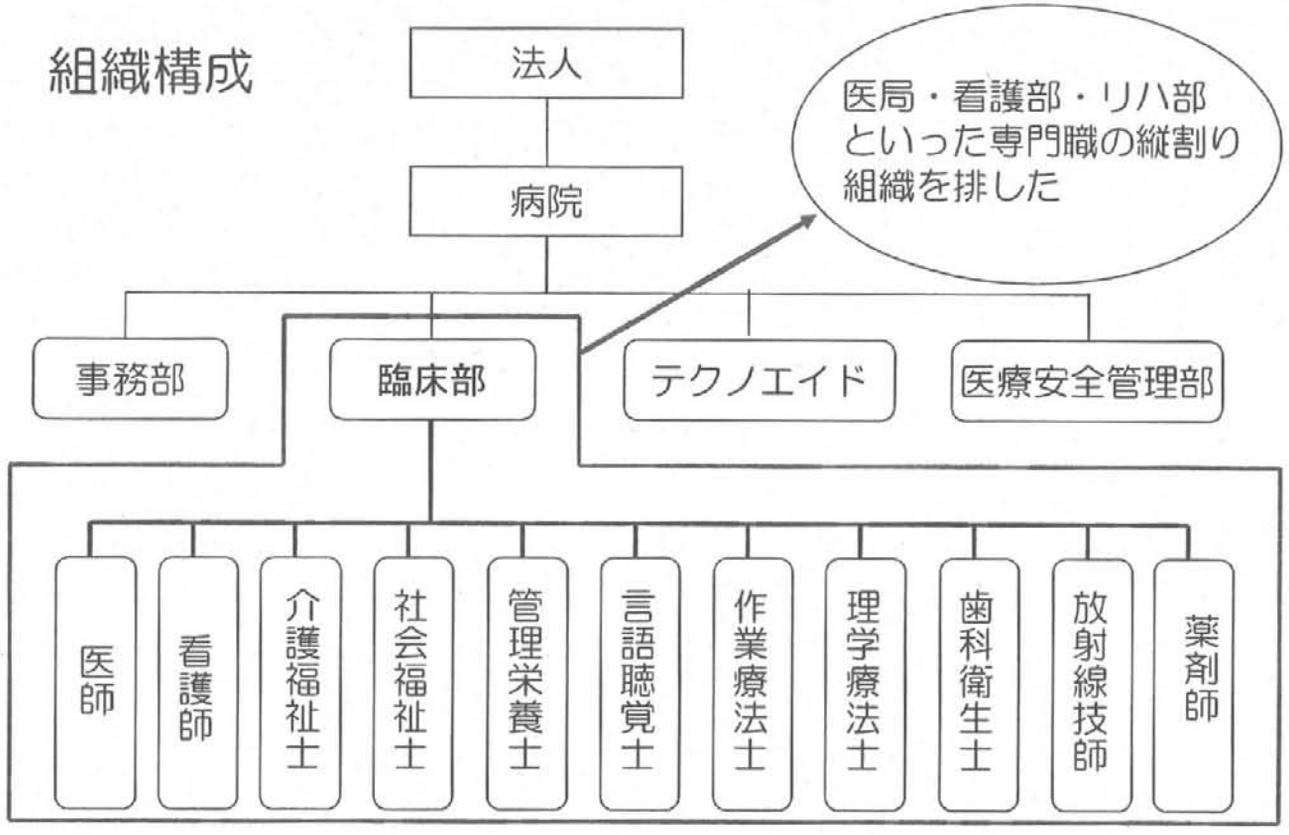


対策

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

チーム医療の発信の場（実現のための工夫）

組織構成



13

回復期リハビリ病棟

診療報酬上の人員配置

	専任医師	1名
	看護師	15 : 1
	看護助手	30 : 1
非専門職 →	専従PT	2名
	専従OT	
	← 専任PT、OT、STが応援	

専任は一般病床に軸足がある

14

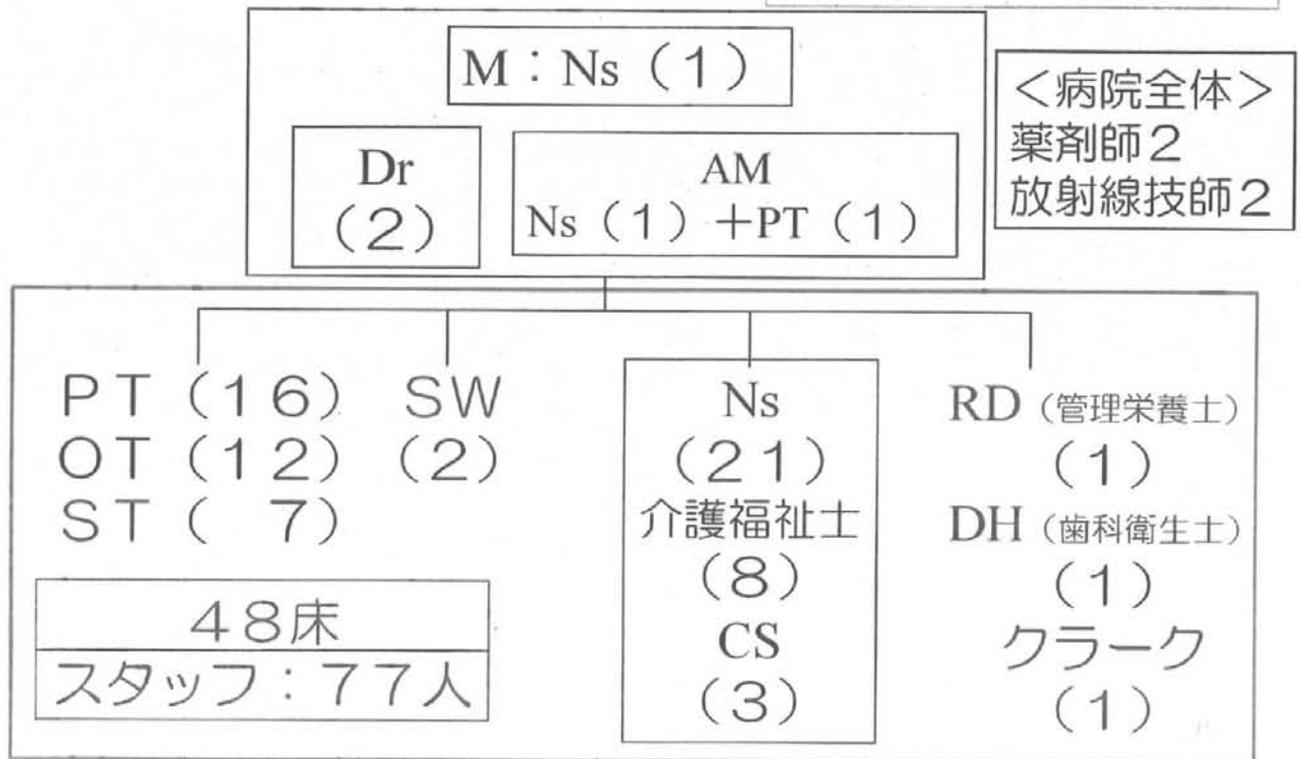
当院病棟（48床）人員配置

（全職種病棟専従制）

病床：人員＝1：1.6

M：マネジャー

AM：アシスタントマネジャー

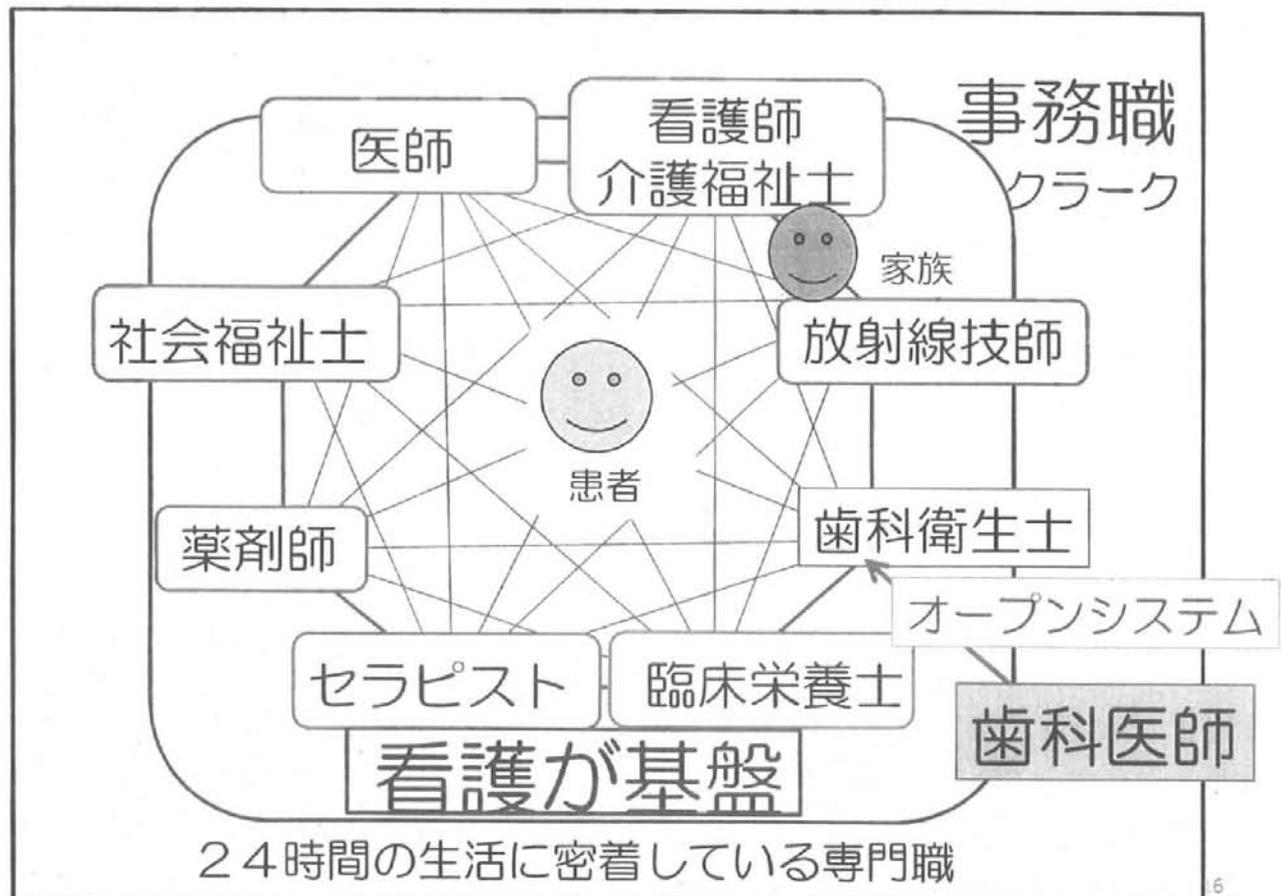


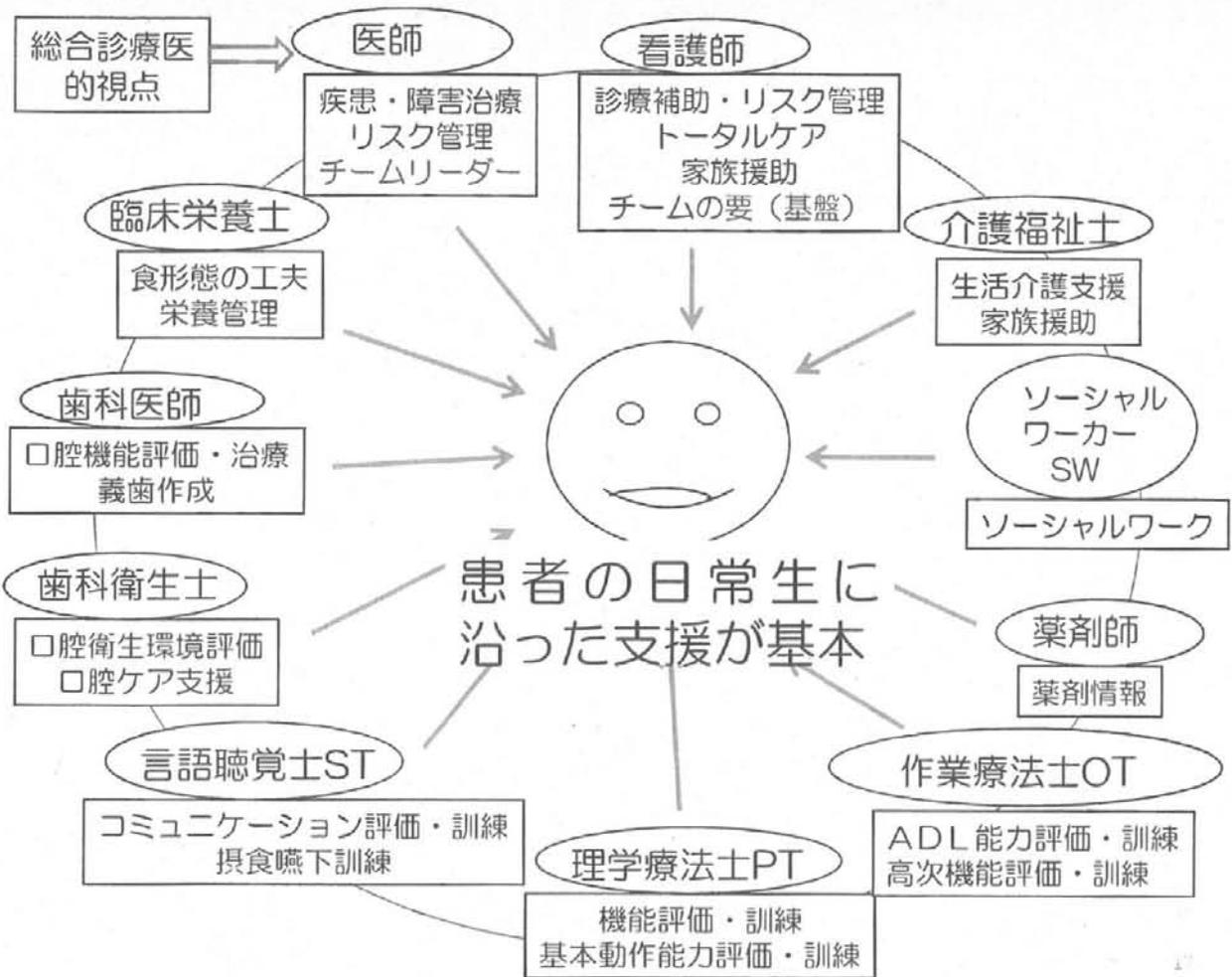
<病院全体>

薬剤師2

放射線技師2

我々が目指すチーム構造





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

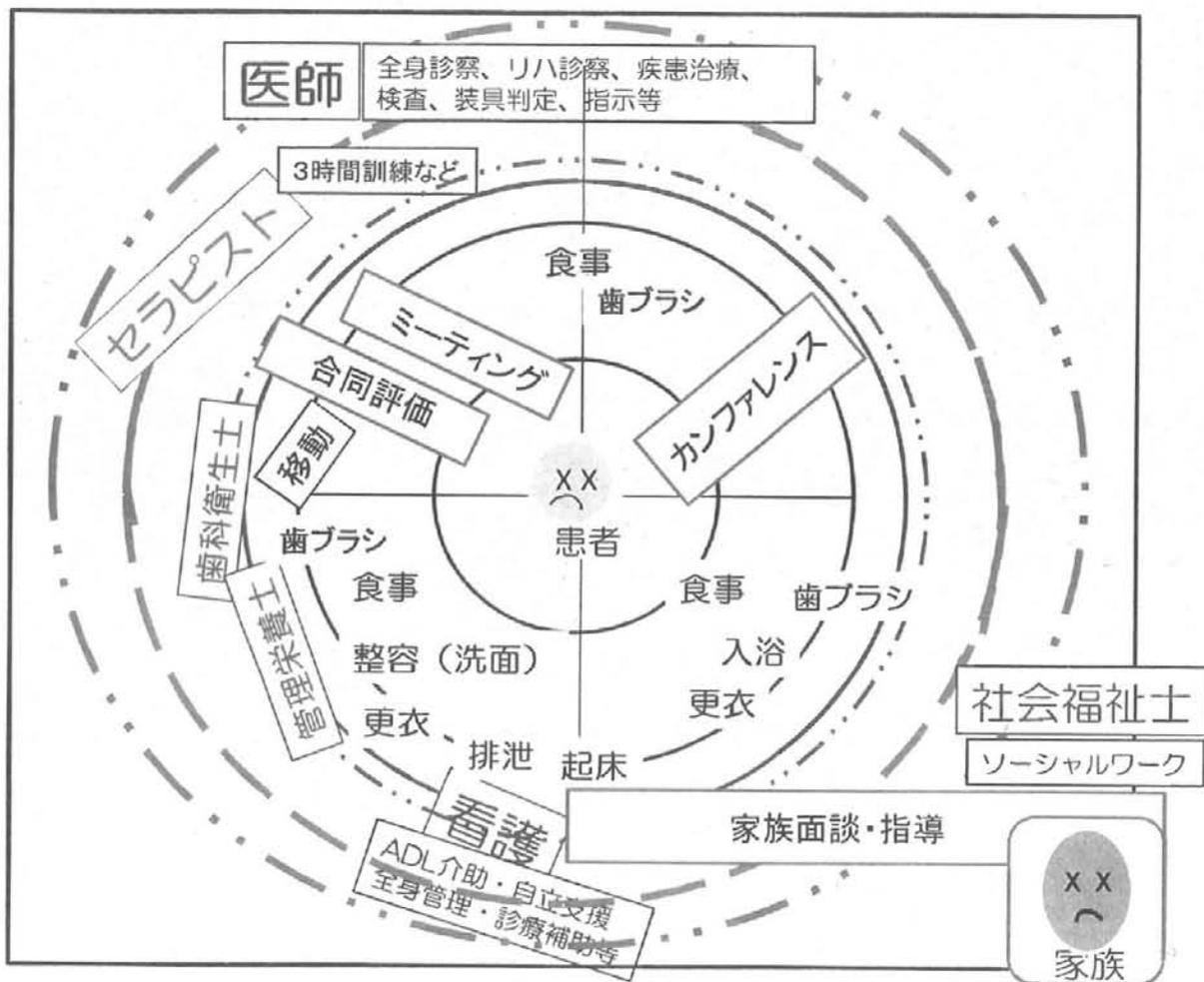
医師は良きコーディネーターであること

＝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

#医師は生活・障害を理解する

総合診療医を目指すチームリーダー¹⁸

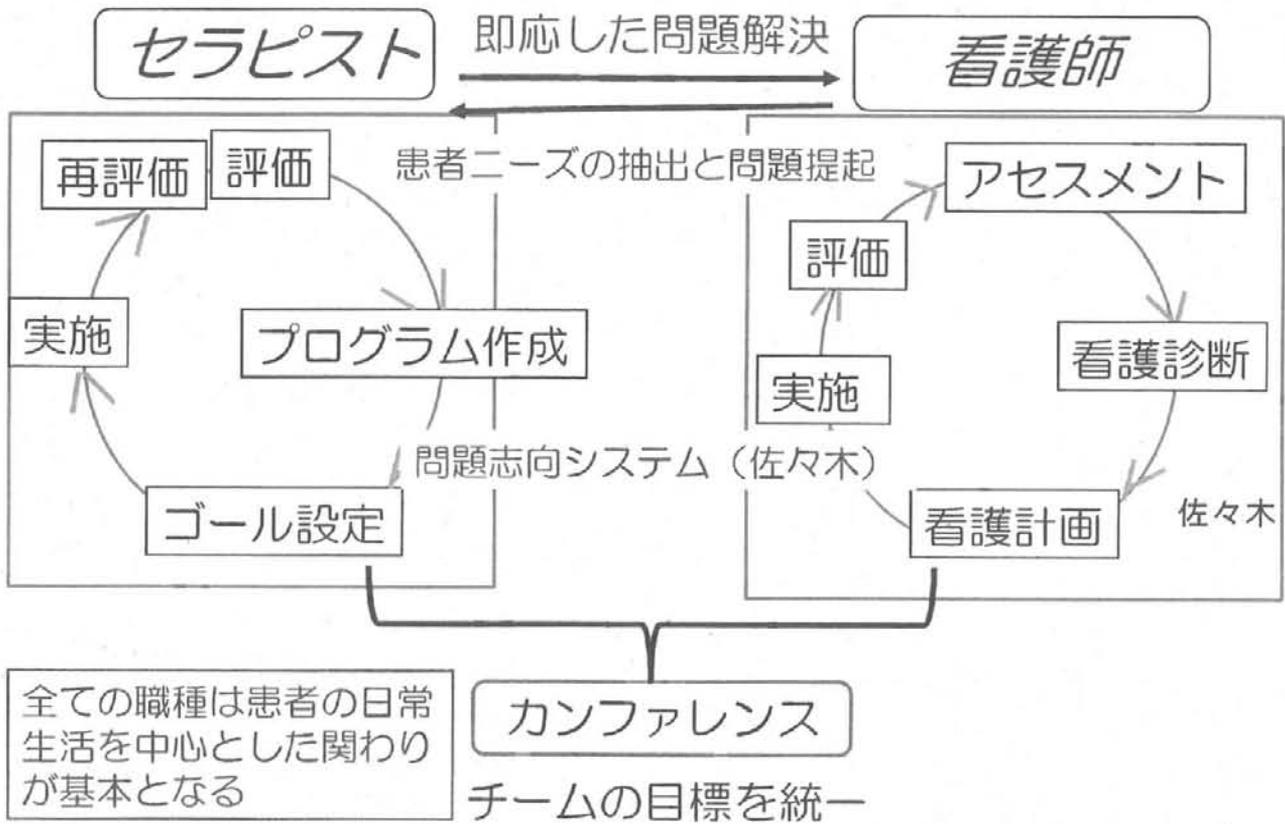


入院生活の調整例

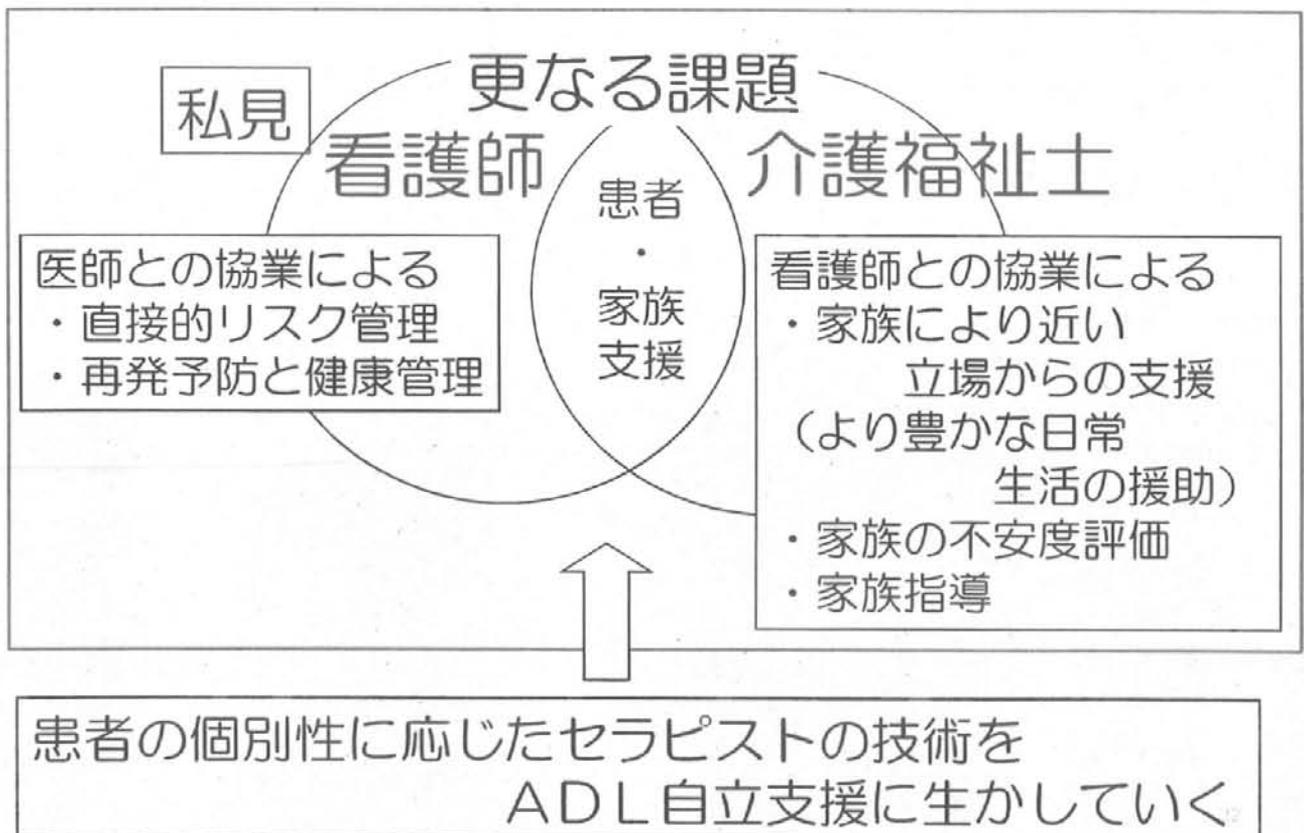
IOE: 間歇的経口経管栄養

		車椅子乗車	口腔ケア	食事	排泄	入浴・整容	セラピー
リスク管理 (診療補助)	6:00	起床				洗面・更衣	
	8:00	朝食		IOE			
