

(10) 病院管理の分野

医療安全管理チーム

(東邦大学医療センター大森病院) 591

医療総合支援部医師業務支援チーム

(独立行政法人国立病院機構東京医療センター) 594

院内における煩雑な医療事務をサポートする医療チーム

(社会福祉法人 恩賜財団 埼玉県済生会栗橋病院) 597

小規模ケアミックス病院稼働率向上チーム

(社会医療法人 栄公会 佐野記念病院) 600

病棟マネージメントを改善するメディカルクラークとコ・メディカルチーム

(社会医療法人 禎心会 新札幌恵愛会病院) 606

医療安全管理チーム (東邦大学医療センター大森病院)

チームを形成する目的

チーム医療を遂行するには、病院職員ひとり一人がチームの一員であると認識することが大切です。

当院、医療安全管理チームは医療安全管理業務を行いつつ、組織的に苦情クレーム、院内暴力・防犯などに対応する多職種協働チームです。病院職員は苦情クレームや院内暴力・防犯に対し、医療安全管理チームが一丸となり組織的に対応することにより院内雰囲気少しずつ変化していることが実感できます。これが個々の職員に『阿吽の協力』する風土をもたらし、安全文化を醸成する、医療の質を改善するための土壌を肥やします。医療安全管理チームメンバーがそれぞれプロフェッショナルな業務を遂行することにより、業務が効率的になり、質を改善するための作業工程が標準化します。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

医師 専任業務として部内に常在、報告される院内諸問題の部内で共有化する。医師と他職種の連携を円滑化する。病院運営スタッフに診療現場の問題点をアピール、システム改善を提案する。

看護師・薬剤師 診療現場における問題点を主にインシデント報告として収集。看護部門・薬剤部門と連携して作業工程の改善等を行い、インシデント報告を現場へフィードバックする。

事務職 診療現場における問題点を主に苦情クレームとして収集。会計、設備、地域連携など事務部門の作業工程・医療システムの改善を事務部門と連携して行い、現場へフィードバックする。

警察 OB 暴力・防犯のプロ、市民感覚を有し、改善策に中立的意見を盛り込む。

医療安全管理部部内会メンバー (臨床検査技師・臨床工学士・診療情報管理士など) 部内会(1回/週)に参加し専門職として意見を述べる。

顧問弁護士 電話等にて随時、法律相談を受ける。

チームによって得られる効果(評価方法)

- ・ 病院の雰囲気の変化：楽しく仕事のしやすい環境作り、看護師の離職率の改善
- ・ 自分もチームの一員との認識：各職種のチーム医療への協力体制作り、あいさつ運動への協力者数
- ・ 医療安全に対する協力体制：安全文化の醸成、インシデント報告の収集(数・職種)
- ・ 医療安全活動の周知：セイフティーマネジャー会議内容の周知、イントラネット上での周知率
- ・ 苦情クレームが改善に繋がる：各職種の協力体制作り、苦情クレームをきっかけとした改善例数
- ・ 院内暴力が迅速処理化：職員が仕事しやすい環境作り、現場の声(debriefing)を分析
- ・ 犯罪の抑止：職員の防犯意識を高める、院内盗難発生例を分析

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

- ・ 病院の雰囲気の変化：楽しく仕事のしやすい環境作り、看護師の離職率の改善（新採用看護師離職率 20年8.2%、21年6.1%、22年2.0%）
（看護職員職務満足度調査結果 総得点 270点満点で平均 112点で総得点 41.5% 22年度より 1.8ポイント上回った。「医師とのチームワーク」は 0.5ポイント、「医師・看護師理解」では 1.8ポイント上昇している。）
- ・ 自分もチームの一員との認識：各職種のチーム医療への協力体制作り、あいさつ運動への協力者数（実際に玄関に立ってあいさつ運動 23年6月124名→11月120名）
- ・ 医療安全に対する協力体制：安全文化の醸成、インシデント報告の収集（数・職種）
（インシデント報告数 21年度3678件、22年度4193件、23年4400件予定）（医師報告 増加）
- ・ 医療安全活動の周知：セイフティーマネジャー会議内容の周知、イントラネット上での周知率
（全職員回覧率 22年度30%台→23年度50%台）
- ・ 苦情クレームが改善に繋がる：各職種の協力体制作り、苦情クレームをきっかけとした改善例数
待ち時間短縮→自動再来受付機、自動精算機を導入、患者満足度近々予定。
- ・ 院内暴力が迅速処理化：職員が仕事しやすい環境作り、現場の声（debriefing）を分析。
都内私立医大にて一斉の暴力アンケートを施行 23年12月、当院回収率82.9% 結果まち
- ・ 犯罪の抑止：職員の防犯意識を高める、院内盗難発生例を分析 看護師さんが院内にて泥棒を捕まえた。平成23年5/23 院内万引き、5/28 病室狙い、6/13 自販機狙い、6/28 不詳者侵入、平成23年1/28 都内大病院の連続室料詐欺患者告発・逮捕→裁判にて懲役3年2ヶ月、執行猶予4年
- ・ 病院機能評価 Ver.6：平成23年1月受審 高評価、週刊ダイヤモンド「頼れる病院2012」：高評価

