



チーム医療を 成功させる **10**か条

—現場に学ぶチームメンバーの心得—

福原麻希 ● 著

中山書店

はじめに

2009年、厚生労働省(以下、厚労省)に「チーム医療の推進に関する検討会」が立ち上がり、11回の審議を経て、10年にガイドラインが報告された。これにより、チーム医療に関するアウトライン(大要)の共通認識ができた。その直後、医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」により、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、臨床工学技士、診療放射線技師において業務拡大がなされた。この局長通知において、「各職種を積極的に活用することが望まれる」とともに、「医療機関のみならず、各医療スタッフの養成機関、職能団体、各種学会でも、チーム医療に関する教育・啓発推進を積極的に取り組むことが望まれる」という趣旨のことが記載されたことは画期的だったといえる。

2か月後、検討会「チーム医療推進会議」が新たにでき、「推進方策検討ワーキンググループ」が設けられた。チーム医療を全国の医療機関にどのように普及促進させていくかを議論し、チーム医療の取り組み例として、全国68施設115チームを選び、補助金をつける形でチーム医療の実証事業を行った。その結果は、600頁余りの報告書として12年にまとめられている。

だが、この報告書の原案が発表されたとき、「他施設が取り組むときの参考にならない」という声がワーキンググループの委員からあがった。確かに、チーム医療とは他施設の実践例の形や骨格だけを模倣しても、同じような結果を生むものではない。どうしたらチームが機能していくか、どんなふうに障害や壁を乗り越えたかを学びながら、新たに自分たちのチームを手作りしていかなければならないからだ。このような足跡をたどる仕事はメディアの役割と感じた。

そこで、医療専門誌『メディカル朝日』(朝日新聞社)の連載記事として、全国12施設のチーム医療を丁寧に取材し、その足跡を時系列で追ってみた。特に、チームがどのように進化し成熟していくかという「チームビルディング」に焦点を当てた。「病院にチームが発足しても、それを機能させたり、継続させたりすることが難しい」という現場スタッフの声に応えようと思った。

12施設を選ぶため、医学中央雑誌でチーム医療に関する12テーマの論文を検索し、絞り込みながら図書館で読み漁った。最終的に2、3の施設を候補に挙げたあとは、必ず現場のメディカルスタッフ(医療専門職)の意見も聞いた。全国のロールモデル(好事例)となる施設を取り上げたかったからだ。

取材は一施設に数日かけて入った。さまざまな視点から情報を集めて全体が見えるように、チームのコアメンバーはもちろん、周辺のメディカルスタッフにも集まってもらったり、移動中に話を聞いたりした。どの施設でも5～10人にインタビューした。ルポルタージュの手法で、多くの関係者から話を聞くことで、その施設のチーム像が浮かび上がった。情報量が多ければ多いほど、点と点を結んでいくと、きれいな輪郭が描けるからだ。

取材していくにつれ、メディカルスタッフの専門性やスキルは、多くの患者の悩みや困りごとを解決に導き、不安を解消できるとわかった。これら12施設の取材の前後にも、多くの医療機関取材して筆者が確信したことは、「チーム医療は医療機関の経営や運営と大きく関連がある」ということだ。「チーム医療がうまく機能すると、医療の質が向上し、患者の信頼を得ることができ患者数が全体的に増える。その結果、病院経営に好影響をもたらす。メディカルスタッフもやりがいをもて、人材が活性化する」という実例を見てきた。

このため、病院経営や運営も視野に入れながら、本書を書き進めた。

さらに、私には本書を執筆するうえでの強みがある。

厚労省の検討会と時を同じくして、09年、各職種の職能団体の会長が集まり、「チーム医療推進協議会」が発足した。この協議会発足を筆者が提案したため、以降、運営にも携わった。このとき、協議会のコアメンバーとして、チーム医療を疑似体験することになった。運営に携わった4年間は、「どうしたら、うまくいくのだろうか」と、悩み続けた。本当にチーム医療を推進しているのか、とさえ思った。常に協議会のことを考えるようになり、取材中も抱えている話を織り交ぜながら、考え方のヒントをもらった。そのうち、筆者の悩みや疑問は、チーム医療の現場でぶつかることの基本的で典型的なことばかりと気づいた。だから、現場で働くスタッフの気持ちに少しは近づくことができる。これらの経験を基にして、悩みを抱えるチームメンバーの役立つ内容となるよう工夫した。

