

## 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  
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  
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

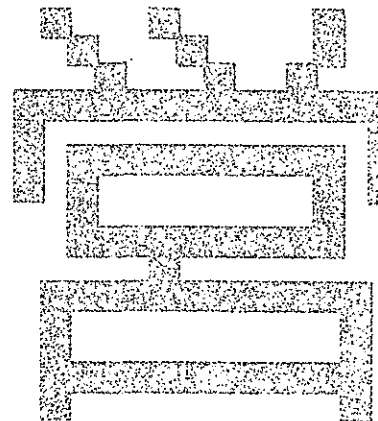
らない。開業医サイドからは「一物一価」の原則を維持せよとの圧力が予想される。競争相手と目されるNPに患者を取られまいとする傾向が強まるのは必至だろう。医師不足解消策の面ではどうか。すでに医学部の定員増が始まっている。だが、医師養成には10年もの年月と、1人当たり1億円以上のコストがかかるといわれる。現役の看護師がNPに転身するのであれば、養成の費用を数分の一に圧縮す

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

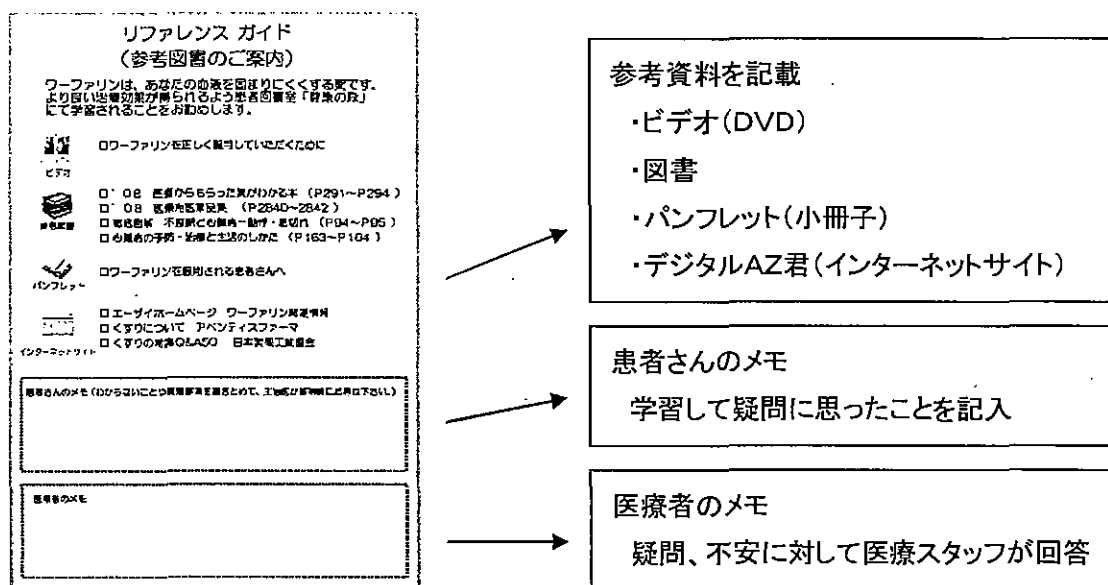
患者や家族が図書室を利用して自らの疾患・薬について学習することで、日常生活における注意点を理解し、行動できるように支援する。

→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「制強が「診断書の下書き」や「医師の書類整理」など、ほかには「症例数や手術数のまとめ」「標準的予約業務」など、医師の業務負担軽減に寄与する業務が、平成19年の厚生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%）、救急患者のトリージング（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