

第5回チーム医療の推進に関する検討会

11月24日

有賀徹
昭和大学病院

PP「18画面」・記事2頁(A4)

- 1)救急医療の立場から
- 2)病院医療の実践
- 3)病院医療の第三者評価
- 4)全体の引上げ？焦点？

チーム医療⇔(救急)医療の質

1) 医療の質に関する研究会

救急部門／診療の質の維持と向上(水準1~4)
救急医療評価スタンダードV1.0

2) 日本医療機能評価機構

(当初)「救急医療活動」／2地域ニーズの反映
救急モジュール(付加機能)「救急医療機能」

3) “clinical indicator” 日本病院管理学会の活動 日本救急医学会診療の質評価指標に関する委員会

4) 厚労省／救命救急センターの評価体系

5) その他↓

日本神経外傷学会 ①重症頭部外傷ガイドライン

②データバンクJNTDB活動

日本救急医学会・日本外傷学会

①JATEC・JPTEC 教育コースの展開

②Trauma Registry(外傷症例の登録)

日本救急看護学会 JNTEC...

日本臨床救急医学会 PSLS...

1988 JCAHO研究会⇔病院見学
(東京都私立病院会)

1990 病院医療の質に関する研究会
(質研)

1991 病院評価マニュアル
“部分サーベイ”救急・他

1995 日本医療機能評価機構

ようやく
“不足”へ

対 外 報 告

急性期病院で不足!

医師の偏在問題の根底にあるもの

提言: 量から質の医療への転換による克服

“量の呪縛”
から
逃れる!

医療崩壊
を質での
り切れ?!



