

厚生労働省

チーム医療方策検討WG

チーム医療検証事業への具体的提案と
チーム医療の評価の提案

初台リハビリテーション病院

ソーシャルワーカー

取出 涼子

(チーム医療推進協議会)

何のためのチーム医療か？ 「目的」について①

□これまでの議論

- × 医療費の削減のため
 - × 医師の負担軽減のため
 - × 平均在院日数短縮のため
 - × 医療者が働きやすいしくみ
 - × メディカルスタッフを十分活用してもらうため
- ・・・これらは結果論。目的そのものではないのでは？

何のためのチーム医療か？

「目的」について②

- 近代の医療は専門分化が進む一方、患者の望む医療も多様化している
- 高度に進歩した専門的医療を患者の「生活」につなげることが重要である。
- これに対応するためには、高い専門性を持つメディカルスタッフが連携しつつ、適切に補完し合うことが不可欠である。

何のためのチーム医療か？

「目的」について③

- 専門分化した医療を背景として、
チーム医療の形態は多岐にわたっているのが
実情である。
- 患者もチームの一員である。
- チーム医療では患者と各メディカルスタッフは
情報を共有する。
- その結果、患者自身の最良の医療の選択が
促進される。

チーム医療のプロセス(案)

□ 方法

- ①ひとり一人、さまざまな背景をもつ患者から、治療に当たっての要望を十分に聞き取る
- ②医学の進歩：膨大な知識、臓器別治療技術の高度化と細分化をチームで補完する
- ③最新の情報を元に、標準的な療法、臨床試験、代替療法までを客観的に根拠(エビデンス)で患者に示す
- ④患者と共に、患者にとっての個別、かつ最良の治療方法を選択する
- ⑤治療自体を生活につなげていく
- ⑥家族のサポートやケアも忘れない

問題提起①

専門チームを増やすことがチーム医療か？

□チーム医療検討方策WGの目的

H23年度チーム医療検証事業にむけて

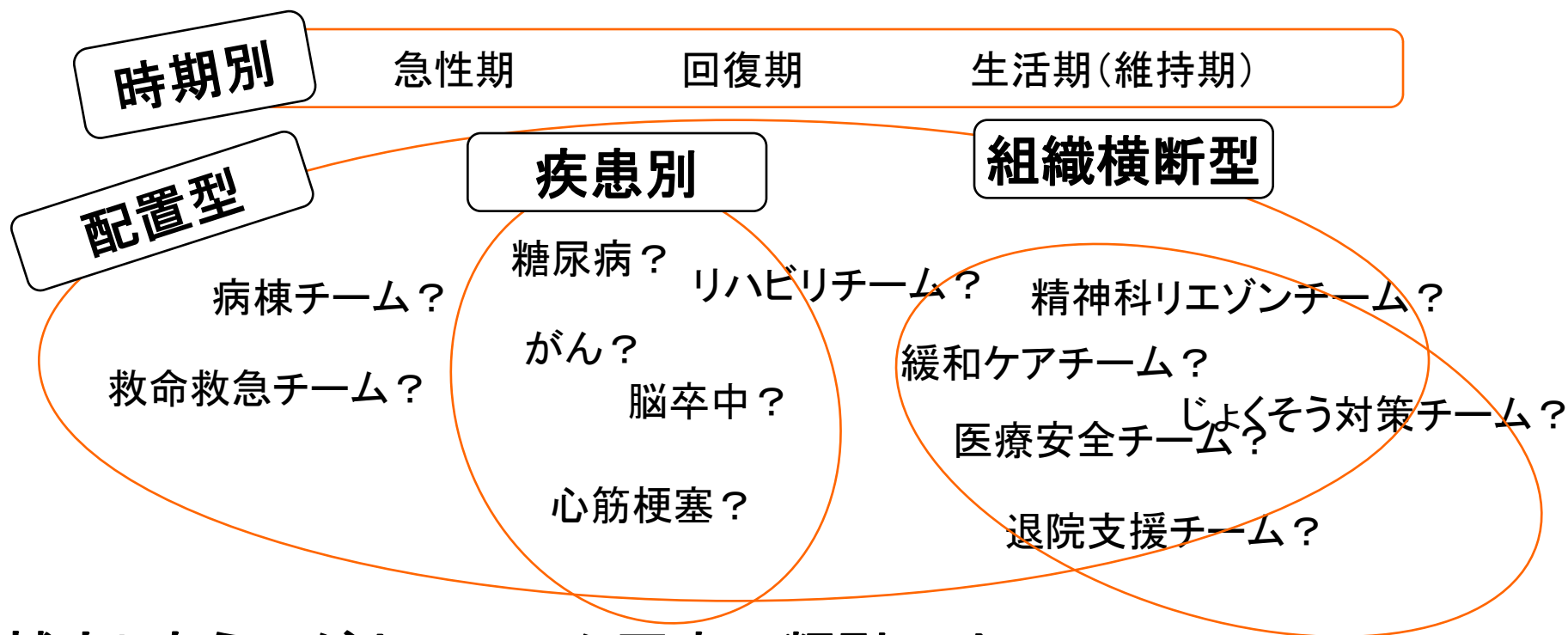
- ①どの領域を検証するのがいいのか、
- ②検証の際、どのような基準(ガイドライン)で評価するか

