

□第4回国際医療福祉大学学会学術大会 シンポジウム□

医療・介護現場における多職種連携業務の現状と課題

はじめに

第4回国際医療福祉大学学会学術大会を迎えるに当たり、大会長 早川正道 塩谷病院長から「医療・介護現場における多職種連携業務の現状と課題」についてのシンポジウムを準備するよう指示があった。今回は、介護・福祉関係職種を除く医療施設現場での多職種連携の実態と課題について、各職種からの講演と多職種連携医療の担い手を育てる大学での関連職種連携教育の在り方についての講演を計画した。

本学の建学理念は、初代学長：大谷藤郎先生による「共に生きる社会」(『医の倫理と人権—共に生きる社会へ』

医療文化社、2005)である。そのために「医療専門職と福祉専門職の先導者を目指す」、「安心・安全で、かつ高いQOLを維持できる医療福祉を提供」が目標となる。そのためには、Interprofessional Education: IPE (関連職種連携教育)の必要が指摘されている(北島政樹: IUHW website および『医療福祉をつなぐ関連職種連携』 南江堂、2013)。

IPEとは英国が発信した医療教育のプログラムである。図のようにIPC、IPWの演習を経て実習を行う教育である。

これらのことを念頭に、4つの職種からそれぞれの立場での講演があった。①「リハビリテーションからみた高齢患者のチーム医療の現状と課題」(石坂正大)、②介護老人保健施設における看護師主導の多職種連携業務の現状(大内真奈美)、③「病院薬剤業務における多職種連携の現状と課題」(中村裕義)、④「癌化学療法を円滑に行うためのチーム医療」(鈴木 裕)と最後に多職種連携医療の将来の担い手を育てる大学での関連職種連携教育の在り方について⑤「本学職種間連携教育の現状—展開・学び・課題」(福島道子)の講演があった。

多職種連携医療・介護の現状について各職種からの話を聞くことができた。講演①では、従来のリハ専門業務に加えてICF評価による生活機能障害に対する在宅復帰に向けた社会資源の活用、環境要因を踏まえたチーム医療の必要性を述べたことが印象的であった。講演②では、介護保健施設における看護師を要とする医療状況の紹介と総合討論では大学に対してグループの看護師・介護士を対象とした卒後教育・研修を行ってほしい旨の提言があった。講演③では、従来の処方箋受領と医薬品管理の「モノ」対象とした業務から、病棟へ入り「患者＝ヒト」を対象として医師、看護師との連携業務が日常になりつつあることが示された。講演④では、総合病院での消化器がん患者の診断から手術、そして外来化学療法までのチーム医療をF1レースに喩えていた。講演⑤では、世界に誇れる本学の職種間連携教育の現状報告と今後の課題の一つに地域ケア・在宅ケアを視野に入れた連携教育を提唱したのが印象的であった。

また、それぞれが抱える課題についても指摘、提案があった。これらは多職種連携の今後の充実発展につながるものと期待される。そして、将来連携業務の現場に参加する学生の大学での教育、実習の在り方と意気込みを伺うことができた。本学の建学理念である「共に生きる社会」の実現のために、職種の垣根を越えた連携が「安心・安全で、かつ高いQOLを維持できる医療福祉の提供」をもたらすことを信じて邁進していただきたい。

Interprofessional Education: IPE (関連職種連携教育)
by U.K. Center for the Advancement of Interprofessional
Education: CAIPE (英国専門職種連携教育推進センター)

Interprofessional Collaboration: IPC 演習
Interprofessional Work: IPW 演習
↓
Interprofessional Collaboration: IPC 実習
Interprofessional Work: IPW 実習

「関連職種連携」南江堂(2013)

2014年11月

司会：国際医療福祉大学 介護老人福祉施設マロニエ苑 横地 正之
国際医療福祉大学塩谷病院 印南 裕子

リハビリテーションからみた高齢患者の チーム医療の現状と課題

国際医療福祉大学 保健医療学部 理学療法学科
石坂 正大

日本では医療の高度化と専門分化、患者の高齢化と重症化にもかかわらず、在院日数の短縮化が求められるなかで、チーム医療の重要性は増している。リハビリテーション職種が病棟に専従業務することで、ADLの早期回復と入院日数の短縮がみられ、その取り組みが注目されている。H26年度診療報酬改定では、リハビリテーション職種の急性期病棟配置に対する評価として、ADL維持向上等体制加算が新設され、在院日数の短縮や廃用・褥瘡予防といった病棟のマネジメント業務に専門性を生かす時代となった。

