

参加者配布用

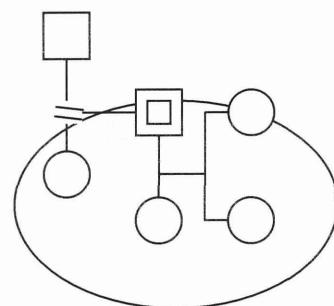
模擬事例概要 2

氏名 大門 太郎 43歳 男性
(元 家電メーカー 製造員)

家族構成 妻 : 花子 41歳
(食品メーカー 製造担当の派遣社員)

長女 : 12歳 小学6年生
次女 : 10歳 小学4年生
実母 : 道子 68歳
(ビジネスホテル 清掃員 パート)

上記 5人家族
実母は未婚の母であり、父親とは一度も会っていない。



経過

平成 27 年 01 月 25 日 (日曜日 : 発症当日)

鬱病にて近医通院中 (最近病院を変更したが、内服はあまり飲んでいなかった。)

- 08:30 物置で縊頸を妻が発見し妻が救急車要請。
- 08:50 ●●総合病院救命救急センター到着。来院時心停止、CPR 継続。
- 09:10 アドレナリン 1mg×2回投与で VF となり DC 施行、その後 ROSC となり DOA12 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ を使用して、NIBP 73/30、瞳孔散大、対応反射(-)、循環動態を維持して人工呼吸管理、低体温療法施行のため ICU に入院となる。救命救急センターの〇〇医師が主治医。主治医からの病状の説明では、発見から自己心拍再開まで約 40 分、発見までの時間もあるので、救命には全力を尽くすが、予後はかなり厳しいとの説明であった。妻と実母が同席。

平成 27 年 01 月 26 日 (月曜日 : 2 病日)

低体温療法終了に向け午後から復温開始する。夕方、妻の面会があり、入院に必要なものなど持参された。ベッドサイドで夫の手足を涙顔でさすっている。

平成 27 年 01 月 27 日（火曜日：3 病日）

復温終了するも、筋弛緩薬、鎮静薬はまだ継続中。夕方に、妻・実母の面会あり。主治医から現状の治療内容など説明を受ける。担当看護師も同席するが、家族が担当医の説明内容を理解しているようには感じられなかった。

平成 27 年 01 月 28 日（水曜日：4 病日）

筋弛緩薬、鎮静薬を中止した。尿量 100ml/h。家族の面会はなかった。

平成 27 年 01 月 29 日（木曜日：5 病日）

筋弛緩薬、鎮静薬を中止して 24 時間以上になるが、意識レベル改善せず、JCS300、瞳孔散大(R・L=5mm/5mm)、左右の対応反射(-)、尿崩症のためピトレスシン 0.5u/h で開始。昼に実母、夜間に妻の面会あり。担当看護師に「もうだめなのでしょうか？」と質問。

平成 27 年 01 月 30 日（金曜日：6 病日）

頭部 CT 検査を行うが、脳浮腫は入院時より強く、臨床的には脳死に近い状態と診断。夕方、面会にこられた妻に CT 検査の結果を説明し、明日、午前中に脳の詳しい検査を行うことを説明し、夕方に検査結果を伝える予定とした。

平成 27 年 01 月 31 日（土曜日：7 病日）

午前中に「脳死とされうる状態」の検査を実施、主治医から家族への説明を、18 時頃を予定とした。

ロールプレイ開始前に、

| | | |
|--------|----|-------------|
| 主治医役 | 1名 | (_____ さん) |
| ICU師長役 | 1名 | (_____ さん) |
| 担当看護師役 | 1名 | (_____ さん) |
| 妻役 | 1名 | (_____ さん) |
| 実母役 | 1名 | (_____ さん) |

を決定する。

ロールプレイ終了に、

| | | |
|----------|----|-------------|
| ファシリテーター | 1名 | (_____ さん) |
| 発表者 | 1名 | (_____ さん) |
| 書記 | 1名 | (_____ さん) |

を決定して下さい。

| | | |
|----------|----------------|-------------|
| ロールプレイ | 25分 | 18:15~18:40 |
| ディスカッション | 15分 | 18:40~18:55 |
| 発表 | 15分 (3分×5グループ) | 18:55~19:10 |

上記のタイムスケジュールで行う予定です。

注意： ロールプレイのチェックリストやロールプレイディスカッション用確認シートなど活用して下さい。
発表は、グループ毎にパワーポイントかポスターで行います。

ロールプレイ チェックリスト

| | | |
|--------------------------|----------------------------|--|
| 環境 | <input type="checkbox"/> | 部屋の広さは適当か？ |
| | <input type="checkbox"/> | 部屋の明るさは適当か？ |
| | <input type="checkbox"/> | 椅子や机等は準備されているか？ |
| | <input type="checkbox"/> | 静かな環境か？ 外部からの音がうるさくないか？ 外部へ話声等漏れないか？ |
| | <input type="checkbox"/> | 説明用の電子カルテ、CTやXP等の画像は確認できるか？ |
| 服装・態度 | <input type="checkbox"/> | 医師や同席の看護師の服装や身だしなみは大丈夫か？ |
| | <input type="checkbox"/> | 白衣の汚れ、着方、靴、髪型(茶髪)、化粧(付けまつ毛・アイシャドウ)、香水・・・ |
| | <input type="checkbox"/> | PHSの電源はマナーモードか？ |
| | <input type="checkbox"/> | 身分証や名札は身につけているか？ |
| | <input type="checkbox"/> | 礼意をもった態度か？(強張った表情、にやけた表情などないか？) |
| 座席 | <input type="checkbox"/> | 圧迫感を与えるような病院スタッフの配置になっていないか？ |
| | <input type="checkbox"/> | キーパーソン以外の方の席は配置は大丈夫か？ |
| | <input type="checkbox"/> | 正面で向き合った座り方か？ 90度での座り方か？ |
| 話し方 | <input type="checkbox"/> | 早口になっていないか？ スローな話方になっていないか？ 適切な話し方か？ |
| | <input type="checkbox"/> | 適切な間を入れた話し方か？ |
| | <input type="checkbox"/> | 家族が説明を聞いてがわかりやすいような話し方か？ |
| | <input type="checkbox"/> | 家族の表情(目線、仕草、態度など)を観察しての説明しているか？ |
| | <input type="checkbox"/> | 家族に質問など促しているか？ |
| | <input type="checkbox"/> | 他の同席者へ質問を促しているか？ |
| | <input type="checkbox"/> | キーパーソンへの気遣い等の配慮はしているか？ |
| | <input type="checkbox"/> | 他の同席者への気遣い等の配慮はしているか？ |
| | <input type="checkbox"/> | 専門用語が多く理解しづらい内容になっていないか？ |
| | <input type="checkbox"/> | 聞き手の理解度を確認しながら説明しているか？ |
| | <input type="checkbox"/> | 資料やカルテ、画像診断を用いての説明になっているか？ |
| | <input type="checkbox"/> | 患者の背景を確認しているか？ |
| | <input type="checkbox"/> | 家族の背景を確認しているか？ |
| | <input type="checkbox"/> | 家族の心情(本音)を察するような話しているか？ |
| <input type="checkbox"/> | 家族に患者が終末期であることをきちんと伝えているか？ | |
| 説明後のケア | <input type="checkbox"/> | 同席している看護師は、家族に寄り添っているか？(声掛け・タッチング等) |
| | <input type="checkbox"/> | 家族の聞き手役になっているか？ |
| | <input type="checkbox"/> | 今後の支援等話しているか？ |
| | <input type="checkbox"/> | 家族の患者へのケアの提案しているか？(洗髪、足浴、・・・) |
| | <input type="checkbox"/> | 家族の食事・睡眠・病院への見舞い等々家族へ気遣いしているか？ |
| 医療スタッフ | <input type="checkbox"/> | 医療スタッフで情報の共有化を行っているか？ |
| | <input type="checkbox"/> | 看護記録(電子カルテ等)への記録を行っているか？ |
| | <input type="checkbox"/> | 関係するスタッフは、患者家族への配慮を行っているか？声掛け、タッチング等々 |