□これまでのチーム医療検討方策WGでの議論

- チーム医療実践に必要な人員が十分そろってはじめてチーム医療を検討する必要性が議論された
- ‘組織横断型チーム’を増やしたいという議論はなかった

多様なチーム医療・・・どこから検証？

本来は活動する全てのチームに焦点があたるべき



補完しあうのがよいチーム医療の類型には
病棟配置型チームと 組織横断型チームがある。
お互いに補完しあうとよい。治療時期によっても変化する。

提案①

病棟配置型チームの検証

- 病棟配置型チームによってどこまでチーム医療の目的が達成されるかを検証する
(近森委員、栗原委員のスライド参照)
病棟にメディカルスタッフを過不足なく配置するとどうなるかを検証
- 「DPCで包括払いにすると、必要な検査や治療をしない医療機関が出てくる」
→ 「倫理」も評価に加える必要あり

「病棟配置型チーム」と病院内配置基準

病院

救急救命士

ドクターカー・ドクターヘリ・病院救急車に
1名搭乗
救急医療機関内に1名配置

診療放射線技師
機械1台に3名

細胞検査士
患者100名:2名

臨床工学技士

医療安全責任者として定数

診療情報管理士

退院患者1000名につき1名

臨床心理士

医療機関1名

医科・歯科連携

歯科医師・歯科衛生士

病棟配置

医師・看護師・薬剤師
管理栄養士
ソーシャルワーカー

作業療法士

病院(精神科病院を含む)の適応人員配置
介護・福祉・教育など地域生活支援への拡大

理学療法士

1日担当患者10名まで、
老人保健施設 25名入所者:1名のPT

言語聴覚士

医療機関における適正な人員配置
介護、福祉、教育、保健領域における拡大

多職種
カンファレンス

情報共有
システム

チーム医療教育

地域

医療ソーシャルワーカー（社会福祉士）の業務

急性期病院

救命救急センター

脳卒中センター

周産期 小児 精神科

がん治療 小児虐待

外来部門 心臓血管治療

総合相談部門 透析

退院支援・地域連携部門

その他さまざまな...