	10:00			水分摂取			
	10:20						PT3単位
	11:20						摂食機能療法
	12:00	昼食		食事			
	13:00			水分摂取		入浴	
	14:20						ST3単位
	15:00						
	15:40						
	16:20						OT2単位
	17:00	夕食		IOE			
	18:00					更衣	
	22:00	就寝		IOE			

協働のあり方（セラピストと看護）



協働のあり方（看護師と介護福祉士）



より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

#医師は生活・障害を理解する

総合診療医を目指すチームリーダー³

チーム構築のために重要な取り決め

#言葉の問題

- ①チームは連携ではなく、協働である
- ②他職種を指導するのは医師のみ
 - ・助言
 - ・問題提起
- ③病棟さんは全スタッフ
 - ・ナースステーションー→スタッフステーション
 - ・ナースコールー→スタッフコール
- ④〇〇先生！をやめよう

#カンファレンスの充実（議論の場）

業務の拠点は「スタッフステーション」

病棟専従の徹底

①ナースステーション、②ナースコールの廃止

電子カルテ 情報の共有化

カンファレンス

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

ADL動作に関する協働

移乗

歩行

車椅子座位

トイレ動作

看護から問題提起

セラピストからの助言・提案

急性期病院（チーム）との連携
急性期病院でのカンファレンス参加

地域支援チームとの連携
退院前カンファレンス

チーム運営に重要な基本

【1】 コミュニケーション

【2】 情報の共有化：電子カルテ

【3】 チームマネジメント

+

#各専門職の知識・技術の向上

29

【4】 口腔機能回復支援のための
チーム構築
(医科歯科連携)