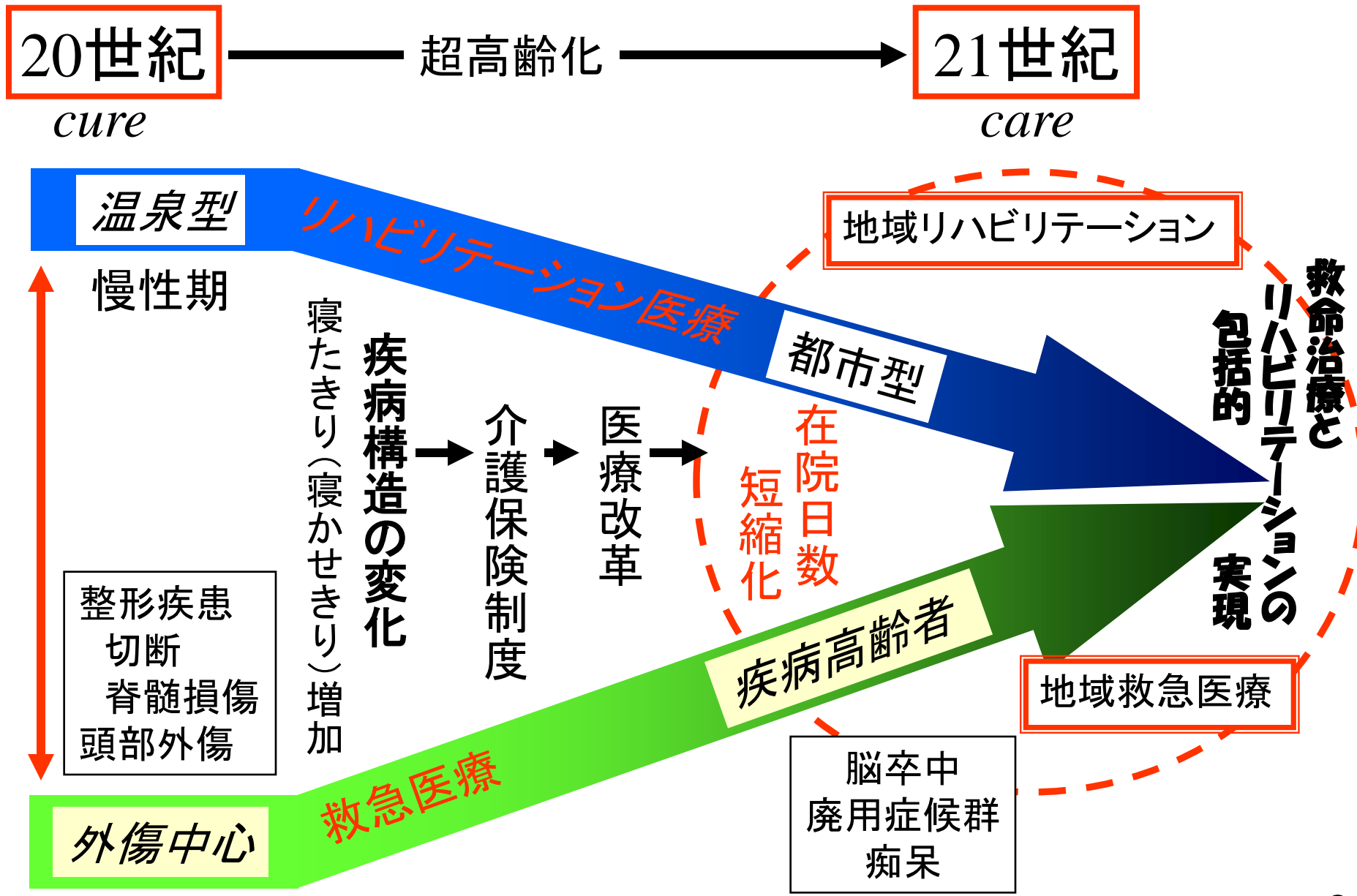
(東京消防庁)
電話トリアージ
現場トリアージ
(救急Ns)
外来トリアージ

平成19年(2007年) 6月21日

日本学術会議

臨床医学委員会医療制度分科会

救急医療とリハビリテーション医療の変遷



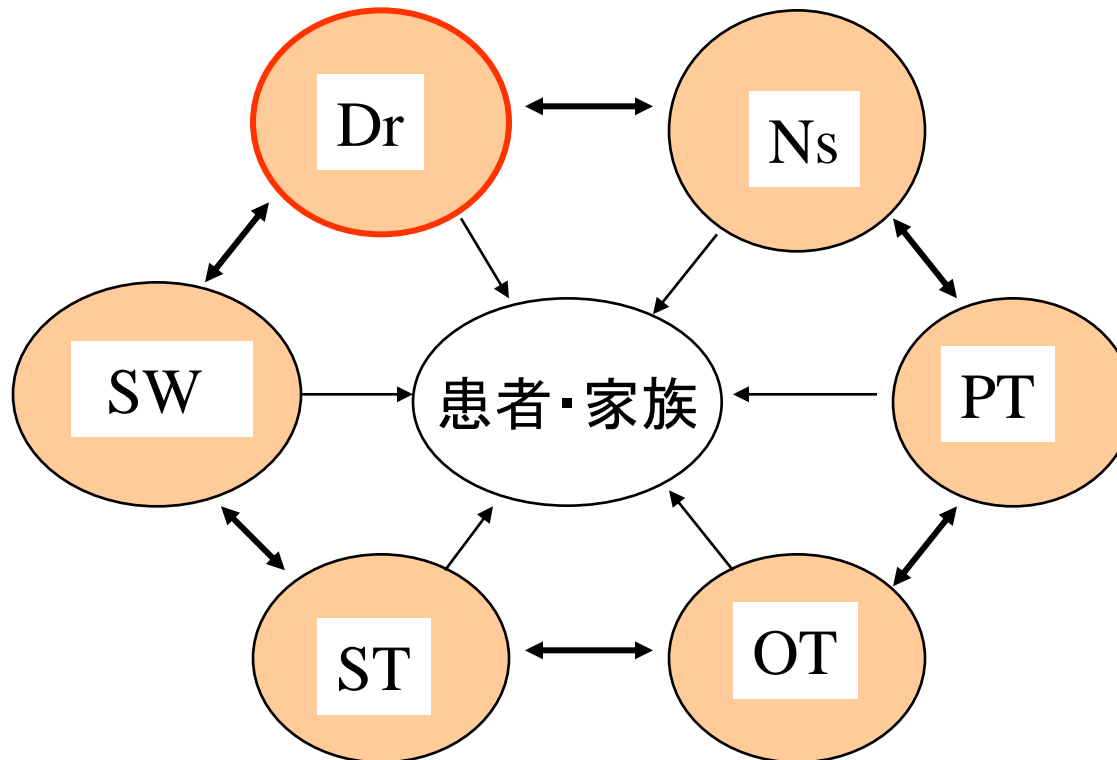
multidisciplinary team



これからの課題

interdisciplinary team

多職種が各専門職の領域を超えて
協力しながら1人の患者に対応する



**すべての矢印は
双方向**

**「協働」という考え
パートナーシップ**

活動制限期における廃用症候群・合併症 に対するアプローチ

関節拘縮	関節可動域訓練, 良肢位保持
褥瘡	体位変換, 良肢位保持
静脈血栓症	関節可動域訓練、良肢位保持
肺炎	呼吸理学療法, 口腔ケア, 体位変換
無気肺	呼吸理学療法, 体位変換
口腔機能低下	口腔ケア
精神・神経機能低下	感覚刺激, 声かけ

口腔ケア

クルリーナブラシ



腹臥位療法
(朝夕2回)

合併症の予防
(誤嚥性肺炎)



昭和大学病院における“相談業務”

- ①看護部が主体的に運営していた患者相談窓口
- ②緩和ケアに関するチームの活動
- ③MSWが専ら扱う医療福祉相談
- ④公費などによる支援に関する事務の窓口
- ⑤管理栄養士らによる栄養相談
- ⑥薬剤師による薬に関する相談
- ⑦地域医師会会員などからの紹介に応じる窓口
- ⑧入院に関する相談（入院病床の調整）
- ⑨いわゆる退院調整
- ⑩その他