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

チーム医療を推進するために最も必要なことは、医療現場をチーム医療が遂行できる状況に改めることでもあります。チームメンバー全員が自らがチームのなかで成すべきは何か、知っている状況を作り上げなくてはならず、どのように形で後押しするか、この課題は当院においては医療安全管理部に課されています。具体的には、①コミュニケーション、チームワーク、リーダーシップ、状況認識、意思決定など Non-technical skills (NTS) と言われている能力がチームメンバーに浸透していること、②安全で効率的な業務を達成するために利用可能な全てのリソース(人、機器、情報など)を有効かつ効果的に活用し、チームのメンバーの力を結集して、チームの業務遂行能力を向上させることを目的としたマネジメント、CRM (Crew Recourse Management) の概念が理解されていることが問われます。簡単な講義や勉強会により、チーム医療を活性化する知識を習得することは困難で、実践型研修が必要となります。

実証事業により、東邦大学医療センター3病院のセイフティーマネジャー研修を開くことができました。多職種共同チーム医療を推進するための研修会で、多忙で限られた人数のな

か、疲弊感が漂う医療現場で、セイフティーマネジャーはどのような現場研修を主導するのが良いのか、が研修課題となり、自らの臨床現場でチームメンバーが集まり、話し合い、みんなでNTSやCRMを考慮したシナリオを作り、そのシナリオを「茶番劇」として演じ、そして、シナリオ内容が臨床現場で使えるか検討し合う、このような現場医療チームによる「茶番劇」型研修を行っていくのが良さそうだとすることになりました。多職種共同チーム医療を推進する現場研修として、すでに多くの病棟でセイフティーマネジャーが中心となって、この形の研修が行われています。

NSTや緩和ケア、呼吸ケアなど診療科や職種を越えたチームが最大能力を発揮するためには、従来の診療科を中心とした流れに対して、これらチームが活躍しやすい現場にする必要がありますが、「茶番劇」型研修により、特に医師の他職種への理解、多職種共同チーム医療の必要性の理解が進み、すべての医療がチームで行われるべきであるとの認識が得られるものと思われま

総括評価

医療安全管理チームが医療安全の推進のみでなく、苦情クレーム、院内暴力、防犯抑止などの業務も一丸となり組織的に対応することにより院内の雰囲気が変わり、本来の医療安全の推進活動をもしやすくなり、医療安全管理チームとして最も大切な「多職種共同のチーム医療の推進」に繋がるものと思われま

また、さすまたなど防犯器具を購入し、院内にて実演演技をするのも、事務職員が中心に「虐待児童の連れ去りのシミュレーション」を行うのも、職員の雰囲気を変える大切な要素と思われま

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

付属3病院が2か月に1回のテレビ会議において、医療安全上の問題・改善案を共有し、再発防止に努めていることは高く評価できる。

また、セイフティーマネジャーが80名配置されていることも驚きだった。多くのスタッフで、どのように情報を共有し、対策案を個々の職員へ徹底させて行くのか、そのシステム化等の観点から興味深い取組である。

全体としては、医療安全におけるチーム医療について、もう少し丁寧に評価をしてほしかった。

医療総合支援部医師業務支援チーム (独立行政法人国立病院機構東京医療センター)

チームを形成する目的

医療施設における医師の事務的作業が煩雑になっている状況において、医師の事務的作業の負担を軽減し、医師等の診療チームが診療に専念できる環境を整えることで、病院本来の機能が発揮できることを目的として、医師事務作業補助者（医療クラーク）を導入し、その効果を検証する。さらに、診療科に配属し専門的な事務作業補助を行なう「東京医療センタースペシャル医療クラーク」の養成コースを整備し、業務評価システムを確立することにより、診療の質と患者満足度の向上をめざす。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

1. 役割：主として関係する職種は医師であるが、従来看護師が行っていた医師の事務的サポートに関しても、医師事務補助者の業務になりうることから、間接的ではあるが看護師の業務負担にもつながり、看護師本来の患者ケアに対応できる効果も期待できる。
2. 配置： 外来診療補助（泌尿器科）、文書補助
3. 業務内容
 - ①紹介状関係：紹介状の返信（泌尿器科）
 - ②オーダーリング代行入力：予約センターによる診療・検体検査等の予約変更
 - ③手術関係準備：手術台帳入力（外科、皮膚科、形成外科、心臓血管外科）、眼科手術記録
 - ④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、生活保護等の記入入院台帳（神経内科、整形外科、精神科）

チームによって得られる効果（評価方法）

1. 勤務医の煩雑な事務作業をサポートし、その負担を軽減することで労働時間を短縮し、勤務医の疲弊感を取り除く効果がある。
2. 文書作成等、入力に費やしていた時間を医師本来の診療業務に専念でき、医師の生産性や医療の質の向上、患者・家族への病状説明が充実することにつながる。
3. 診断書など書類作成時間が短縮され、患者サービスにもつながる。
4. 症例データベースの整備や医師主導型臨床試験の増加等により、診療の質の向上や新たなエビデンスの創出が得られる。

【検証方法】

- ・ 文書作成件数、入院・手術台帳等の入力件数。
- ・ 導入後に院内医師向けアンケート調査などを実施。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

外来診療補助（泌尿器科）、文書補助等、効果を上げています。

文書作成補助は上記5に記載したものです。作成件数は人員の増減もありますが、平成23年4月の323件から、平成23年2月では1,043件まで増加しています。4月採用から医学用語等の知識を取得した、2ヶ月後の6月あたりから件数が900～1,000件/月となっています。