ロールプレイ ディスカッション用確認シート

記入例

| 家族関係 | 関係・年齢・性別 | 職業/学業/その他 |
|-------------------------------------|---|---|
| ■■ ■■ | 本人 50歳 | 会社員 (自動車販売のセールスマン 課長) |
| ○○ ○○ | 妻 48歳 | 主婦 パート(9時~16時) 事務職 生真面目で一人では物事が決まらない。優しい性格。 |
| △△ △△ | 長男 22歳 | 大学4年生東京在住 工学系4月~富士重工業のエンジニア内定。父に似てしっかり者 |
| □□ □□ | 長女 17歳 | 高校2年生 母に似て、静かな優しい性格、 |
| ☆☆ ☆☆ | 父 78歳 | 無職 別世帯 妻(母)の介護中、介護疲れ、持病に心疾患がある。 |
| ◎◎ ◎◎ | 母 76歳 | 無職 別世帯 脳梗塞+認知症(父)に介護されている。全介護状態。 |
| 患者本人は兄弟姉妹なし、他の親戚は九州に、妻の両親は大阪、姉は京都在住 | | |
| 患者の社会的問題点等 | 業務が忙しいため、休暇は少ない。 | |
| 家族の社会的問題点等 | 患者本人の両親が高齢であり、父が母の介護を行っている。妻もパート後や休日など支援している。 | |
| 家族の精神的状態 | 大黒柱が病に倒れ、悲嘆状態。妻は何がなんだか分からない状態で落ち着きがなく、そわそわしている。長男に頼っている。長男は、就職に向けての準備で忙しいが、母や、妹の心の支えになってしっかりと物事に対応している。 | |
| 本人意思(健康時の考えや思い) | 特になし | |
| 家族の意思(今後の方針など) | 可能な限りの救命治療を望んでいる。痛みはかわいそうと・・・ | |
| 既往歴 | 高血圧、痛風 | |
| 原疾患 | くも膜下出血 | |
| 発症日 | 2014年 ○○月 □□日 (◎) 13時 45分 | |
| 合併症 | 高血圧 | |
| 治療内容 | 重症くも膜下出血で手術適応なし。内科的治療。 | |
| 脳死とされうる状態 | 年 月 日 () 時 分 | |
| 感染症 | HBV(-) HCV(-) HIV(-) Wa(-) その他 | |
| 身長・体重・血液型 | 175 cm 80Kg A 型 | |

ロールプレイ ディスカッション用確認シート

| 家族関係 | 関係・年齢・性別 | 職業/学業/その他 |
|-----------------|--------------------------------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 患者の社会的問題点等 | | |
| 家族の社会的問題点等 | | |
| 家族の精神的状態 | | |
| 本人意思(健康時の考えや思い) | | |
| 家族の意思(今後の方針など) | | |
| 既往歴 | | |
| 原疾患 | | |
| 発症日 | 年 月 日 () 時 分 | |
| 合併症 | | |
| 治療内容 | | |
| 脳死とされうる状態 | 年 月 日 () 時 分 | |
| 感染症 | HBV() HCV() HIV() Wa() その他 | |
| 身長・体重・血液型 | cm Kg 型 | |

クオリティマネジメントと人材育成 ～品質を支える人と組織の作り方～ 【配布用】

2015年2月1日

堀 達朗

本日のテーマ

1. 映画「マネーボール」・・・「奇跡のチーム」の作り方
2. 一般に、人材育成はどう行われているか？
3. 「クオリティコントロール」に「人材育成」を結びつける工夫
～工夫次第でクリバスも立派な教育ツールに～
4. よりマクロな視点から・・・「組織」と「制度」はどう作られるか？

本日のテーマ

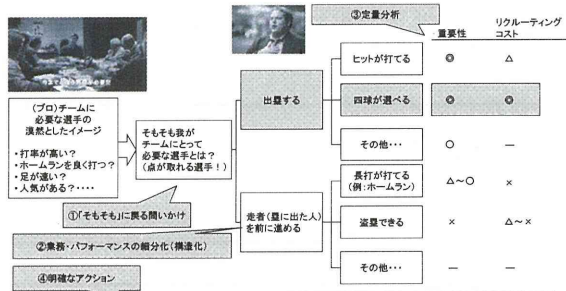
1. 映画「マネーボール」・・・「奇跡のチーム」の作り方
2. 一般に、人材育成はどう行われているか？
3. 「クオリティコントロール」に「人材育成」を結びつける工夫
～工夫次第でクリバスも立派な教育ツールに～
4. よりマクロな視点から・・・「組織」と「制度」はどう作られるか？

「奇跡のチーム」はどうやって作られたか？ ～映画「マネーボール」～



出典: <http://bd-dvd.sonypictures.jp/moneyball/>

奇跡のチームを生んだ「良い選手像」の徹底分解



方針
1) 打者はすべて1番バッターの高橋で打席に入り出塁を最大の目標とせよ
2) 打者はすべて、ホームランを放つパワーを養え、本塁打の可能性が高ければ相手は慎重になるので四球が増え、出塁率が上がる

「細分化・構造化」について・・・演習問題

- ・あなたは自動車ディーラーの支店長
- ・あなたは部下Aさんの販売不振で悩んでいる
- ・Aさんの月間販売額は約3800万円。一方でベスト営業マンのVさんは約1億5千万円
- ・あなたはAさんにアドバイスを与えるために次ページの情報を入手しました
- ・Aさんの問題点はどこにあるでしょうか？
- ・なお、このディーラーは家庭に訪問して車を販売する訪問販売のスタイルを取っています