リハビリテーション職種は生活機能障害を診断・治療の対象とし、国際生活機能分類（ICF）を用いた評価を行っている。病院の入院患者の多くは高齢者であり、ADLを改善させるためには心身機能と身体構造に対するアプローチのみならず、環境因子と個人因子を含む生活全般に働きかける必要がある。生活機能障害に対する関わりは、さまざまな評価・判断を他職種と連携して行う必要性が高く、自職種のみでは対応困難であり、チーム医療の必要性が高いと言える。チーム医療は、情報共有、目標設定に向けた合意形成、職種間の専門性や役割に関する共通認識が重要となる。国際医療福祉大学塩谷病院では、リハビリテーション職種と医師、看護師、介護士、医療ソーシャルワーカーなどの病棟スタッフとのカンファレンスを各病棟で導入している。カンファレンスでは情報と目標の共有を目指しているが、情報共有は可能であっても、患者の目標設定のための議論と合意形成が不十分となりやすい。カンファレンスでは自職種の専門性に基づいて見解を述べ、他職種の意見も踏まえつつ議論を通して合意形成に至る過程では、他職種との共働の経験が求められる。さらに、リハビリテーションの専門性や役割の認識、特に急性期病棟での患者の早期回復・退院に向けてのリハビリテーションの専門的早期介入の重要性が、職種間でいまだ十分に認識されていないことが現在の課

題と言える。

国際医療福祉大学塩谷病院スタッフは、カンファレンスにおいて、疾患と機能障害の知識だけでなく、介護保険制度などの社会資源ならびに在宅復帰に向けた環境因子が重要であることを理解し、高齢患者にこそ重要である生活機能障害に対するチーム医療を実践している。リハビリテーションの専門性や役割に関する共通認識を高めることと、特に急性期病棟での患者の早期回復、早期退院に向けたチーム医療の実践が今後の課題であろう。

介護老人保健施設における看護師主導の 多職種連携業務の現状

国際医療福祉大学 介護老人保健施設マロニエ苑
看護部 大内 真奈美

近年、介護老人保健施設（以下、老健と略す）では、在宅復帰支援・在宅生活支援という本来の役割の中に医療度の高い方の受け入れや重度認知症例へのケアが要求されている。さらに、在宅生活支援の延長であるとの考えのもとに、看取りを受け入れる施設が増加してきた。このような多様なニーズに応えるためには、精緻な継ぎ目のない多職種連携が重要になってくる。老健は、医療と介護の融合された施設であることから、多職種連携の要になるのは看護師であると思われる。今回、マロニエ苑での身体拘束廃止の取り組みを多職種連携の視点で振り返る。

マロニエ苑は200床の老健で、4つの療養棟に区分される。昨年度のデーターで入所は、国際医療福祉大学病院をはじめとした近隣病院からが70%を占めている。退所先は、自宅15%、病院18%、老人福祉施設24%、看取り39%である。全利用者の認知機能評価（MMSE）は、23点以下（中等度～重度）は90.8%、さらに14点以下（重度）は53.6%、医療ケア状況は、24時間持続点滴11.8%、喀痰吸引10.0%、胃瘻栄養10.0%等である。このような状況は年々増加傾向であったため、施設構造を活かし、各療養棟が（2階：在宅復帰支援、3階：認知症対応、4階：医療

ケアが必要な利用者対応、5階：看取り）役割を持ち、様々な利用者の受け入れを可能にするよう努めてきた。身体拘束においては、平成26年4月ゼロとなった。

老健において、ケアプランは多職種カンファレンスによって策定される。身体拘束防止策においても同様で、入所前の情報収集から始まり、実施・評価に至るまで何度もカンファレンスが実施されている。多くの視点で考案された身体拘束防止策により、良い効果が得られた例がある。利用者の危険防止目的の「見守り」は、全職種がその必要性を理解し、利用者の生活に合わせた時間・場所に職員が体制を変化させ対応することで24時間継続が可能になった。