30

諦めないで

口から食べることを大切にする

＝チーム力の強化＝

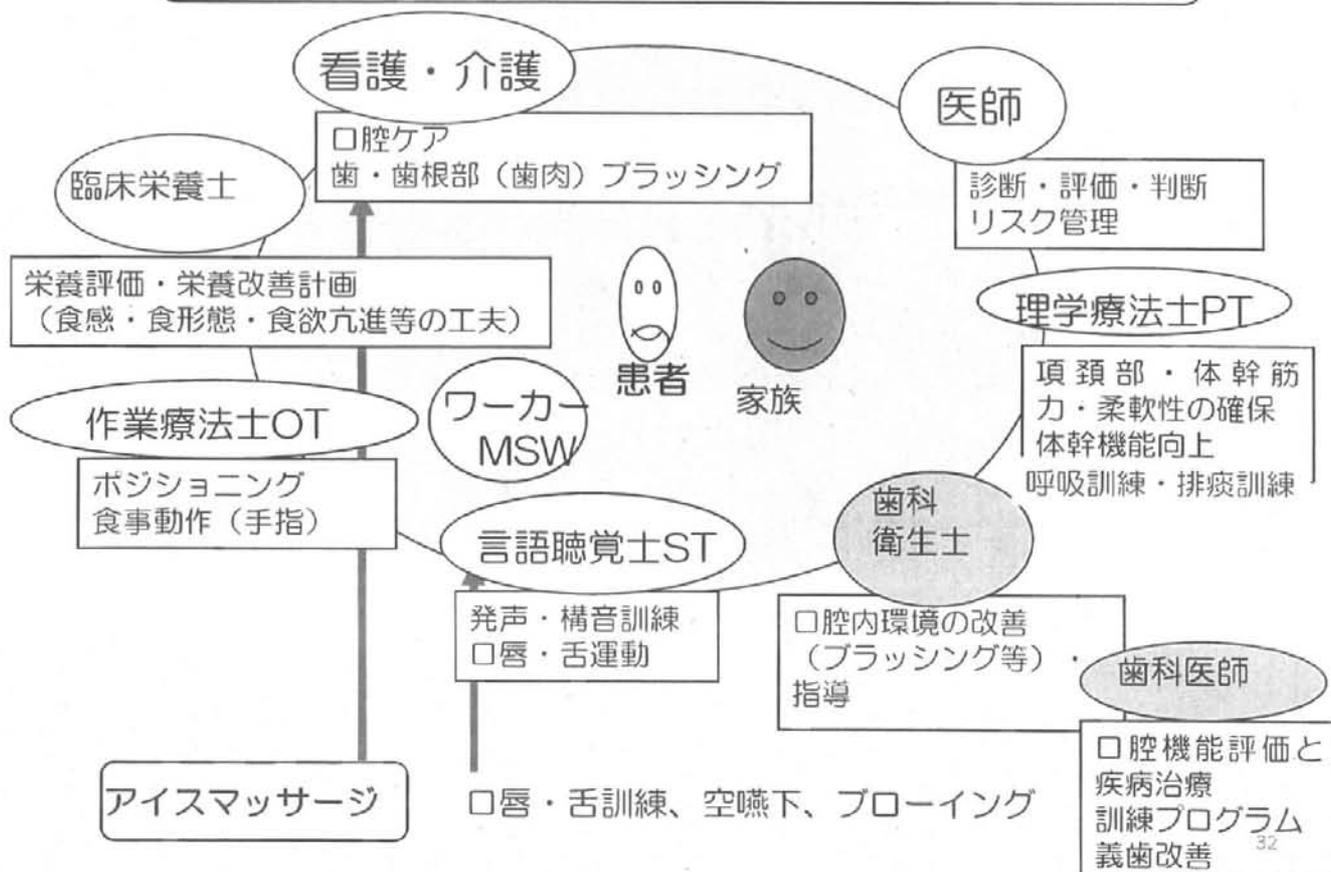
①病棟専従

- ・言語聴覚士
- ・歯科衛生士
- ・管理栄養士

②歯科オープンシステム

(医科・歯科連携)の構築

口から食べるためのチームの関わり



口を大切にするケア

看護師 言語聴覚士 歯科衛生士

看護師

間欠的経口経管栄養の実施

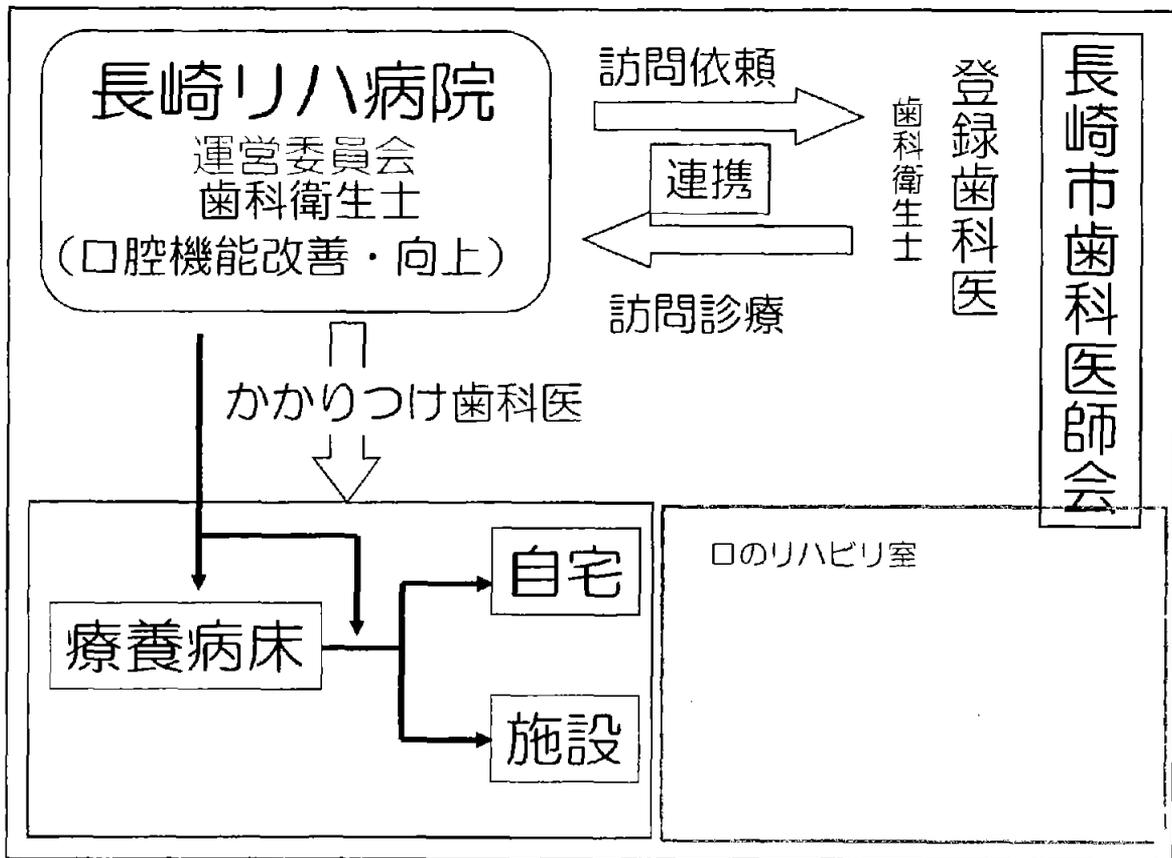
#

当院における歯科衛生士の業務

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

この場合の「口腔ケア」とは
口腔衛生のみならず口腔機能向上をも含む

歯科診療オープンシステム



参考資料

- ① 歯科オープンシステムの説明と私見
- ② 長崎リハビリテーション病院の実績
- ③ 長崎リハビリテーション病院における病棟専従専門職の業務

①

歯科オープンシステム構築の手順

- ①長崎市歯科医師会長と病院院長との覚書
- ②オープンシステム運営委員会設立
 - ・委員：歯科医師＋病院側代表
(医師・看護・歯科衛生士・STなど)
 - ・全ての運営は委員会の責任の下で行う
 - ・病院側は一切の報酬を受け取らない
- ③登録歯科医師の参加（運営会費が必要）
- ④院長・登録歯科医師との契約

歯科オープンシステム構築の理由（1）

- ①高齢・障害者は誤嚥性肺炎が多く
胃漏増設が増えている
 - ・救急搬送患者の最も多い原因は肺炎（2位：脳梗塞）
 - ・回復期リハ病棟での合併症で多いのは誤嚥性肺炎
- ②高齢者の低栄養の大きな原因は口腔機能低下
- ③高齢・障害者にとっては口腔衛生管理と共に
口腔機能向上が重要

歯科オープンシステム構築の理由（2）

- ①従来、口腔機能・障害という考え方が医科にも、歯科にも普及していなかった：専門家がない
- ②一般に歯科医師は高齢障害者の歯科治療には不慣れであった
- ③訪問歯科診療を行う歯科医師およびリハ科医師（一部、耳鼻科医）から口腔機能・障害の捉え方が重要であることの認識が出てきた――主に摂食嚥下障害の面から
- ④従来より医科・歯科の垣根は非常に高い
 - ・ 歯科医師はどのようにして病院に入ればいいのか解らない
 - ・ 病院はどこに相談していいのか解らない
- ⑤医師も、歯科医師も看護師や歯科衛生士以外の他職種と協働する経験がない



・ 口腔機能、障害について互いに認識し、チームで関わるのが重要

歯科オープンシステムのメリット

- ・ 多くの歯科医師が参加可能
- ・ 参加した歯科医師は他職種と協働する経験を得る
- ・ 医科歯科連携の基本が構築
- ・ 経腸栄養患者の口腔機能が向上し、経口摂取が可能となる

院内歯科衛生士の利点

- ①専門的口腔ケアが提供可能
- ②看護業務の効率化と質の向上
- ③医科歯科連携の窓口的存在
- ④職域拡大

院内歯科衛生士の問題点

- ①法的問題
- ②歯科衛生士の質・教育の問題
- ③人件費の問題

私見

歯科医不在状況下で、医師の包括的指示の下、実施が望まれる歯科衛生士の業務内容

- ①歯科保健指導（医師に認められている）
- ②摂食機能療法（現状は認められない）
- ③肺炎予防のための口腔清掃
- ④廃用予防のための口腔機能訓練

①の範囲に入らないか？

具体例

- ・口腔清掃
- ・ブラッシング介助（歯、歯肉、舌など）
- ・義歯装着指導、食事時の評価
- ・口輪筋、頬筋、舌マッサージ
- ・嚥下体操指導

提案：

#新たな認定制度下で歯科衛生士を
口腔機能療法士（仮称）として育成し、
医科歯科連携の窓口として医師の
包括的指示の下でも従事可能な専門職
とする

②

平成22年度年間入院患者

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

H22年退院患者一次転帰

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

H22年退院患者実績

急性転化患者二次転帰

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

入院時経腸栄養患者
 ・経口摂取獲得率：52%
 ・在宅復帰：53%

H22年退院患者総合転帰

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

最終転帰（入院中をのぞく）

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

③ 病棟専従医師の1日の業務の流れ

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

嚥下造影
 装具外来

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

看護の日勤業務の流れ

6:00	検査 採血 更衣 障害受療患者の車椅子移乗、口腔ケア、アイスマッサージ 外出スタッフと夜勤スタッフの打ち合わせ 経管栄養準備及び実施 血糖チェック、インスリン施行 更衣	
7:00	経口摂取患者の口腔ケア、アイスマッサージ 食前排泄介助(トイレ誘導) 食堂への誘導 食前手洗 看護記録記載	
8:00	在室 食事介助 食後手洗 下室(排泄量、水分量の確認・記載) 申し送り	
8:30	食事介助 食後の口腔ケア、排泄介助 服薬準備	
9:00	チーム内情報交換と伝達 ニルカフケス(看護計画評価・修正) 給食、注射薬の準備及び実施 検査	
10:00	ケア トイレ誘導 更衣及び手洗 入浴介助準備	
11:00	経管栄養患者の車椅子移乗、口腔ケア、アイスマッサージ 食前排泄介助(トイレ誘導) 経管栄養準備及び実施 血糖チェック、インスリン施行	入浴介助
11:30	経口摂取患者の口腔ケア、アイスマッサージ 食前排泄介助(トイレ誘導) 食堂への誘導 食前手洗	
12:00	在室 食事介助 食後手洗 下室(排泄量、水分量の確認・記載)	
13:00	食後の口腔ケア、排泄介助 作業カンファレンス	
14:00	検査 ケア 経管栄養準備	
15:00	更衣及び手洗 トイレ誘導 看護記録記載	
16:00	更衣 申し送り	
16:30	経管栄養患者の車椅子移乗、口腔ケア、アイスマッサージ 外出スタッフとの打ち合わせ及び外出スタッフとの打ち合わせ 経管栄養準備及び実施 血糖チェック、インスリン施行	
17:00	経口摂取患者の口腔ケア、アイスマッサージ 食前排泄介助(トイレ誘導) 食堂への誘導 食前手洗	
18:00	在室 食事介助 食後手洗 下室(排泄量、水分量の確認・記載) 検査	
19:00	ケア トイレ誘導 更衣及び手洗	
20:00	更衣 経管栄養準備 更衣及び手洗	
21:00	トイレ誘導 食後手洗 看護記録記載	
22:00	退社	

セラピストの業務の流れ

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

社会福祉士 (SW)の1日の業務の流れ

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

49

管理栄養士

歯科衛生士

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

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

50

チーム医療の具体的実践事例

提出委員名 栗原正紀 委員

チーム（取組）の名称	回復期リハ専門病院におけるチーム
チームを形成（病棟配置）する目的	特に脳卒中患者や肺炎による廃用症候群患者などは多くが高齢者のために、多種多様なリスク（慢性疾患や再発、合併症）を抱えている。その様な状況下で、障害の改善、家庭復帰を支援することとなる。そのためには医師・看護師のみならずその他の多くの専門職が患者の日常生活を基本とした関わりが重要であり、病棟専従多職種がチームを構築してはじめて、質の高いサービスを効率よく提供、安心した地域生活に繋がっていくことが可能となる。
チームによって得られる効果	セラピストのみならず介護福祉士、社会福祉士、管理栄養士、歯科衛生士などが病棟専従となることで専門職間の垣根が無く、日常的に情報交換・検討が盛んになるとともに、専門的視点に立って評価・プログラム作成を行い、カンファレンスで統一した目標に向かって関わる事が可能となる。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容	<p>① 病棟専従医師：入院時多職種と共に全身状態および障害の評価、予後予測を行うと共に他職種に指示を与えチームが有効に機能するようにリーダーシップを発揮。患者・家族が障害を乗り越え地域生活に立ち向かえるようにチームリーダーとして支援する。更に総合診療的視点に立って、慢性疾患および再発・合併症の予防と治療を行う。また急性期および維持期との連携を図っていく。（カンファレンス、家族説明、合併症治療に時間を要す）</p> <p>② 看護師：医師の指示の下、リスク管理を行う。ADL介助・自立援助を基本とした関わりの中で、セラピストが個別患者に指導した内容を積極的に取り入れると共に日常生活における問題点を抽出し、セラピストに提示する。家族支援。</p> <p>③ 介護福祉士：日常生活支援と共に家族の介護指導を行う。</p> <p>④ 管理栄養士：栄養アセスメント、評価、改善プログラム作成、実施、再評価。本人および家族に対する栄養指導・食形態調理指導</p> <p>⑤ 薬剤師：入院時使用薬剤の情報収集の下、医師・看護などに情報提供、本人・家族指導</p> <p>⑥ 理学療法士・作業療法士：障害の集中的改善を図り、基本動作の確立と共に日常生活動作の改善が図れるよう看護とともに介入する。</p> <p>⑦ 言語聴覚士：言語障害の改善と共に摂食嚥下訓練を行う</p> <p>⑧ 社会福祉士：家族とスタッフ間、患者と家族間・地域生活などとのつなぎとしての役割を行いながら在宅生活基盤づくりを実施。</p> <p>⑨ 歯科衛生士：歯科医師との連携の窓口機能を果たすと共に、口腔衛生状態の評価、口腔ケアのプログラム作成（重度障害患者に対する口腔ケア技術助言・援助）、歯ブラシなどの患者・家族指導を行う。</p> <p>⑩ 登録歯科医師：口腔機能向上のために義歯調整、歯科的治療を行うと共に食事場面での機能評価を実施。カンファレンスに出席</p>
#各職種の業務時間内容は別表にて示す	