別個に歴史を刻んだ⇔専門集団が専門領域を提供する
別個に業務を開始した⇔医療を提供する側の事情

病院医療の
あり方そのもの

- ①職種間の有機的な連携
- ②組織間の合理的な協働
- ③“患者の利便性・満足度”



患者相談窓口のシステム化「総合相談センター」へ！

総合相談センター長

副センター長

患者相談担当

緩和ケア担当

退院調整担当

医療福祉相談担当

医療連携担当

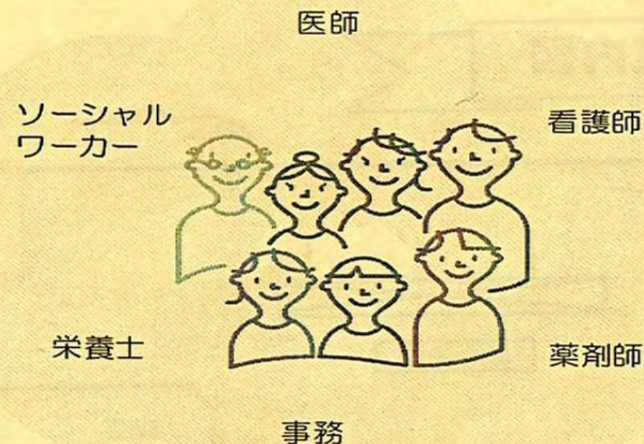
公費・労災・自賠責担当

ベッド調整担当

栄養相談担当

薬相談担当

昭和大病院 での試み



以下の相談を担当者が対応いたします。

医療上の安全に関する相談
診療に対する支援
入退院支援に関する相談・調整
地域との連携
経済的問題に関する相談
社会保険・福祉制度に関する相談・調整
心理的問題・家族相談
薬に関する相談
栄養指導に関する相談
在宅医療支援

看護職
その他
“協働”
患者も

質のよい病院医療

まとめ「職員一人々々に」

① チーム医療の重視

初療→助け合い(多職種)→専門医→リハビリ等
チーム医療のシステム化(クリティカルパスなど)
多領域合同カンファランス **地域への広がり**

② 診療の責任体制 病院医療そのもの

主治医・担当医(主治医ではない)の明確化
診療録の記載・診療録運営体制(開示等)
診療行為の責任・指導体制

担当医・当直医の処方・画像の再確認等

③ 病院組織の一員であることの認識

組織的な医療は「病院運営の根幹」という認識
リスクマネジメントにおける対応手順の遵守

包括的指示
看護職・他
の対応等!

質のよい病院医療

まとめ(つづき)

若手や他の職種に
教えることも!(森岡)

④倫理性の確保

職業倫理(マナー・モラル・守秘義務・説明と同意・
患者の人権等)に関する意識の向上

⑤倫理上の諸問題(手術・検査・投薬・麻酔・輸血・・・)

院内感染・職域間の連携も倫理的な観点から!

⑥医療連携 地域への広がり

院内各科各部署・患者(家族)との連携・院外との連携
⇒“包括的な”診療

⑦専門診療と総合診療のあい方

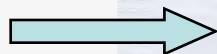
5時が来たら一般医(でないといわない!)
9時になったら専門医(でOKということ!)

“患者・家族との協働”
Adverse Eventの意味・訳
「逆事象」(↑↑が↑↓へ)
有害事象? 医療事故?

医師の職務心得 (職務規定)として 検討すべき事項

日本医療機能評価機構

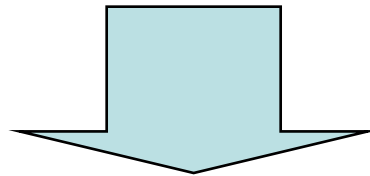
救急医療
標準化
パス法
JPTEC
JATEC
ACLS
Ps・PTD
他者評価
その他
⋮



1. 医療の社会性
2. 医師の専門性と社会的責任
3. 患者の人権の尊重
4. 病院の理念・基本方針の理解と遵守
5. 病院職員としての心得
 - ①病院の組織と運営管理への協力
 - ②就業規則とその遵守
 - ③患者のプライバシー保護と守秘義務
 - ④患者や家族の心情への配慮
 - ⑤病院の経営についての理解
6. 診療に際して注意すべきこと
 - ①保険診療におけるルール（療養担当規則）
 - ②医師・患者関係のあり方
 - ③適切なインフォームド・コンセントの実施
 - ④患者の自己決定権の尊重
 - ⑤適切なチーム（組織）医療のあり方
 - ⑥指示や依頼および処方等の際の注意点
7. 医療の安全と質の確保
 - ①医療事故の防止対策と事故発生時の対応
 - ②院内感染の予防対策とその実践
 - ③医療の質の向上のための努力
8. 診療録の記載
 - ①診療記録の書き方
 - ②退院時要約の作成
 - ③診療情報の活用
9. 生涯学習・研修の実践
10. 医師の賞罰規程