老健では、認知症を患い、他の慢性疾患を合併する利用者が多く入所しているため、看護師のアセスメントは重要になる。身体拘束対策においても、利用者の病状に合わせた裏付けのある対応が有効な解決策につながる。認知症ケアにさらに精通し、総合的看護ができる看護師の育成が今後の課題である。

病院薬剤業務における多職種連携の 現状と課題

国際医療福祉大学三田病院 薬剤部 中村 裕義

病院薬剤師の業務内容は、これまでの調剤・製剤や医薬品管理など主に「モノ」を対象とした業務から「ヒト」を対象とした、より臨床的な業務へとシフトし、医師・看護師をはじめとした医療スタッフと連携し、より良質な薬物療法を患者に提供するためのチーム医療の一員として認知されるようになってきている。

当院薬剤部では、入院患者に対する服薬指導等（薬剤管理指導業務）に加え、平成24年8月よりICUを除く全病棟に担当薬剤師を配置し、病棟での医薬品の管理、患者持参薬の確認、病棟スタッフからの薬に関する相談の応需をはじめ、様々な病棟薬剤業務を通して他職種との連携をはかっている。薬剤師の病棟常駐を開始する前後各5ヵ月間で比較したところ、「薬剤師から他職種への問い合わせ」件数は350件から469件に増加し、その内容の多くは薬剤師から医師への「処方

方提案」であった。また、「他職種から薬剤師への依頼・問い合わせ」においても、「処方関連」の内容が顕著に増加していた。薬剤師が医師をはじめとする病棟スタッフの身近にいることにより、処方作成時の「処方設計支援」や、患者に使用されている薬の薬効・副作用のモニタリングを行い、医師にその結果を伝達すると同時に「処方提案」等も行える環境ができたことの効果と考えられる。まだ十分とは言えないが、医師や看護師との協働で薬物療法の質の向上と医師や看護師の負担軽減といったところでも貢献することができるようになってきているのではないかと考えている。

一方、外来患者に対しても薬学的な観点からより深く薬剤師が係わっていくことが求められており、平成26年度の診療報酬改訂において「がん患者指導管理料3」が新設されたことから、それを窺い知ることができる。当院では外来患者に対しては、「薬剤師外来」において手術・検査目的での入院が決定した患者に対しての抗血栓薬休薬指導を行い、手術の中止・延期の防止を図っている。また、外来でがん薬物療法を受ける患者に対する指導業務の実施により、患者のQOL向上や不安軽減を図るように努めている。

入院・外来を問わず、これらの業務を円滑に遂行し、より良質な薬物療法を患者に提供するためには、各職種が収集した様々な患者情報を職種間で共有することが重要である。人員不足や担当薬剤師の資質の向上、医師・看護師以外の職種との連携強化、退院後在宅となる患者をめぐる連携等、課題も山積しているが、より良質な医療の提供に貢献できるよう今後も取り組んでいきたい。

癌化学療法を円滑に行うためのチーム医療

国際医療福祉大学病院 外科 鈴木 裕

イントロダクション

I. 衝撃的な事実

みなさんに質問です。みなさんの年齢では、がんの可能性は少ないのですが、とても不幸にもその珍しいがんにかかってしまったと仮定してください。

- 1 あなたは、用をたした後、トイレトペーパーに血が付着しているのに気がつきました。
- 2 大学の講義で大腸がんの症状は、下血が多いことを思い出し、すぐに病院で検査をしてもらいました。
- 3 なんと検査の結果は大腸がんでした。
- 4 国際の学生なので、すぐに手術をしてもらいました。
- 5 手術は最先端の鏡視下で行われ、術後5日で退院となりました。
- 6 摘出した病理の結果に関しては、外来で説明を受けることになりました。
- 7 退院後初めての外来に行くと、主治医の少し髪の毛の薄い外科部長が眉間に皺を寄せていました。
- 8 どうも病理の結果は、あまり芳しくなくpT3N2M0 → pStageIIIb とのことでした。
- 9 年齢が20代で進行度がpStageIIIbであることから、術後化学療法の絶対的適応と判断されました。

