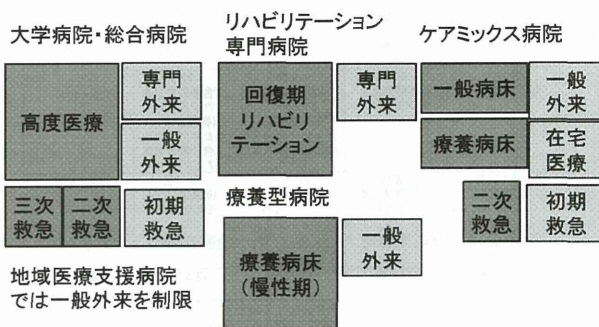


病院と診療所

- ・ 診療所: 病床数19までのもの
- ・ 病院: 病床数20以上のもの
 - － 地域医療支援病院
 - － 特定機能病院: 大学病院本院、国立がんセンター、国立循環器病センター等
 - － その他の病院
- ・ 病床区分
 - － 一般病床
 - － 療養病床
 - － (亜急性期病床、回復期リハビリテーション病床)
 - － 精神病床／感染症病床／結核病床
- ・ 実際には、病院区分×病床区分
 - － 地域中核病院／慢性期／回復期リハビリテーション／ケアミックス／単科専門
 - － 臓器提供では、地域中核、単科専門(脳外科)が主たるターゲット

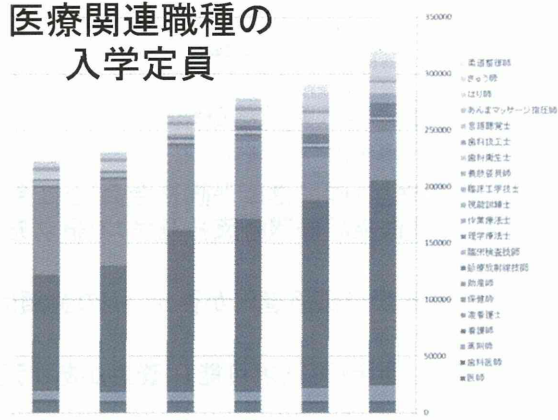
さまざまな病院形態



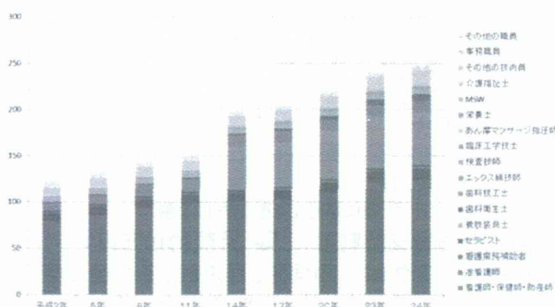
医療提供体制(2011)

- ・ 病院
 - 8605病院 ↓
 - 開設者：医療法人66.4%、国・公の医療機関17.9%。民間が主体。
 - 病床数：158.3万床 ↓（医療法人53.5%、国・公の医療機関28.3%）（療養病床33.0万、一般病床89.9万、精神病床が34.4万、結核病床0.8万）
 - 100床当たリストッフ数 ↑：120.6人、医師12.6人、薬剤師2.7人、看護師44.5人、准看護師9.7人
 - 平均在院日数 ↓：一般病床17.9日、療養病床175.1日、結核病床71.0日、精神病床298.1日
- ・ 診療所
 - 一般：10.0万診療所 ↑、うち有床1.0万 ↓、無床8.9万 ↑
 - 歯科：6.8万診療所 ↑
 - 開設者（一般）：個人46.4%、医療法人37.0%
 - 病床数：12.9万床

医療関連職種の
入学定員



100床当たりの職員数



健康サービス関連職種

- ・名称独占+業務独占
 - －医師、歯科医師、看護師、助産師、薬剤師
- ・名称独占のみ
 - －保健師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、救急救命士、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、臨床工学技師、言語聴覚士
- ・健康サービス関連職種の多くは免許制度

日本の医療提供体制の特徴

- ・ 数が多い
- ・ 民間が主体
- ・ 機能分化が不十分
- ・ 長い平均在院日数と少ない病床当たりスタッフ数
- ・ 診療所が主体
- ・ 全国統一のプログラムにより内容・価格を統一
 - 診療内容: 療養担当規則
 - 償還価格: 中央社会保険医療協議会