特に、医師へ！
看護職・他も皆
同じこと！

チーム医療を推進し、且つそれを定着されるためには、
そもそも病院組織がそれを受け入れる力量、風土が無
ければ患者にとって有用とはならない



第三者評価は有用
日本医療機能評価機構やISOなど

日本医療機能評価機構の認定病院は、2567病院(2009.10.2現在,ホームページより)

審査の枠組み

■書面審査

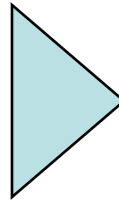
- 病院機能の現況調査
→データ等により、その時点での病院の状況を把握
- 自己評価調査
→所定の項目に従い、自己評価を確認する

※病院の各部門の管理者が中心となって記入する

■訪問審査

- 書類確認
- 合同／領域別面接調査
- 部署訪問／ケアプロセス
複数の評価調査者により
第三者評価を行う
→現地で情報収集を行い、
評価判定する

※評価調査者は自己評価調査と同じ項目を評価する



審査体制区分 (Ver.6)

審査体制区分		1	2	3	4
一般／複合		20～99床	100～199床	200～499床	500床以上
精神／療養 精神＋療養		20～199床	200～399床	400床以上	
サービヤヤー		4名 (リーダー＋診＋看＋事)		7名 (リーダー＋診2＋看2＋事2)	
1日目	午前	事前打合・書類確認・合同面接			
	午後	領域別面接、ケアプロセス、部署訪問	事前打合・書類確認	事前打合 書類確認	
2日目	午前	部署訪問・合議	合同面接・領域別面接	合同面接 領域別面接	
	午後	全体講評	ケアプロセス・部署訪問	ケアプロセス 部署訪問	
3日目	午前		部署訪問・合議 全体講評	部署訪問 ケアプロセス	
	午後			合議 全体講評	

評価機構 Ver.6 評価項目構成

【統合版】	領域	大項目	中項目	小項目
—共通領域—	1.病院組織の運営と地域における役割	<u>8</u>	<u>14</u>	<u>33</u>
	2.患者の権利と安全の確保の体制	<u>6</u>	<u>13</u>	<u>38</u>
	3.療養環境と患者サービス	<u>5</u>	<u>9</u>	<u>24</u>
	4.医療提供の組織と運営	<u>20</u>	<u>63</u>	<u>159</u>
	5.医療の質と安全のためのプロセス	<u>7</u>	<u>22</u>	<u>58</u>
	6.病院運営管理の合理性	<u>6</u>	<u>16</u>	<u>40</u>
	共通項目 計	<u>52</u>	<u>137</u>	<u>352</u>
—固有領域—	7.精神科に特有な病院機能	<u>5</u>	<u>15</u>	<u>39</u>
	8.療養病床に特有な病院機能	<u>3</u>	<u>10</u>	<u>27</u>
	統合版 計	<u>60</u>	<u>162</u>	<u>418</u>

2 患者の権利と医療の質および安全の確保

領域

aggregation rule

2.1 患者の権利と医療者の倫理

大項目

(5 ・ ④ ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)

2.1.1 患者の権利が明確である

2.1.1.1 患者の権利が明文化されている

((a) ・ b ・ c ・ NA)

- ① 患者の権利が明文化されている
C. ①を満たさないとき

scoring guideline

2.1.1.2 患者の権利が患者・家族、職員に周知されている

((a) ・ b ・ c ・ NA)

- ① 院内に掲示され、病院案内・入院案内・広報誌に掲載されている
② 患者の権利に関する職員教育・研修を行っている
③ 職員へのその他の周知工夫がある
C. ①②のうち一つでも満たさないとき

中項目

2.1.2 臨床における倫理に関する方針が明確である

(5 ・ ④ ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)

2.1.2.1 臨床倫理の方針が明確である

((a) ・ b ・ c ・ NA)

- ① 臨床倫理の方針が明示されている
② 臨床倫理の方針が周知されている
C. ①を満たさないとき

患者もチーム

小項目

2.2.2 診療への患者参加を促進する仕組みがある

(5 ・ ④)

2.1.2.2 病院全体の臨床倫理

- ① 主要な臨床倫理
② 日々の診療における臨床倫理
C. ①②のいずれも満たさないとき

2.2.2.1 治療効果向上および医療安全の観点から診療への患者参加が促進されている

- ① 医療安全を高めるために必要な患者・家族の協力について説明している
② 治療効果向上のために患者が守るべきことが患者・家族に説明されている
C. ①②のいずれも満たさないとき

2.1.2.3 臨床研究に関する

- ① 臨床研究の規程
② 臨床研究の規程が周知されている
C. ①②のうち一つでも満たさないとき

2.2.2.2 患者が疾患についての理解を深めるための支援を行っている

- ① 患者が疾患について理解を深めるための手段を提供している
C. ①を満たさないとき

病棟や各部署等でチーム医療が実践されているか

4領域 (医療提供の組織と運営)