本書は、前著『がん闘病とコメディカル』（講談社、2007年刊）に続く、「チーム医療とメディカルスタッフ」についての第2弾となる。前著執筆時、「病院で働くメディカルスタッフの専門性とスキルの高さ」に驚いたが、同時に厚労省も医療機関も人材をうまく生かしきれていないことをたいへん残念に思った。その後、記事や講演で繰り返し伝えてきた。

「チーム医療」はメディカルスタッフにとって、専門性とスキルを発揮できるチャンスである。みなさんが生き生きと働くことで、患者・家族にもたらされる恩恵は計り知れない。

本書が、よりよい「チーム医療」の実現と推進のために、広く活用されることを願っている。

2013年6月

医療ジャーナリスト 福原麻希

目次

はじめに	iii
------	-----

第1章 チーム医療の意義とチーム作りのポイント

チームワークによる化学反応で現状を打破し、進化していく	2
どうして今、再び、チーム医療が求められているのか	3
時代が求める3つの理由	5
チーム医療は医療安全と、メディカルスタッフ活性化のキーワード	5
外科医が過剰業務で行き詰まり、チーム医療を構築するまで	7
業務絞り込みで外来受診者3割減、でも収入増に	8
各職種が専門性を発揮し、効率的なチームを作るには	9
チームは年単位でゆるやかに進化する	11

第2章 チーム医療を成功させる10か条 —現場に学ぶチームメンバーの心得—

心得1 チームの方向性やビジョン(あるべき姿)を明確にし、メンバーに徹底させよう	14
心得2 チームメンバーの専門性やスキルについて明確に知ろう	15
心得3 メンバー同士のコミュニケーションスキルを高めよう ●事例1 亀田総合病院(総合周産期母子医療センター)	16
心得4 メンバー同士の相互理解を深め、信頼感を高めよう ●事例2 公立陶生病院(呼吸療法サポートチーム) ●事例3 川崎幸病院(救急医療チーム)	24 32
心得5 メンバーに裁量権をもたせ、最初の判断を任せよう ●事例4 近森病院(栄養サポートチーム)	40
心得6 現場 vs チームにならないようにしましょう ●事例5 新潟大学医歯学総合病院(感染防止対策チーム)	50
心得7 院内にチームの存在意義を認めてもらおう ●事例6 岩手医科大学附属病院(乳腺外科チーム)	58

心得 8	院内のスタッフ教育を充実させ、組織全体のレベルアップを図ろう	
●事例 7	初台リハビリテーション病院	66
心得 9	地域の診療所と連携を図り、地域医療に貢献しよう	
●事例 8	岩手県立胆沢病院(医科歯科連携)	74
●事例 9	千葉県 ACT-J(精神疾患チーム)	84
心得 10	チーム医療を ICT で変えよう	
●事例 10	千葉県立東金病院(糖尿病チーム)	94

第 3 章 チーム医療の教育 — 卒前教育の実際 —

●事例 11	昭和大学 多職種連携教育	104
--------	--------------	-----

第 4 章 チーム医療の評価

●事例 12	四谷メディカルキューブ 減量外科センター	116
--------	----------------------	-----

第 5 章 チーム医療の課題 — 病院経営と患者参加 —

1	マンパワーを高め、メディカルスタッフの負担を軽減するために	
	病棟配置を推進するための人員増員策とは——薬剤師の場合	132
	人員増でも人件費率を上げない工夫——薬剤管理指導料の場合	135
	管理栄養士を病棟に配置するメリットは大きい	138
	回復期リハビリ病院でも栄養管理で平均在院日数を減らす	141
	療養型病院におけるチーム医療で患者を元気に——病床稼働率 80%を維持	143
	「リンパ浮腫指導管理料」にも注目してほしい	144
	急性期病院の母体別メディカルスタッフ配置バランス	146
	診療補助行為の一部は権限委譲したらどうか	150
2	チーム医療に患者が参加するためには	
	〈チーム医療推進協議会〉発足の経緯	155
	各職種が抱える卒前・卒後教育に関する共通の課題とは	156
	チーム医療推進協議会のあゆみ	157
	患者はどんなチーム医療を望むか	160
	各職種カンファレンスに患者・家族が参加するメリット	161