病院をめぐる状況

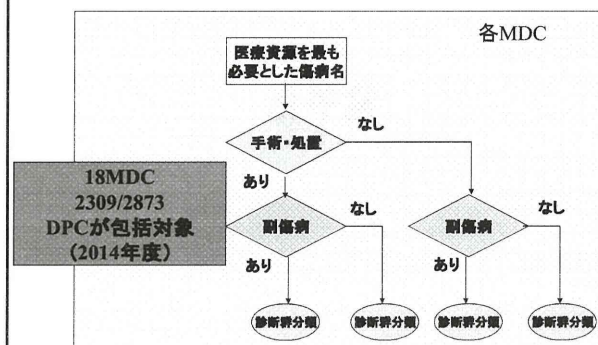
今、世の中で起きていること

- ・ DPC
 - DPCの導入(2003/04-)・拡大(2004/04-)
- ・ 電子カルテ
 - 補助金による推進(2002-)
- ・ レセプトの活用
 - レセプトオンライン請求(2006-)
 - レセプト公開(2011-)
- ・ 質と安全への関心の増大
 - 病院機能評価
 - 臨床指標を利用した医療パフォーマンス評価
- ・ 人員確保
 - 医師事務作業補助/チーム医療/特定看護師

DPC/PDPSの拡大

- ・ DPC対象病院
 - DPCの算定を行っている病院
 - 2003年よりDPC対象病院(特定機能病院等) 82病院
 - 以後 漸次拡大
 - 1585病院 49.2万床(一般病床89.8万床の55%)
- ・ DPC準備病院
 - DPC算定は行っていないが調査に協力している病院
 - 278病院、3.6万床

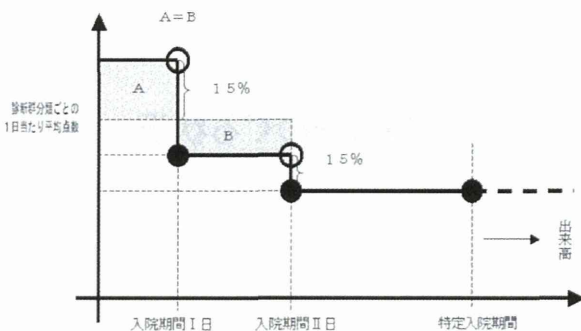
DPCの基本的考え方



包括の範囲

- ・ 包括評価の範囲
 - 入院基本料、検査(内視鏡等を除く)、画像診断(画像診断管理加算、選択的動脈造影カテーテル手技を除く)
 - 投薬、注射(無菌製剤処理料を除く)、1000点未満の処置、病理診断(判断料等を除く)
- ・ 出来高部分の範囲
 - 手術、麻酔、放射線治療、医学管理、1000点以上の処置、内視鏡検査、リハビリ、精神科専門療法

一日当り点数の設定

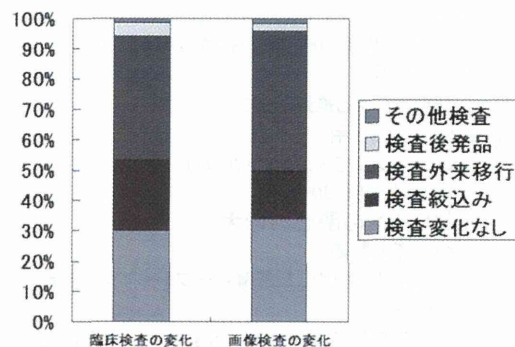


DPCに適した患者とは？

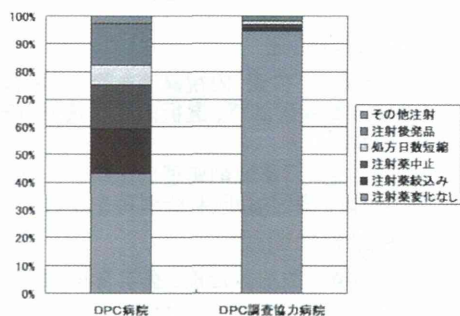
- 定型的 vs 非定型的
- 頻度の高い vs 稀
- 外科的 vs 内科的
- 合併症・並存症なし vs あり
- 診断確定後 vs 診断未確定