この文書作成補助と勤務負担軽減の効果については、一つの指標として医師の超過勤務の推移を比較しました。平成22年4月から平成23年2月と、平成23年4月から平成24年4月までの医師の超過勤務時間の平均を比較すると、前年度の32.61時間から当該年度は30.41時間まで短縮しています。外来診療補助として専属の医師事務作業補助者を配置した泌尿器科でも、前年度の29.05時間から当該年度の26.28時間と超過勤務が減少し医師の勤務負担軽減に資することができたと考えられます。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

医師事務作業補助者の資格や研修には国家資格等といった、統一された基準が未だ確立されてない現状ですので、医学用語や薬剤名等の知識を習得するまで、ある程度時間を要すること。忙しい医師が時間を割きながら教育を行うには、配置した職員が独り立ちするまでに時間を要してしまう。

全国統一基準等ができれば、個々の教育時間を短縮できるとともに、即戦力となる人材を採用できるのではないかと考えられました。

その他、導入時において「診断書作成以外にどのような業務を依頼できるのか」という意見も院内からありましたが、業務内容を個別説明し、医師事務作業補助者のメリットを浸透させていきました。

総括評価

診断書等の文書作成補助にあたっては、確実に勤務医の負担を軽減させており、専属の配置とした泌尿器科においても、外来患者数を減少させることなく超過勤務の縮減が見られました。

現状、当院では、文書作成補助として10名のスタッフがおりますが、各診療科毎に配置するには人数が不足しているところです。医師事務作業補助は、需要が増加する職種であると考えられることから、本来の病院機能を発揮するために、医師の勤務環境の改善に資するものとして、今後、人員の確保を行い各診療科への専属配置を目指したいと考えています。

(その他)

国家資格、あるいはそれに準じた統一認定資格を設けることで、OJT指導時間の短縮が図られ、採用後即戦力となる人材の確保が可能となり、また、採用する病院としても職員募集がしやすくなることから、人材の確保にも結びつくものと思われます。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

目的において医療の質や患者満足度に寄与するかどうかを課題としているので、それに関する指標の検討がみられないことが残念。患者満足度の向上に何らかのプラスが認められたのか、一方、代行入力などでヒヤリハットなどが起こり医療の質が低下するようなことがなかったのか等、検討があればよかったと考える。

事務職をチーム医療の中でどのように位置づけて、業務の合理化・効率化を図るのかという点については、本年度行われた分野以外の分野においても、課題を明確にすることが必要ではないかと思われる。

また、医療クラークは、医学用語・知識がある程度なければ、文書作成補助を適切に行うことは困難であるため、一定の教育が必要であり、能力の到達点・評価基準・倫理性も求め

られる職種だと考える。

院内における煩雑な医療事務をサポートする医療チーム (社会福祉法人 恩賜財団 埼玉県済生会栗橋病院)

チームを形成する目的

今日の医療界は、国策としての医療費の削減や医師、看護師等の医療従事者数の減少、地域住民（患者）の義務を前提としない権利意識の増大、更に高齢化社会の加速など医療従事者が受け止める事柄は非常に多く、苦難な時代を向えている。

この様な時代だからこそ、専門職種である医療従事者（医師・看護師・薬剤師等）がそれぞれの分野において最大のパフォーマンスを発揮できる環境を整備する事が重要な課題となってくる。今この課題に対して、目を背けることは、看護師や勤務医の疲弊を増幅させ、勤務医の立ち去りに拍車をかける事は言うまでもないが、その結果施設の医療機能を低下させる事は、地域への責務を放棄する事にもなりかねない。

そもそも医療機関（病院）と言うところは、専門職種：エキスパートの集団であり、そのエキスパートが従来の業務に専念出来ない環境が存在するところに大きな問題があった。これらの課題を解決するための手段として、医療機関内における（多職種を巻き込んだ）チーム（医療）の形成が必要となって来る。

医療には色々なチーム医療が存在するが、当院がいち早く着目したものは、医療秘書を中心としたチーム医療である。平成 18 年の診療報酬改定において“医師事務補助者加算”が初めて点数化されたが、当院においては点数化の数年前からこの取り組みを行って来た。（現在 15 対 1 を取得済み）

院内には、煩雑な事務作業が数多く存在している。これらの事務作業は、本来、専門職種である医師や看護師が必ずしも行わなければならないものではなく、日本における医療の慣習として長く引き継がれてきたものであると言っても過言ではない。

診断書の記入業務に始まり、手術や検査等の承諾書や同意書の説明や署名、今日では、ペーパーレス化による、電子カルテやオーダーリングへの代行入力など、新たな事務作業も発生している。しかし、これらの事務作業は、一定の経験を積んだ事務職であれば、業務を遂行する上で何の支障も無くこなす事が可能であることも最近では証明されつつある。

今回は、医師事務作業補助と言う一部の職種に限定した関わりではないため、医療事務サポートチームの形成に当たっては、専門職種同士が一定の業務分担を慣習や風土にとらわれる事なく明確に行う事が前提となってくるが、最終的なチームの理想形は、医師のサポートに限定する必要はなく、組織のパフォーマンスを最大に向上させる事を最終的な目的とし、その一部に医師事務作業補助が含まれるものであると考えている。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

① 役割

主として関わりのある職種は医師が中心となるが、従来看護師やその他コメディカルが担って来た医師への事務的サポートについても、無視せずに積極的な関わりを持って行く。その結果、積極的な関わりが専門職種の本来業務への専念度がアップし、医療の質や患者さんへの満足度の向上につながる結果となる。