チームの中心は「患者・家族」？ それとも、「解決すべき課題」？	162
チーム医療とメディカルスタッフのよさを知ってもらうためには	164
社会を巻き込むムーブメント的な情報伝達に必要な三原則	165
伝わる文章を書くことは難しいが、訓練で上手になる	166

第6章 チームメンバーの専門性とスキル

1 各職種の紹介

● 医師	170
● 遺伝カウンセラー	171
● 医療クラーク・医師事務作業補助者	172
● 医療ソーシャルワーカー(社会福祉士・精神保健福祉士)	173
● 介護職員(介護福祉士など)	174
● 看護師	175
● 管理栄養士	176
● 義肢装具士	177
● 救急救命士	178
● ケアマネージャー(介護支援専門員)	179
● 言語聴覚士	180
● 細胞検査士	181
● 作業療法士	182
● 歯科医師	183
● 歯科衛生士	184
● 視能訓練士	185
● 助産師	186
● 診療情報管理士	187
● 診療放射線技師	188
● 訪問看護師	189
● 保健師	190
● 薬剤師	191
● 理学療法士	192
● 臨床研究コーディネーター	193
● 臨床検査技師	194
● 臨床工学技士	195
● 臨床心理士	196
● リンパ浮腫療法士・医療リンパドレナージセラピスト・ リンパ浮腫指導技能者	197

2 各チームにおける役割と仕事内容

● 医療安全対策チーム	199
● 栄養サポートチーム(NST : nutrition support team)	202
● がん治療チーム	205
● 感染制御(感染対策)チーム(ICT : infection control team)	210
● 緩和ケアチーム	212
● 呼吸療法サポートチーム(RST : respiratory support team)	215
● 救急医療チーム	218
● 褥瘡対策チーム	220
● 摂食・嚥下機能療法チーム	222
● 糖尿病チーム	224
● リハビリテーションチーム	227

column

RST 診療報酬の見直しを現場が期待	31
救急救命士の資格活用に活路を開く —病院内外でどのように働けるか—	39
救急チームに臨床検査技師と薬剤師を配置	49
チーム医療で意見が対立！ その解決方法とは？	56
「チーム医療」を実践しても教授選には関係ない？ —組織マネジメント力をドラッカーと考える—	65
チーム医療を推進する人材養成「初台モデル」	72
病院薬剤師と調剤薬局の薬薬連携 —患者にどういうメリットをもたらすのか—	82
創立メンバーから第三世代へバトンを渡すとき	92
“チーム東金”世界へ！	102
IPE の歴史、現状と課題	111
ヒエラルキーはどうしたらなくせるか —チーム医療に必要なことは「パートナーシップをどう築くか」にある—	112
チームが成熟するときとは	125
病院機能評価・JCI から見るチーム医療の評価とは	126

付録

診療報酬 —「チーム医療」に関わる主な算定項目—	230
-----------------------------	-----

おわりに	234
------	-----

チーム医療の意義とチーム作りのポイント

■ チームワークによる化学反応で現状を打破し、進化していく

「チーム医療」とは、医療における働く形の一つである。患者一人に対して、メディカルスタッフ(医師を含む医療専門職)が同じ目的や目標に向かって、連携しながら業務を行うことをいう。

医療におけるチームはフィールド(場)によって種類があり、チームメンバーとなる職種もそれぞれ異なる。主に、表1のようなチームが作られている。

チーム医療を考えるときには、まず「チームとは何か」をイメージしてみよう。

チームとは、同じ目的をもつ人の集まりである。その目的達成のために、メンバー一人ひとりが「自分のできること」を提案し、メンバーの力をどのようにうまく生かしていけばいいかを話し合う。そのときリーダーにはチームの目的を明確にし、メンバーが話し合う場を作り、それぞれの能力に応じてやりたいことを一つにまとめ上げていく<力技>が必要になる。

「チーム」のよさは、1人で作業や仕事をするより、はるかに視野が広く、知識や情報量が多くなり、アイデアが豊富に湧き上がってくることにある。マンパワーも充実し、多くの量をこなすことができる。能力が高いメンバーが集まれば、チームワークによって思いがけない化学反応が起こり、新しい物質ができあがるようなできごととも期待できる。行き詰まった現状を打破し、変革する(新しいものに変えていく)ことも