緩和ケアチーム

回復期リハ病棟

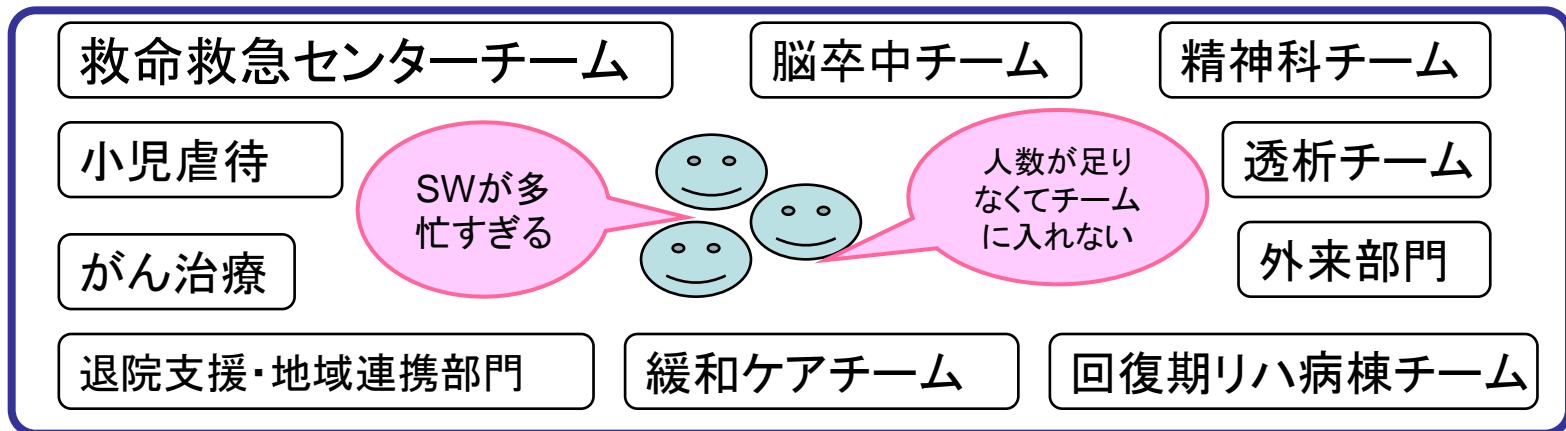
医療療養・障害者病棟

■さまざまな治療場面で
患者・家族の要望をよく伺い
治療を生活につなげます

身元不明・キーパーソン不在／疎遠／高齢
医療費支払い困難 外国人 自殺企図患者
治療拒否 虐待 多問題家族
医療スタッフと信頼関係が構築できない
退院後の生活が不安
入院中の生活が不安
退院計画・退院（転院）援助
社会保障制度活用
在宅緩和ケア（看取り） 在宅医療
入院相談機能 総合相談機能
苦情 家族のケア
その他