② 業務内容

現在医療秘書課に所属する医療秘書が行っている業務に加え、今回取り上げる部門とあらゆる職種との関連についても再度も直しをかけ、この実証期間中に新たな業務への取り

組みを行っていく。

③ 実施方法

医療秘書が所属する医療秘書課を中心に、他職種の所属長及びキーパーソンを巻き込み、一定の実施と分析を繰り返しながら、上記に明記した具体的な評価実現する。

チームによって得られる効果（評価方法）

平成 16 年より医療秘書の導入を開始し、医師におけるアンケート調査の実施や時間外の削減や、診断書処理件数の増加やサマリ等の文書作成時間の削減および電子カルテの導入により人員の大幅な増員などによる、一定のアウトプットを示してきた。当時の厚生労働大臣の視察等

別紙資料（図、表参照）

しかし、今回のチーム医療の実証事業では、さらに一步踏み込んだ形で、成果の可視化を求めていきたい。

当院は、年間の行動計画書に、BSC の手法（財務の視点、顧客の視点、業務品質の視点、人材と育成の視点）である 4 つの視点を取り入れ、一定の成果を上げている。

また、「チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集（案）」の中で取り上げられている、評価項目事例のなかでも、医療の質、患者の視点、従事者の視点、経済的視点の 4 つの視点を取り上げられている所から、今回は、チーム医療を行う部門を 3 つに分類し同様の 4 つの視点と 3 つの評価を利用して、チーム医療の活動を捕らえ、さらに、客観的かつ定量的評価は難しいが、出来る限り定量的な評価を行い結果の可視化を求めていきたい。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

実証事業の対象部門は手術室部門と救急センター業務の 2 項目となった。手術室部門では、2 名の職員を配置し、今まで医師等が入力していた手術台帳等の入力や記録室内での看護師等が日々行っている伝票整理や使用材料の伝票管理など煩雑化している手術室内の業務全般について一つ一つ関わりを検討しながら作業を行った。

業務量では時間外の削減が一つの指標となるが、看護師においては人数が固定できなかったために、時間外の削減効果は望めなかったが、医師においては医師（麻酔医）については、一定の効果は見られた。 **別紙図 1 参照（時間外比較）**

また、手術室の稼働においても昨年と比較し、若干の稼働アップが見られ、今回実証までいたらなかったが、色々な業務のつなぎ目を事務職がつなぐ事によりシームレスな作業効率を生む事が出来たのではないかと思われる。 **別紙図 2 参照（手術室稼働）**

また、救急センターにおいては建設が震災の影響で大きく遅れ当初予定していた取り組みが全て出来なかったが、今まで配置のなかった救急部門に医療秘書を配置する事により、電子カルテに不慣れな医師への指導や救急隊との電話連絡など医師の業務負担の軽減を図る事が出来た。

更に救急部門では、医師が受け入れやすい環境を整備し、診察終了後の返書管理等も医療秘書が目配り、近隣開業医への連携をこまめに図る用努力した。

是により、救急車の搬入数は増加し、逆に断る症例も減少した。 **別紙図 3 参照**

また、近隣からの紹介患者にも大きく影響し、紹介からの進入院患者数を増加傾向へと押し上げた。 **別紙図 4 参照**

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

今回、積極的に今まで取り組んでいなかった業務への取り組みも行ったが、他職種との各々の理解度の違いにより、思うように入り込めない業務も多々あった。

総括評価

今回は、医療秘書課に所属する一定の部門での取り組みとなったが、チーム医療を実証するには、全ての部門を超えて業務の枠に捕らわれないで行う事が必要であると実感した。事務部部門の中で業務を区分けして壁が出来てしまえば、他職種との連携も上手行くはさすがない。また、各職種のキーマンを作ることが出来ず作業を進める上でスムーズな運用が出来なかった。

今後は、これらの点に注意しながら、進めて行きたい。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

手術部門では麻酔科医の時間外勤務の短縮につながり、また救急部門においては、医師が受け入れやすい環境を整備し、診察終了後の返書管理等も医療秘書が目配り、近隣の診療所と連携をこまめに図るなどの努力をしている等、特に評価できる。

医師事務作業補助者の配置によって一定の勤務医の負担軽減効果が見られている。実証事業の対象分門は、手術室部門と救急センター業務部門への医療秘書の配置であったが、他の部門についても検討してみてもどうか。

業務区分け上の壁という課題が表在化した側面もあるが、当該病院は医療秘書の配置に以前から取り組んでおり、そういった面でも他の医療機関へ情報提供等を行っていただくことに意味があるのではないかと考える。

小規模ケアミックス病院稼働率向上チーム (社会医療法人 栄公会 佐野記念病院)