KPI: Key Performance Indicator (Index)

本日のテーマ

- 映画「マネーボール」・・・「奇跡のチーム」の作り方

- 一般に、人材育成はどう行われているか？

- 「クオリティコントロール」に「人材育成」を結びつける工夫
～工夫次第でクリパスも立派な教育ツールに～
- よりマクロな視点から・・・「組織」と「制度」はどう作られるか？

コンサルティング会社の人材育成 (一般的なコンサルタントの組織)

コンサルティング業務の進行体制 コンサルティング会社の中の役割・役割

| 役割 | 役割 |
|-----------------|---|
| ディレクター (ディレクター) | <ul style="list-style-type: none"> 最終責任者 トップとの関係作り クライアントを含むチーム全体へのリーダシップ |
| マネージャー | <ul style="list-style-type: none"> プロジェクトにおける問題解決の責任者でのリーダー クライアントミーティングをリード 分析設計のリード 業務の全体管理 |
| コンサルタント (アナリスト) | <ul style="list-style-type: none"> 主に分析担当 データ収集活動設計・実施 分析作業の実行 |

コンサルティング会社の人材育成 (役割ごとの役割分担)

| 主要課題 | 個別課題 | 役割 | 理由 | 分析・資料 | 責任者 | 期限 |
|-----------------------------------|------|--------|----|-------|-----|----|
| 役員立案と最終意思決定 (ディレクター&マネージャーの仕事) | | ディレクター | | | | |
| | | マネージャー | | | | |
| | | ディレクター | | | | |
| | | マネージャー | | | | |
| | | ディレクター | | | | |
| | | マネージャー | | | | |
| | | ディレクター | | | | |
| | | マネージャー | | | | |
| | | ディレクター | | | | |
| | | マネージャー | | | | |
| | | ディレクター | | | | |
| | | マネージャー | | | | |

参考:トヨタのスキル評価イメージ

ワーキングライブラリ

| 項目 | 年次 | 2004 | 2005 | 2006 | ... |
|--------|-----|------|------|------|-----|
| 実作業 | ○○○ | ⊕ | ⊕ | ⊕ | ⊕ |
| | ○○○ | ⊕ | ⊕ | ⊕ | ⊕ |
| | ○○○ | ⊕ | ⊕ | ⊕ | ⊕ |
| | ○○○ | ⊕ | ⊕ | ⊕ | ⊕ |
| チームワーク | | ⊕ | ⊕ | ⊕ | |
| GUMS指標 | | ⊕ | ⊕ | ⊕ | |
| 品質 | | ⊕ | ⊕ | ⊕ | |
| 安全 | | ⊕ | ⊕ | ⊕ | |
| 保身 | | ⊕ | ⊕ | ⊕ | |
| 原価 | | ⊕ | ⊕ | ⊕ | ● |

40年経たなくても達成度を評価される・・・本人が達成すべきレベルが一目で分かる

【高潔性】
 ・いつかのチーム、作業内容において重要な業務が細かく定められ、それらについて誰かが達成すべきレベルが定められている。誰がなすかの到達度を測定される。
 ・「はたして実力である」
 ・作業の遅れ・進みが判断できる
 ・異質物に対応できる
 ・破綻に強靱である など
 ・ただし、これらは画一的に決まるものではなく毎年、目標と達成度を上司と本人が話し合ってから決め
 ・この一貫性は全ての人が覚えることができる

資料:トヨタ人づくり(リソース)ダイヤモンド社

コンサルティング会社の人材育成 (個人評価とフィードバック)

個人評価の進め方

スタッフからの質問(例)

- 「実行支援能力」について・・・クライアントの前で、どうしても緊張して、ミーティングをまとめることができません。どうしたらいいんでしょうか？
- 「口頭説明能力」について・・・ある上司から「プレゼンが下手」と言われたんですが、どこが問題でしょうか？何を教わりたいんでしょうか？
- 最近、いつも態度が悪くなってしまいました。どうしたらいいですか？
- 「リーダーシップ」の点数がいつも低いんですが、どうしてですか？

評価者から話すこと・尋ねること(例)

- 今年の会社の状況と、そのスタッフの貢献度
- できるようになったこと、次年度から担ってほしい役割
- そのスタッフの個人的目標、中長期的にやりたいこと
- やってみたいプロジェクトの希望 等

基本的な手順

- ◆ マニュアル(目指すべきコンサルタント像とコツ)配布
- ◆ 各人に自己評価をってもらう(点数化・定性評価・今後の課題)
- ◆ 自己評価をマネージャーやディレクターなど上長と共有化
- ◆ 上長らが共同で評価し詳細にコメントを記入
- ◆ ディレクター(私など)と本人が60～90分程度面談

本日のテーマ

- 映画「マネーボール」・・・「奇跡のチーム」の作り方

- 一般に、人材育成はどう行われているか？

- 「クオリティコントロール」に「人材育成」を結びつける工夫
～工夫次第でクリパスも立派な教育ツールに～
- よりマクロな視点から・・・「組織」と「制度」はどう作られるか？

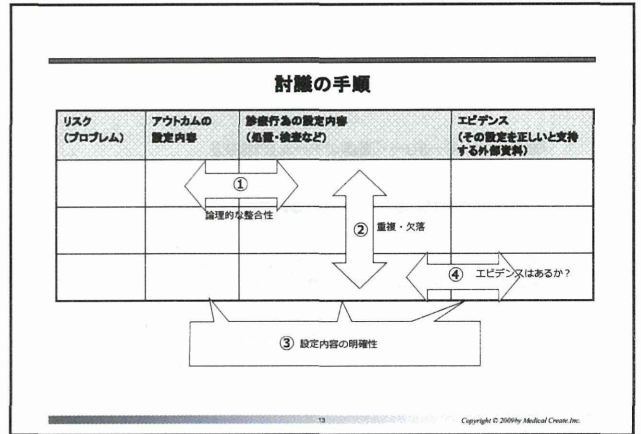
「バス(ケアマップ®)」の設計

クリニカルバス(ケアマップ®)の構成要素

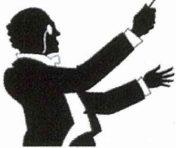
バス名: _____ 在籍日数: _____

バス適用基準 _____ バス非適用基準 _____

| 項目 | 1日目 | 2日目 | ... | 6日目 |
|--------------|--------------|-----|-----|-----|
| 治療目標 (アウトカム) | 治療目標 (アウトカム) | | | |
| 治療行為 | 治療行為 | | | |



「ファシリテーター」という機能



バス・ファシリテーターのルールはとてもシンプル

- 質問に頼る
- 前出のシートでどの部分を議論しているかを常に意識
- どうしても相違する点、私しよできない疑問は「検証事項(解決すべき課題)」としてまとめよ
- 何が決まって、ネクスト・ステップが何であるかを常に話すこと(余裕があれば、議論のまとめ、バス表のドラフトを清潔しておく)

↓

- 若い事務職員でもファシリテーターになり、医師らを集めたバス作成会議のコントロールが出来る
- 「ガイド役」を最初から意識しているのとトラブルはない
- ファシリテーターが進捗管理をし、モノを作るので、スタッフは考えることに集中できる(ファシリテーターは引っこ張りだこ)

こんなことを質問します。

(ケース)
白内障手術、なぜ1週間入院させる必要があるのか?