診療、看護、薬剤、検査、放射線、リハビリなど、病院の各部門、部署において、それぞれ「体制が確立しているか」、「その機能が適切に発揮されているか」、「質の改善に取り組んでいるか」を確認

5領域 (医療の質と安全のためのケアプロセス)

診療情報が一元化され、必要な情報を容易に参照可能か(5.6)

多職種によるカンファレンスの実施(5.3.1)や栄養管理と食事指導(5.4.5)、症状緩和(5.4.6)、リハビリテーション(5.4.7)、退院支援(5.4.9)、感染対策(5.5.1)など、病棟においてチーム医療が実践されているか確認

8領域 療養

・療養病床への適切な受け入れ(8.1)

多職種による入院受け入れについての検討がなされているか

・チーム医療の適切性(8.2)

QOLの向上を目指したチーム医療が展開されているか

病院医療チームそのもの!!

チーム医療を受け入れる土台部分

病院組織として、チーム医療推進のための組織風土や仕組みの整備がなされているか

1領域 (病院組織の運営と地域における役割)

- ・理念・基本方針、病院管理者のリーダーシップ(1.1,1.2.)
職員の労働意欲を高める組織運営を行っているか
- ・病院の組織が効果的に運営されているか(1.3.2)
部門間の業務分担および連携が適切に図られているか
- ・職員を対象とした教育・研修の実施(1.5.1)
- ・継続的な医療サービスの質改善への取り組み(1.8.1) など

2領域 (患者の権利と医療の質および安全の確保)

- ・チーム医療の推進と診療の質の向上(2.6)
多職種による診療協力の仕組みや診療科間にまたがる診療協力の仕組みがあるか
- ・医療安全管理や感染管理について(2.3~2.5)
- ・患者参加を促進する仕組みがあるか(2.2.2) など

6領域 (病院運営管理の合理性)

- ・病院機能に見合った必要な人材の確保
- ・職員が安心して働ける労働環境の整備 など
(医事紛争や院内暴力に対する組織的な対応 等)

【平成21年10月31日時点での認定病床・病院数(2,567件)】

病床規模	病床数				施設数				1施設あたり平均病床数	
	全国	認定	残存	認定率	全国	認定	残存	認定率	全国	認定
100床未満	207,536	26,970	180,566	13.0%	3,391	385	3,006	11.4%	61	70
100床以上200床未満	399,186	118,912	280,274	29.8%	2,725	776	1,949	28.5%	146	153
200床以上300床未満	277,433	104,878	172,555	37.8%	1,150	433	717	37.7%	241	242
300床以上400床未満	255,790	130,895	124,895	51.2%	763	388	375	50.9%	335	337
400床以上500床未満	157,967	99,209	58,758	62.8%	360	227	133	63.1%	439	437
500床以上600床未満	106,637	73,275	33,362	68.7%	199	137	62	68.8%	536	535
600床以上700床未満	76,781	64,351	12,430	83.8%	120	101	19	84.2%	640	637
700床以上800床未満	41,197	31,587	9,610	76.7%	56	43	13	76.8%	736	735
800床以上900床未満	27,649	23,499	4,150	85.0%	33	28	5	84.8%	838	839
900床以上	69,997	52,485	17,512	75.0%	65	49	16	75.4%	80	1,071
全体・合計	1,620,173	726,061	894,112	44.8%	8,862	2,567	6,295	29.0%		283

医師不足

やチーム医療への対応が求められる中、看護師の業務拡大が注目を集めている。大学院で専門教育を受け、初期診療を認められた看護師「ナースプラクティショナー(NP)」は米国ですでに導入されている。このほか、NPと同時期にスタートした「認定麻酔看護師」(Certified Registered Nurse Anesthetist:CRNA)と「医師助手」(Physician Assistant:PA)も専門看護師の代表例として挙げられる。CRNAは原則として麻酔科医の監督のもと、麻酔の術中の管理を担う。PAは侵襲的な手技も手掛ける職制だ。

両者のポジションは国内でいうと助産師に近い。正常分娩ならば医師と同じように扱える。これと同じようなものと考えていいだろう。

NPの養成・普及に取り組んでいる大分岡病院(大分県大分市)の葉玉哲夫院長は1970年

お産は助産師だけで行う病院も増えている。最初の妊婦健診で異常がなければ、外来での健診を担当する。こうした例は今や枚挙にいとまがない。

診療行為一部代行の必要性は高まる一方だ。国内でコメディカルが診療行為への進出を強めている背景にはこうした傾向がある。専門職であるコメディカルは限定的に医師の業務を担う「ミニドクター」ともいえる。

将来的にNPの国家資格化を目指す動きはあるが、現在は普及の過渡期にある。実力・意欲ともに高い現職の看護師に限り、半年から1年の講習受講後にNPの資格を付与する方法も考慮されているのではないかと。[NP免許を更新制にすべし]との議論もある。医師免許では実現