チームを形成する目的

- ・ 急性期・回復期病棟の小規模ケアミックス病院という特性を活かし、急性期病棟入院中より可及的早期に回復期病棟入棟予定患者の情報（家族のニーズや住環境、退院後の考え等）を事前に収集・分析する。
- ・ 入棟時カンファレンスにおいて多職種で治療方針を立案し、回復期病棟入棟時点で動作のゴールと事前情報を考慮した方向性を決定する。
- ・ カンファレンス結果より退院支援計画書を作成し、本人もしくは家族へ方向性や目標を説明し、病院・本人・家族と目標を共有して、安心した入院療養生活を送っていただく。
- ・ 回復期入院期間中は約 2 週毎にカンファレンスを行い、随時ゴール見直しやアプローチ修正をはかり、退院支援計画書も修正・加筆し、同様に患者・家族に説明する。
- ・ 担当者会議（ケアマネ・患者家族・介護事業所担当者）・退院前自宅訪問・試験外泊を適切な時期に、かつより速やかに行う。
- ・ 医師不足・救急医療体制過疎の泉州医療圏において 95 床のケアミックス病院として、一層の回復期病棟稼働率向上をはかり、救急医療態勢のさらなる円滑化と発症・受傷早期から一貫したリハビリテーション医療を提供することを目的とする。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

- ・ 下記各職種ごとの役割を添付資料『チーム医療取り組み管理表（対策横断的）』で整理した。

〈医師〉

- ・ 診療を通じて患者の病態・予後を随時評価し、各職種に適切に指示を出す。
- ・ 毎日行われる病棟カンファレンスに出席し、各職種に助言・指導を行う。
- ・ 4 回／週（月：病棟半分、木病棟残り半分、金）の多職種合同回診を行う。火・木の回診はリハ専門医の回診とし、ゴール・方向性の決定に大きく関与する。
- ・ 多職種合同カンファレンスの結果から、動作ゴール・退院目標日などについて退院支援計画書をもとに患者、家族に適宜 IC を行う。…添付資料 1 「退院支援計画書」

〈看護師〉

- ・ 24 時間病状・病態管理を徹底する。
- ・ 4 回／週の多職種合同回診に参加し、療養生活や ADL・方向性についての情報提供を行い、他職種と情報共有を図る。…添付資料 2 「プライベートデータ（急性期・回復期）」
- ・ 多職種合同回診やモーニング・イブニング ミーティング、カンファレンスで、病棟 ADL における問題点をセラピストへ情報提示する。
- ・ 日中の ADL・活動や夜間の生活状況を家人来院時に情報提供し、必要であれば家族にケアの参加を促す。
- ・ セラピストからの情報提供に基づいて日常生活のケア・随時看護計画の修正を行う。
- ・ 専門的知識・活動を要さない患者の退院支援に積極的に関わる。
- ・ 必要に応じて患者・家族の不安があればその都度病状説明を行う。

〈介護福祉士〉

- ・ 患者への安全な生活支援。
- ・ 療養生活における患者の様子（情報）の収集および伝達と、その対応。

〈医療相談員〉

- ・ 各患者の退院支援計画の進捗状況把握と管理。各部門スタッフへの情報提供。
- ・ 看護師で補えない家人とスタッフ間、ケアマネ・介護サービス事業所担当者とスタッフ間などの連携役を担う。
- ・ 多職種合同回診・カンファレンスに参加して、患者様毎に状態把握、方向性決定、情報共有に努める。…添付資料3「回復期病棟カンファレンス議事録」
- ・ 退院目標（退院日・動作レベル等）に合わせ、退院後必要と予想される介護サービスなどをセラピストとともに可及的早期に把握し、家人と検討・調整し、受入体制決定の後方支援にあたる。
- ・ 後見人制度利用、生活保護申請、遠隔地の病院・施設への転医調整など、特に専門的知識や働きかけが必要な患者の支援にあたる。

〈管理栄養士〉

- ・ 栄養アセスメント評価・改善のプログラムを医師と協働で行う。
- ・ 急性期病棟と回復期病棟で、一貫して安全性の高い食事・栄養性の高い食物の提供を目標とする。
- ・ 多職種合同回診に帯同して随時患者の栄養状態評価を行い、適切な食事量・食形態を助言して提供する。
- ・ 退院時は家族やケアマネ・介護サービス事業所に対し、必要な栄養情報を提供する（栄養サマリーの作成・運用）。…添付資料4「栄養サマリー」
- ・ 栄養面を評価し、適切なカロリー摂取が出来ているか検討し、チームで褥創予防に努める。

〈薬剤師〉

- ・ 回復期病棟転入・退院に際して、継続使用検討が必要な薬剤などについて医師と相談する。
- ・ 病棟カンファレンスに参加して、医師・看護師・セラピストほかへカンファレンス該当患者の薬剤関連情報提供を行う。
- ・ 薬剤全般の使用に対して過誤防止の助言・対策を講じ、医師・看護師へ指導する。
- ・ 各患者が使用している薬剤全般に関して、必要があれば患者毎に普段注意すべき情報、考慮すべき事柄について情報提供する。
- ・ インスリンなど特にハイリスク薬を使用している患者に対し退院前に薬剤指導を行う。

〈理学療法士・作業療法士・言語聴覚士〉

- ・ 医学的知識やデータを考慮（分析）したゴール設定（疾患の予後、FIM 改善率の実績を活用）。
- ・ 急性期病棟（訓練開始時から）FIM を毎週評価し、必要に応じて患者様ごとに週ごとにFIM 改善率を算出し、退院支援に活かす。
- ・ 基本動作、日常生活活動、言語・摂食機能の改善を目的とした積極的介入（早期リハ開始、回復期リハ充実加算、休日加算）。