(ケース)
「COPDの在宅酸素療法導入(外来バス)」、そのゴールは一体何か?

(ケース)
「脳出血を基礎疾患とした脳内腫瘍発症患者」のバスを作成
①ここで、看護師の視点からどのような目標(アウトカム)を設定するか?
②その目標の達成および評価のために看護師が実施することは?

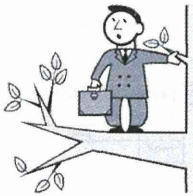
「バス」を「教育ツール」に活用するための条件・コツ

| | |
|--------------|---|
| 目標(アウトカム)を設定 | <ul style="list-style-type: none"> まず治療の目標を議論する どういう患者にどんな目標が設定されるのか?それはなぜか?...皆で議論、オープンティ(専門医)に諮らせる |
| どんな質問 | <ul style="list-style-type: none"> 業務の最適化、目標の定量化など、適切なガイドが必要 適切な質問が手。質問-回答の繰り返しでドライブをかける。でも無い話ではない 質問力→「ファシリテーター」「マネージャー」に求められるスキル |
| ベンチマーキング | <ul style="list-style-type: none"> 他院などとの比較...どこに問題があるのか、ベストプラクティスの本質をつかむ機会、他者から学ぶ姿勢 |
| データ議論 | <ul style="list-style-type: none"> 改善し続ける「しつこさ」 明確のある反省 目に見える成果の裏面⇒モチベーション |
| 非日常的「お祭り」 | <ul style="list-style-type: none"> バス大会など発表の場 集めてもらう場 院外に露出する(新聞記事、学会発表等) |

本日のテーマ

- 映画「マネーボール」...「奇跡のチーム」の作り方
- 一般に、人材育成はどう行われているか?
- 「クオリティコントロール」に「人材育成」を結びつける工夫 ~工夫次第でクリバスも立派な教育ツールに~
- よりマクロな視点から...「組織」と「制度」はどう作られるか?

「クオリティマネジメント」の人事制度への展開



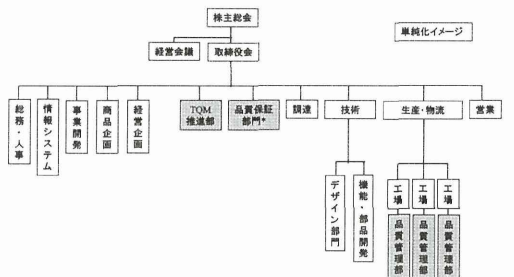
- ◆ 「クオリティマネジメント」「育成」…意識が高い人ほど、孤立しがち
- ◆ 「組織作り」という切り口から、「育成」が「仕組み」として固めるための条件を考える

歯がゆい現状…いわゆる「委員会」体制というもの

| 活動のタイプ | 委員会 | |
|--------------------------|------------|-----------|
| 品質管理 (診療の質・安全性に関するもの) | 給食 | 医療倫理 |
| | 院内感染対策 | MRM |
| | 防火管理 | クリニックカルパス |
| | 放射線安全 | 輸血管理・療法運営 |
| | 医療ガスの | IVF対策 |
| | 訪問看護検討 | 医療廃棄物処理対策 |
| | リウマチ運営 | 病院サービス |
| | 救命救急運営 | 医事 |
| | 院内治療材料対策 | 手術室運営 |
| | 中央部門技術推進 | 透析室運営 |
| その他 | 病診連携 | 広報・年報 |
| | 購買 | 図書室運営 |
| | 衛生 | 企画 |
| | 診療報酬等審査 | 週休二日制 |
| | 健康管理中心業務運営 | 臨床研修 |

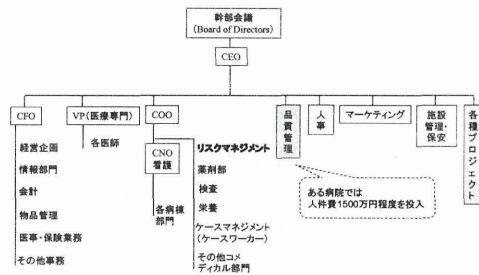
※30の委員会のうち、60%以上が治療の品質管理に関連
※テーマは極めて多岐

トヨタ自動車



※品質管理は「現場」と「経営幹部直下」の間で行われている
※品質管理は全社的な活動である

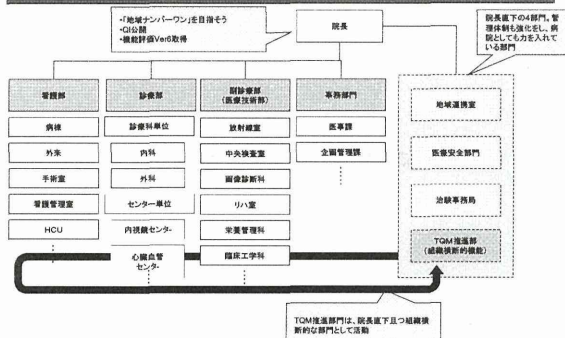
欧米の病院



※品質管理部門の設置も企業もそれとはほぼ同じ

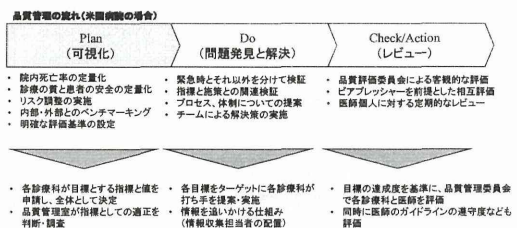
資料：Center for Case Management

日本でも…(O病院)



TQM推進部門は、院長直下かつ組織横断的な部門として活動

業務の定義



病院全体の目標と個人の目標をリンクさせる ～米国病院での「全体目標」策定の例～

目標-組織的アウトカム

- 入院中の死亡率 (APR, DRGでリスク調整後)
- 3ヶ月以内の再入院率
- 院内での感染率
- 合併症発生率
- 患者、MDC、病室ごとの臨床的指標
- 医師によるオーダーセット、看護士とのワーク量合い
- 身体的健康状態 (HPIに基づく)