人工股関節置換術を受ける患者様				
項目	入院日	手術日	術後1日	術後1週(術後2日~7日)
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> 手術の意義が理解でき、手術に同意している 手術前後の経過を観察している 術後生活を送るための準備が完了している 	<ul style="list-style-type: none"> 術前・手術に必要となる検査が完了している 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している 	<ul style="list-style-type: none"> 下肢のしびれや麻痺がなく、歩行の開始ができる 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している 	<ul style="list-style-type: none"> 歩行の開始ができる 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している
合併・副症(転倒・内傷)・リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> 術前・手術に必要となる検査が完了している 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している 	<ul style="list-style-type: none"> 術前・手術に必要となる検査が完了している 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している 	<ul style="list-style-type: none"> 下肢のしびれや麻痺がなく、歩行の開始ができる 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している 	<ul style="list-style-type: none"> 歩行の開始ができる 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している
処置	<ul style="list-style-type: none"> 手術に必要となる検査が完了している 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している 	<ul style="list-style-type: none"> 術前・手術に必要となる検査が完了している 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している 	<ul style="list-style-type: none"> 下肢のしびれや麻痺がなく、歩行の開始ができる 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している 	<ul style="list-style-type: none"> 歩行の開始ができる 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している
検査	<ul style="list-style-type: none"> 手術に必要となる検査が完了している 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している 	<ul style="list-style-type: none"> 術前・手術に必要となる検査が完了している 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している 	<ul style="list-style-type: none"> 下肢のしびれや麻痺がなく、歩行の開始ができる 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している 	<ul style="list-style-type: none"> 歩行の開始ができる 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している
活動・安静	<ul style="list-style-type: none"> 手術に必要となる検査が完了している 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している 	<ul style="list-style-type: none"> 術前・手術に必要となる検査が完了している 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している 	<ul style="list-style-type: none"> 下肢のしびれや麻痺がなく、歩行の開始ができる 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している 	<ul style="list-style-type: none"> 歩行の開始ができる 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している
食事	<ul style="list-style-type: none"> 手術に必要となる検査が完了している 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している 	<ul style="list-style-type: none"> 術前・手術に必要となる検査が完了している 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している 	<ul style="list-style-type: none"> 下肢のしびれや麻痺がなく、歩行の開始ができる 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している 	<ul style="list-style-type: none"> 歩行の開始ができる 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している
排泄	<ul style="list-style-type: none"> 手術に必要となる検査が完了している 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している 	<ul style="list-style-type: none"> 術前・手術に必要となる検査が完了している 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している 	<ul style="list-style-type: none"> 下肢のしびれや麻痺がなく、歩行の開始ができる 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している 	<ul style="list-style-type: none"> 歩行の開始ができる 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している
その他	<ul style="list-style-type: none"> 手術に必要となる検査が完了している 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している 	<ul style="list-style-type: none"> 術前・手術に必要となる検査が完了している 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している 	<ul style="list-style-type: none"> 下肢のしびれや麻痺がなく、歩行の開始ができる 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している 	<ul style="list-style-type: none"> 歩行の開始ができる 術後の痛みや腫れを観察している 術後生活を送るための準備が完了している

検査・画像検査への影響 (中医協DPC評価2005年4月)



注射薬への影響 (中医協DPC評価2005年4月)

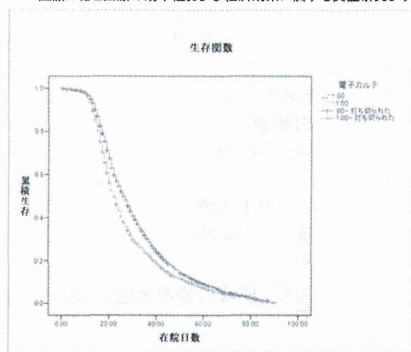


電子化

電子カルテの導入の効果

(胃がんの在院日数)