- ・ 家族・看護師のリハビリ見学、介助方法指導（家人、スタッフへ）、退院前訪問指導、退院時指導の実施。
- ・ 4回／週が多職種合同回診、モーニング・イブニング ミーティング、カンファレンスに参加して、患者様のADLに関する情報提供、方向性検討を行い、医師・看護師・医療相談員に伝達・助言する。
- ・ 平日の毎夕、セラピスト2名が患者様のイブニングケアに評価・治療として介入する。

〈回復期病棟または院内全体の取り組みと目標〉

- ・ 患者毎に転入後約2週経過時の2回目の回復期病棟カンファレンスにおいて多職種でリハビリテーションゴールと退院目標日を決定し、退院時に退院目標日と実際の退院日に7日以上之差があればバリエーションとして抽出し、バリエーションの要因を検討する。

…添付資料5「バリエーションコード表」

…添付資料6-1「バリエーション集計表」

- ・ バリエーション結果をデータ化し、新たな取り組み・再対策の方策を講じる。
- ・ ①回復期病棟における1～2週間先の退院患者を予想、②回復期病棟在棟患者数の推移を可能な限り把握、③急性期病棟から回復期病棟転入予定患者の人数・転入時期の明確化、④1～2週間先の他院からの紹介患者受け入れ可能人数の把握 の4点について多職種で検討する病棟運営会議を設置（毎週水曜午前に開催）。
- ・ 回復期病棟患者への医師の関わり方の明確化および退院支援への積極的介入、当院勤務医負担軽減を目的に、急性期病棟医師（特に整形外科手術執刀医）と回復期病棟専任医との役割を以下のように分担した。

【回復期病棟専任医2名、リハ専門医1名】

- ① 回復期病棟回診を実施し、多職種合同カンファレンスに同席し、患者様の予後・方向性検討に助言、管理する。
- ② 積極的に退院支援に関わるため、退院支援計画書に基づいて患者・ご家族にインフォームドコンセントを行う。
- ③ 回復期病棟患者の退院は回復期病棟専任医、リハ専門医が決定する。
- ④ 回復期病棟患者の介護保険、身体障害者認定書類その他書類全般は回復期病棟専任医、リハ専門医が記載する。

【急性期病棟医師（手術執刀医）】

- ① 周術期管理に徹底する。
- ② クリティカルパスを積極的に運用する。
- ③ 回復期病棟を経ずに急性期病棟から退院する患者様の自宅退院に積極的に取り組む。
- ④ 回復期病棟を経ず、自宅退院も困難な患者様の退院先選定を他職種とともに検討し、助言を行う。
- ⑤ 急性期病棟退院後も外来にてfollowし、適切な処置・指導（リハビリ依頼など）を行う。

チームによって得られる効果（評価方法）

急性期病棟入院中から多角的な情報を得ることで、早期に退院支援のプランを確立させることができる。これにより病院理念である「患者さんが安心できる医療を提供する」ことが可能となる。また回復期病棟としても、入院期間の想定や、一貫した退院支援が容易になることを期待する。さらに地域の医療機関・ケアプランセンター・介護サービス事業所と一層の連携をはかり、地域医療・介護・地域リハの役割分担を明確化する。患者様にとって、早期から必要な医療・環境整備・情報を提供する事が、結果的に当院の入院日数減少および各職種の業務負担軽減・業務の効率化に繋がると考える。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

- ① 当院急性期病棟入院から回復期病棟入棟までの期間は著変なし…（以下、添付資料 7・8・9）
- ② 当院回復期入棟から退院までの期間（回復期病棟入院日数）は短縮していた（有意差あり）
- ③ 当院急性期病棟入院から回復期病棟退院までの期間は短縮していた（有意差あり）
- ④ 疾患別 FIM 効果率は向上傾向を示した
- ⑤ チーム医療実証事業の取り組み報告（当法人院内学会における活動報告）…添付資料 9
 - ・ 今回の取り組みで最も効果があったと考えられるのは、回復期病棟における多職種カンファレンスにおいて予め患者毎に予後・在院日数を予測してチームアプローチに取り組んだことであると考え。
 - ・ 医師、看護師、療法士、MSW ほか関連職種はこれまで Goal の検討とそれに向けた取り組みは行っていたものの、ただ漫然と患者の回復に歩調を合わせ、必要に応じて必要なかわりを設けていただけの状態に近かった。
 - ・ しかし、患者毎に入棟当初から予測される予後とそれに必要な見込み在棟日数を他職種で検討し、退院がそれより 7 日以上早期化・遅延する例をバリエーションとしてその主要因まで検討するという一貫して管理することが、各職種に積極性を持たせることに繋がった。
 - ・ また、添付資料 2『プライベートデータ』を急性期病棟入院時より運用し、患者の退院支援に必要な情報を可及的早期に看護師が聴取することで、必要となりうる退院支援の取り組みを早期より療法士と MSW が検討、回復期病棟退院目安より逆算して必要な時期に支援の取り組みを企画実行できるようになった。
 - ・ 全体の取り組みを通して回復期在院日数が短縮したものの、本医療チーム名にもある病床稼働率は H22 年度に比べ改善を認めなかった。その理由としては、回復期在院日数の短縮による退院者増に対して、ケアミックス病院として急性期病棟稼働率が低下した期間に自院急性期病棟からの転入患者のみで回復期病床稼働率を向上させるに至らず、他院からの紹介転入患者を十分確保できなかったことが要因と考える。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