米国では「認定麻酔看護師」や

看護師を生かす病院経営

代に米国に心臓移植の研修に出た。研修先でPAと出会ったときの光景は今でも目に焼き付いているという。

当時、冠動脈バイパス手術には下肢の大伏在静脈が用いられていた。患者の足にメスを入れ、静脈を取り出す。その手技を見学したときのことだ。見事な手さばきは医師ではなくPAによるものだった。葉山氏は度肝を抜かれた。医師とPAで分業が成立すれば、医師はバイパス形成だけに専念できる。同じ現場では、麻酔科医と同様にCRNAが主体となり動いていた。心臓外科を中心にPA制度の待望論の多い分野もある。

診療行為の一部代行に期待の声も

手術中に人工心肺装置を回す役割が医師から臨床工学技師にバトンタッチされて久しい。産婦人科医と助産師の役割を明確にし、正常な

していない制度だ。先取りで質の担保を図れば、普及に追い風となるかもしれない。

今年6月、全国自治体病院協議会の邊見公雄会長は同協議会の意思としてNP養成に賛成を表明した。日本胸部外科学会のメンバーからは「芽をつぶさないように」と、NPへの後押しの声が聞かれる。病院関係者からの支持は底辺を広げつつある。

一方でNPを「競合相手」と見なし、警戒する向きもある。プライマリケアを扱う開業医を中心に現場ではこうした見方が根強い。都道府県レベルの医師会からも医療の質の低下を懸念して反対の声が上がっている。

葉山氏は地元・大分県の医師会に呼ばれて説明を求められた経験がある。葉玉氏の見解は「開業医もNPとの協業によって助けられる部分があるのではないか」というもの。医師が不在の

「医師助手」も活躍

場合、慢性疾患などの患者はNPで対応できるので、医師の負担は減るのではないか。

それでも競争を恐れるのであれば、制度で対処するしかない。NPが国内で開業するには一定年数の経験と試験を課す。ここまで明確であれば、直ちに開業医が脅かされることはない。ただ、そこまで厳格な規定が必要だろうか。現状では否定的な視点からあれこれあげつらうよりも、むしろNPを最大限に活用することを考えるべきだろう。

ただし、現行のNPの実習期間には疑問の声があるのも事実だ。初期診断から検査のオーダー、診療までを任せるためには2年間の実習では不十分だという。

米国の場合、医師の初期臨床研修と同様に、院内各科をまんべんなくローテーションさせる。初期診断をはじめ、職務のすべてをこなせるよう院内で再教育する。その上で小児や救急などの専門性を身につけさせる。ここまで徹底すれば、相当な効果は期待できる。

NPを導入する場合、院内での位置付けも課題の一つだ。診断や投薬はできなくても、率先して検査を示唆し医師の片腕となっている看護師がすでに存在しているケースもあるだろう。新たにNPが入職すれば、そのような看護師とあつれきが生じないように配慮しなければならないし、役割分担や評価方法についても考えなければいけないだろう。

医療費抑制や医師不足解消への効果も

NPが医療費に与える効果はどうだろうか。米

国ではNPの報酬は州によって差はあるものの医師の7～8割に設定されている。民間の保険会社も医師とNPの受診では保障に差をつけるのが普通だ。結果として総医療費抑制につながっている。

だが、こうした施策はそのまま国内に当てはめることはできない。現行の診療報酬はあくまでも「診療行為に対して」設定されているからだ。単にNPを導入するだけでは医療費に変化は起

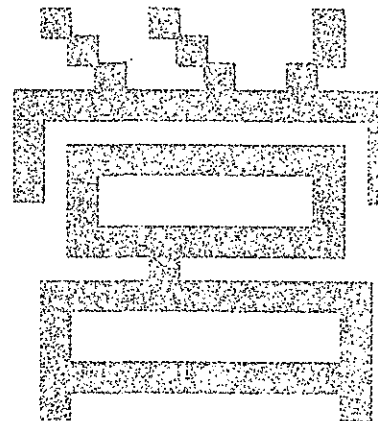
らない。開業医サイドからは「一物一価」の原則を維持せよとの圧力が予想される。競争相手と目されるNPに患者を取られまいとする傾向が強まるのは必至だろう。医師不足解消策の面ではどうか。すでに医学部の定員増が始まっている。だが、医師養成には10年もの年月と、1人当たり1億円以上のコストがかかるといわれる。現役の看護師がNPに転身するのであれば、養成の費用を数分の一に圧縮す

る効果も期待できる。

NP研修の受け入れで病院に直接もたらされるメリットは少ない。それでも受け入れ病院の研修担当職員は「NP養成」に意欲を持って取り組んでいる。NPだけに診療を任せるのは論外だが、医師との連携は大きな可能性を秘めている。何より人件費抑制につながる。NPをはじめとする看護師の可能性を検討すべきだろう。