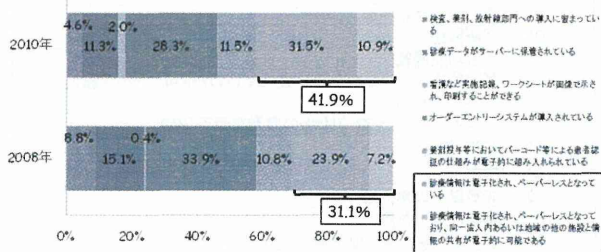
医療IT化と医療の効率性および経済効果に関する実証研究より



	平均在院日数	一日あたり医療費	医療費削減額 (1人あたり)
胃癌(開腹手術)	**	16,570	49,710
結腸癌(開腹手術)		16,790	33,580
直腸癌(開腹手術)	**	16,460	65,840
肺癌(開胸手術)	*	17,230	34,460
子宮癌(開腹手術)		15,780	0
白内障(眼内レンズ)	**	14,640	0
虚血性心疾患(開胸手術)	**	18,930	18,930
胃・十二指腸潰瘍(内視鏡)	*	16,720	33,440
胆石・胆のう炎(腹腔鏡)	**	15,950	31,900
関節症(筋骨格系手術)	**	14,310	71,550
脊柱障害(筋骨格系手術)	**	14,790	29,580
椎間板障害(筋骨格系手術)	**	15,050	45,150
腎不全(シャント)	*	18,000	36,000
尿路結石症(体外衝撃波)	**	19,420	19,420
骨折(筋骨格系手術)	**	18,600	55,800

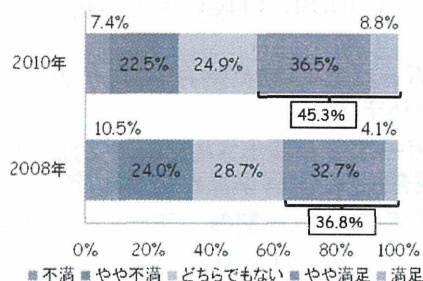
*電子カルテの導入、性、年齢、手術回数、一般病状の許可病状数を説明変数としたCox比例ハザードモデルを用いた多変量解析

病院情報システムの現況 ～2008年と2010年の比較～



- 41.9%の施設で電子化されペーパーレスとなっており、2008年(31.1%)と比較して増加していた。

満足度: 電子カルテ



- 45.3%の施設で満足(満足・やや満足)しており、2008年(36.8%)と比較して高くなっていた。

新たな課題: 電子化と医療安全

- 利点
 - 情報の共有が可能
 - 転記ミスの回避(薬剤事故は55%減)
- ただし過信は禁物
 - 業務フローとの整合
 - 入力ミス(オーダーリングの単位ミスなど)
 - 移行期の問題
 - システムの完成度

事例

電子カルテのアレルギーコメント見落としによる禁忌薬の使用に伴うアナフィラキシーショック

日本医療機能評価機構 ヒヤリ・ハット事例情報データベースより改変

電子カルテの問題点

- 使いにくい
 - 「特記」項目の表示が小さく見逃しやすい。
 - 「特記」をクリックをしないとアレルギーコメントが表示されない。
- 完成度
 - アレルギー情報とオーダーリングとのリンクがない。
- 運用
 - 誰が入力するかルールが不明瞭
 - 使いにくい→めったに入力されない→まれにし参照されない

オカレンス・レビュー

- カルテレビューは多くの労力が必要
- 一定の基準を満たした事象には医療事故が原因となっていることが多い
 - 予期しない患者の急変
 - 予定量異常の輸血
 - 予定時間を越えた手術
 - 褥瘡
 - 予定外のICUへの再入室
 - 予定期間を超えた入院等
- 院内の情報源
 - 医療安全管理部、褥瘡対策委員会、NST、薬剤部、感染対策室等
- ICTにより情報入手が容易

Global Trigger Tool

- トリガー項目を「斜め読み」で拾う(カルテを読み込まない)
- トリガー項目が検出されたら、その周辺の記載を読み、有害事象か否か判定
- 看護師等レビュー記録→医師による確認
- 53トリガー項目:「診療」、「投薬」、「手術」、「ICU」、「周産期」、「救急」の6グループ

トリガー項目(診療)

C1	輸血または血液製剤の使用
C2	死亡または心停止
C3	透析開始
C4	血液培養陽性
C5	血栓症または深部静脈血栓症(DVT)のためのエックス線またはドップラー検査
C6	ヘモグロビン、ヘマトクリットの急激な低下(25%以上)
C7	転倒・転落
C8	褥瘡
C9	30日以内の再入院
C10	抑制剤等の使用
C11	医療に起因する関連感染症(CV、SSI、UTI)
C12	入院中の脳卒中
C13	高度ケアユニットへの移送
C14	処置の合併症
C15	その他