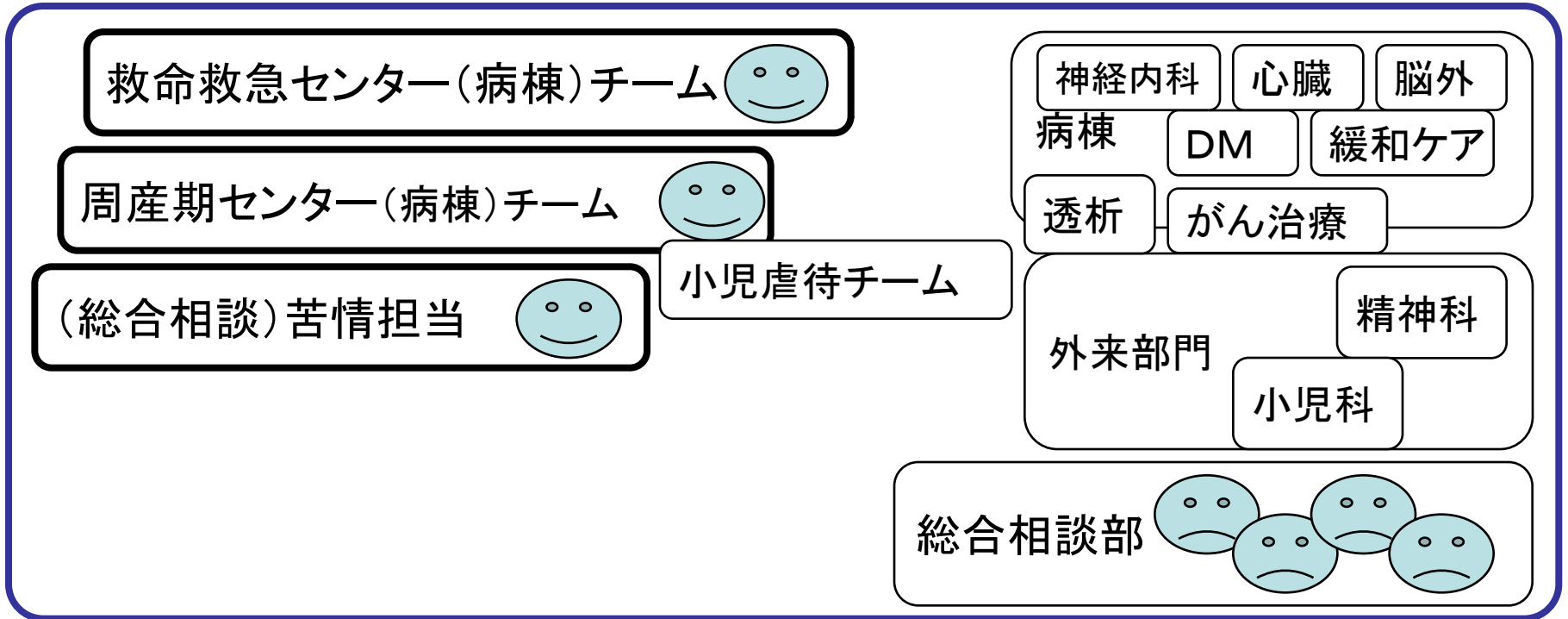
チームアプローチのための ソーシャルワーカーの課題

- 病院には多くのチームが存在する。
多くのソーシャルワーカーがチームを掛け持ち



- 必要なカンファレンスに入れない
多忙で援助に時間がかかる
援助が必要な人にかかわれない
→ 他の職員が苦手な「転院」に特化するSW急増！
専門チームが増えすぎると
本来の「チームアプローチ」に参画できない ・ できていない

