

本事業の背景

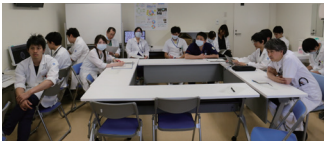
- ベトナムでは、経済的な発展に伴い生活習慣が欧米化し、社会の高齢化と共に脳卒中患者の増加が著しい。
- 年間約20万人が脳卒中を発症し、いまだ約半数は死亡、90%は後遺症を残すといわれている。
- 脳卒中に対する知識不足と患者に対する包括的なチーム医療が普及しておらず、治療効果が十分とはいえない。

我々はベトナムにおける脳卒中診療の質の向上における支援事業ということで包括的チーム医療の構築に取り組んでまいりましたのでご報告いたします。脳外科、リハビリ科、病棟看護師、栄養、薬剤など多部門でチームとなって取り組みました。各部門についてはそれぞれの担当者から発表させていただきます。事業の責任者は、センター病院副院長の原先生がされています。

本事業の背景ですが、ベトナムでは経済的な発展に伴い、生活習慣が欧米化しています。また、高齢化が進み、脳卒中の患者さんが増えています。年間20万人が脳卒中を発症していて、そのうちの半数が死亡し、20%は後遺症を残すというデータが出ています。脳卒中に関して知識不足があり、患者に対するチーム医療が行われていないのが現状です。手術は積極的に行われていますが、治療効果は十分とは言えません。

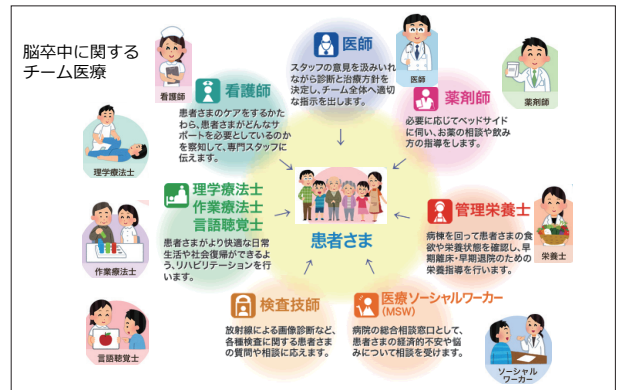
事業の目的

- わが国では脳神経外科、神経内科、脳卒中科とともにリハビリ科、看護部、栄養科、薬剤部、MSWなど多職種から成るチーム医療により脳卒中患者の包括的ケアをおこない良好な成績を上げている。
- そこでベトナムの代表的なリーディングホスピタルであるバックマイ病院にて脳卒中に関するチーム医療構築を主眼とした診療支援を行う。
- ベトナム初の包括的チーム医療を構築し、ベトナム全土の脳卒中診療レベルが向上することを目的とする。



日本に限らず先進国では、脳神経外科、神経内科、脳卒中科とともに、リハビリ科、看護部、栄養管理室、薬剤部、ソーシャルワーカー（MSW）など多職種から成るチーム医療が包括的ケアを行うことで良好な成績が上がるという報告・論文が多数出ています。チーム医療が世界的にも常識となりつつあります。

そこで我々はベトナムの代表的なリーディングホスピタルであるバックマイ病院において脳卒中に関するチーム医療構築を主眼とした診療支援を行うこととなりました。先ほど申し上げたようにベトナムではチーム医療はまだあまり普及しておりませんので、これがベトナム全土に普及していくことを最終的な目標として開始しました。バックマイ病院からは、我々の脳神経外科に診療支援をしてもらえないかという話が出ていたこともありまして事業の実施に至りました。



脳卒中に関するチーム医療ですが、まず脳神経外科医や神経内科医、脳卒中科医師が治療を行います。手術などの治療を行った後も治療は続きますので、薬剤師、管理栄養士、ソーシャルワーカー、リハビリ科、看護師など、色々な職種や部門が協働して1人の患者さんとその家族を診療・サポートするのがチーム医療です。

病院幹部に対する講義



その後、各部門に分かれて活動

我々の活動ですが、最初にバックマイ病院の幹部の方々に、チーム医療とは何か、どのように行うのかという講義を行いました。日本の診療の指針やガイドラインの説明や、先ほどのチーム医療の概要図のベトナム語版を提示し、チーム医療の方法を幹部の方々に理解していただくための講義を行いました。その上で各部門に分かれて活動を行いました。