表1 フィールド別のチーム医療

①病院のチーム医療
<ul style="list-style-type: none">・病院全体を一つのチームとみなすチーム医療・病棟のチーム医療・病院横断型で専門分野におけるチーム医療・科や部ごとのチーム医療・疾患別の病院横断型チーム医療・外来のチーム医療・診療所内のチーム医療
②地域連携におけるチーム医療
<ul style="list-style-type: none">・病病連携, 病診連携のチーム医療・病院と調剤保険薬局のチーム医療 (薬薬連携)・在宅のチーム医療
③社会のチーム医療
<ul style="list-style-type: none">・患者会, 大学や養成校, 行政, 政治, 企業, メディアも, チームメンバーである。社会を構成する7つの分野が同じ目的のために協働することを「七位一体」という*1。

*1 : がんフォーラム山梨ホームページ <http://www.7b.biglobe.ne.jp/~gf-yamanashi/circle1.html>.

できるかもしれない。

そのためには、チームメンバーの一人ひとりが共通の目的に向かって、高い意識をもたなければならない。まず自分の役割において、「この分野なら任せてほしい」と言い切れる専門性とスキルをもつ必要がある。チームメンバーの能力にバラツキがあると、低いレベルに合わせざるを得なくなり、能力の高い人はつらくなる。また、メンバーの役割が異なるからこそ、チームを組む必要性があるわけだが、異なる視点をもつメンバーが集まるので、役割や仕事内容は部分的に重なり合っているのもいい。

チームが大きくなった場合は、リーダーのほかに、どうしてもリンク役が必要になる。マネジャー、コーディネーターとも呼ばれる存在だ。リーダーは俯瞰的にチームを目的に向かう軌道に乗せていき、リンク役が大人数のメンバー間を調整する。

リーダーとリンク役が補完しあえると、チームはうまくいきやすい。

だが、チームで動くことは、なかなか難しい。本当に難しい。筆者も実感した。

経験した結果、チームを機能させるためには、<いくつかのスキルや心得>が必要になるとわかった。そして、チームはメンバーの成長とともに、階段を1段ずつ昇るように、ゆるやかに成熟していく。

I

■ どうして今、再び、チーム医療が求められているのか

「チーム医療」は、決して新しいテーマではない。60代の病院長から「自分たちが現場にいた頃のチーム医療とは……」と話が出るほど古くからみられる。1970年代に「診療科と麻酔科が連携したことをチーム医療と呼んでいた」などと聞いている。

メディカルスタッフ、および医療に関する研究者たちは、先行論文の内容を検索してから、新たなテーマを設定するだろう。私たちメディアも新聞や雑誌に記事を書くとき、必ず先行記事の内容を調べる。そこで、今回も医学中央雑誌検索と新聞記事横断検索をして、時系列で並べてみた(表2)。

医学中央雑誌検索でわかるいちばん古い論文は82年で、26件出てきた。タイトルに「透析」「糖尿病」「精神科医療」「慢性疾患」「産婦人科」「熱傷」「チーム医療と麻酔科」とある。診療科ごと、あるいは疾患ごとのチーム医療がみられた。80年代の文献のいくつかを読んでみたが、「各職種の専門性を生かすチームワーク」*²など、核となる内容は、30年後の現在と同じである。だが当時のチーム医療は、まだまだ、医師が他職種に指示をするだけの形が根強く残っていたようだ。

つまり、すでに80年代に、医師だけで一連の医療行為をしていくことに、限界を感じる人がいたということだろう。90年代、現場の医師や看護師が何人も過労死した。過労死は個人の自己管理の問題と言われがちだが、そうとは限らない。別途、「過労死」の取材を繰り返し、「過労死は社会のシステムエラーである」と弁護士を含めた複数の有識者の見解が一致している。つまり、医療現場の過労死もシステムエラーだったといえる。医療がクローズな世界だったので、同じ病院のスタッフがどういう能力をもち合わせ、どのくらい個人の犠牲が強いられているのか、気づけなかったようだ。専門に特化しすぎて、縦割りで仕事が進んでいたからだろう。

* 2: 篠田知璋. チーム医療の必要性. 看護学雑誌 1984; 48 (3): 329-32.