今回の取り組みを終えるまでは急性期病棟の主治医・執刀医が回復期病棟整形外科患者のリハビリテーションゴールに関わる指示を出していたため、回復期病棟専任医やリハ専門医と意見の食い違いなどが生じていた。

- ・ 上記問題点により患者のリハビリテーションゴールや方向性の意見集約が困難な事例が

発生したため、回復期病棟患者のゴール・方向性決定はリハ専門医および回復期病棟専任医が決定することとした。

- ・ バリアンス結果を継続検証し、今後も解決に向けて取り組むべき新たな課題が見いだされ则认为。
- ・ 前年に比べ急性期病棟在院日数、回復期病棟在院日数、総在院日数ともに短縮傾向ではあるが、チームの名称にある稼働率向上結果は得られていない。
- ・ これまでの取り組みにより、院内の急性期・回復期病棟患者の在院日数短縮化と退院支援の方策は概ね妥当であると考えられるが、稼働率向上を達成するには①救急搬送受け入れ態勢の更なる充実、②二次救急搬送先病院として近隣市町より選ばれる法人の魅力を確立する（近隣の他の二次救急搬送先病院との差別化）、③他院からの紹介患者数の増大と受入れ患者数の増加 の3点にこれまで以上に注力していく必要がある。
- ・ 全入院患者を対象に入院時に配布する「入院の手引き」をリニューアルし、当院の役割をご理解いただきやすい内容、かつ適切な医療資源運用にご協力頂けるよう入院時から退院支援に向けた活動が開始できるように努める。
- ・ 今後の当院回復期病棟の方策としては、退院までの支援進捗管理のため整形外科・脳外科を問わず「回復期在棟 1 か月予定」、「同 2 か月予定」、「同 3 か月以上予定」の在棟見込み期間に分けた回復期病棟パスの作成を検討している。
- ・ 急性期病棟からは栄養サポートチーム加算の算定を目指し、栄養管理に係る所定の研修（NST 専門療法士研修）に可及的早期にチームを形成するスタッフを派遣し、体制を整備する必要がある。しかし当該研修に参加を申し込んでも門戸が狭く、研修参加できないため専門職育成のハードルが高い。
- ・ 上記、専従 NST 専門療法士に加え、NST を形成する人員全員が研修を修了し専任とするという「1 診療科体制」の様な形は、当院の様な規模の小さい急性期・回復期病院にとってはかなり困難な人員制約であると考ええる。
- ・ 急性期、回復期を問わず、誤嚥性肺炎予防や入院患者の義歯チェックなど、歯科衛生士を配置して言語聴覚士・看護師とともにより効率的かつ適切な口腔ケアが実施できる体制を整える必要がある。

総括評価

- ・ 今回の取り組みを継続しながら、バリアンス要因を検討して退院遅延につながる問題点に対する新たな方策を検討、かつ他院からの転入受入れを H23 年度より向上させることで病床稼働率向上と在院日数短縮の両課題を克服したい。
- ・ 回復期在院日数短縮に伴い、退院患者の在宅での follow すなわち充実した介護サービスの提供にも現状以上に積極的に関与できる法人を目指したいと考える。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

地域における急性期と回復期の連携を深める使命を持ち設立された組織であり、同一病院内に急性期病棟と回復期リハ病棟を持ち、双方の連携を深め、徹底した事前情報共有を図り、患者の早期退院につなげるための活動が行われている点が評価できる。入院時の入院期間予測が 7 日以上ずれた患者に着目し、その要因を検討している。

週 4 回行われている多職種合同回診とカンファレンスが、実際にどのような形で展開され

ているのかという点が興味深い。この実践によって、個々の患者の退院に向けた方向性が共有され、稼働率向上と患者満足度につながっていくということは、その内容が充実したものであると推測できる。やはり、細やかな対応が良い効果を生むということだと思う。

体制として、回復期リハ病棟で医師が専任となっていて急性期病床を診ている場合には主に軸足は急性期医療に存在するために回復期リハ病棟におけるチーム運営は非常に困難だと思われるが、本事業結果からは、この問題を解決するための種々の工夫が見てとれる。

回復期リハ病棟の対象疾患の比率はどのようなようであるか。整形疾患患者を対象としたシステムのように感じられる。整形疾患の場合、連携や退院時期決定に関する問題が比較的明確であり、予測が立ちやすい。脳損傷患者に対しては、問題が複雑であり、単純に予測日数との差異だけを問題視することは有効でない可能性があるため、その点が気にかかる。回復期リハ病棟では、退院の質（到達レベルや患者の満足度）が重要であり、それらの点を考慮して検討を進めていただきたい。

病棟マネージメントを改善するメディカルクラークとコ・メディカルチーム (社会医療法人 禎心会 新札幌患愛会病院)

チームを形成する目的

1. 中小急性期病院では、慢性的に医師、看護師の人材不足が継続しており、特に病棟マネージメントの改善は緊急性が高い。メディカルクラークとコ・メディカルが病棟に常駐することで、医師、看護師の過剰労働を改善し、医療資源の効率化を図る。
2. 膨大な診断書や紹介状の作成等、煩雑な事務作業をメディカルクラークがサポートする。
3. 法的に可能な最大限の業務をコ・メディカルが担うことで、コ・メディカルの業務が拡大し、専門技能を生かし、医療安全と患者満足度の向上をはかる。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