ここからは各部門の発表者から活動を報告させていただきます。

リハビリテーション



国立国際医療研究センター病院
リハビリテーション科科长 藤谷順子

バックマイ病院にはベトナム最良のリハビリセンターがあるのですが、日本の40年位前のリハビリ病院という感じのもので、広大な敷地の別の棟にあり、渡り廊下でも繋がっていません。スライドの中央にある新病棟で治療だけを受けて、紹介されたわずかな患者さんだけが左上に位置するリハビリセンターに行きます。連携といっても患者さんが転科・転棟するだけの連携です。日本のように回復期リハビリ病棟との連携はなく、たまたま選ばれた人だけがリハビリセンターに行きます。リハビリセンターでは、それなりにきちんとチーム医療が行われていて、PT・OT・STもいる中で治療が行われています。しかし、急性期リハビリは行われていません。現在では標準になっているストロークケアユニットのような、急性期から多職種で進める体制がないのが現状です。

開始前の状況

- ・ リハセンター内以外では、多職種連携による包括的チーム医療が行われていない
- ・ 脳外科病棟では急性期リハビリがほとんど行われていない
(件数の記録習慣もない)
- ・ 脳外科病棟ではリハビリに関する家族指導がほとんど行われていない
- ・ 脳外科病棟では嚥下障害に対する診療体制が整っていない
(嚥下評価・訓練の欠如、嚥下調整食の欠如)



患者はすべて臥床。病棟の車いすは搬送時のみ使用。

開始前の状況ですが、リハセンター内以外では、多職種連携による包括的チーム医療が行われておらず、脳外科病棟では急性期リハビリがほとんど行われていませんでした。行われたケースもあるらしいのですが、記録の習慣がないので症例数は分かりません。脳外科病棟では家族が付き添っていますが、家族に対する指導はほとんど行われておらず、ほとんどの患者さんが寝たきりになっています。可動式の新しいベッドが導入されているにも関わらず、患者さんは寝たままになっています。また、嚥下障害に対する診療体制が整っておらず、とりあえずお粥を出して家族が患者さんに食べさせています。家族に対しては誤嚥性肺炎や嚥下評価、段階的な食事の仕方などは指導されていません。車椅子もありますが、遠くに搬送する時のみ使用していて、患者さんはずっと寝たままになっている状態です。

企画した本邦研修の工夫①

- ・ 多職種連携・急性期病棟での包括的チーム医療の推進
- ・ 研修項目は早期離床と嚥下障害に対する診療
- ・ 各項目ごとに講義・実習・質疑・資料提供のセットで研修



全職種参加 ベッドサイドリハの実習

視察に行った後に本邦研修を企画するのですが、徹底的に包括的チーム医療を推進できるように構成しました。研修項目は、早期離床と嚥下障害に対する診療に絞りました。その中で、細かくタスクを分けて、タスクごとに講義・実習・質疑・資料提供を40分くらいのセットにして学んでいけるように工夫しました。

企画した本邦研修の工夫②

- ・ 多職種(脳外科医・看護師・リハ科医・リハビリ療法士・薬剤師・栄養士)のチームで一緒に活動・研修することを通して、チーム医療の実際を体験する。



全職種参加 嚥下スクリーニングテストの実習

来日した方は、全員がチームで研修を受けます。脳外科医も栄養士と一緒に栄養のテキストを見たり、嚥下評価を行ったり、とろみ水を飲んだりします。全職種で統一行動をとることを増やして、他の職種の仕事を見てもらいました。そのほかに各職種ごとの勉強も行うという形で進めました。チームでの移動・研修を通して、チーム医療を実際に体験してもらいました。

企画した本邦研修の工夫③

- ・ 帰国後の自分たちの行動を想定したグループワークの実施



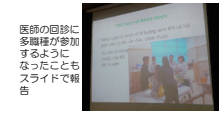
一方性の勉強だけでなく、帰国後の自分たちを想定し、自国に戻ったらどのようなことができるかについてグループワークも行いました。現地では、チーム医療はまだ十分ではないことや、家族がたくさんいるので、急性期リハビリに家族を動員して家族を指導しようという案などが話し合われました。