病院にチームが発足しても、それを「有機的に動かしたり、継続させていったりすることが難しい」と現場のスタッフからよく聞く。そこで、チームがどのように進化し成熟していくか、「チームビルディング」に焦点を当てた。全国10病院の特徴と共通点を「知っておきたい心得」として紹介する。特に【心得1】と【心得2】は、<チームアプローチの基盤>といえる。ところが、チーム医療のシンポジウム等を開くと、いつも話はここに戻る。つまり、成功するかどうかの原点はここにあるとあってよい。

心得 ① チームの方向性やビジョン(あるべき姿)を明確にし、メンバーに徹底させよう

チーム医療が機能している病院では、病院やチームの方向性、大切にしていることについて聞くと、職種を問わず驚くほど、同じ答えが返ってくる。院内やチームメンバー間で、共通認識が根づいているからだ。

- ①このチームは何のために(何を目的に)稼働するのか
- ②どんなアウトカムを期待するのか
- ③そのためには、いつ何をしたらいいのか
- ④そのとき、大切にしたいことは何か

人は思いのほか忘れやすいので、この4点を、折に触れて何度も何度もメンバー間で確認しあったほうがよい。チーム医療が機能していない病院の話を見ると、ゴールが①のように何のために(目的)と決まっているにも関わらず、その手前の「チームで活動すること」に設定されていて、そこで息切れしてしまっている。次のアクションに結びつかず、「これ以上はできない」という悲鳴が聞こえる。

②のアウトカムは先行する論文を参考に、やってみたいこと、課題となっていることをあげてみたらどうか。多職種で話し合うことで、アウトカムのテーマの幅が大きく広がり、楽しさが倍増するだろう。

③の「いつ何をしたらいいのか」のスケジュールやプランは会議などで複数が集まり、話し合いながら立てていくと、一人が負荷を背負わずに済む。

④の「チームで動くときに大切にしたいこと」は、2病院の例を紹介する。初台リハビリテーション病院では、「業務で迷ったり、職種間で意見が対立したりしたとき、病院の基本理念の一つ『人間の尊厳の保持』を思い出す」というスタッフが多かった。これには「患者さんにとって、何が大事なのか」という意味が込められている。このカードを名札の裏に入れて常備し、何かあるとそれを取り出し、考え直すのが習慣という。

亀田総合病院の場合は、徹底的に患者(顧客)のニーズに応えるという病院のスローガン「Always Say Yes」を話のなかに織り混ぜるスタッフが多かった。その通り、どの方もお忙しいにも関わらずいつも笑顔で取材に応じてくださった。

メディカルスタッフは、「職業教育」として学生時代から特定の国家資格を取得するための知識や技能を学ぶ。卒業後も卒後教育（「生涯教育」ともいう）を受けながら、専門職の特徴と強みである専門性とスキルをさらに高める。チーム医療では、チームメンバーの専門性を補うために連携していくので、専門職としての能力が高くなければチームに貢献できない。

さらに、チームではメンバー同士の専門性やスキルを明確に知っておく必要がある。

前著『がん闘病とコメディカル』（講談社）を書き終えて気づいたことは、病院では「チーム医療を実践しています」と公表していても、メンバー同士お互いの具体的な役割や仕事内容を知らない人が実はとても多かった。薬剤師は薬のこと、診療放射線技師は放射線のことについて詳しい、というだけではあまりにも漠然としていてリスクが高く、とてもチームは組めないはずである。

私はサッカーの取材をしていたこともある。サッカーで「FWはシュートして点を取る人、DFは攻撃選手の動きを封じ込めて自陣を守る人」という認識程度では、チームメイトは絶対にその選手にパスを出さない。

そう考えると、形だけのチーム医療にすぎなかった病院もあったのではないか。患者の立場から言えば、偶然（病気に）勝ってきたチームに自分や家族の体を預ける気持ちにはなれない。ぜひ、チームメンバーの役割や仕事内容に大きく関心をもってほしい。こんな取り組みをしている病院を紹介しよう。