1. 業務移行の実施方法
 - 1) 業務移行の目的を病院全体で共有化し、コンセンサスを得る
 - 2) 業務整理とマニュアル化の推進
 - 3) アクションプラン作成
 - 4) 人材育成と教育
 - ・ 院内で作成した全職種参加型のプログラムによる年間 80 時間以上の教育の実施（講義と実地研修を院内講師を中心として行うことで、受講者も講師もスキルアップできる）
 - 5) 定期的な病棟カンファレンスと IT 化推進により、患者情報の共有化
2. クラークの病棟配置（1 病棟 2～3 名）
 - 1) 診断書などの作成補助：各種診断書の作成・入退院書類作成・入院台帳・食事箋の作成 等。
 - 2) オーダリング入力の代行
 - 3) 検査の予約：内視鏡検査・CT・エコー等の検査予約と患者への説明。患者搬送。
 - 4) ナースコール対応（患者のニーズやクレームを聞き、医師・看護師に伝える）
 - 5) 回診・診察・看護の補助
 - 6) 入院患者オリエンテーション（病衣を渡す、床頭台管理・説明）
3. コ・メディカルの病棟配置：（薬剤師・臨床工学技士・臨床検査技師・リハビリスタッフ・管理栄養士・放射線技師）

看護師の本来業務以外に混在している業務を整理し、コ・メディカルが遂行可能な業務を最大限移行させ、コ・メディカルの専門技術を病棟マネージメントに活かす。

 - 1) 薬剤師：配薬指導、服薬指導、薬品類の全管理、点滴混注ほか
 - 2) 臨床工学技士：呼吸器回路点検・交換、輸液ポンプ・シリンジポンプ、除細動機、モニター類、ほか ME 機器類の保守・点検、呼吸器装着患者の喀痰吸引、処置・手術の準備と介助、入浴時のアンビュウバック介助。
 - 3) 臨床検査技師：入院患者の採血・採尿・生理学的検査の病棟施行。検査結果の説明、相談。
 - 4) リハビリスタッフ： 喀痰吸引、病棟でのリハビリ実施。
 - 5) 管理栄養士： 栄養指導、食事に関するクレーム対応。

6) 放射線技師 : CT 検査読影補助 (報告書作成補助)、放射線検査の患者への説明・相談。

チームによって得られる効果 (評価方法)

1. 医師、看護師の時間外労働を削減し、バーンアウトを防止する。また、出産・育児などで離職した女性の社会復帰を容易にする→ 職員満足度の向上→ 継続可能な医療の再構築につながる。
2. 診断書等の書類作成時間の短縮により本来業務に集中できる→ 患者満足度の向上につながる。
3. メディカルクラークとコ・メディカルの専門性の向上と、雇用拡大につながる。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について (評価方法を踏まえて)

1. 職員対象 (医師、外来看護師、病棟看護師、コ・メディカル、事務) に対してアンケートを実施。
 - ・ 調査回答者 104 名 (医師 6 名、看護師 61 名、コ・メディカル 29 名、事務 8 名)
 - ・ 別紙参照
2. ヒヤリハット報告書
【報告事例】
便培養の指示があったが、誤ってヒトヘモの容器を患者さんへ渡してしまった。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

実証事業に関して、アンケートにもあるように看護師の業務負担に繋がったと考えられる。チーム医療を推進する上で、相当な、教育に時間を要する。全体的な底上げを行うにあたり、医師、事務、看護師、コ・メディカルが関わって教育を行うことで、業務負担の軽減が図れた事には間違いはないが、業務以外 (本業務) に時間を割いていることを、今後どう捉えるかが課題と思われる。

総括評価

- ・ 全体の業務を把握する為のマニュアル整備が必須である。
- ・ コ・メディカルの病棟配置においては、時間的な制限の中ではあるが成果があると感じた。時間帯の延長を今後は検討する。
- ・ 特に感じたことは、横断的な業務で生まれる隙間的なもの (事務的作業) に関しては、非常にメリットがあると思えたが、看護師本来の業務分担に関しての指標が明確になっていないこともあり、今後も継続的に行っていく必要がある。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

クラークの導入による効果について、医師だけでなく看護師・その他コメディカルのアンケート調査の結果に基づいて分析している。近年の報酬診療改定で、医師事務作業補助者加算や看護補助加算が設定されているが、この検証事業において病棟に位置されたクラークの役割は、医師事務作業補助者としてだけではなく、看護補助業務が多いと推察される。従来

医師の事務作業サポートを看護師が担っていた施設では、医療クラークがその医師サポートを行うことによって、「間接的に」看護師の負担軽減になるが、この度のレポートでは元来看護師が行っていた業務を医療クラークが担うことで、「直接的に」看護師の補助を行っている業務も含まれている。その点を整理して考察する必要があると思われる。

事務的作業についてはクラークを病棟に配置することで、患者さんとの関わりが増えたことが、効果があったと思われる。

病棟内のコメディカル配置は素晴らしいと評価できる。しかし、これだけの多職種が協働し、役割分担しながら円滑な運営を行うためには、マネジメントする人（キーパーソン）の力量が問われてくるという課題を感じた。

他のコ・メディカルの常駐に制限があること。時間延長につなげるには問題点が多い。また、コ・メディカルの「病棟配置」より「病棟担当」が妥当ではないかと思われる。

また、クラーク業務を設定する際には、部分的に導入させるのではなく、それまでの業務体制をしっかりと見直し、全体の業務分担を確認して新たにクラークの業務を決めることが重要である。