チームの運営に関する事項

チーム運営に関しては以下の項目が前提であり、教育が必要

- ・電子カルテによる情報の共有化
- ・カンファレンスの重視
- ・チームマネジメント能力

それぞれの職種知識・技術力向上に向けた教育体制が前提となる

具体的に取り組んでいる医療機関等

長崎リハビリテーション病院、初台リハビリテーション病院、その他

#病棟専従各専門職の1日の病棟業務の流れと所要時間

【1】共通項目：全職種週休2日制（医師のみは土日・祝祭日休み）

- ① 入院時合同評価：全職種約60分
その後、医師およびSW、看護は家族面談・説明
- ② カンファレンス
 - ・定期カンファレンス：全患者につき月1回（1例30分）
 - ・家庭訪問
 - ・地域カンファレンス：ケアマネやかかりつけ医などを交えて30-60分
- ③ 随時、家族説明（30-60分）
- ④ 介護指導
- ⑤ 委員会、院内研修会参加

【2】各専門職別業務の流れ（例）

(1) 病棟専従医

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

} 嚥下造影
装具外来

#病棟業務：全身診察、処置、指示、カルテ記載
リハビリ診察、ミニカンファレンス等

なお、

- ・各医師は週1回午前中は外来診察
- ・土日は当直勤務体制

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

(3) セラピスト (PT、OT、ST) : 365日リハ実施体制

(患者1人対して1日9単位を目標)

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

(4) 病棟専従社会福祉士 (SW)

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

(5) 病棟専従管理栄養士

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

(6) 病棟専従歯科衛生士

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

平成23年1月28日
日本歯科総合研究機構

「病院でのチーム医療における歯科の係わりに関する調査」概略

「調査対象及び方法」

平成22年10月現在 独立行政法人福祉医療機構 WAM NET に公表されている全病院 8,818 病院を対象とし、11月末に調査票を郵送した。有効回答は 2,671 病院で、有効回答率は 30.5%であった。

「結果概要」

- ・ 歯科を標榜していた病院は全体の 26.3% (702 病院) であった。
- ・ 全体の約 9 割の病院において、何らかのチーム医療を設置していた。また、病院に存在するチームは褥瘡 (80.5%) が最も多かった。ついで感染制御 (64.5%)、NST (51.1%)、摂食嚥下 (31.4%)、口腔ケア (18.6%)、緩和ケア (18.0%)、糖尿病 (16.9%) チームの順であった (図 1)。
- ・ 歯科を標榜する病院におけるチームへの歯科職種の関与状況は NST、口腔ケア、摂食嚥下チームにおいて比較的高かった (図 2)。
- ・ 口腔ケアを含めた歯科的管理は 73%の病院が実施していると回答していた (図 3)。歯科を標榜する病院では歯科がない病院と比較し口腔ケアを含めた歯科的管理の実施割合が高かった (図 4)。
- ・ 口腔ケアを含む歯科的管理実施者は、歯科を標榜する病院では看護師・准看護師と歯科衛生士はほぼ同割合 (5 割程度) であり、3 割弱は歯科医師も関与していた (図 5)。歯科のない病院では、看護師・准看護師、介護士が実施している割合が高かった (図 6)。
- ・ 病院と地域歯科医師会の連携があると回答したのは約 3 割であった (図 7)。歯科を標榜する病院では、歯科がない病院と比較して地域歯科医師会との連携がある病院が多かった (図 8)。

「まとめ」

歯科を標榜する病院のチーム医療において、NST・口腔ケア・摂食嚥下・感染制御等への歯科職種の間与が比較的高くなっていた。

口腔ケアを含めた歯科的管理は 7 割以上の病院で実施されており、歯科のない病院では看護師・准看護師や介護士が担当していた。また、歯科を標榜する病院においては、看護師・准看護師とともに歯科医師、歯科衛生士が担当していた。

病院と地域歯科医師会との連携については、歯科のない病院こそ必要であると考えられるが、歯科標榜のない病院の連携は 2 割にも満たないことから、今後さらに、質の担保された医科－歯科連携を推進するための早急な対応が必要である。

患者中心の質の高いチーム医療を推進していくためには、専門領域に基づいた医科と歯科の連携が不可欠である。特に歯科のない病院の現状からは、地域歯科医師会を含めた医科－歯科連携のチーム医療を推進していかなければならない。そのため、歯科職種が配属されていない病院に、歯科医師および歯科衛生士を配置するための総合的な施策が必要である。

また、歯科標榜のある病院における医科－歯科連携をより一層強化していくための施策、例えば、診療報酬で評価する等も必要である。

病院でのチーム医療 における歯科の係わり に関する調査」概略

日本歯科総合研究機構調査結果より

昭和大学口腔ケアセンター
向井 美恵

20

1

「目的」

各病院において実施されているチーム医療における歯科職種の関与の実態を把握し、今後の施策提言を行うための基礎資料とすること。

「対象および方法」

平成22年10月現在 独立行政法人福祉医療機構WAM NETに公表されている全病院8,818病院を対象とし、11月末に調査票を郵送した。有効回答は2,671病院で、有効回答率は30.5%であった。調査は日本歯科総合研究機構が実施した。

20

2

図1. 各チーム医療設置割合(n=2,671)

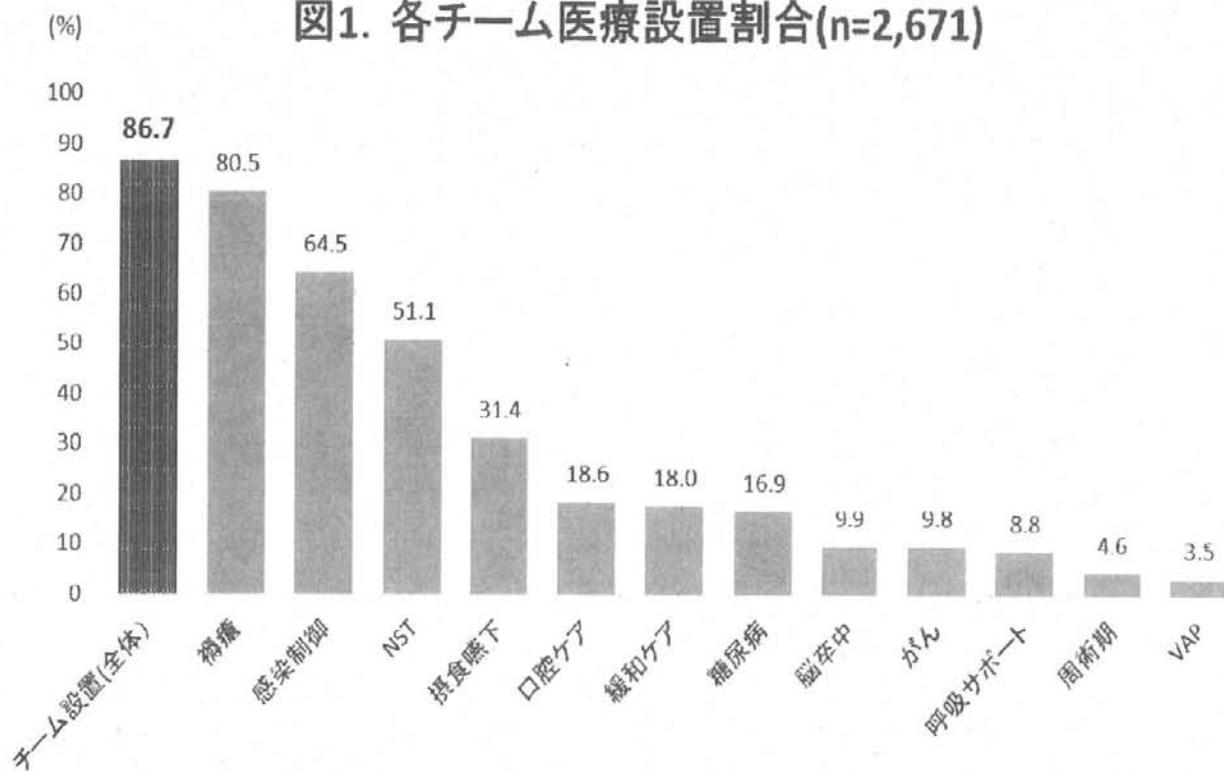
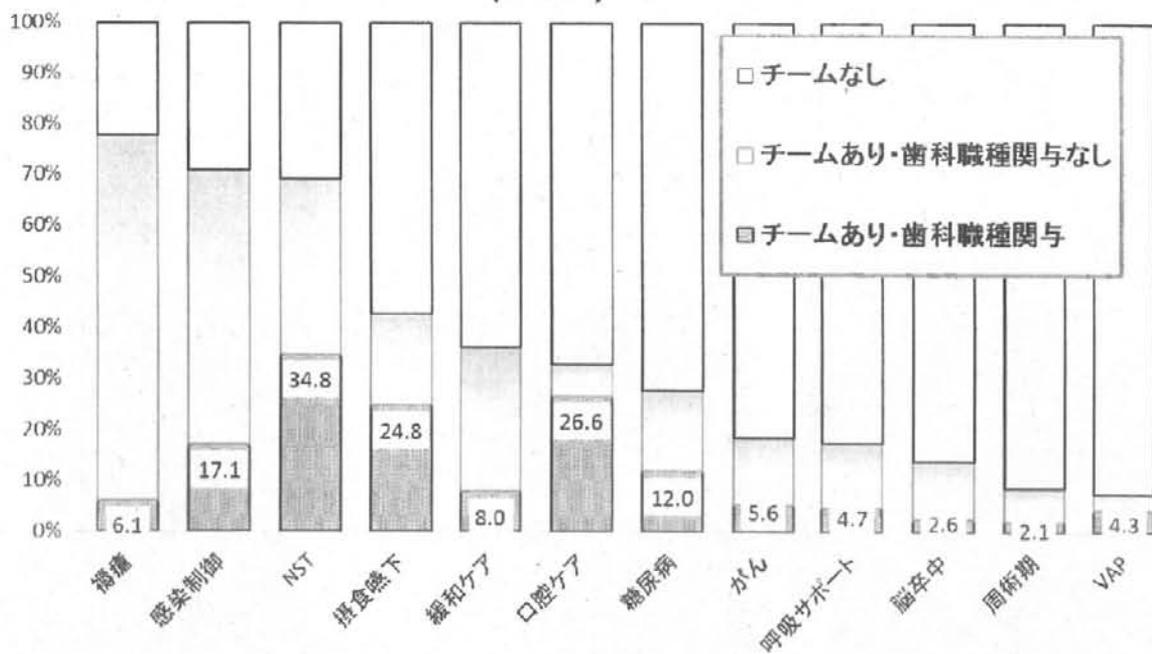
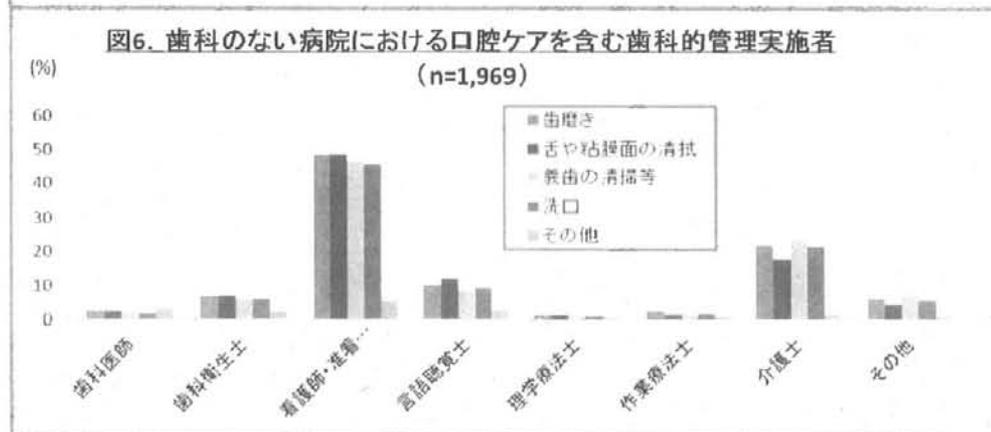
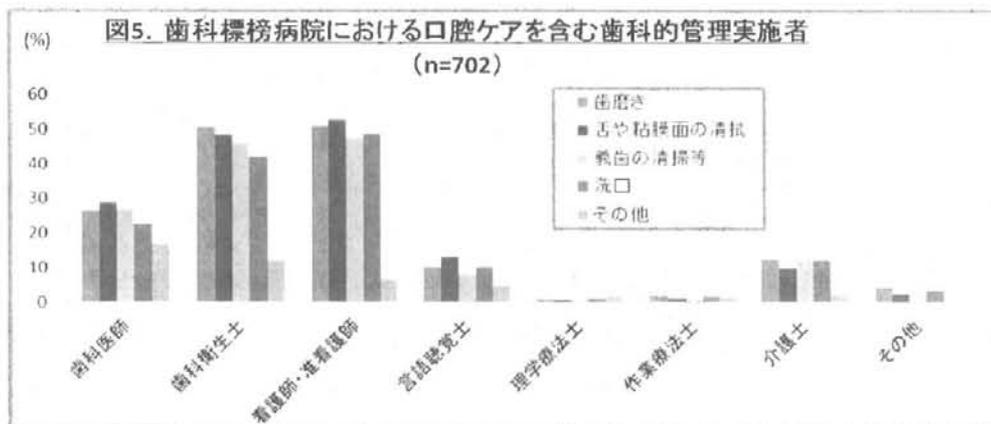
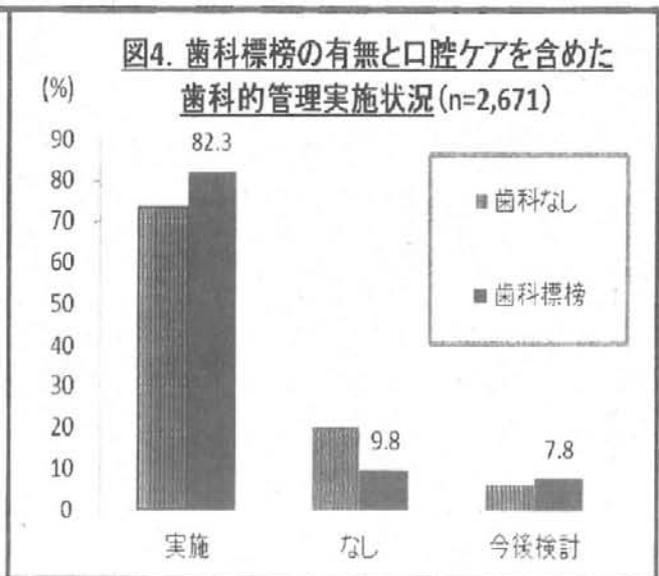
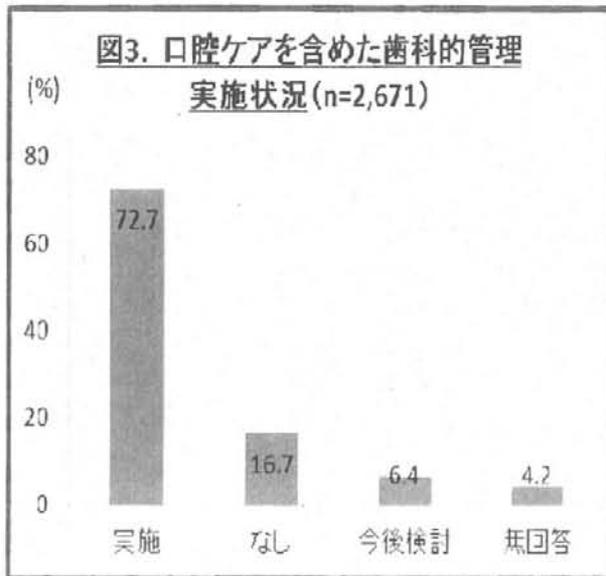
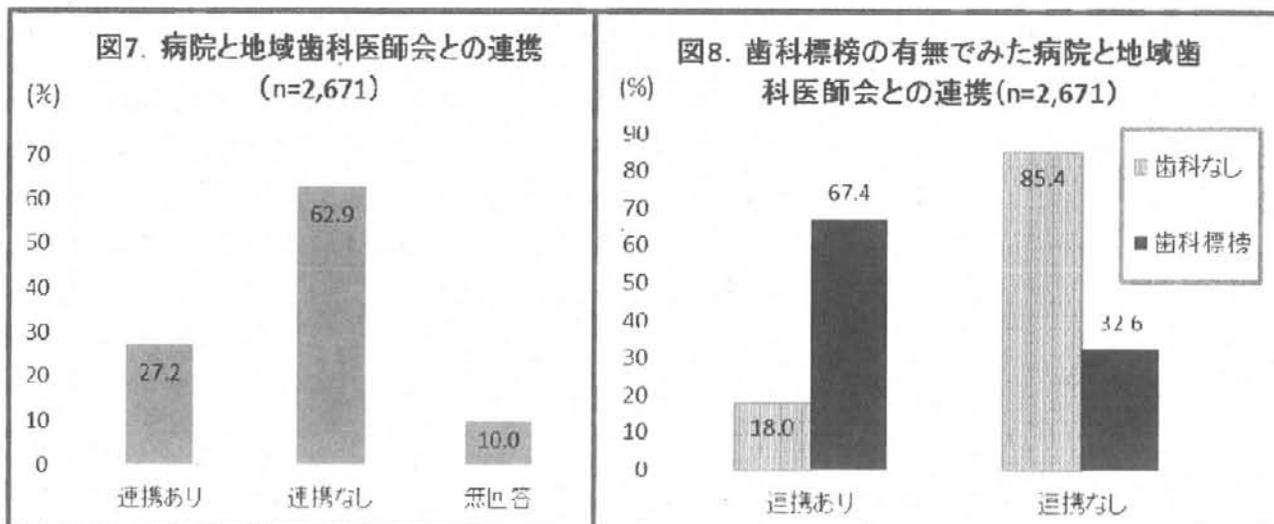