浅井病院（千葉県、461床）では、チーム医療を円滑に進めるため、「院内研修」を実施したことがある。1か月半、各部署の代表が9つの部署（外来、病棟、看護部、薬剤部、栄養科、放射線科、理学療法室、心理室、医事科）を見学した。半日～1日、他部署の仕事を見ることで、他職種の役割や仕事内容をあらためて知ることができたという。得られた情報を持ち帰り、部署内で共有したところ、他職種から学ぶことは多かったそうだ。

たとえば、外来看護師は薬剤部の見学後、「内視鏡検査時、患者への説明が不十分だった」と気づいた。患者によっては、外来後、薬剤部で同じ内容の質問をして不安を解消している様子を見たからだ。また、栄養科は病院食の配膳間違い対策を検討していた。そんなとき薬剤部を見学し、薬剤師の調剤のダブルチェックの方法を病院食の配膳時に取り入れたそうだ。

薬剤部長で、チーム医療推進特別委員会委員の松田公子さんはこう言う。

「意外に、隣の部署の様子や業務内容を知らなかったことを自覚しました。その後は、病院内のさまざまな課題に対して、どの部署が抱えるか押し付け合うのではなく、協働で実施していきましょうという考え方ができるようになりました」

最初は「難しいかもしれない」と思ったことでも、工夫して乗り越えられるだけのチーム力が養えたという。松田薬剤部長は「チーム医療を実践するためには、各職種の高い専門性とスキルが前提になる。チームはそのうえで初めて成立する」とも強調している。

心得 3 メンバー同士のコミュニケーションスキルを高めよう

事例 1

医療の質と安全をシステムで高める

亀田総合病院 総合周産期母子医療センター

病院で働くさまざまな職種には、独自の言葉・教育・文化がある。それは地続きのヨーロッパ大陸に国々が集まる「EUのようなもの」。日頃から、お互いに思っていることを、できるだけ言葉に出していかなければ到底わかりあえない。亀田総合病院では、米国生まれの「チーム STEPPS[®]」というルールを院内に導入した。現場がどのように変わったか、新しい取り組みを導入するときには、どのようにしたらうまくいくか紹介する。

医療現場では、「想定外の事態」が日常的に起こる。そのとき、チームワークで安全と質の高さを守り切れるだろうか。米国では「医療事故の根本原因のほとんどはチームワークに課題がある」とわかり、チーム医療の実践に役立つ「チーム STEPPS[®]」*が盛んに導入されている。日本でもいくつかの医療機関が取り組む。

「チーム STEPPS[®] (Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety)」とは、チーム医療を実践するときに必要な4つのスキル(①リーダーシップ ②状況モニター ③相互支援 ④コミュニケーション)において、個々のパフォーマンスを改善していくためのルールを集めたものだ。2006年、医療安全の向上を目的に米国で開発された。米国内の24の医療機関で試験的に導入したところ、さまざまな効果が明らかになった。

亀田総合病院(千葉県鴨川市、925床)では、09年10月から「チーム STEPPS[®]」に取り組む。病院全体に導入するに当たって、まず、「総合周産期母子医療センター」をモデル病棟とした。総合周産期母子医療センターには、▷母体・胎児集中管理室(MFICU)▷新生児集中管理室(NICU)▷LDR室▷発育支援室(GCU)などがあり、母体・胎児・新生児の異常に対して高度専門医療・救急医療をする。そのためには、産科・小児科・小児外科を中心に関連する診療各科のメディカルスタッフが緊密な連携を取らなければならない。

医師でセンター長の鈴木真さんは、導入した当時をこう振り返る。

「チーム STEPPS[®] は、これまで皆が実践してきたことも多く、決して新しい考え方ではない。でも、医療は常に予測通りにいかないもの。みんなが同じ方向を向いてやっていくためには、共通認識を基盤にすることが重要になると取り組みました」

ルールを導入すると、医療現場はどう変わるか

総合周産期母子医療センターでは、チーム STEPPS[®] から、たとえば次のような

* : チーム STEPPS[®]

AHRQ <http://teamsteps.ahrq.gov/>

DoD <http://health.mil/dodpatientsafety/productsandservices/teamsteps/tstrainingmaterials.aspx>