病院機能評価

Joint Commission (JCAH、JCAHO)の歴史

- 1910: Ernest CodmanによるEnd Result System
- 1917: American College of Surgeons (ACS) によるMinimum Standard for Hospitals
- 1918: ACSによる病院機能評価(89/692が基準を満たす)
- 1950: 3200病院が基準を満たす
- 1952: ACSよりJCへHospital Standardization Programの移管
- 1953: JCの病院機能評価開始
- 1965: 社会保険法改正により、メディケア、メディケイドの給付にはJCの認定が必要
- 1966: 長期ケアに対象を拡大
- 1996: Sentinel Event Policy開始
- 1998: ORYX (臨床指標を用いたアウトカム評価)開始
- 1975: 外来に対象を拡大
- 1983: ホスピスに対象を拡大
- 2002: 医療安全目標(National Patient Safety Goals)、
- 2002: ORYX拡大
- 2004: Hospital Compare(病院データの一般公開)



Minimum Standard for Hospitals

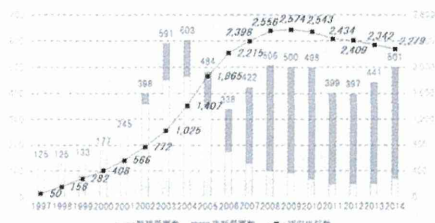
American College of Surgeons、1917

- ・医師はチームの一員であること
- ・資格を有し、当該領域の能力を有し、倫理的にも優れていること
- ・スタッフミーティングを毎月開催し、症例検討を定期的に行うこと
- ・診療した患者の正確で完全な医療記録をつけること
- ・画像、検体検査を含む、検査、治療設備が利用できること

日本では

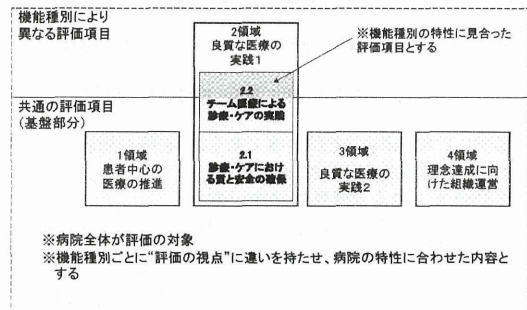
- ・歴史
 - － 1995: 日本医療機能評価機構設立
 - － 1997: 病院機能評価開始
- ・基本財産
 - － 厚生労働省／日本医師会／日本病院会／全国自治体病院協議会／全日本病院協会／日本医療法人協会／日本精神科病院協会／日本歯科医師会／日本看護協会／日本薬剤師会／日本病院薬剤師会／健康保険組合連合会／国民健康保険中央会
- ・事業内容
 - － 病院機能評価事業
 - － 産科医療補償制度運営事業
 - － EBM医療情報事業
 - － 医療事故情報収集等事業

認定病院数の推移 (2014年10月末時点)

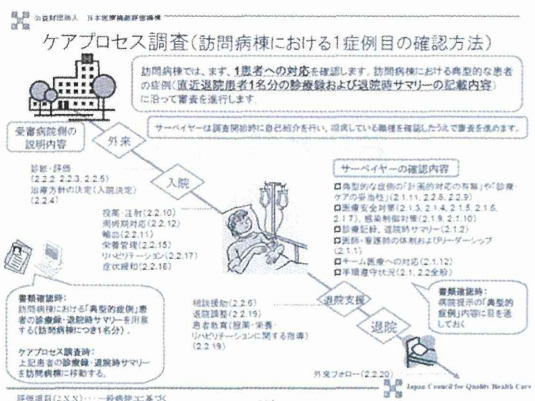
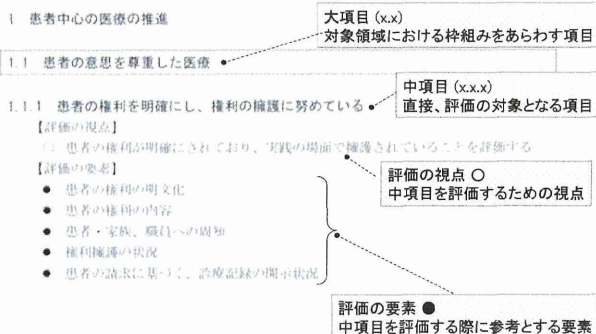