図2. 歯科標榜病院におけるチームへの歯科職種関与状況 (n=702)







「まとめ」

患者中心の質の高いチーム医療を推進していくためには、専門領域に基づいた医科と歯科の連携が不可欠である。

特に歯科のない病院の現状からは、地域歯科医師会を含めた医科—歯科連携のチーム医療を推進していかなければならない。そのため、歯科職種が配属されていない病院に、歯科医師および歯科衛生士を配置するための総合的な施策が必要である。

また、歯科標榜のある病院においても医科—歯科連携をより一層強化するための施策、例えば、診療報酬で評価する等も必要である。

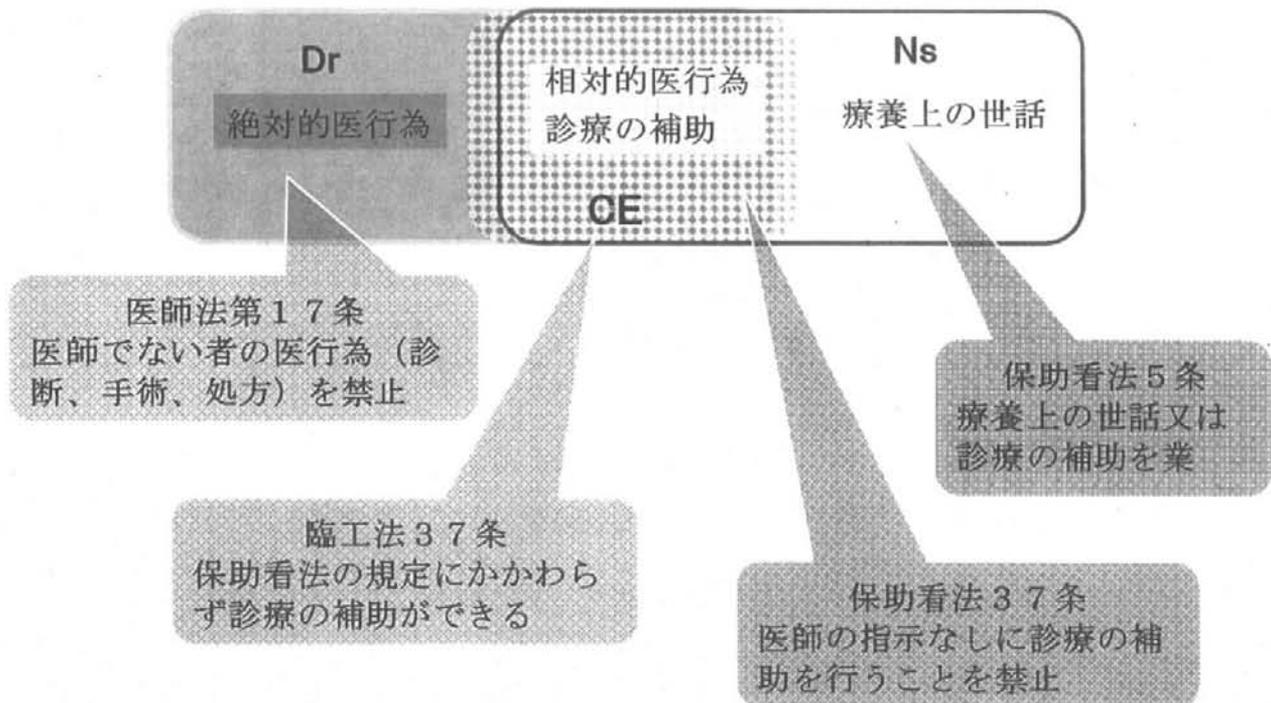
臨床工学技士業務

枚方公済病院
臨床工学科 松阪 淳

Clinical Engineering Technologists

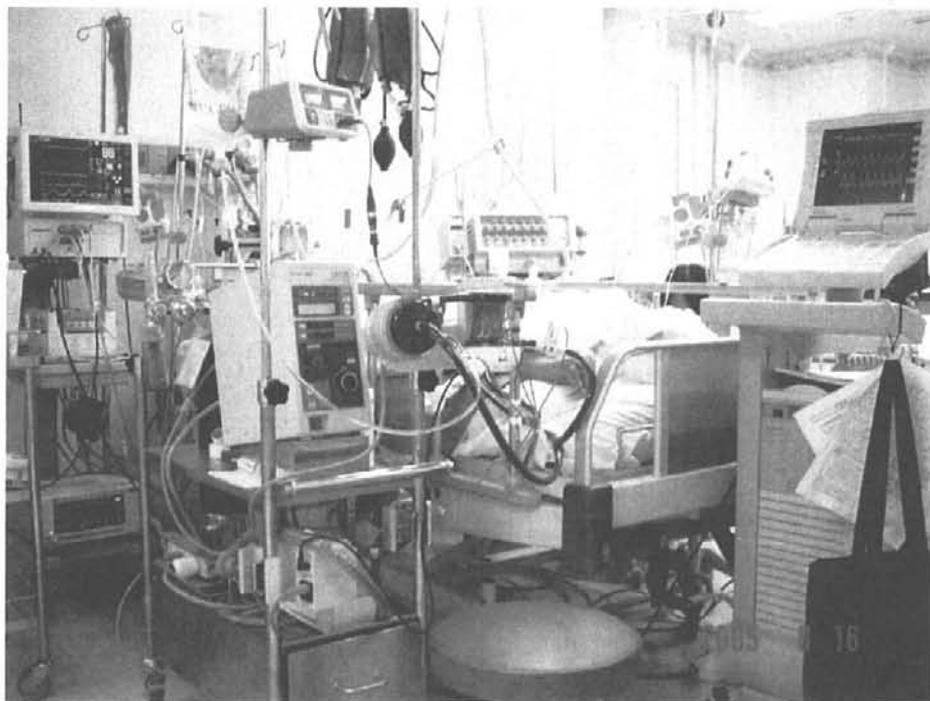
第5回チーム医療推進方策検討WG

医師・看護師・臨床工学技士の業務



Clinical Engineering Technologists

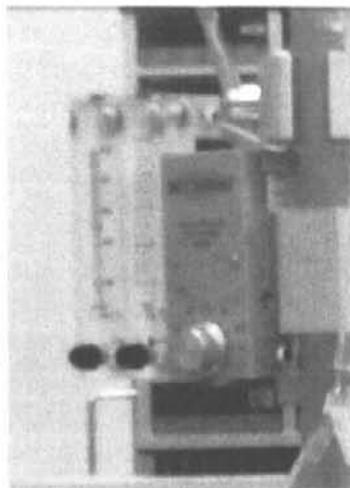
PCPS実施例



Clinical Engineering Technologists

血液ガスのコントロール

吹送ガス流量計



酸素・空気混合装置
(酸素ブレンダー)

100%酸素と圧縮空気を混合し、FiO₂（酸素濃度）を21～100%の範囲で制御し、人工肺に混合ガスを吹送する。

Clinical Engineering Technologists

酸素濃度・吹送流量

血液ガス分析のデータを確認しながら適宜調整

	酸素分圧 (PaO ₂)	炭酸ガス分圧 (PaCO ₂)
流量を上げる	上昇 (低酸素分圧時)	降下
流量を下げる	降下 (低酸素分圧時)	上昇
濃度を上げる	上昇	変化せず
濃度を下げる	降下	変化せず

PaO₂ ➡ 吹送ガス酸素濃度で調整 100 mmHg ~ 300 mmHg

PaCO₂ ➡ 吹送ガス流量で調整 35 mmHg ~ 40 mmHg

Clinical Engineering Technologists

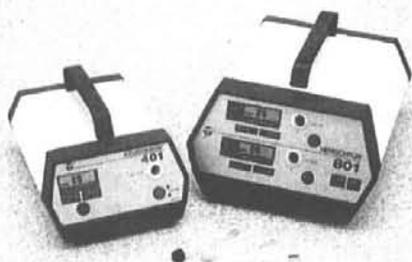
5

抗凝固のコントロール

活性化凝固時間を測定し、

- PCPS: 180 ~ 200 秒
- CPB: 400 秒以上

ヘパリンナトリウムを投与。



• PCPS: 持続 50単位/ Kg/時間

• CPB: 100単位/ Kg/時間

Clinical Engineering Technologists

6

包括的指示下

技士が

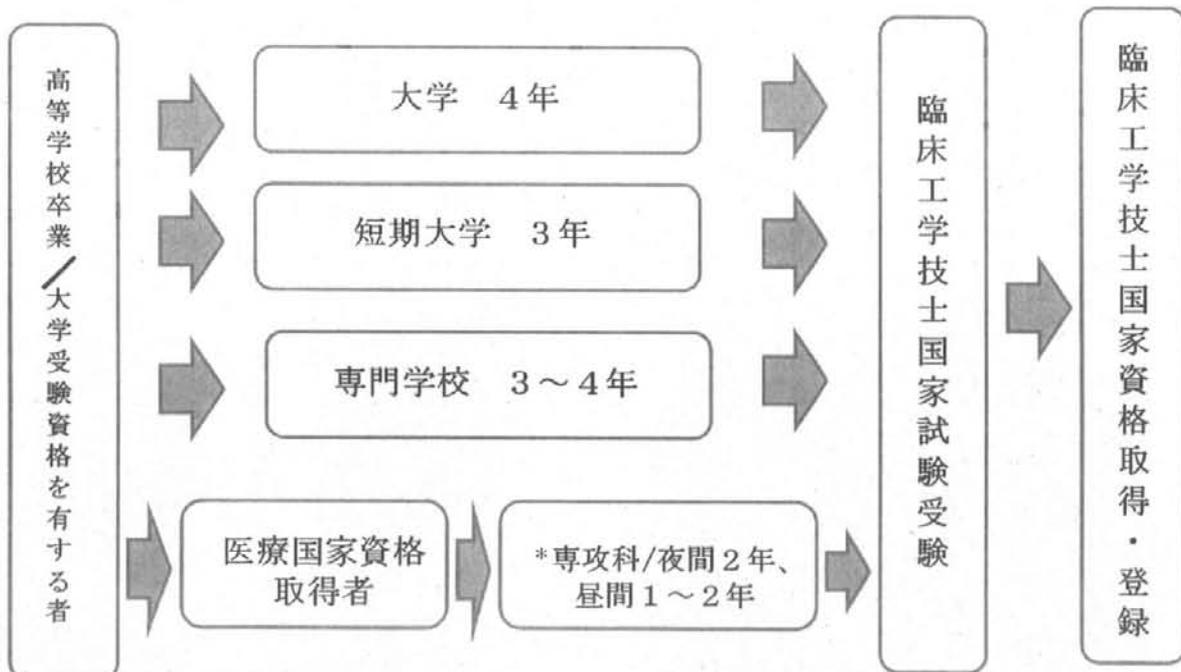
- ・ 酸素濃度
- ・ 混合吹送ガス流量
- ・ ヘパリン投与量

を適時変更

技士の裁量権

Clinical Engineering Technologists

第5回チーム医療推進方策検討WG



*：厚生労働大臣指定科目を履修

Clinical Engineering Technologists

臨床工学技士卒後教育による包括的指示 の下、業務をこなせる技士育成が重要

臨床工学技士の養成所は一年制の専攻科から四年制大学までである。同じ臨床工学技士でも能力にばらつきが見られる。

臨床工学技士養成課程の統一 と 基礎医学科目の更なる充実

Clinical Engineering Technologists

厚生労働省
チーム医療推進方策検討WG
座長 山口 徹 先生

平素、チーム医療に関して多大なご尽力を賜り、感謝申し上げます。

さて、第3回WG（2010年12月4日）におきましてヒアリングの機会をお与えくださりまして、誠に有り難う存じました。その際、時間の関係もあり、事例は1つだけを提供して、チーム医療における臨床心理士の実際の活動を紹介させて頂きましたが、たった1つでは、委員の先生方にとって具体的なイメージを十分にもちにくいのではないかと考え、今回、ガンなどの身体疾患を中心に、A～Fまで6つの事例をまとめました。また、事例Dのみをサンプルとして経過表と多職種チームにおける臨床心理士の役割を図示しました。最後に、総合考察をできるだけ端的に加えてございます。