正常分娩を助産師が担うのと同様、看護師の業務拡大は順調に進むか



患者図書室を使った学習プログラムについて

◆目的

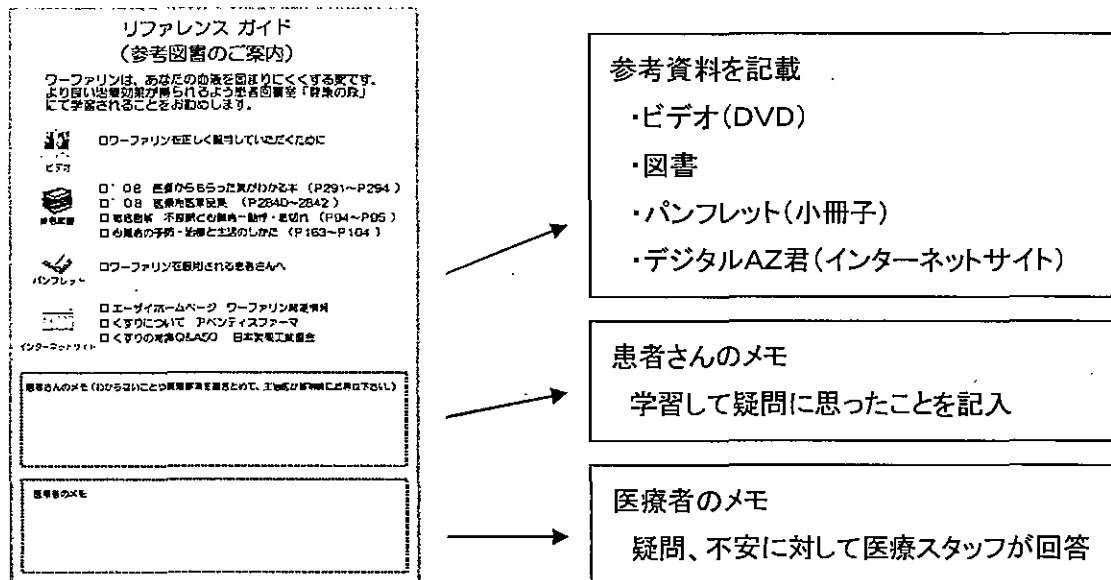
患者や家族が図書室を利用して自らの疾患・薬について学習することで、日常生活における注意点を理解し、行動できるように支援する。

→まずは、入院中のワーファリン服用患者を対象に実施

◆方法

病棟薬剤師が薬剤管理指導業務を行う際、従来の服薬説明に加え

①お薬説明用紙、 ②リファレンスガイド(参考図書のご案内) ③アンケート用紙を配布し、患者学習プログラムの活用を勧める。患者に図書室での学習後、アンケートを記入してもらい、達成度やプログラムの評価を行う。



◆評価

【患者からの声】

入院中だと、疑問点をすぐ聞けるし、ゆっくり時間がとれて解決するからよい。

何から勉強すればいいかヒントになる。

【医療スタッフからの声】

お薬説明用紙は患者さんに好評だ。

◆今後の課題

①アンケート回収率の向上 ②評価方法の見直し ③外来患者も対象にする

◆外来患者向け学習プログラム(案)

- 1) 外来待合いにポスターを掲示。医師や薬剤師から直接患者にプログラムを案内。
- 2) 希望する患者は総合相談センターを介して、薬剤師とおくすり相談の日程を決める。
- 3) おくすり相談の際、患者はチェック問題を行い、薬剤師とワーファリンの理解度を確認する。
薬剤師は理解度に応じて服薬説明をする。
- 4) さらに学習意欲のある患者に対しては、ワーファリンに関する図書や動画視聴を利用した患者図書室での自己学習を勧める。
- 5) 後日学習理解度を評価するため、2回目の相談日を改めて設けて、同様のチェック問題を行い、学習後の理解度を患者と共に評価する。

医師の負担が特に大きい領域（診療科別・病床規模別）

	20~199床	200~399床	400床~	合計
内科	171/227 (75.3%)	203/256 (79.3%)	156/213 (73.2%)	530/696 (76.1%)
小児科	26/85 (30.6%)	88/197 (44.7%)	99/197 (50.3%)	213/479 (44.5%)
精神科	4/27 (14.8%)	20/92 (21.7%)	29/157 (18.5%)	53/276 (19.2%)
外科	90/187 (48.1%)	137/244 (56.1%)	123/208 (59.1%)	350/639 (54.8%)
産婦人科	27/62 (43.5%)	93/166 (56.0%)	125/189 (66.1%)	245/417 (58.8%)
麻酔科	22/83 (26.5%)	89/222 (40.1%)	108/206 (52.4%)	219/511 (42.9%)
整形外科	89/191 (46.6%)	124/244 (50.8%)	95/205 (46.3%)	308/640 (48.1%)
脳外科	33/88 (37.5%)	69/174 (39.7%)	96/192 (50.0%)	198/454 (43.6%)
救急診療部	5/18 (27.8%)	35/54 (64.8%)	76/103 (73.8%)	116/175 (66.3%)