北里大学病院の場合



■ 1069床、21病棟にSW7名

救命救急センター・母子周産期センター・苦情担当に特化した担当者、そのほかの領域を4名で対応

■ 退院支援は退院支援看護師と協働、在宅・転院両方に係る ¹²

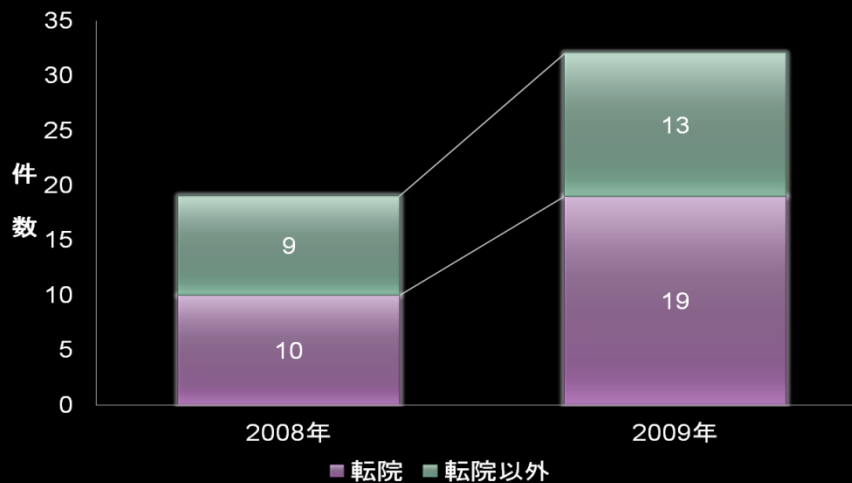
北里大学病院 救命救急センターの例

三次救急医療施設 病棟35床

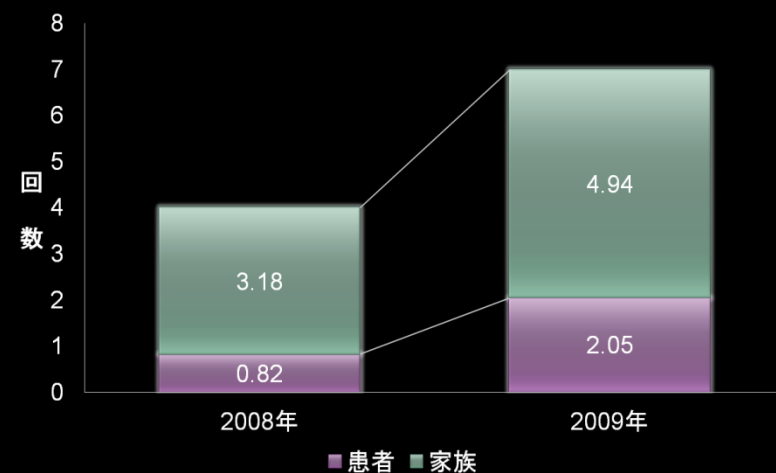
重症患者かつ社会背景が複雑な方などが来院

管理栄養士・薬剤師・ソーシャルワーカーが病棟配置

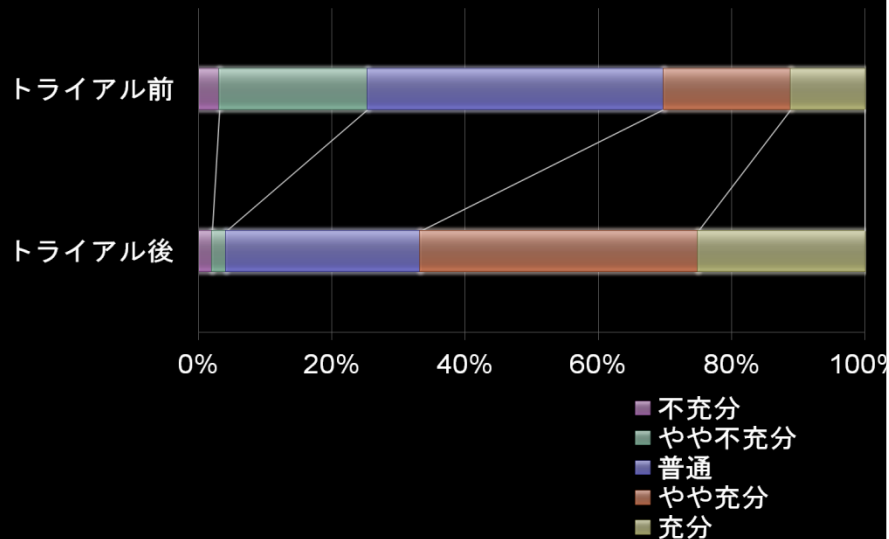
①MSW依頼件数 病棟配置化で2倍



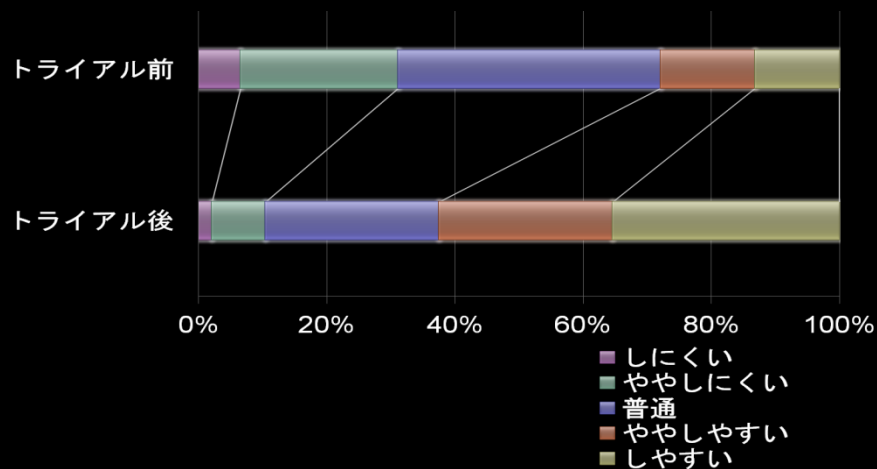
①患者・家族への直接援助回数 配置化で2倍



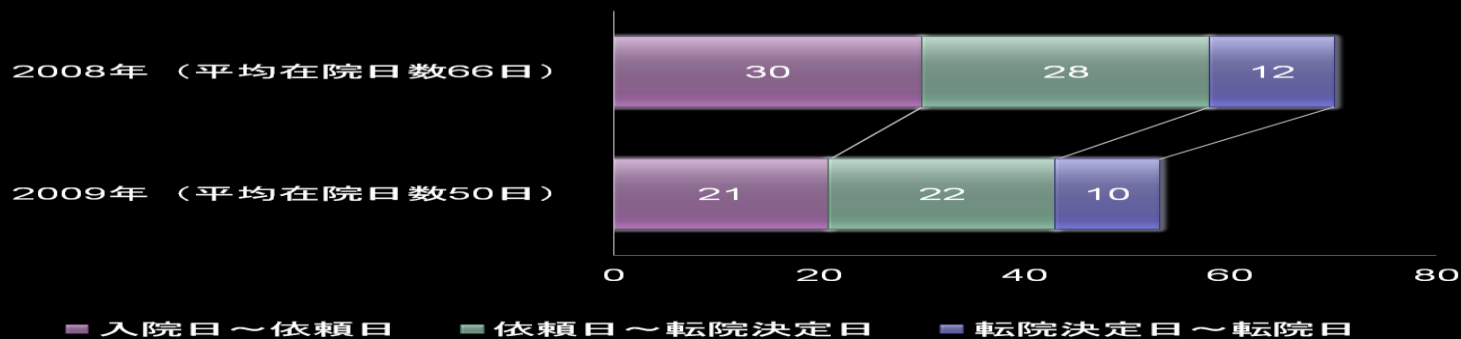
③患者・家族の支援が充分に行われている 30%→70%へ



④患者の生活背景が把握しやすい 25%→60%へ



⑤結果的に、平均在院日数も短縮:効果の要因は、MSWのスクリーニング機能



北里大学病院 救命救急センターの例

管理栄養士 病棟配置のメリット

1. 救命救急の患者は病態変化が大きい
 - 患者は食事状況も大きく変化する。
 - 早い対応ができ、適切な食事療法が可能