どうか、提出資料としてご査取くださりますとともに、この現実を鑑みて、チーム医療推進方策検討WGでまとめられる予定の「チーム医療の取組の指針となるガイドライン」のなかで、他の多くの職種とともに臨床心理職が存在することを明記していただきますよう、改めてお願い申し上げます。

平成23年1月24日

オブザーバー
日本大学文理学部心理学科
(一般社団法人日本臨床心理士会 副会長)
津川 律子

1. 概要

情緒不安定等の精神症状を主訴とし、極めて軽度の意識混濁を呈した急性辺縁系脳炎と診断、入院加療を行った男子例である。

2. 経過

入院1週間前より、発熱、頭痛、嘔気のため、近医を受診し、内服加療を行っていた。その後、家族に対する暴言、机上の物を落とす、床に倒れてベッドの脚を蹴るなどの興奮した状態が認められたため、近医にて向精神薬の投与を受けた。その後も、異常行動と傾眠傾向が持続したため、大学病院小児科へ紹介受診となった。

診察時、場所や人に対する見当識は保たれていたが、視線は定まらず、常同的に鼻を触る動作が認められ、軽度の意識障害と診断された。急性脳炎を疑い、入院加療とし、急性脳炎に対する支持的療法とともに、経過観察を行った。入院時の血液・尿検査、画像検査、脳波検査上はとくに異常所見は認められなかった。

入院後、傾眠傾向と、時々閉眼しては、鼻を触る動作、突然起き上がり母を呼ぶ、ベッド柵を重り越える、点滴を抜くなどの行動が交互に認められた。そばに人がいることを好み、抱きつく、おんぶをせがむ、手を握るなどの甘えた行動が見られた。家族とともに、医師、看護師、病棟保育士、臨床心理士が協働して行動観察を行った。

2度目の脳波検査上、徐波の混入が明らかとなり、その際の髄液検査でも、軽度の細胞数増多と蛋白増加が認められ、急性辺縁系脳炎との確定診断に至った。

徐々に、傾眠傾向は改善を認め、発語の増加とともに、周囲の認識も少しずつ高まり、入院1週間後には、意識障害は完全に回復し、家族も元の状態に戻ったとの認識であった。退院時には、臨床心理士がWISC-IIIを実施し、認知機能は正常と評価された。退院後、本例との関連なく発症したてんかんとともに、医師と臨床心理士が外来にて経過観察を行ったが、とくに行動面、学習面でも問題は認められず、現在は大学生生活を送っている。

3. 考察

一般に、急性脳炎においては、けいれんなどの神経症状や昏睡などの重篤な意識障害を呈することが多いが、一方で、精神症状と軽微な意識混濁を呈する急性辺縁系脳炎も存在する。本例では、当初、近医で精神科的疾患を疑われ、向精神薬の投与も行われたことから、家族の不安も強く、病像に関する多角的な評価を行うために、医師とともに臨床心理士が病歴聴取ならびに経過観察を行う必要があったと考えられる。

意識障害下における精神症状は、一見多彩かつ羅列的な印象を与えるが、乳幼児の心理学的発達過程の視点から捉えると、「退行」として矛盾はなく、その回復過程も一定の方向性が認められた。本例では、経過観察に、医師、看護師、病棟保育士とともに、臨床心理士も加わり、日常的に情報交換、カンファレンスを行った。

退院後も、他の精神科疾患との鑑別の必要もあり、医師とともに臨床心理士が経過観察を行い、順調な回復過程を認めた。

なお、本例の経過については、日常診療を行う小児科医に対する啓発意義も認められたため、医師とともに臨床心理士が経過報告をまとめ、「小児科臨床」雑誌に投稿した。

事例B 12歳 女子 1型糖尿病 母による虐待

1. 概要

7歳発症の1型糖尿病の女子であり、発症時より大学病院小児科外来で経過を見ていた。小6の夏以降、血糖コントロールがとくに不良となり、コントロールを目的に入院となった。入院後、本児の生活環境が明らかになるにつれて、母による本児への心理的虐待、身体的虐待、ネグレクトが問題となり、各種関係機関による調整を必要とした。

2. 経過

7歳時に、1型糖尿病を発症。インシュリン療法導入後外来で医師が定期的に経過を見ていた。元々、多動傾向があり、医師とともに臨床心理士も外来で不定期に面接を行ったが、母からの情報では学校では問題はない、とのことであったため、積極的な対応は実施してはいなかった。父は別居しており、音信不通の状態であったため、母がフルタイムで就労し、生計を維持していた。本人は低学年までは学童保育を利用していたが、高学年になり、施設の都合で退所していた。近所に親戚などはなく、母が不在の間は、食事面などでかなり不規則な生活を送っていた。

小6の夏には、低血糖によるけいれん発作があり、秋には高血糖の状態が続いたため、本人の手技の確認、インシュリン量の調整を目的に入院となった。また、発症以来ずっと主治医を務めていた医師が退職する予定となり、今後の治療環境について相談する必要もあった。

入院後、血糖コントロールは速やかに改善したが、本人より母による虐待の訴えが医師と看護師にあり、退院を嫌がる言動があった。母は、仕事の都合上面会に来ない日もあり、面会時には本人の態度に対して、医療者の前でも厳しく叱責することがあった。医師、看護師、臨床心理士より、母に対して、今後の治療環境について、病弱児学級のある病院への長期入院なども選択肢に入れることを提案したが、この提案は受け入れられなかった。そして、これを機に母は医療者にも攻撃的な態度をとるようになった。母からは、夜間の母不在時に本人の様子観察の希望があり、当院MSWから、地域の保健師と訪問看護ステーションに支援の提供について問い合わせを実施した。

本人の生活環境把握のため、医師が学校に連絡をしたところ、学校は以前から母による虐待事例とみなしており、児童相談所への通告も行っていたことが判明した。そこで、地域の保健センターにて、市の子ども相談センターの担当者、保健師、小学校の教頭、担任教諭、養護教諭、進学予定の中学校の養護教諭、病院の医師、臨床心理士による個別支援会議を開催し、情報交換、今後の方針についての話し合いを行った。話し合いの結果、身体面での虐待は現時点では明らかなものはないが、医療ネグレクトを含めたネグレクトと言葉の暴力はあることを確認した。当院退院後は、新たに建設されたより自宅に近い大学病院へ転院し、訪問看護サービスの導入を検討することとなった。今後も継続的に見守り、心理的な支援を行う必要があり、本人に対してはスクールカウンセラー、母親に対しても定期的な相談機関の紹介を行うこととなった。

3. 考察

本例では、母の攻撃的な言動に、医師も看護師も翻弄されてしまう部分があり、臨床心理士によるコンサルテーションを行った。母子ともに幼さを感じさせる部分が目立ち、とくに母親は心身ともに余裕がなく、問題に対して適切な行動が困難であったと考えられる。また、これまで心身両面で依存していた担当医の退職という状況もあり、一挙に問題が顕在化した印象があった。はじめは、長期入院という形で医療機関のみの対応で対処しようとしたが、最終的には、地域の福祉機関、保健機関、教育機関との連携を強化するなかで、経過を辿った事例である。

1. 概要

単身生活の女性。水商売を転々としている。実母は健在だが交流はなく、結婚と離婚を繰り返して3人の子どもをもうけているが、血縁者の誰からも援助が受けられない状態にある。泥酔状態で転倒することや、行きがかりで喧嘩をするなどの行為が普段からあった。足の痛みを訴えて整形外科を受診し、人工股関節術を行ったが、病棟規則に不満を訴えて退院した。その約1年後に「手術した脚が痛い」との主訴で来院。再手術を受けた。

2. 経過

看護師たちは前回の入院時のトラブルを覚えており、Cが入院した直後から病棟中がピリピリしていた。手術は成功するが、Aは術後、自由に動けないイライラを新人看護師にぶつけ、「痛くて動けないのに看護師がすぐ来ない」と洗面器に排便や排尿をし、さらに看護師を強く叱責するなど問題行動が多発した。看護師も対応に苦慮する状態で、ますますCの不満はエスカレートするという悪循環に陥った。リハビリでも投げやりな態度で、担当の理学療法士も困惑していた。

前回の入院時に「精神的に不安定」「パーソナリティ上の問題があるのでは」という病棟医からの依頼で精神科にコンサルトがあったが、Cと精神科医の関係が良好にならなかったため、今回は「精神科依頼はするが、そのあと臨床心理士が関わって欲しい」と整形外科の主治医より依頼があり、臨床心理士が関与することになった。ベッドサイドにCを訪ねると、最初は「何しにまた!」「わたしは頭がおかしいのではない」「看護師が悪い」と語気強く話した。会話時の様子や他の情報を総合して、知的にやや制限があるという見立てをもった。何度か病棟に出向いてCの話を聴き、身体的不自由さからくるイライラに共感した上で、「今まで気持が高ぶった時はどうしてきたの?」と訪ねると、「今までじっくり私の話を聞いてくれる人はいなかった。何かあっても一人でやってきた、つらかった」と泣きながら自分のことを話し、大泣きして寝しがり屋の面を見せ、頑なに態度は消失して行った。タイミングをみてCに対し「寝しがり屋なのに突っ引ってしまうからトラブルになりやすい」「つらくなる前に人に助けを求めてね」と示唆したところ、Cも納得してリハビリに積極的になり、理学療法士との関係も良好になった。退院後すぐに就労できる身体状態ではなく、主治医や病棟スタッフと相談の上、Cに生活保護受給の相談をMSWにするよう勧めた。

病棟カンファレンスではMSW、臨床心理士、理学療法士も加わった上で、知的にやや制限されている可能性と、パーソナリティ上の特性、そうならざるを得ない生育歴があること、今後は福祉の支援を続けていくことなどを全員で共有した。Cの全体像がわかり、職種間の関わりが始まったことで病棟スタッフは安心し、心理面の支援に関する看護師からの質問に臨床心理士が応じる体制で支援全体が強化された。C自身も同室者とトラブルを起こす前に臨床心理士に相談してきた。無事退院し、整形外科も精神科も通院は中断した。

3年後、糖尿病を指摘され再び来院し、内科に教育入院したところ同室者とトラブルを起こし、栄養指導の管理栄養士や、服薬指導の薬剤師が対応に苦慮することになった。以前、整形外科病棟にいた看護師が臨床心理士に相談して、精神科医のコンサルトと心理カウンセリングを再開した。病棟カンファレンスで管理栄養士や薬剤師に対しても、Cの特徴について臨床心理士が説明して共有した。Cは「前も同じようなことが起きた」と振り返り、「むかつと来てもすぐ相手に言わず、まず医療スタッフに相談」ということが実行でき、その後は定期通院が実現できた。

3. 考察

Cの知的特徴およびパーソナリティ特徴について臨床心理士がアセスメントし、それら病棟スタッフが共有したこと、また、臨床心理士が対応していることで病棟スタッフ全体の安心感が増し、各々のスタッフが自分の業務に専念できるようになった事例である。

事例D 30代 女性 卵巣がん のちリンパ節転移 腹膜播腫

1. 概要

30代半ばで卵巣がんと診断され、手術を行ったものの、切除しきれない部分があり、抗がん剤投与を行っていたが、リンパ節転移による痛みがひどく疼痛コントロール目的で手術後に2回入院した。疼痛コントロールによる1回目の入院時に、寂しい気持ちや、やりきれない気持ちを看護師にぶつけることがあり、大人しく自分の気持ちを言わない今までの様子と違ってきたため、主治医である産婦人科医と病棟看護師長が相談の上、緩和ケアチームに相談し、臨床心理士につながったケースである。多職種が関わり、自宅へ退院し、その後再入院中に、家族の見ていない前で肺塞栓にて死亡したため、家族ケアおよび遺族ケアも必要となった。

2. 経過

30代半ばの女性で、不妊治療中に卵巣がんが見つかり手術を行い、その後自宅に退院し、化学療法を行っていたが、腹膜播腫、リンパ節転移となり、「足のしびれるような痛み」の訴えが強くなり、疼痛コントロール目的で入院治療となった。主治医である産婦人科医からは、病名および今後の根治療法は無理であることなどが本人に告知された。「痛いし、つらく、何も出来ず、みなに迷惑をかけている。いなくなってしまうたい」と看護師に泣きながら話すなど情緒不安定になり、食事量も低下したため、主治医と病棟看護師長が話し合いを行い、本人の同意を得た上で、緩和ケアチームに相談があった。

緩和ケアチームのカンファレンスの結果、疼痛コントロールに関しては、オピオイドの投与を本人がコントロールできるように、麻酔科医が持続硬膜外ブロック、硬膜外カテーテルのポット留置を行い、薬剤師が鎮痛補助薬の提案と薬剤指導を行い、管理栄養士が食事内容について指導することになった。精神的な不安定については、精神科医と臨床心理士が関与することになった。精神科医はうつ状態と診断し、抗うつ薬を少量処方し、その上で臨床心理士が定期的にベッドサイドで面接を行った。