II. 外来化学療法とは

- 1 従来、化学療法はほぼ全例入院して行っていましたが、最近では医療費抑制策と患者の病院への拘束を少なくとの考えから、外来化学療法が推奨されています。
- 2 今回の外来化学療法のレジメはm-FOLFOX6で、月に2回計6日間行われます。
- 3 化学療法の医療費は、月に額面で60万円以上かかります。もちろん高額医療制度で患者さんが支払う医療費は10万円以下です。
- 4 副作用としては、骨髄抑制や悪心嘔吐、食欲低下、手足のしびれ、下痢などがあります。特に副作用を放置すると永久に治らないものもあります。逆に適切な対応をすると、途中で中止することなく十分な効果が期待できます。
- 5 一般の患者さんは、通常抗癌剤の副作用なのか、放置すると危険なのかなどはわかりません。

III. みなさんはどう考えますか？

外来化学療法が始まります。あなたは何が不安で

か？ 何が知りたいですか？

- ①命は助かるのか
- ②いつまで治療するのか
- ③いくらかかるのか
- ④どのくらいの頻度で通院するのか
- ⑤大学は続けられるのか
- ⑥自分で点滴の管理ができるのか
- ⑦スポーツはできるのか
- ⑧副作用はつらいか
- ⑨誰が自分をサポートしてくれるのか
- ⑩困ったとき、誰に相談したらよいのか

IV. 患者サポートシステム

このような患者さんを救えるのは、医者ではありません。もちろん看護師でもありません。薬剤師でもありません。患者さんを本気で支える医療チームなのです。では医療チームとは誰なのでしょう。それは、患者さんが困ったこと、辛いこと、心配なことを真剣に思う人たちです。その人たちが医療チームなのです。そしてその医療チームを創るためには、医療連携が必要です。F1レースを考えてください。どんなに素晴らしいエンジンとレーサーがいても、F1は勝てません。天気を読む人間、ピットインを担当する人、レーサーのメンタルケアする部署などの総合得点が高いところがF1で勝てるのです。医療もF1によく似ています。これからの医療の発展には、医療連携が必要不可欠なのです。本日は、その具体的な患者サポートシステムを紹介して医療連携について議論しましょう。

本学職種間連携教育の現状：

展開・学び・課題

国際医療福祉大学 保健医療学部 看護学科

福島 道子

私は現在、臨床教育委員会委員長を務めており、職種間連携実習を担当している。この立場から、本学職種間連携教育の全体について、大田原キャンパスで行われている職種間連携教育を中心に紹介し、今後の発

展のための課題を述べたい。

連携教育は、座学（連携論）→学内演習（連携ワーク）→臨床実習と実践家養成の構造としては完成されている点、9職種によるチームを意識した教育である点で、日本はもとより世界に誇れる教育である。

連携教育の企画・管理は、連携教育ワーキンググループが担い、連携論とワークは教務委員会が、実習は臨床教育委員会が運営している。

連携論（2年次後期・必修・2単位・30時間）では、連携の必要性、共通理論としてのICF、病期や障害・ライフステージ・展開の場から連携の実際を学んでいく。連携ワーク（3年次前期・必修・1単位30時間）では、与えられた模擬患者についてチームでアセスメントシケアプランを立て、発表会に臨んでいる。連携実習（4年次前期・選択・1単位45時間）は、昨年度、164人の学生が18グループに分かれ、15施設で実習した。事前演習の後、現場に出向き、場や職種を理解するとともに、受け持ちケースにふれながらチームで

アセスメントシケアプランを立て、発表会に臨んでいる。実習の教育効果を測定尺度（IEPS, RIPLS）で測定すると、他職種・自職種理解、連携の必要性の認識が明らかに進んでいる。

私が考える連携教育の課題は、以下である。

1. 地域ケア、在宅ケアを視野に入れた連携教育を考えてはどうか。
2. 大学組織として、連携教育委員会というような企画・管理を行う正式な部門がほしい。
3. 連携教育で何を学ぶのか、学習内容の明確化・理論化が必要である。
4. 連携ワークや事前演習で与えられる模擬事例は、ICFに則った学習用事例として加筆修正する必要がある。
5. 何をめざすのか、何をどのように指導するのか、各チューターに委ねられている観があり、かかわる教員の教育が必要である。