2. 救命救急の患者は急な転院が多い
 - NSTでかかっている情報を細やかに次の転院先に伝達し連携できる
3. 食事状況について、患者・家族に丁寧に説明できる

北里大学病院 救命救急センターの例

薬剤師 病棟配置のメリット

1. 救命救急センターは医薬品（特に注射薬）の使用量が多い
→ 医薬品管理が行き届く
2. 救命救急センターは、多種類・リスクの高い薬の使用が多い
→ リスク回避の対応がリアルタイムで可能
3. 救命救急センターは重症患者が多い
→ 薬剤選択や投与量の変更を柔軟に対応することで臓器障害を予防
4. 医師・看護師が相談しやすい→リスクが減少する

病棟配置チームのメリット

(例) 医師・看護師・管理栄養士・薬剤師・SW

- 自職種による援助対象者のスクリーニングが可能
- 配置化による時間確保、優先的に業務遂行が可能
- 医療の中心にいる「看護師」との協働が取りやすい
(“専門チーム”に比べ)



- 問題発生前から予防的に援助ができる
- 多くの患者・家族の相談に乗ることができる
- 治療初期から退院に向けた援助を開始することで、治療を「生活」につなげやすい(SWの配置は有効です！)

- ◆ 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の病棟への関与も、早期から「生活への視点」を持ち、退院後の自宅生活を地域で支えることができる。