オペレーション

- 患者満足度: 全体→85、目標→91.8、改善→4%、目標→5%
- 1ヶ月以内の再入院率→12.9%、目標→9%
- 30日以内の患者再入院率、下→1%
- 看護士不足が10%から9%に減少
- ICUでの在室日数 (重症) 日か62日→削減
- 臨床医は管理室で、看護士はICUで働く
- 医師の意見調査: 他スコア、教員外来から病棟への移管スピード

財務-マーケティング

- 新たな心臓カテーテル室の承認を取得
- マーケティングの拡大
- 分科出身者200名から215名へ(月給たV)
- 分科出身者数: 25000名から19%の増加
- 病院ランニングコスト100以内を維持
- 代替医療プログラムに關する動向を新たに\$40000

業績

- DRG以上の平均的利益: 目標10%
- 平均症例当り収入: 目標\$450、現在\$1日
- 差別化目標
- 入院日数: 目標\$600、現在\$430
- 外科手術: 目標\$700、現在\$650
- DRG(トップ10)の患者数→52%
- HAPIにこの臨床的指標→17% 目標 0
- ケースごとのコスト: 全米で\$100の削減
- CABGのコスト: 目標\$10000以下、現在\$15000

評価制度に組み込む...不可能ではない

等級表

- 管理部
- 薬剤部
- 事務部
- 検査部

等級要件書

管理すべき指標
(病院目標とリンク)

職務調査
(誰がどんな仕事をしているか?)

管理すべき指標
(自分の目標)

等級要件書

等級要件を定義したもの

| | | | | | |
|------|---|---|---|-----|---|
| 能力要件 | 1 | 2 | 3 | ... | 7 |
| 結果 | | | | | |
| 職務内容 | | | | | |

職務記述書

職務内容を細かく定義したもの

| | |
|------|-------|
| 1級 | 達成度 |
| 受付業務 | 事務の先決 |
| 採用 | ... |
| ... | ... |

この指標を作る際に「バランススコアカード」などを扱うと良い

1級毎に一致することができているか?

職務調査からの現状を踏まえてあるべき姿を打ち戻していく

「人事制度」はこうやって作る ～教育制度作りまでの道のり～

病院経営の方針 (どんな役割を担うのか? 何を果たしたいのか? 何で稼ぐのか? 何に投資するか?)

必要な「機能」の特定

必要な人員数・欲しい(大事にしたい)人材

役割の明確化 (マトリックスの組み方(後述))

組織図(部署の増減、役割の守り)

業務分掌(部署: 誰が: 何のミッション)

基本給のテーブルを決める (労働制度・等級制度)

手番の時間を決める

評価基準の項目設定 + 評価方法の決定

金銭的報酬 vs 非金銭的報酬のバランス (何で報いるのか? 基本的な考え方)

スキル・人物像と評価指標・給与テーブルとの関連付け

人材育成・教育制度(プログラム)

「マトリックス組織」または「組織のマトリックス」 ～一番難しい問題～

■ タテ・ヨコの協力と資源配分の調整・リードする役割・場

■ 意思決定権能

①「対患者サービス」

②「対地域サービス」

③「品質管理」

A: 「機能」

経理 管理科 コメディカル 事務

例: 外科

B: 「職能」(経)

職能によって分けられる(部門→従来型組織)

■ どのよう「機能」を作るか?

■ 質的に職能横断的

■ 「サービス」を提供するための役割・権限・責任がある

- 多数部門(職能)の資源を活用する「権限」
- サービスの質、経済性への「責任」

■ 「サービス」の提供のための適切な資源配分を調整

■ 職能ごとの教育に対する責任と権限

まとめ(強調したいキーワード)

工夫次第で「育成の場」は作れる

- 「目標」
- 「どんな責務」(ファシリテータ)
- 「ベンチマーク」
- 「データ追跡」
- 「非日常のお祭り」

「仕組み」「制度」はミッション・ビジョンから作る

- 「制度」はその組織全体のビジョンや組織構造とセットで作るもの
- 他所がやっているから、では失敗(失速)しやすい

「マネーボール」の立脚点でもあった

- スキルの見える化... 育成の場では不可欠
- 「入」の明確化でも...
- 「管理者」(指導者)にとって重要な基礎スキル (自分の上手さを見せるより、隣人の存在・大きさを分りやすく示せることが重要)

ご清聴ありがとうございました

移植医療における医療倫理 ～組織的な医療の意味から～

- ①チーム医療～組織的な医療
- ②生命倫理・看取り・終末期医療
- ③日本救急医学会などによる提言
- ④臓器移植における医療倫理

救急医療現場における
クオリティ・マネジメントセミナー
平成27年2月1日
東邦大学大医学部
東邦会館(1号館8階)

学校法人昭和大学
昭和大学病院
有賀 徹

よい医療者が
よい医療を実践する
↓
「よいチーム医療」が展開する
↓
よい医療者を育てる
↓
病院医療は
組織的な医療
↓
「チーム医療」の集積
(多様な相互関係・複線系)
↓
医療安全⇄システム構築

東京消防庁
キューク

チーム医療で病院組織が変わる

ピラミッド型チーム医療

情報共有型チーム医療

医師 (医療の核の部分: 根本治療
非常に重要だが入院医療に
占める比率は低い)

包括指示

病棟

管理栄養士
看護師
薬剤師
チーム医療
MSW
リハスタッフ
臨床検査技師

直接指示

医師の権限・責任の明確化
医師の管理の徹底
チーム医療の「目的・効果性」
生活に即する学習
生涯の継続

看護師
リハ
スタッフ
病棟
リハ訓練室
薬剤師
薬局
管理
栄養士
厨房

もちりパーティー方式 (PPM)

メインコースティナー方式 (MDS)

情報交換し、すりあわせ(進化)しながら各自が
考えて(専門性!)最適なチーム医療の提供
業務内容が標準化する
↓
医療の質の向上と効率化

情報もちよってチーム医療の実践
基本的に各部署のルールで動いている
近藤正幸: 第3回チーム医療の推進に関する検討会
平成21年10月13日 厚生労働省

「救急医療分野」「専門性の高い」職種

- ①日本救急医学会
救急科専門医・日本救急医学会指導医
- ②日本看護協会
救急看護認定看護師・他一 話題沸騰
- ③日本病院薬剤師会・日本臨床救急医学会
両学会による救急認定薬剤師用のテキスト
救急分野における専門薬剤師
- ④日本救急撮影技師認定機構
救急分野における認定診療放射線技師

薬剤師のための
救急・集中治療領域 標準テキスト
社団法人 日本病院薬剤師会
一般社団法人 日本臨床救急医学会
へるす出版, 2011年5月

平成17(2007)年3月厚生労働省
「集中治療室(ICU)における安全管理について(報告書)」→薬剤師の積極的関与
平成18(2008)年4月診療報酬改定
薬剤指導管理料(3段階)管理料1「救命救急...集中治療...」が新たに加わった
→意識のない患者に対して薬学的管理を実施した場合に算定の対象となる

救急分野における専門薬剤師
キーワード!
混ざり合う!
これら⑤認定臨床検査技師
⑥MSWも...