評価体系の進化	第一世代 (Ver.2.0～Ver.3.1)	第二世代 (Ver.4.0～Ver.6.0)	第三世代 (機能種別 Ver.1.0)
	<ul style="list-style-type: none"> ・種別 A、B ・精神と療養の領域 	<ul style="list-style-type: none"> ・統合版 ・ケアプロセスの導入 ・安全評価の体系化 ・項目と評価の精緻化 ・構造的側面は定着 	<ul style="list-style-type: none"> ・機能種別版の創設 ・評価内容の重点化 ・症例トレース法の採用 ・評価の双方向性の強化 ・評価化ルール化の包括化 ・認定期間中の確認

評価項目体系



評価項目の構成



【第2領域】良質な医療の実践1
2.2 チーム医療による診療・ケアの実践

・ 2.2.21 ターミナルステージへの対応を適切に行っている

【評価の視点】

患者・家族の意向を尊重した対応が行われていることを評価する。

- ターミナルステージの判定
- 多職種による診療・ケア計画の立案
- ターミナルステージの診療・ケア計画に関する説明と同意
- 療養環境への配慮
- 逝去時の対応
- ドナーカード保持者に対する対応手順
- 剖検の承諾と実施

49

病院機能評価の効果(n=465)



白とも効果があった 黒 効果があった 斜線 どちらともいえない 点線 あまり効果がなかった 網目 全く効果がなかった 白 自棄状態
出典：第三者機関による評価が与える病院経営の影響調査研究，三菱UFJリサーチ&コンサルティング，H18.3

どんな効果があるのか (認定病院アンケートよ)

- ・ 部署間連携の強化を再認識でき、部署を超える業務が円滑になった。
- ・ 既存の規程の見直しや新たな規程作成により、組織としてのルールを確立。
- ・ 各種委員会が受審を契機に整理・再編され、目的を持った活動がしやすくなった。
- ・ 継続して取り組むことが重要であることを強く認識。
- ・ PDCAの重要性和難しさを痛感。
- ・ 医療安全に対する職員の意識が向上。
- ・ 職員は「やればできる」の気持ちを持った。このことは何事にも応用可能。

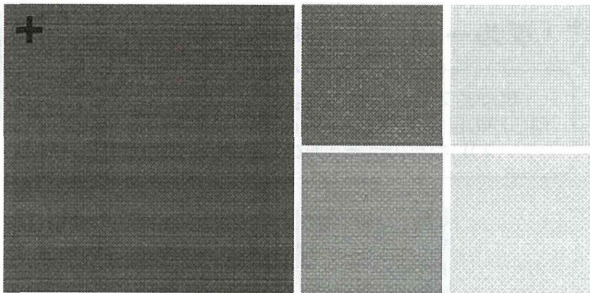
業務プロセスの
見直し

個人と組織の
学習・成長の機会

病院の対応

- ・ 地域における機能の明確化
 - 資源の集中
 - 連携と統合：非営利ホールディングカンパニー
- ・ 標準化
 - 診療ガイドライン、パス
- ・ コスト管理の徹底
 - 医療原価分析、医療原価を考慮したパス
- ・ 電子化
 - 経営上の位置づけ
- ・ 医療の質についての検証
 - 診療情報整備（臨床指標を用いたデータ提供）
 - 対社会、無駄な医療の排除

お疲れ様でした



チームビルディング
～他部門との連携・他職種協同

聖マリアンナ医科大学病院 看護部
急性・重症患者看護専門看護師・集中ケア認定看護師
藤野 智子

「チーム医療」の変遷


- 1980年ごろ…このような意味の表現が出現。
- 2006年…初めて「医療法」に「医療連携」という表現が掲載。

第1章

第1条 この法律は、医療を受ける者による医療に関する適切な選択を支援するために必要な事項、医療の安全を確保するために必要な事項、病院、診療所及び助産所の開設及び管理に必要事項並びにこれらの施設の整備並びに医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を推進するために必要な事項を定めること等により、医療を受ける者の利益の保護及び良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図り、もって国民の健康の保持に寄与することを目的とする。