提案②

病棟配置チームだけでいいのか？

□ ‘組織横断チーム’の検証の提案

医科歯科連携の検証を提案

高齢者の退院を阻害する因子は

排泄……リハビリ

食事……栄養 口腔ケア リハビリ

早急に解決が必要な 業務上の通称「グレーゾーン」の整理

□ 診療放射線技師：

- ①放射線医薬品を作成すること(ミルクング)
核医学検査等を適切に実施することができる。
- ②CTおよびMRI検査時等において、自動注入器で造影剤を注入するとともに、造影剤を注入した後に針抜すること
- ③消化管X線検査(注腸検査：大腸のバリウム検査)でのゾンデ挿入、バリウム注入などもグレーゾーンの一つです。

□ 細胞検査士：判定が陰性であった検体の取り扱い。

□ 救急救命士；

- ・救急医療機関に就業している救急救命士が院内の処置室等で実施している処置

提案③

チーム医療の評価の議論喚起

- それぞれのチーム医療の**目的とその達成度**を検証すべきである。
- チーム医療の評価には**医療の質評価**という観点が必要である。

提案

①P4P 日本版の作成

②米国 COE 日本版の作成

チームの評価(例)

P4Pを参考に検討

□ 構造評価

- 明確なチームの目標をもっているか？
- 目標達成のために必要な職種がそろっているか？
- 治療のエビデンスがあるか？
- 情報共有システムをもっているか？

□ プロセス評価

- 最新の技術、知識を提供しているか？
- 患者が、個別性に合わせた選択をしているか？
- 治療後の生活につながっているか？
- 金儲け主義になっていないか？
- 情報共有ができていますか？
- カンファレンスを行っているか？
- 心理面をケアしているか？
- 生活面をケアしているか？
- 家族をケアしているか？
- チーム医療教育をしているか・受けているか？
- フォローアップ評価をしているか？

□ アウトカム評価

- 目標が達成できたか？
- 重症化を予防できたか？
- 疾病の早期発見ができたか？
- 回復促進 再発予防 生活問題の軽減ができたか？
- 患者・家族に安全な医療の提供ができたか？
- 患者の満足度 家族の満足度は向上できたか？
- 医師の負担軽減できたか？
- スタッフの満足度は向上できたか？

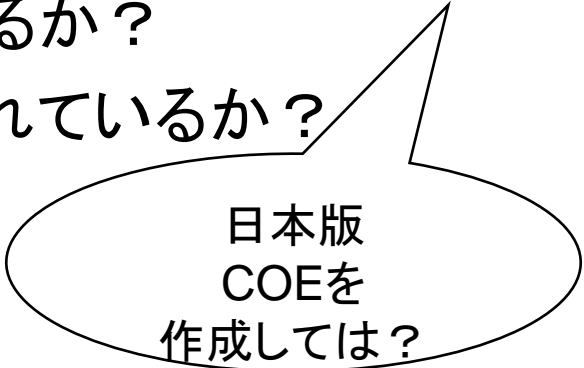
チームの評価(例)

アメリカ: Center of Excellence (COE)

- 肥満外科治療の例
- 1990年代 安全に医療を行うための基準
(EBMまたはEBPに基づく)

施設要件例(それぞれ疾患などによって異なる):

- ・医師の経験要件・・・経験した症例数など
- ・看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床心理士、MSWが専従配置されているか？
- ・治療後のフォローアップを行っているか？
- ・サポートグループが定期的に行われているか？
- ・その他・・・



日本版
COEを
作成しては？

チームの評価 どのように評価をするのか

- 理想のチームを検証する
- 日本で、「患者のために」「本当にいい医療を実践するために」捨て身で行っているよいチーム医療を取材し、すこしでもそれを普及していくつもりで、の評価の試みをおこなうのはどうか？
- 二次的な効果：すべての職種に焦点をあてて考えることは、雇用対策にもつながる