NICU で新生児の治療をする医師

ルールを取り入れた。

- ① **SBAR(エスパー)**：緊急時のコミュニケーション法。患者の状態について伝えるとき、次の4点に留意することで情報が明確になる。
1. Situation(状況)：患者に何が起きているか
 2. Background(背景)：その病態の背景や経緯はどうか
 3. Assessment(評価)：問題は何か
 4. Recommendation(提案と依頼)：問題を解決するためには、どうしたらよいか、どうしてほしいか

例) 患者の状況が変わり、即座の対応を必要とするため、看護師から医師に重要な情報を「SBAR」を用いて伝達する場合

S：私は110号室の〇〇さんの件で電話をしました。彼女は呼吸困難の状態にあります。

B：彼女は45歳、女性、2日前に大腿静脈バイパス術を行った患者です。彼女は急な呼吸困難の状態です。酸素を毎分2リットルで流していますが、O₂Sat(血中の酸素飽和度)75、呼吸数32で腹式、意識は不明瞭です。BP(血圧)

言語聴覚士(国家資格)

職種の説明

- 発達上の問題、疾病(脳卒中、がん、神経難病など)、頭部外傷の後遺症などにより、聴覚、言語発達、音声・構音・言語、摂食・嚥下の機能が障害されることがある。また、注意・記憶などの高次脳機能障害や認知症など、さまざまな問題を抱える方々に専門的サービスを提供し支援する。対象は小児から高齢者まで幅広い。特に、聴覚障害、言語発達障害、構音障害の領域では小児の患者も多く、小児科医、耳鼻咽喉科医、口腔外科医とともに、小中学校とも連携し、指導・助言をしている
- リハビリにおいて言語聴覚士は、専門的な検査により「障害のしくみ」を明らかにし、根拠のある訓練をプログラムし、実施できることにある

言葉によるコミュニケーションを取り戻す

コミュニケーションの手段には、筆談、ジェスチャー、指差し、目で合図する等があるが、言葉以外の方法で思い通りに意思を伝えることは難しい。だが、失われた機能があっても、残された能力を訓練で引き出せば、日常生活の不自由さを軽くすることはできる。言葉の障害には「うまく話せない」「話が理解できない」「文字が読めない」等の言語障害と、「うまく発音できない」という構音障害、さらに「声がかすれる、出にくい」という音声障害がある。

摂食・嚥下障害リハビリのキーパーソン

摂食・嚥下障害リハビリには、医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など、多くの職種が診療報酬の算定に関わる。医師・歯科医師がリーダーとしてリハビリの方針の決定やリスク管理などをするが、日常では看護師、歯科衛生士、言語聴覚士がキーパーソンになっていることが多い。

この3職種は、それぞれ専門性により視点が異なる。

- ・看護師は、常にさまざまなリスクを念頭に置きながら全身の観察をする。さらに、そのときの身体状態に応じた口腔ケアや食事介助などの嚥下訓練をする。
- ・歯科衛生士は、口腔粘膜・歯肉の炎症、口腔内の乾燥・痛み、虫歯の発生予防などに留意し、咀嚼できるような口腔内環境を整える。
- ・言語聴覚士は、口腔・咽頭・食道・呼吸器・脳の働きと幅広い知識をもち、医師・歯科医師による専門的検査にも参画、嚥下機能を評価し、摂食・嚥下訓練を実施する。

高次脳機能障害でも強みを発揮する

頭部外傷、脳卒中などの高次脳機能障害では、生活や仕事などに支障が出る。各種検査歩行や生活動作から、脳のどの部分がどのくらい機能低下しているか明らかにし、改善方法や生活しやすい環境、行動の工夫を指導・助言する。同じ高次脳機能を▷理学療法士は運動・動き・動作の視点から▷作業療法士は活動・生活の視点から▷言語聴覚士は認知・言語・コミュニケーションの視点からみていく。高次脳機能の改善は年単位で変化が出てくる可能性があるという。

細胞検査士(認定資格)

職種の説明

- 顕微鏡を通して、検体の細胞が良性か悪性か、あるいは細胞を通して病態(炎症、ウイルス感染、アレルギー等)を見極める(「細胞診」という)
 - ▶臨床検査技師の有資格者のうち日本臨床細胞学会が認定する職種で、4年ごとの更新制度がある