フォローアップ訪問

- ・視察等にて本邦研修の成果を評価
- ・脳外科病棟で多職種連携の実際の評価訓練のデモンストレーションを実施
- ・脳神経外科病棟スタッフ・リハビリセンター長・副センター長との意見交換



多職種連携の進捗について病院幹部の前で発表するVU医師



医師の回診に多職種が参加するようになったこともスライドで報告

フォローアップ訪問での視察で本邦研修の成果を評価し、脳外科病棟で多職種連携の実際の評価訓練のデモンストレーションを実施しました。意見交換をしましたが、特筆すべきこととしては、多職種連携の進捗についてリハビリセンター長の報告の中にストロークケアユニットという用語がきちんと入っていたことです。また、医師の回診に多職種が同行するようになったことも解説がありました。

成果 1

- ・患者を中心とした多職種連携によるチーム医療を啓発するポスターが作成・掲示されていた
 - ・それまでは、医師を頂点とするピラミッド型の図のみ
- ・脳外科病棟でのリハビリテーション開始数
 - ・事業開始時：ごく少数（集計無し）
 - ・本邦研修後：2017年11月9名、12月15名、2018年1月16名
- ・脳外科病棟での家族指導数
 - ・事業開始時：ごく少数
 - ・本邦研修後：指導数は同上、
 - ・本邦での研修内容に従って実施していた（現地視察にて確認）
- ・脳外科病棟でのカンファレンス開催数
 - ・事業開始時：無し
 - ・本邦研修後
 - ・STと看護師のミニカンファレンスの機会増加
 - ・リハビリセンターにて栄養士も参加する多職種カンファレンス開催(週1回)



現地PTによる病棟での座位・家族指導

成果としては、患者を中心としたチーム医療を啓発するポスターが作成され、掲示されていました。それまではドクターを頂点とするピラミッド型のスタッフ図だけがありました。

脳外科病棟では、事業開始前は病棟での急性期リハビリテーション開始数がごく少数で、集計もされていなかったのですが、研修後は2017年11月9名、12月15名、2018年1月16名と増えています。

また、家族指導についても、事業開始前はほとんど行われていませんでしたが、研修後はリハビリを開始したすべての患者さんの家族に実施されました。多職種カンファレンスも以前は実施数がゼロだったのですが、研修後は実施されるようになりました。

成果 2：嚥下障害診療

- ・マニュアルに基づいたリハビリテーション
 - ・本邦研修で持ち帰った資料を元に、病棟リハビリのマニュアルの一部として、嚥下スクリーニング評価用紙や経口摂取開始支援に関する資料を作成・活用していた
- ・脳外科病棟での嚥下スクリーニング数
 - ・事業開始時：無し
 - ・本邦研修後
 - 伝達講習実施（脳外科病棟看護師40名、医師10名）
 - 術後症例への嚥下スクリーニング検査実施がなされていた
- ・肺炎などの合併症減少
 - ・事業開始時：集計無し
 - ・嚥下障害患者で嚥下食を導入して嚥下訓練することで誤嚥性肺炎を合併せず常食まで食上げて退院した症例を経験
- ・嚥下調整食の提供を開始（ベトナム初）→栄養科報告



脳外科病棟での嚥下スクリーニングのデモ

嚥下障害診療については、本邦研修で持ち帰った資料を元に、病棟リハビリのマニュアルが作られ、伝達講習が実施され、術後症例への嚥下スクリーニング検査が実施されていました。肺炎などの合併症を起こさず、常食まで食上げて退院した症例もありました。嚥下調整食の提供も開始されていました。

今後の展開可能性

- ・包括的多職種連携および早期リハビリテーションの第一歩が築けた
- ・記録や件数のカウントの習慣についても改善している
- ・引き続き、BMH脳外科病棟をモデルに、多職種連携機会の増加、各職種の人材育成、効果を数値化する習慣の普及を進め、脳卒中診療の質の向上と回復率の改善を目指す