昭和大学病院 での試み

総合相談センター長 副センター長

振替センター長 窓口副センター長

患者相談担当
緩和ケア担当
退院調整担当
医療福祉相談担当
医療連携担当
公費・労災・自賠責担当
ベッド調整担当
栄養相談担当
薬相談担当

医師
ソーシャル
ワーカー
看護師
薬剤師
事務

以下の相談を担当者が対応いたします。

- 医療上の安全に関する相談
- 診療に対する支援
- 入退院支援に関する相談・調整
- 地域との連携
- 経済的問題に関する相談
- 社会保険・福祉制度に関する相談・調整
- 心理的問題・家族相談
- 薬に関する相談
- 栄養指導に関する相談
- 在宅医療支援

看護職
事務職
MSWら
「協業」

お互いに
高い専門性を
求める
求められる

チーム
医療
「協業」

チーム医療 ⇄看護による実効支配!

歯科医師
歯科衛生士

チームリーダー
医師
看護師

キーパーソン!

栄養サポートチーム
褥瘡対策チーム
臨床栄養士
薬剤師
セラピスト (PT/OT/ST)

診療
放射線技師
検査技師
社会福祉士
患者
家族

特殊部隊
専門職種
が少数等

摂食・嚥下チーム
呼吸ケアチーム
感染対策チーム

看護(学)とは
診療の補助
療養上の世話
「病棟」帰宅の準備

各専門診療科の守備範囲(各々の丸)は従来時に広がり、総合診療部の領域をカバーする
総合内科・診療部 & 救命救急センター(昭和大学病院)

DMATIによる
医療支援

日常の病院医療(左)と災害時の医療支援(右)

2. 延命措置への対応
1) 終末期と判断した後の対応
 医療チームは患者、および患者の意思を良く理解している家族や関係者(以下、家族らという)に対して、患者の病状が絶対的に予後不良であり、治療を続けても救命の見込みが全くなく、これ以上の措置は患者にとって最善の治療とはならず、却って患者の尊厳を損なう可能性があることを説明し理解を得る。医療チームは患者、家族らの意思やその有無について以下のいずれであるかを判断する。

(1) 患者に意思決定能力がある、あるいは事前指示がある場合
 患者が意思決定能力を有している場合や、本人の事前指示がある場合、それを尊重することを原則とする。この場合、医療チームは患者の意思決定能力の評価を慎重に評価する。その際、家族らに異論のないことを原則とするが、異論のある場合、医療チームは家族らの意思に配慮しつつ同意が得られるよう適切な支援を行う。

(2) 患者の意思は確認できないが推定意思がある場合
 家族らが患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重することを原則とする。

(3) 患者の意思が確認できず推定意思も確認できない場合
 患者の意思が確認できず、推定意思も確認できない場合には、家族らと十分に話し合い、患者にとって最善の治療方針をとることを基本とする。医療チームは、家族らに現在の状況を繰り返し説明し、意思の決定ができるように支援する。医療チームは家族らに総意としての意思を確認し対応する。

① 家族らが積極的な対応を希望している場合

次のスライドへ

(3) 患者の意思が確認できず推定意思も確認できない場合
 患者の意思が確認できず、推定意思も確認できない場合には、家族らと十分に話し合い、患者にとって最善の治療方針をとることを基本とする。医療チームは、家族らに現在の状況を繰り返し説明し、意思の決定ができるように支援する。医療チームは家族らに総意としての意思を確認し対応する。

① 家族らが積極的な対応を希望している場合
 家族らの意思が延命措置に積極的である場合、あらためて「患者の状態が極めて重篤で、現時点の医療水準にて行い得る最良の治療をもってしても救命が不可能であり、これ以上の延命措置は患者の尊厳を損なう可能性がある」旨を正確で平易な言葉で家族らに伝え、家族らの意思を再確認する。家族らの意思の再確認までの対応としては現在の措置を維持することを原則とする。再確認した家族らが、引き続き積極的な対応を希望する時には、医療チームは継続して状況の理解を得る努力をする。

② 家族らが延命措置の中止を希望する場合
 家族らが延命措置の終了を希望する場合、患者にとって最善の対応をするという原則に従い家族らとの協議の結果、延命措置を減量、または終了する方法について選択する。

③ 家族らが医療チームに判断を委ねる場合
 医療チームは、患者にとって最善の対応を検討し、家族らとともに合意の形成をはかる。

(4) 本人の意思が不明で、身元不詳などの理由により家族らと接触できない場合
 延命措置中止の是非、時期や方法について、医療チームは患者にとって最善の対応となるように判断する。

基本骨格

1. 終末期の定義とどの判断
 - 1) 終末期の定義
 - 2) 終末期の判断(1)~(4)
2. 延命措置への対応
 - 1) 終末期と判断した後の対応(1)(2)(3)(4)
 - 2) 延命措置への対応

↑上記

2) 延命措置についての選択肢
 一連の過程において、すでに装着した生命維持装置や投与中の薬剤などへの対応として、

①現在の治療を維持する(新たな治療は差し控える)、②現在の治療を減量する(すべて減量する、または一部を減量あるいは終了する)、③現在の治療を終了する(全てを終了する)、④上記の何れかを条件付きで選択するなどが考えられる。延命措置を減量、または終了する場合の実際的な対応としては、例えば以下のような選択肢がある。

(1)人工呼吸器、ペースメーカー(植込み型除細動器の設定変更を含む)、補助循環装置などの生命維持装置を終了する。
 (注)このような方法は、短時間で心停止となることもあるため状況に応じて家族らの立会いの下に行う。

(2)血液透析などの血液浄化を終了する。

(3)人工呼吸器の設定や昇圧薬、輸液、血液製剤などの投与量など呼吸や循環の管理方法を変更する。

(4)心停止時に心肺蘇生を行わない。

①差し控える
②減量する
③終了する
④条件付きで選択

→

十分な説明と合意
後戻りできない場合もある
苦痛の緩和措置を続ける
筋弛緩薬投与などは行わない

Critical Care
における家族看護

医療倫理
臨床倫理
生命倫理

II. 医療チームの役割
 救急・集中治療に携わる医療チームは、その専門性にに基づき、医療倫理に関する知識や問題対応に関する方法の修得をすることが求められるが、それらの医療チームによって患者が終末期であると判断され、その事実を告げられた家族らは、激しい衝撃を受け動揺する。このような状況においても家族らが患者にとって最善となる意思決定ができ、患者がよりよい最期を迎えるように支援することが重要である。そのために医療チームは、家族らとの信頼関係を維持しながら、家族らが患者の状況を理解できるよう情報提供を行う必要がある。また、家族の一人を喪失することに対する悲嘆が十分に表出できるように支援する。終末期の家族ケアの詳細については「集中治療における終末期患者家族へのこころのケア指針」(<http://www.jsicm.org/pdf/110606syumathu.pdf>)などを参考にする。