病理診断とは何か

細胞診断は病理診断の一つである。病理とは、病気の原因を突き止めたり、病変がどのようにできたかを科学的に研究したりすること。病理診断には、細胞診断のほか、組織診断と解剖(病理解剖)がある。組織診断とは、手術で摘出された臓器や内視鏡で採取された組織切片の診断で、病理組織診断と手術中の迅速診断がある。遺体の解剖では病気の進行や治療効果、死因などを診断する。臨床検査技師や細胞検査士が検体を判定し、医師が診断をする。

病理診断の種類と担当

細胞診	組織診		解剖 (病理解剖)
	病理組織診	手術中の迅速診	
細胞診専門医 細胞検査士	病理専門医 臨床検査技師 (標本作製・管理など) 細胞検査士(標本作製)	細胞診専門医 臨床検査技師 細胞検査士	病理専門医 臨床検査技師(介助) 細胞検査士(介助)

悪性細胞をどう見分けるか

悪性細胞の形状は、正常な細胞からどのくらいかけ離れているかで判断する。たとえば、核が大きい、核の形がいびつ、核が立体的、核が普通より濃く染まっている、細胞が大きい、不規則に並んでいる等が悪性細胞の目安になる。

細胞検査士が「腺がん細胞が見つかりました」と報告すると、細胞診専門医は「この場所に、腺がんはできるだろうか」と別の視点でみる。

細胞診は細胞検査士2人がダブルスクリーニングを取ることも多い。

CTやMRIの画像検査が良性でも、細胞診で悪性と判定されることもある。子宮頸がんの場合は前がん病変(細胞ががん化する前の段階)を見つける。

日本の細胞検査士のレベルは世界でもトップクラス

その理由は、日本の資格認定のシステムと業務範囲にあるという。臨床検査技師の有資格者が認定条件であり、細胞診検査だけでなく、病理関連業務(組織標本作製、遺伝子検索、液体処理、細胞標本作製など)も実施しているので、幅広い知識と経験をもつ。国際的な論文発表数も先進国のなかで常に上位である。

著者紹介

ふくはら ま き
福原麻希

医療ジャーナリスト。

新聞、雑誌、書籍などで医療・健康・栄養分野をテーマに記事を執筆。前著『がん闘病とコメディカル』（講談社現代新書、2007年）をきっかけに、「チーム医療」と「メディカルスタッフ」に関する取材が多くなり、病院、職能団体、学会などで講演もする。2009年度からチーム医療推進協議会でアドバイザーを務める。

一般社団法人日本癌医療翻訳アソシエイツ（JAMT for Cancer）監事。

スペイン語翻訳者としても活躍。訳書『きみは太陽のようにきれいだよ』（童話屋、2007年）は、おじいさんがおばあさんをほめるという素敵な物語。

チーム医療を成功させる10か条

いりょう せいこう じょう
— 現場に学ぶチームメンバーの心得 —
げんば まな こころえ

2013年7月10日 初版第1刷発行 ©

〔検印省略〕

著者 ——— 福原麻希

発行者 ——— 平田 直

発行所 ——— 株式会社 中山書店
〒113-8666 東京都文京区白山1-25-14
TEL 03-3813-1100(代表) 振替 00130-5-196565
<http://www.nakayamashoten.co.jp/>

装丁本文デザイン — ビーコム

印刷・製本 ——— 三報社印刷株式会社

Published by Nakayama Shoten Co., Ltd.

Printed in Japan

ISBN 978-4-521-73707-2

落丁・乱丁の場合はお取り替え致します

本書の複製権・上映権・譲渡権・公衆送信権(送信可能化権を含む)は株式会社中山書店が保有します。

JCOPY (社)出版者著作権管理機構 委託出版物)

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。

複写される場合は、そのつど事前に、(社)出版者著作権管理機構

(電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, e-mail: info@jcopy.or.jp)の許諾を得てください。

本書をスキャン・デジタルデータ化するなどの複製を無許諾で行う行為は、著作権法上での限られた例外（「私的使用のための複製」など）を除き著作権法違反となります。なお、大学・病院・企業などにおいて、内部的に業務上使用するため上記の行為を行うことは、私的使用には該当せず違法です。また私的使用のためであっても、代行業者等の第三者に依頼して使用する本人以外の者が上記の行為を行うことは違法です。