面接開始当初は「結婚を前提に不妊治療をしていたのにこんなことになった、結婚式は無期延期だと思う」「なんで病気になってしまったんだろう」と泣きじゃくり、病気そのものを受け入れられない心理状態であったが、抗うつ剤の効果と心理面接の支えで次第に病状に関する受容が進み、「今の自分に出来ることをしたい、家に帰りたい、でもお金が心配」と話すようになった。退院調整をMSWが行い、訪問看護ステーションの紹介も行った。その後、自宅での生活を始めて1ヶ月ほどで歩行が難しい状態になり、再入院となった。再入院時も前回同様に緩和ケアチームのメンバーが関与して、Dは穏やかに過ごしていたが、急に息が苦しいと訴え、面会に来ていた家族の目の前で死去した。家族の精神的な動揺が激しかったため、病棟看護師が不安室で家族と話すうちに落ち着きを取り戻し、帰宅された。後日、遺族は「お世話になりました」と病棟を訪れ、その後、臨床心理士も訪ねてこられ、カウンセリングへの感謝の思いとDの思い出を話して行かれた。「残されたご家族がづらいときにはお話しにおいで下さい」と伝えた。

3. 考察

本例では、がんに伴う精神的苦痛、身体的苦痛、社会的な苦痛、実存的な苦痛に関して、産婦人科医、病棟看護師に加え、麻酔科医、薬剤師、管理栄養士、精神科医、臨床心理士、MSWが関与した事例である。各専門職の関わりと、地域の資源の援助もあって自宅に帰ることができ、2回目の入院もスムーズに進んでいたが、急に状態が悪化して亡くなり、家族も心の準備ができていない状態での別れとなった。Dご本人へのケアはある程度、達成できたと思われるが、家族ケアや遺族ケアは十分とはいえなかった。医療機関内で家族ケアおよび遺族ケアが十分に行えるような体制を整備して行く必要がある。

1. 概要

母方に糖尿病をもつ者が多く、母が食事に気をつけてくれたため、20歳前半の結婚前頃までは特に問題なく過ごした。20代後半の2度の出産頃から太り始め30代前半で身長150cmに対して、体重が68kgであった。一時、体重51kgまで減量したがリバウンドし、30代後半で70kgを超え40代前半で当院糖尿病内分泌代謝センターを受診、糖尿病と診断された。2週間の教育入院と、多職種によるケース検討会議(月1回のObesity Conferenceであり、構成メンバーは、内科医、看護師、管理栄養士、精神科医、心療内科医、臨床心理士、薬剤師、理学療法士である)にて検討後、肥満外来(主治医、臨床心理士、栄養士)での通院診療を中心に、以後数年に渡りフォローした。

2. 経過

教育入院時のルーティンとして精神科を受診、臨床心理士による心理アセスメントを実施(TEG、描画テスト、ロールシャッハ法)した。ケース検討会議において主治医および看護師から「糖尿病は遺伝的因子もあり、睡眠時無呼吸症、高脂血症もあることから、肥満のコントロールがまず必要であるが、入院中に不安感を訴え主治医に手を握るよう何度も求める等がみられ、病棟でも対応に不安を感じるの、心理面からのアドバイスを」との要望が出された。臨床心理士からパーソナリティ所見を説明し、Eの特徴として自己表現がスムーズにいかないため、E自身が自覚している以上に慢性的ストレスを抱えているが、そうした自分のあり方を否認していることを説明した。また、こうした日常の状態でも、食生活だけがストレスの発散になり、肥満につながっている可能性を報告した。したがって、減量治療のためには、1)自分の気持ちを適切に表現することが大切であり、周囲の期待に押されすぎない生き方を少しずつ身につけてゆく心理支援を中期的に図る必要があること、2)計画的に物事を進めていくことはEの不得手な領域であり、医療者側から具体的な減量方法の提案をし、その成果も失敗も共に考えながら支援していくこと、などの方向性も提案した。会議により肥満外来でのフォローが望ましいと判断され、以後数年にわたり、数週に1度、肥満外来に面談した。

3年後に主治医の交代があり、その時、2度目のケース検討会議に諸君の状況の変化の確認と対応方法をチームで共有した。糖化血红蛋白値は6.0前後を推移していたが、その後体中が増え、糖化血红蛋白値7を超えて落ちなくなったため、再度の教育入院となった。入院中の肥満外来では、固い防衛の壁に隙間が生じ、自分の親子関係や結婚の確執、夫との関係などを臨床心理士に話しはじめた。それと同時に、それまでの人任せのような態度がなくなり、自分から積極的に減量に取り組むようになった。その後も、臨床心理士を中心に心理面の支援を継続した。肥満外来の男が生活上の問題を考へる男ともなり、徐々に自分から幼く依存的な側面に気づき、姑にきちんと断りが言え、過保護かつ過干渉すぎる親子関係に適度な距離を保とうとするなど、変化が見えるようになった。基本的な減量のための食事のとり方や運動の習慣化も図れていたが、減量治療は一進一退で、血糖値も6台が続いて落ちず、慎重なフォローが必要であった。

3. 考察

糖尿病治療では食事コントロールが必須であるが、Eにとって「食生活」は身近で手取り早いストレス発散手段となっており、生活のありかたのみならず、Eの人生そのものと強く結びついていた。そのため、食事コントロールを指示するだけでは、一時的なコントロールは可能でも、すぐにさらなる体重のリバウンドを引き起こしてしまう事例であった。

従って、Eの糖尿病治療には、本人の精神的な課題と生活上のアンバランスをおさえた上で、ストレスマネジメントの観点から教育的な関与が必要であった。そのために臨床心理士がチーム医療のなかで貢献することができた事例と考えられる。

1. 概要

パニック障害にて通院中の男性で、妻と2人暮らしである。頻回に救急車を要請していたが、狭心症も併せもつことがわかり、治療を行った。治療後は、「また心臓がおかしくなるのではないかと」退院に対して不安を呈したため、臨床心理士によるカウンセリングとリラクゼーション指導を経て退院となった。

2. 経過

会社員として定年退職後、自宅で過ごす時間が増えたが、妻がパートで働きに出た頃から息苦しさを訴えて内科を受診した。心電図や呼吸器機能に異常所見なく、精神科を紹介されパニック障害と診断された。Fの希望で入院治療も行ったが、病棟看護師の態度や食事の内容など些細なことに対して不満を強く述べ、人前で苦しいと言って倒れるなどの行動があり、パーソナリティ障害傾向であった。医師には小心な面を見せるが、医師以外のメディカルスタッフには強気な態度を見せていた。定年前は「働いて金を貰っている」という自信をもっていたFが、妻が働きだして家での立場が逆転したと感じた頃から不安が高まり、パニック発作が起きるようになったという流れであった。心理検査も行ったが、「これで何がわかるんだ！」と積極的に取り組もうとしなかった。この態度も、尊大に見せることで自分の内面を知られることを恐れての行動であると理解して対応した。

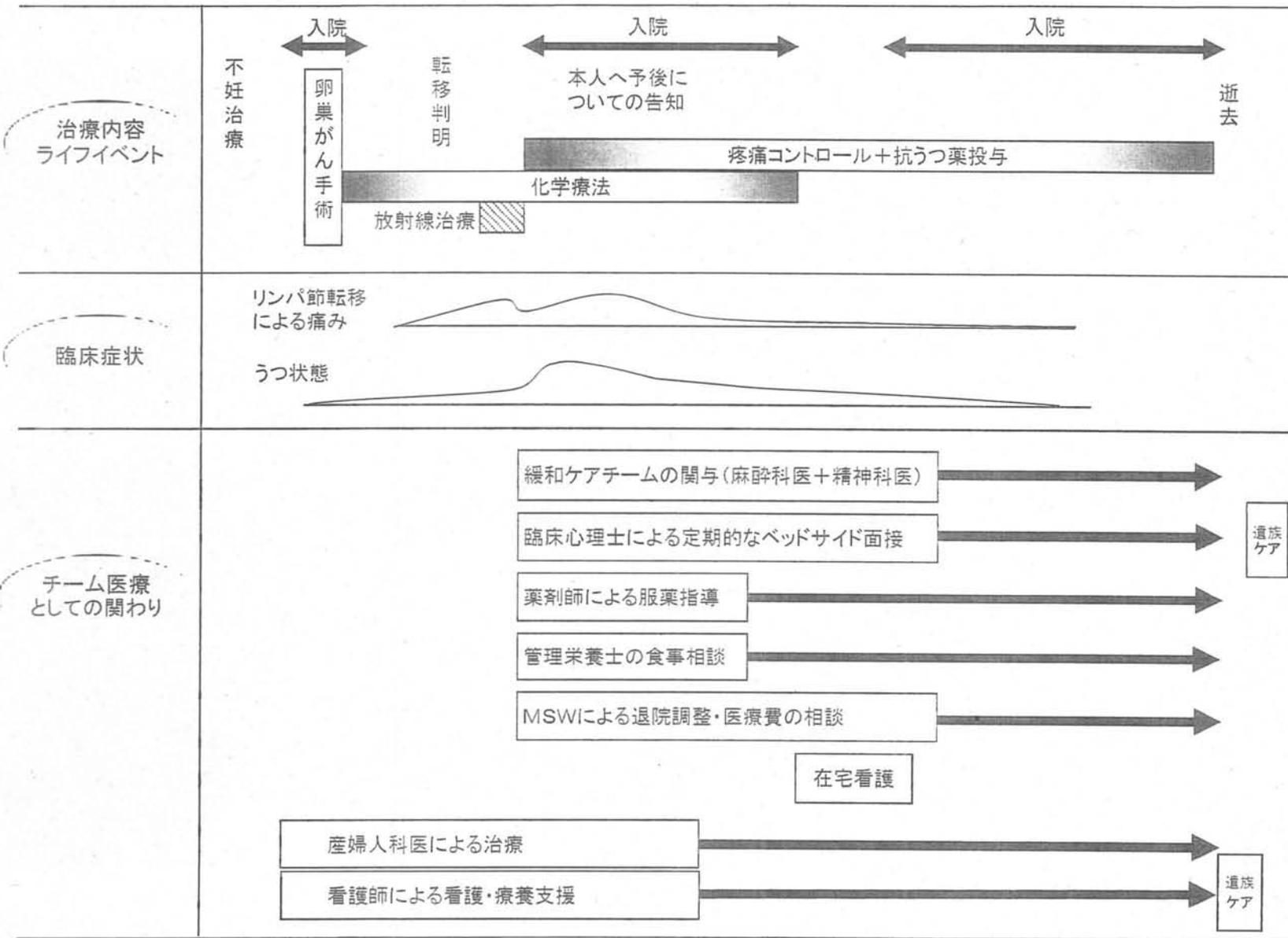
退院後も救急車を頻回に要請して時間外に受診するという行動は続き、その度に心電図は異常なしという結果であった。心電図をとる臨床検査技師にも「おまえに何がわかるんだ！」と怒声を放つことがあった。臨床検査技師から、精神科医師や臨床心理士に対して「どういう方なのか？対応に困る」との相談があった。「尊大に見えるが、自尊心が傷つけられており、不安を不満の形でしか表出できない状態である」と臨床心理士より説明した。初診より1年後、負荷心電図を行った際に異常波が出現し、心臓カテーテル検査で狭心症と判明し、カテーテルによりステント術を行ったが、その場にいた初対面の臨床工学技士にも病院の診療体制についての不満や、医療全般に対する不信を述べた。

その後、理学療法士の指導によりリハビリテーションを行うが、恐怖心を訴えて歩こうとせず、食事指導の管理栄養士に対しても退院への不安を示した。不安に対して看護師が励まそうとすると「俺の気持ちがわかるか！」と怒鳴ることもあった。臨床心理士がベッドサイドで面接すると、「パニック発作なのか、心臓の発作なのかわからず怖い」と述べ、みんなに迷惑を掛けているとも述べた。面接で「心臓がまたおかしくなるのでは」という不安には十分に共感するとともに、呼吸法およびリラクゼーションを取り入れた指導を続けた。また、内科病棟でカンファレンスを行い、パーソナリティ障害傾向や本来は不安が高いことなどを臨床心理士から説明してメディカルスタッフ一同で共有し、チームとしての一致した関わりを全員で心がけた。循環器内科医師がニトログリセリンを服用するタイミングをFに指導して、病棟看護師、内科主治医、臨床心理士が退院に向けての指導面接を同席で行って退院となった。「リラックスしないといけないとわかった。不安はあるが、田舎でのんびりやろうと思う」と述べ、生まれ故郷に転居し、終診となった。

3. 考察

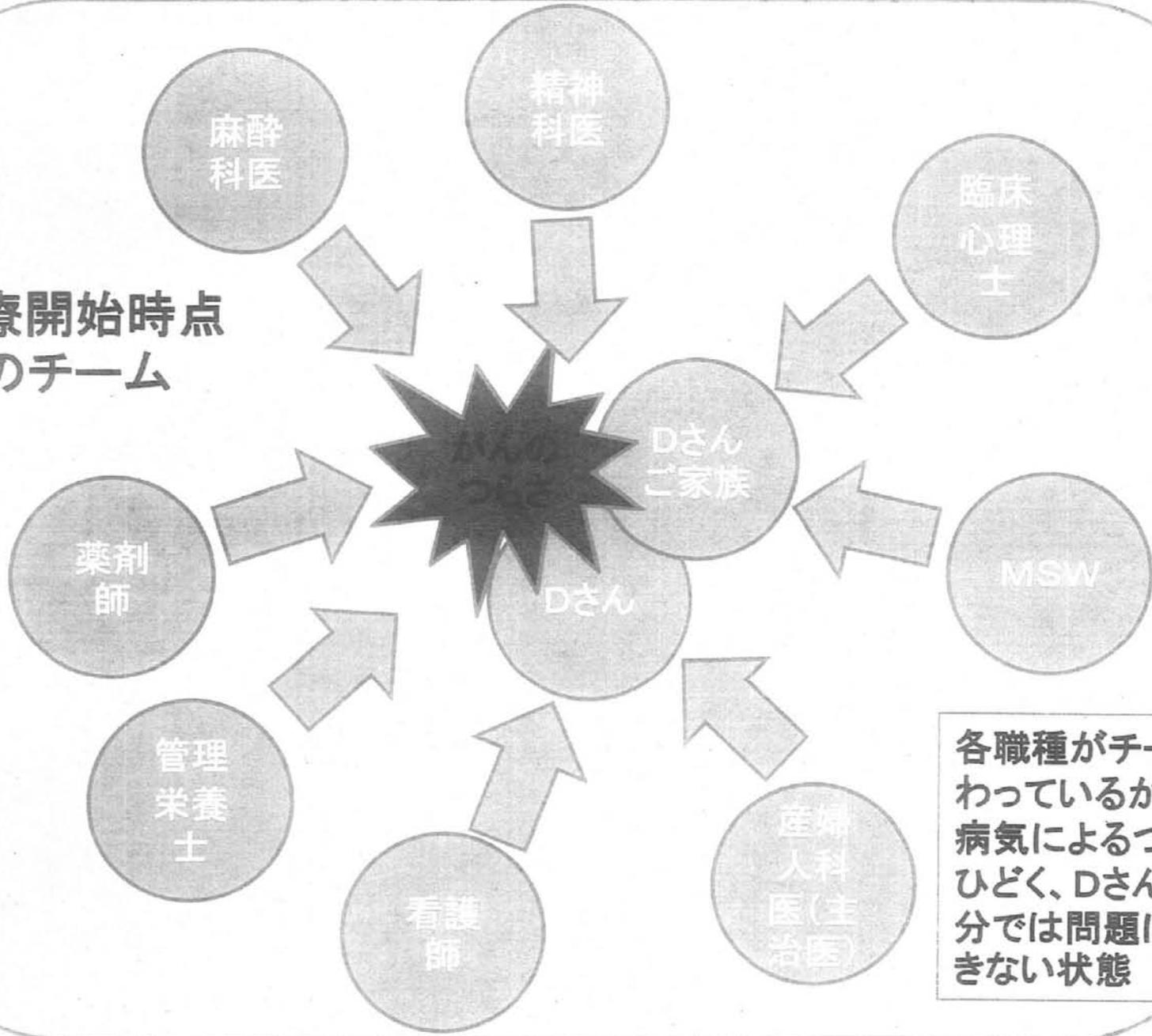
院内の各部署で課題が発生したが、その都度、精神科に連絡が入り、臨床心理士が主たるつなぎ手となって、院内各科の連携により本人の不安を支え、終診に到った事例である。