※ 分母は標榜診療科を有する病院数。分子は医師の負担が特に大きいとされた病院数

日本病院会の統計情報委員会がまとめた「医師の業務負担軽減に係る調査報告」

ナースプラクティショナーに「前向きの受け止め多い」

—医師の業務負担軽減調査—

「前向きな受け止めが多い」と感じていると答えている。N.P.に消極的な4割に複数回答で理由を聞いたところ、「医療上の問題や患者のクレームが発生したとき責任の所在が明らかでない」が6割を占めた。ほか「看護師だけで外来診療を完結するのは患者が納得するとは思えない」が5割近くであった。

このほか、医師事務作業補助業務のうち「制約が「診断書の下書き」や「医師の書類整理」など、ほかには「症例数や手術数の多い」「標準の予約業務」など、医師の業務負担軽減には、平成19年の厚労省通知で示された医師の指示下における「看護業務の拡大」についても質問。最も定着した業務は「静脈注射（53・1%）、次いで「入院中の救急生活への対応」（49%）。一方で定着していないのは「薬物の投与量の調節」（64・0%）、救急患者のトリアージ（45・2%）など。医師の行為に近い業務ほど定着が進まない。

条件付きで医療行為を行なうナースプラクティショナー（N.P.）の導入については、病状安定期にある慢性疾患または高血圧症の外来診療の場合、55・4%が肯定的に捉え、また定型的な外科手術の周術期管理では、肯定的意見は58・5%であった。この結果について、調査委員長は「現時点では、前向きの受け止めが多いと感じている」と答えている。N.P.に消極的な4割に複数回答で理由を聞いたところ、「医療上の問題や患者のクレームが発生したとき責任の所在が明らかでない」が6割を占めた。ほか「看護師だけで外来診療を完結するのは患者が納得するとは思えない」が5割近くであった。

食事療法と食餌療法

神奈川県立保健福祉大学 教授
「栄養管理」「栄養食事管理」講師

中村 丁次

病院で治療の一環として行われている食事の提供を、かつては「食餌療法」と書いた。治療に用いる食事は、餌（えさ）を食すると書き、強制的に摂取させられる餌のような食事でもしかたないと考えられていたのである。確かに、入院すれば何よりも病気の治療が優先され、おいしいものを楽しく食べることなど、期待できないと患者さんは納得し、栄養士や調理師も、栄養素の調整を優先的に考えたのである。実際、栄養士は病棟に行くことがなかったので、自分たちが作った料理を患者さんたちがどのような思いで食べているかを直接見たり、話を聞く機会は極めてすくなかったのである。

一方、食べられない人達に対する栄養補給の方法は著しく進歩した。各種の経腸栄養剤や栄養食品が開発され、簡単に胃ろうができる方法（PEG）も普及した。食べる能力や食欲が無くても、流動食品を消化管へ流し込めば、人間に必要なすべての栄養素を摂取することができる。患者さんは「食べたい、食べたい」と不満を感じながらも、生きていくことはできるようになったのである。

静脈栄養を含めて、このような強制的な栄養の補給法が必要な場合は、確かにある。しかし、我が国の現状は必要以上にこのような栄養補給法が使われているのではないかと心配している。栄養補給に使用されているカテーテルが外れて、スプーンで最初に食べるお粥の美味しいことは格別である。エネルギー量も微量で大した栄養素も含まれていない、たったスプーン一杯のお粥だけで、患者さんの顔色は良くなり、元気になるのは何故なのか？ 現代栄養学では解釈できない。しかし、人間の食事には、本来このような機能が含まれているのだと思っている。つまり、私たちの食事には、生物的に必要な栄養素を補給することと、人間として精神的な

満足感を得るといふ両面の機能が備わっていなければならない。これら両方の機能を十分発揮させることができる食事療法が必要なのである。

このような食事療法を現在の医療現場で実現させるには、患者さんの栄養状態を評価、判定し、摂食能力や消化・吸収能力を総合的に判定し、適正な食事や栄養補給が提案できる管理栄養士を各病棟に配置することが、最も現実的な解決策である。医師の食事箋を基に、地下の厨房で献立と料理を作り、患者さんに提供するだけのことで、コミュニケーションができない動物の餌を作るのと変わらない。患者さんとのコミュニケーションのない食餌療法がいつまでも続いているのは、我が国の医療の貧弱さでもある。

わが国で、チーム医療を叫んでもう何年もたつ。しかし、学会でのシンポジウムでは活発に議論されるが、現場の医療はあまり変わらない。理由は簡単である。ベッドサイドにチームメンバーが揃わないからであり、理念の議論を続けても問題は解決されない。それぞれ専門の知識と技術を有するメンバーが患者さんのそばで顔を合わせれば、自然に会話は始まり、チームワークは開始される。少なくとも医師、看護師、薬剤師、管理栄養士の4職種は、病棟に常駐するシステムを作らない限り、医師や看護師の不足も解消されないし、患者さんの心身をケアする本来の医療は展開できない。



食事療法と食餌療法