チーム医療推進の背景

- 医療に対する価値の多様化
 - 高齢人口の増大
 - 慢性疾患患者の増大
 - 疾患の発見と治療(単診療サイクル)
 - 継続的患者生活の支援(循環型診療サイクル)
- 医療費の増大
 - 在宅での闘病生活環境の整備
 - 生活習慣への介入



安心と希望の医療確保ビジョン

厚生労働省 H20年6月

1 医療従事者等の数と役割（抜粋）

- 1) 医師数の増加
 - ア) 医師養成数の増加
 - イ) コメディカル雇用数の増加
- 4) 職種間の協働・チーム医療の充実

職種間での協働とチーム医療の充実を進める際に当たっては、それぞれの職種が、互いに専門性を尊重しつつ、情報の共有を効率的に行うことにより、緊密な連携を充実させ協働関係を築くことで、病院勤務者の過重労働の解消を図りながら、**全体として患者・家族、医療従事者ともに安全と安心・納得を生み出すという視点が重要である。**

安心と希望の医療確保ビジョン

厚生労働省 H20年6月

1 医療従事者等の数と役割（抜粋）

4) 職種間の協働・チーム医療の充実

ア 医師と看護職との協働の充実

「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」H19年12月28日医政局長通知

各職種に認められている業務範囲の下での業務を普及する。
また現場の看護師が専門看護師、認定看護師の取得を促進する施策を講じ、その普及・拡大に努める。
さらに**医師・看護師がそれぞれの専門性を情報共有や会議などを通じて十分発揮するとともに、効率的な医療の提供に資するため、**チーム医療による協働を進める。・・・****

安心と希望の医療確保ビジョン

厚生労働省 H20年6月

1 医療従事者等の数と役割（抜粋）

4) 職種間の協働・チーム医療の充実

ア 医師と看護職との協働の充実

「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」H19年12月28日医政局長通知

・・・これからの看護師には、医師や他のコメディカル、他の職員等や患者・家族との**コミュニケーションを円滑にする役割**などが求められるほか、在宅や医療機関におけるチーム医療の中で、**自らが適切に判断することのできる看護師の養成が必要**であることから、**看護基礎教育の内容及び就労後の研修を充実**するとともに、教育の方針や内容、期間について、将来を見渡す観点からの**望ましい教育の在り方に関する抜本的な検討を進める**

+ 特定看護師増員!?

- “特定看護師” 10万人超養成の意向、2025年まで
- 厚労省、研修内容などの検討部会開始
- 2014年9月11日(木) 池田宏之 (m3.com編集部)
- 2015年10月に始まる特定行為を実施する看護師の研修制度について、研修の内容などを検討する厚生労働省の「医道審議会看護師特定行為・研修部会」が9月10日に始まり、部会長に国立病院機構理事長の桐野高明氏を選んだ（資料は、厚労省のホームページ）。
- 会議の中で、研修修了者の目標数を聞かれた厚労省医政局看護課長の岩沢和子氏は、「2025年までに2けた万人を目指す」と、10万人超を目指すと言った。医政局内のコンセンサスが取れた数値というが、現時点で専門性の高い「認定看護師」と「専門看護師」は1万2000人程度で、驚きを隠せない委員もいた。今後、特定行為の範囲や研修内容を検討して今年12月までにまとめる方針だが、医師の責任範囲や、看護師が行う特定行為区分などの議論も再燃しており、十分な検討ができるか不透明だ。

+ 「グループ」と「チーム」の違い

単なるスタッフの集団はグループでしかない。
何らかの目的を共有した人の集まりがチームであり、
われわれの目指すものである（2008 浅香）



TeamSTEPPS

TeamSTEPPS

Team
Strategies & Tools to Enhance Performance & Patient Safety

『チーム行動からのエビデンス』
チーム能力についての知識を得るために、
軍隊や航空機産業、原子力、
ビジネスや産業などを25年間追跡し、
獲得した「チーム能力」についての
エビデンスを基本としている

+ なぜ チームワークが必要か?