III. 救急・集中治療における終末期医療に関する診療録の記載について

平成26年11月4日

一般社団法人 日本救急医学会
 一般社団法人 日本集中治療医学会
 一般社団法人 日本循環器学会

「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～」を公表するにあたって

1. 背景と経緯
略

2. 考え方の道筋
 救急・集中治療の現場では死が間近で不可避と判断された患者、その家族や関係者などの意思(生前意思を含む)を考慮した時、現在行っている治療や措置の差し控えや終了が、患者やその家族などの意思と医療スタッフ合意の判断としてむしろ適切と思われる状況に至ることがあります。このような救急・集中治療の終末期に行う対応の原則は「患者の意思」に沿った選択をすること、「患者の意思」が不明な場合は「患者家族などの思い」に配慮した「患者にとって最善」と考えられる選択が優先されることと考えます。

そのような状況の下での医療者側の考え方の道筋として、私どもの3学会は、「救急・集中治療における終末期」の定義とともに、少なくとも記載してあるような定義を満たせば延命措置の差し控えが可能であることを示す必要があると考え、本ガイドラインを作成しました。

今回の3学会合同による本ガイドラインは、日本救急医学会が平成19年11月に公表した「救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)」を基本としていますが、本ガイドラインには日本救急医学会の提言(ガイドライン)では想定していなかった状況も記載されています。具体的には「患者に意思決定能力がある、あるいは意思確認が可能である場合」の対応も新たに追加されていますが、それは例えば心臓移植などの代替手段がなく生命が人工心臓装置に依存している場合の対応などです。

臨床現場では、本ガイドラインに則った良識的な判断や対応であっても、その後には非難される恐れもないとは言えません。しかし、医療者が医療人としての良識を前提に、患者本人の尊厳と患者家族や関係者などの意向を重視して判断した結果であれば、咎められる筈がないという認識が本ガイドライン作成の根拠にあります。

3. 本ガイドラインの位置付けと使い方
略

平成26年11月4日
 一般社団法人 日本救急医学会
 救急医療における終末期医療のあり方に関する委員会
 委員長 横田裕行
 一般社団法人 日本集中治療医学会
 倫理委員会
 委員長 貝沼剛志
 一般社団法人 日本循環器学会
 医療倫理委員会
 委員長 代田浩之

この「Q&A」も付いておきます。HPをどうぞ見てくださーいっ!

4原則①自律 ②善行
③無危害 ④公正・正義 生命倫理に関する2つの潮流
秋葉教授(富山大学)

1)個人主義的な生命倫理(人にとっての価値)
個人の自己決定権を最高原理とする
功利主義、弱者たる患者など(米国・バイオエシックス)
ニュールンベルグ綱領・リスボン宣言など

2)人格主義的な生命倫理(人の存在そのものの価値)
存在論、人の尊厳こそが最高原理である
ギリシャ・ローマ～キリスト教思想(ヨーロッパ大陸)
ヒポクラテスの誓い・延寿院17の規則(16世紀)
ナイチンゲール誓詞・ジュネーブ宣言など

↓

どんな場合でもきちっと治療しよう・生活につなげよう・患者満足度↑

↓

現在の医学を利用しよう ⇨ チーム医療の実践へ!
職員間の「連携→共感」(理屈と情動) 職務満足度↑
河村教授(昭和大学)

ドナーカード
← あり
← なければ
ドナーカード
← なし?
人はそもそも
このように?
②④?

選択肢提示

人の命は平等である。しかし、これからの医療提供について「資源は限られている」
ここにおける医療倫理、職業倫理は…?

↓

少子・超高齢社会
財政的な問題 - 医学的なアプローチでは解決できない
しかし、効率的な医療は必要である! - 財政を助ける

選択肢は既に
限られている! →

1)一般市民・国民への啓発・予防
病気になるらない予防医療
2)地域の共同体を(再)構築する
3)不要な医療(供給)を行わない
執拗な(徒な)医療を見直す
4)新しい技術の進歩に「費用vs効果」

← やれることは
このくらい
だろう!

↑

限られた医療資源を有効に活用する
「医療資源が限られている場合に優先度を考えない」方法はありません!
医療資源の配分にはきつと優先度を!

医療の倫理を「従前とおなじよう」にとやかく言っても、
財政が破綻したのでは本(も)も子(こ)もない! ⇨ 将来に禍根を残さない!

イタリア国立高等保健研究所 ベトリニ博士

| | プレモダニズム 医の倫理 | モダニズム 生命倫理学 | ポストモダニズム 組織倫理学 |
|--------|---------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| 良い医学 | どの治療が、患者にとってより大きな善をもたらすか? | どの治療が、その価値と選択の自律において患者を尊重するか? | どの治療が、資源の活用を最良にし、満足した患者/依頼者を生み出すか? |
| 理想的な医師 | 慈悲深いパターナリズム | 民主主義的に分割された権限 | 道徳、科学、組織の「リーダーシップ」 |
| 良い患者 | 従順 | 参与者 (インフォームド・コンセント) | 公正に満足する依頼者 |
| 良い関係 | 治療同盟 (医師と「その」患者) | パートナーシップ (専門職-利用者) | 執事的任務 (サービス提供者-顧客) 援助契約: 機関/住民 |
| 決定する者 | 医師「科学と良心」において | 医師と病者が共同で (合意に基づく決定) | 管理責任者と共同で行う機関の指導 (話し合い) |
| 指導原理 | 安寧 | 自律 | 正義 |

医療倫理と人工生命倫理の連続と、中止(善悪)倫理の発展と展開、早稲田大学総合医療と医療倫理、福山社、2018、115

医療資源の公正な分配
↓
正義を原理とする倫理へ

①チーム医療～組織的医療
②生命倫理・善取り・終末期医療
③日本救急医学会などによる提言
④臓器移植における医療倫理

↓

移植医療における医療倫理
～組織的医療の意味から～



移植の倫理

長谷川 友紀
東邦大学医学部社会医学
日本移植学会 理事・倫理委員長

背景

- 医学が進歩すればすべての問題が解決するという期待の破綻
 - 新たな問題の出現: 脳死、臓器移植、人工授精、遺伝診断など
- 価値観の多様化
- 異なる概念を整理して判断の枠組みを提供する必要
 - 医倫理学への関心(Bioethics, Medical Ethics)