XX年 XX+1年 XX+2年 X+2月 X+3月 X+6月



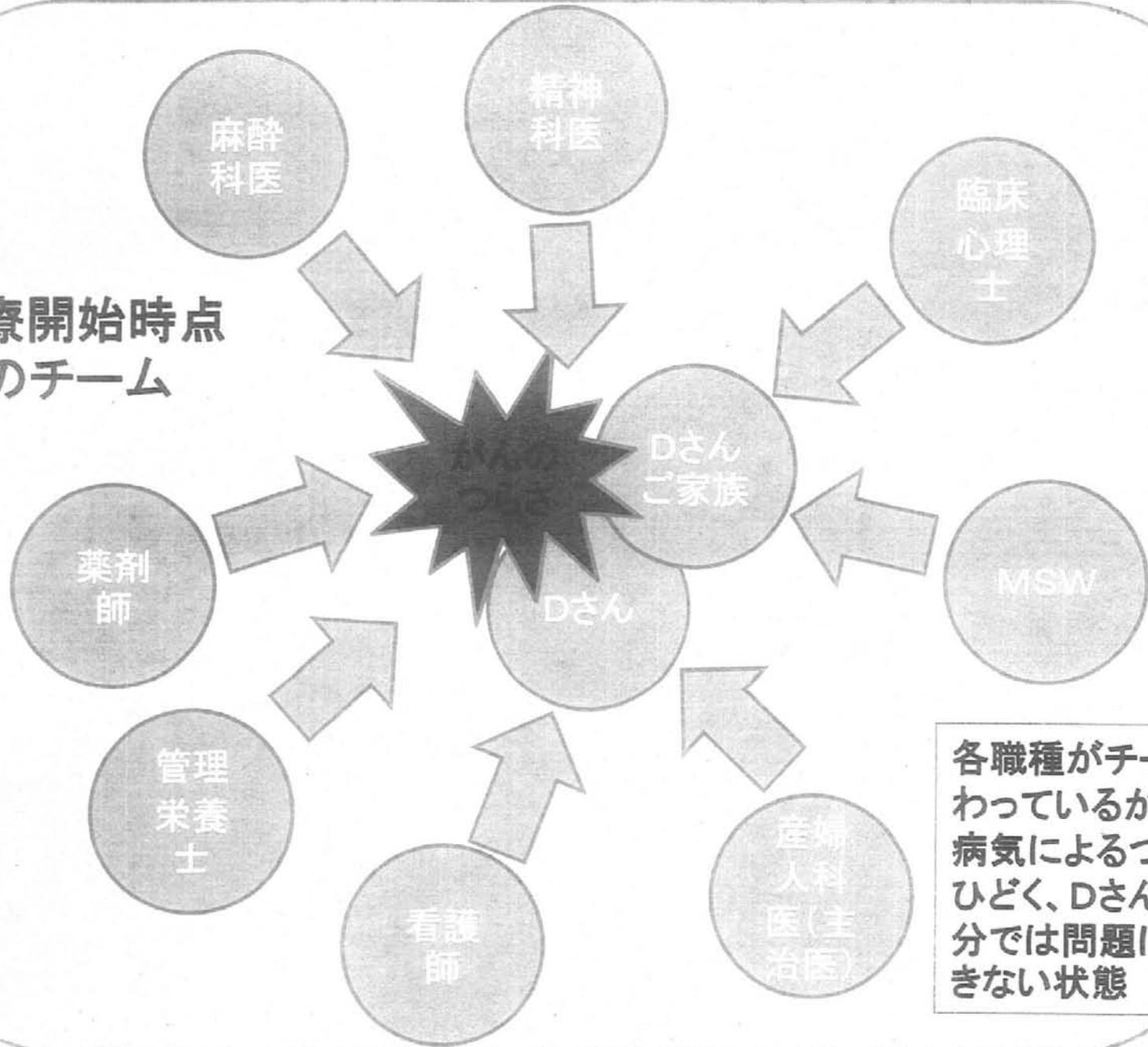
事例 D 経過表

治療開始時点 のチーム



各職種がチームで関わっているが、現在病気によるつらさがひどく、Dさんがご自分では問題に対処できない状態

治療開始時点 のチーム



各職種がチームで関わっているが、現在病気によるつらさがひどく、Dさんがご自分では問題に対処できない状態

Dさんの場合

主治医の治療、
看護師の療養支援、
家族のサポートが常にあり

身体的な痛み

- ・脚のしびれ
- ・脚の痛み
- ・食べられない

麻酔科医や病棟薬剤師による
関与・神経ブロックや鎮痛
補助薬の調整

管理栄養士による栄養相談

心理的な痛み

- ・「皆に迷惑を
かけている」
- ・何もできないという思い
- ・痛みの恐怖、死の恐怖
- ・「いなくなって
しまいたい」という思い

精神科医による
抗うつ剤投与

臨床心理士による
定期的なベッドサイド面接

トータルペイン
を抱えるDさん

社会的な痛み

- ・医療費をどうするか
- ・職業の喪失
- ・疎外感、孤独感
- ・単身生活の維持を
どうするか

MSWによる相談、
退院調整、訪問看護
ステーションの紹介

- ・なぜ私が病気になったのか
- ・これでも生きている意味が
あるのか

実存的(人間存在にかかわる)な痛み

事例A～Fの総合考察

「全人的医療」という考え方がある。これは、生物学的側面や疾患のみにとらわれず、社会面・経済面・心理面などの様々な視点からも捉えて、個々人に合った医療を行おうとするものである。医療保健領域における臨床心理士の役割は、このような医療の考え方と、社会からの現実の要請とを直結に受け止め、人々のこころの安寧に寄与するために臨床心理援助を行うことである。

臨床現場における臨床心理士の活動は、こころの問題を専門に扱う精神科や心療内科領域に限らず、病を持つ人全般のこころに関わる幅広い領域に及んでいることは、事例A～Fをみれば明らかである。臨床心理士の主たる活動は、面接や行動観察、心理検査といった手段を通して、系統的に情報収集を行い、的確な心理アセスメントを行うこと、その上で心理的な問題の克服や困難の軽減に向けてクライアントが自分自身の問題に主体的に取り組む気持ちになっていけるよう支援する心理面接を行うこと、さらに個人だけではなく、その人を囲む環境への働きかけや情報整理、関係の調整、他の専門機関連携など、ケースバイケースで多職種と十分なコミュニケーションを取りながら役割分担、連携を行って患者・家族の信頼を得ていくことであろう。さらに、今回の事例には言えなかったが、医療人のメンタルヘルスを支える存在としての役割も現場では求められている。

2011年1月24日

一般社団法人 日本臨床心理士会 医療保健領域委員会
(委員長：津川律子)

チーム医療推進方策検討 WG

座長 山口 徹 様

小川克巳（熊本総合医療リハビリテーション学院，理学療法士）

中村春基（兵庫県立総合リハビリテーションセンター

リハビリテーション中央病院，作業療法士）

森田秋子（初台リハビリテーション病院，言語聴覚士）

資料として毎回配布される「これまでの議論の整理」について確認・検証の結果、リハビリテーション医療に関わる立場から、以下の点について加筆・修正をお願い致したく、提案させていただきます。

1. チーム医療を推進するための基本的な考え方

1) リハビリテーションの理解に関する以下の文面を加えていただきたい。

- リハビリテーションは、急性期、回復期、生活期のどの時期においても隔たりなく行われ、従来から、患者を中心に職種間を越えたメンバーでチームが構成される。そのため、それぞれの病期によってその目的も変化する中で、患者を中心とした多様なメンバーで構成するチーム医療には、リハビリテーションの理解が必須である。

2) 医師の包括的指示について、○の5つめに下線部分を追加・修正して頂きたい。

- 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。しかし、その前提として「包括的指示」の考え方に対する合意概念を形成する必要がある。ただし、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。

3) 次の2点はこれまでもやんわりと提案させて頂いたと思っておりますが、以下の通り追加記載を要望致します。

- 「包括的指示」は、医師と特定の看護師間にもみ成立するものではなく、医師とそれぞれの医療専門職種間においても成立するものであることから、個々の医療専門職種との間における包括的指示を考える必要がある。
- いわゆるグレーゾーンは、専門職種間において相互補完的に、または緩衝地帯としての意義もあるため、職域固執というエゴに抛らず患者・家族の視点から捉えるべきである。また、これは医師と専門職種間における「包括的指示」に対する議論にも共通するものである。

2. 急性期・救急医療の場面におけるチーム医療

各時期のリハビリテーションの説明について、例4)として以下を追加して頂きたい。

例4) 急性期脳血管障害患者のリハビリテーションにおけるチーム医療 (相沢病院)

当院では脳血管障害の急性期を対象に、リハスタッフを病棟に配置する「脳卒中ケアユニット」等の病棟配置型急性期リハビリテーションに取り組んでいる。具体的には、病棟やベッドサイドにて、病状の変化や合併症に対するリスク管理について医師と情報交換を行い、患者の全身状態や心理状態などについて看護師と情報共有を行いながら、従来と比べ更に安全性を高めた上で、早期からの効率的なリハビリテーションを実施している。

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)

○の3つめに、以下の追記をお願いします。

- 在宅医療では訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問介護のチームアプローチが大切である。

7. 医療スタッフの業務の効率化・業務負担の軽減

リハビリスタッフの病棟配置について、例3)として以下を提出致します。

例3) 早期離床は極めて重要でありながら、常に転倒・転落のリスクと切り離せない関係にあるため、多くの医療機関が安全で効率的な早期離床への取り組みに苦慮している。リハビリテーション専門職を病棟に配置することで、この両立が図れると共に看護業務の軽減につながる。

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り、そのための診療情報管理体制の整備等は重要である。
- 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。
- より良い医療を実践するためには、医師に全面的に依存するのではなく、医療チームがお互いに自立し、信頼しあいながら医療を進める必要があり、医師はチームの中でリーダーとしてチームワークを保つことが必要である。
- チーム医療を展開する中で、医師、歯科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)

医学部、歯学部、薬学部等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いる。術前に限らず種々の疾患において、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、医療の質が向上につながっている。

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おり、特に①関係職種間の情報共有②チームとしての共通目標③家族の参加④専門職が互いに尊重し合うことが重要である。

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) 入院から在宅までの切れ目のない栄養管理の取組

在宅医療において、管理栄養士、看護師、薬剤師等の関係職種が協働し、病状や栄養状態を安定させ疾病の重症化を防ぎ再入院等を防止するために、入院・退院時から在宅まで切れ目のない栄養管理や食事・生活支援を行う。その際に管理栄養士は、患者・家族やヘルパーに栄養食事管理の必要性を説明し、食材の選択や補給方法等の具体的支援を行い、看護師やケアマネージャー等と連携しながら栄養補給法・経腸栄養製品・食材・調理済み食品・宅配食の適正な活用等の調整を担っている。

5. 医科・歯科の連携

- 急性期・救急医療、回復期・慢性期医療、在宅医療の場面において、医科と歯科の連携は不可欠である。しかし、歯科を標榜して歯科医療関係職種を配置している病院は少なく、歯科医療関係職種は歯科診療所に多く配置されていることから、歯科医療関係職種を交えたチーム医療を推進していくためには、病院内の連携に限らず、地域における病診連携、診診連携を含めた病院内・外における医科と歯科の連携を推進していくことが必要である。
- 口腔ケアは歯科的口腔管理の基本であり、誤嚥性肺炎予防等の予防に寄与し、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。
- 歯科医師等の歯科関係職種をチーム医療の一員とし、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向上や早期回復等に寄与するだけでなく、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

病棟配置により、患者の日々の栄養食事摂取状況・身体状況・病状から栄養状態の変化

等を随時把握・確認することが可能となり、医師、看護師、薬剤師等との連携により、的確かつ迅速に適正栄養量及び食事・栄養補給法に関する医師への提言、栄養管理計画書を管理栄養士が担うことによりスタッフの業務の効率化と治療効果の向上を図ることができる。また、介入後のモニタリングの実施により、栄養不良・栄養過剰リスクの回避のための即時調整、さらに患者、家族への治療食の必要性の説明・指導、他職種への助言・相談等に関する業務を担うことにより、治療効果や患者のQOLを向上させることもできる。

- 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。

- 専門職が本来その職種がやるべき業務に専念するために、事務職員等が実施することができる業務については医療クラーク等を活用することにより、医師をはじめとする専門職の負担軽減や、書類作成や外来の待ち時間の短縮などの患者サービス向上につながる。

例) 医療クラーク導入による医師の勤務環境改善の取組 (済生会栗橋病院)

医療クラークを17名導入し、外来診療補助や文書作成補助、オーダーの入力等を実施することにより、診断書の完成日数の短縮など患者サービスが向上するとともに、医師の時間外勤務が減少するなど負担軽減効果や、時間外手当の減少などの効果がみられている。