- 医療事故を減少させる
- 患者アウトカムを改善させる
- 過程アウトカムを改善させる
- 患者満足度を向上させる
- 職員満足度を向上させる
- 医療過誤 (malpractice claims) を減少させる



TeamSTEPPS資料より

+ 質の高いチームとは？

- 精神的モデルを共有している
- 明確なルールと責任がある
- 明確な価値観とビジョンがある
- 適切な資源を有する
- 強いリーダーシップを持つ
- フィードバックの規範に従事している
- 強い信頼関係と自信を育成する
- 調整と協力する仕組みを創造している
- 最適な実践のアウトカムを管理している



(Salas et al. 2004)

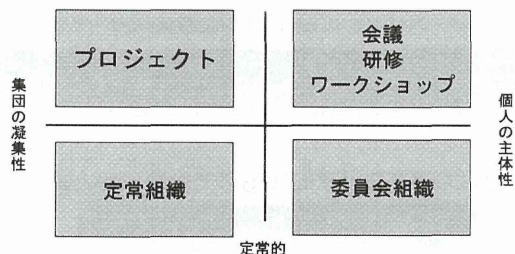
+ 精神モデルの共有とは・・・

- ・ チームメンバー間でディスカッションし共有された、「洞察」「理解」「知識」
- ・ 例えば、同じ絵を見て、同じように説明ができる状況
- ・ 期待される結果をチーム全体が的確に認識し、チームが再編成されても揺るがない
- ・ これにより、共通の努力や目的を持つことができる
- ・ メンタルモデルの共有はチームがエラーに陥ることを避け、患者が危険にさらされることを避ける

+ チーム・ビルディングの4つの場面

最もチーム・ビルディングが効果を発揮するのがプロジェクト
異なる知識、文化を持つメンバーが、共通目標に向かう。
メンバーの異質性も高く参加度も動機もそれぞれ。ちぐはぐ。

一時的



定常的

堀公俊(2007)「チームビルディング」日本経済新聞出版社

+ チーム構築のメリットと 起こりうる問題 (チーム)

メリット

- 多くの専門家が集結することで、多角的な問題に対応可能
- 問題を共有することで、問題解決に至る時間短縮
- 在院日数短縮と医療費抑制
- 医師の負担軽減と分散

起こりうる問題

- 残存するパターナリズム
- 各専門家の意見の相違
- 担当者の過剰労働
- チームのコンクリフト
- モチベーション低下

【チーム崩壊】

+ 起こりうる問題の原因

- ・ 残存するパターナリズム
- ・ 各専門家の意見の相違



- チーム医療を必要とする「臨床における課題」が不明確
- 専門職種の役割分担が不明確 (2008 小山)
- 専門職者個々のもつ「到達可能な目標」のズレ
- チームリーダーとメンバーにおける縦の関係 (残存するパターナリズムと個人特性)

+ 起こりうる問題への対応

- チームリーダーとメンバーにおける縦の関係

(残存するパターナリズムと個人特性)

個人特性に左右されず、チームとして協働することを視点に置く

一方向の指示命令システムを排除する
双方向コミュニケーションが実施できる関係性の構築

対象者が実権を握っている場合、同職種の他者をメンバーに入れる

管理者は双方の役割が発揮できるよう
状況のモニタリングとマネジメントを!

+ グループの4つの不確定さ (メンバー)

Gibb, Jack. "Climate for Trust Formation". In T-group Theory and Laboratory
Method: innovation in re-education, pp279-310. ED. by Leland P. Bradford, Jack R. Gibb, Kenneth D.
Benne. New York: Wiley and Sons, 1964

戸惑いが生じることは、ごく自然なこと。

重要なのは、不確定な要素がどのように解消
されていくか。

1. 「受容」に対する懸念
2. 「データ流動」に対する懸念
3. 「目標」に対する懸念
4. 「統制」に対する懸念

+ グループの4つの不確定さ「受容」

Gibb, Jack. "Climate for Trust Formation". In T-group Theory and Laboratory
Method: innovation in re-education, pp279-310. ED. by Leland P. Bradford, Jack R. Gibb, Kenneth D.
Benne. New York: Wiley and Sons, 1964

- 自分がこの場に受け入れられるかどうか
- 相手のことを知らないため、信頼関係がつけれるのか不安

相手を見定めたい / 自分が受け入れられるか見極めたい



様子見状態になる