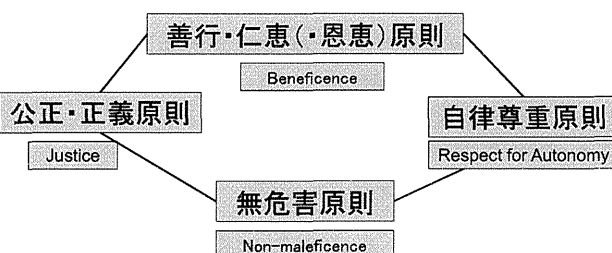
自己決定・保護・社会防衛

- ある女性糖尿病患者の例
 - 72歳の女性
 - 下肢のgangrene(壊疽)で手術が必要
 - 手術を拒否して死亡
- 自己決定vs保護
 - 判断能力の不十分な人に対する
 - 人間としての尊厳(respect for persons)
- すべての意志決定は尊重されるべきか
- 他の価値: 社会防衛など

臨床判断

- 自己決定 > 保護 > 社会防衛
- 患者の意志
 - 単一・明確か
 - 判断能力は保たれているか
- 患者の保護
 - 患者の判断力が低下・喪失していることを医師が立証する義務
- 社会防衛
 - 例外的: 患者が社会へきわめて重大な危険を持つ場合

生命倫理の4原則 (4 Principles of Biomedical Ethics)



Tom L. Beauchamp and James Childress, Principles of Biomedical Ethics, 3rd Ed., New York, 1989)

インフォームド・コンセント

- 背景
 - 1982 インフォームドコンセントに関する大統領委員会報告
 - 全ての患者には知る権利と自己決定権がある
 - 治療関係は協同の意志決定のプロセスである

患者・治療者関係

- 牧師モデル
 - 保護者的な治療関係: paternalism
 - 重大な決定は医師が行う
- 工学モデル
 - 自己決定に従う治療関係
 - 医師は事実のみ扱い、価値観に関わる事柄には関与しない
- 契約モデル
 - 協同の意志決定に従う治療関係
 - 米国大統領委員会によるインフォームド・コンセントの原則

インフォームド・コンセント

- 必須条件
 - 患者に意志決定能力が存在する
 - 意志決定は自発的になされる
 - 判断に必要な情報が存在する
- 必要な情報
 - 現在の医学的状態像
 - 治療しない場合の経過予測
 - 考えられる治療法、そのリスクと利益
 - もっとも良いと考えられる選択肢

インフォームドコンセントに ついての規定: 医療法

- 第1条の4 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、…医療を受ける者に対し、良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない。
- 2 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない。

倫理規定

- 医師としての規定
 - ヒポクラテスの誓い
 - ジュネーブ宣言(世界医師会、1948)
 - 医の倫理に関する国際規定(世界医師会、1949)
- 人を対象とした生物医学的研究
 - ヘルシンキ宣言(世界医師会、1964)
- 患者の権利宣言
 - リスボン宣言(世界医師会、1981)
 - 患者の権利宣言(米国病院協会、1985)

リスボン宣言

(患者の権利に関する世界医師会リスボン宣言、1981採択、1995改定)

- 良質の医療を受ける権利
- 選択の自由
- 自己決定権
- 意識喪失患者
- 法的無能力者
- 患者の意思に反する処置・治療
- 情報に関する権利
- 秘密保持に関する権利
- 健康教育を受ける権利
- 尊厳性への権利
- 宗教的支援を受ける権利

患者の権利章典


(1973、米国病院協会)

- 最善の医療を受ける権利
- 自分が受ける医療や医療機関・医師について知る権利
- インフォームドコンセントを与える権利
- プライバシーの保護、転院・紹介のサービスを受ける権利
- 退院後の継続的ケアを受ける権利
- 医療費の説明を受ける権利

患者の権利:日本の状況

- まとまった形にはなっていない
- 患者への説明・インフォームドコンセントの重視
 - 医療法、診療情報の提供に関する指針
- プライバシーの保護
 - 個人情報保護法、刑法等

東京都
病院経営本部



都立病院の患者権利章典

患者さんは、「患者中心の医療」の理念のもとに、人間としての尊厳を崩しながら医療を受ける権利を持っています。また、医療は、患者の意思に基づき、協働してつくり上げていくものであり、患者さんに主体的に参加していただくことが必要です。都立病院の主要な使命を守るとともに、都立病院は、このような考えに基づき、ここに「患者権利章典」を制定します。都立病院は、この「患者権利章典」を守り、患者さんの医療に対する主体的な参加を支援していきます。

- 1 たれでも、どのような病気にかかった場合でも、良質な医療を公平に受ける権利があります。
患者さんは、たれでも社会的な地位、疾病の種類、国籍、宗教などにより差別されることなく、適切な医療水準に基づいた安全を持って、都立病院の職員は、この権利を尊重し、患者さんに対して常に公平であるとともに、適切で安全な医療の提供や、病状の経過に寄り添ってまいります。
- 2 たれもが、一人の人間として、その人格、価値観などを尊重され、医療提供者との相互の協力関係のもとで医療を受ける権利があります。患者さんは、治療や検査などに当たり、各々の人格、価値観などをもちながら社会生活を営む個人として尊重されます。都立病院の職員は、患者さんとの相互に協力し合いながら医療をつくり上げていくためにまいります。
- 3 病気、検査、治療、看護などについて、理解しやすい言葉や方法で、納得できるまで十分な説明と情報を提供し、患者さんからの質問や不安への回答を行います。医療に関する説明や情報の提供は、医療提供者側からの一方的なものであってはいません。医療提供者が、患者さんからの質問や不安への回答を行います。医療に関する説明や情報の提供は、医療提供者側からの一方的なものであってはいません。医療提供者が、患者さんからの質問や不安への回答を行います。

臓器取引と移植ツーリズムに関する イスタンブール宣言 国際移植学会 2008年5月2日、イスタンブール



イスタンブール宣言

- 国際移植学会がWHOと協同して開催
- 世界40カ国以上、150人以上が参加
- 内容はWHO指導指針にも反映
- 内容
 - 移植に関する用語の定義
 - 死体移植 > 生体移植の原則を確認
 - 各国は臓器提供拡大のための努力義務を有する
 - 各国は生体ドナーへの医療サービス提供、不利益防止を保障すべき
 - 各国は安全確保、質確保のための登録システムを有すべき

WHO Guiding Principle 2010 (ヒトの細胞、組織および臓器の移植に関するWHO指導指針)

1. 死者からの摘出条件
 - 法律により必要とされる同意が得られている
 - 本人の反対があると考えない理由がない
2. 死亡判定医と移植医の峻別
3. 生体(成人)ドナーの提供条件
4. 未成年者・同意無能力者からの提供の禁止と例外規定
5. 売買の禁止

6. 提供の呼びかけの制限
7. 搾取・強要・有償による移植への関与の禁止
8. 医療機関・医療スタッフの過剰な報酬受け取りの禁止
9. 公平なアロケーション
10. レシピエント、ドナーの長期フォロー
11. 個人情報の保護と移植の医療情報について透明性の確保