以前から掲示してある医師がトップの額



新しく掲示されたチーム医療の額

今後の展開の可能性としては、スライドに掲載の内容を進めていけると考えています。スライドの左下のような医師をトップに配置した図から、右下の多職種連携の図に変化したポスターが貼られるようになったことは非常に大きな変化ですので、引き続き進めていきたいと思えます。



看護の活動について発表させていただきます。研修の時に看護の役割は何かと聞いたのですが、日本の看護師であれば、患者さんの大切さや、生活の質を保証する役割があるなどの答えが出てくると思いますが、研修生からはなかなかこのような答えが出てこなかったのが現状でした。病棟を見てみますと、看護師たちが看護師になる動機が積極的なものではなく、経済的な背景がありました。看護計画や記録などもなく、PDCA サイクルが回っておらず、計画性や評価もまま業務が行われていました。今行っているケアが果たして妥当なのかと考えている看護師が非常に少ないという状況でした。また、在宅管理が多く、看護師だけの力ではどうにもできないというマンパワー不足の問題や、経済的に困窮している患者さんが多いため、リハビリや栄養などに金銭的な制限がかかるという背景がありました。

このように看護師の教育の困難さや、絶対的なマンパワー不足、家族がケアに介入するという特殊性がありますので、今回の本邦研修に参加した研修チームの力を活かして、多職種の力を借りながら、誤嚥予防と早期離床を実践するということに焦点を絞りました。

- 「嚥下スクリーニング及び離床チェックリスト」を作成
⇒チェックリストの使用法をともに決定
- チェックリストを用いることで看護師の離床への意識が向上することを期待
⇒3月に実施件数の報告を受けることとした

嚥下スクリーニングおよび離床チェックリスト

入院中の患者にリストを用いて実施、評価

実際に行ったことは、嚥下スクリーニングおよび離床チェックリストを研修生の要望と一緒に作成しました。チェックリストの使用法をともに決定しました。チェックリストを用いることで看護師の離床への意識が向上することを期待して、3月に実施件数の報告を受けることになっています。スライドの左側にあるのが嚥下スクリーニングおよび離床チェックシートです。右側に示したように、実際の患者さんに対してチェックリストを用いて実施し、評価を行いました。

チーム医療のカンファレンス

- ベトナム看護の問題点の検討をすることを希望
- チーム医療における看護の役割をプレゼン
- 誤嚥予防と早期離床での看護の役割として、嚥下スクリーニングと離床の重要性を伝えた

✓ 人材育成のためには、研修生と共に実践することが効果的
看護においても数週間以上の連続した日程で、研修計画に基づいて実践する必要がある

現地の看護部からのもう1つの要望として、チーム医療のカンファレンスの開催がありましたので、チーム医療における看護の役割についてプレゼンさせていただきました。今回のテーマは誤嚥予防と早期離床でしたので、嚥下スクリーニングと離床の重要性を伝えてきました。

人材育成には、研修生と一緒に患者さんの前で実践することが効果的であるという手応えがありました。看護においてもチームとして2日間、病棟で研修ができましたが、数週間以上の連続した日程で研修を行う必要があるのではないかと考えています。以上です。


BMH視察訪問 2017.07.12~7.15

【栄養管理の現状と課題】

* 脳卒中術後の嚥下障害に対し、形態を調整した嚥下食がない
 ・ 摂食嚥下障害、誤嚥性肺炎、嚥下食形態(かたさ、粘着性、離水性、凝集性)について知識不足
 ・ 経口摂取不可の場合、経管栄養剤の一時
 ・ 形態を調整された食事を摂ることによる訓練の有用性の認識不足
 ※嚥下食に活用できそうなベトナム料理あり(粥、とろみスープ、チャー等)

* 糖尿病・腎臓病・心疾患に関しては、栄養調整食が詳細に設定され、栄養食事指導実施されている

* 脳神経外科術後の患者に対し、特に摂食嚥下障害に関して栄養部門の介入の有用性を認識しておらず、多職種が連携した栄養管理体制が構築されていない



今回、栄養管理室は本事業に初めて参加しました。ベトナムでは、栄養士という資格が認められておらず、病院での栄養業務は主に看護師や医師の研修生が行っています。栄養管理室は、脳神経外科において脳卒中術後の嚥下障害に焦点を当てて支援しました。

以前からバックマイ病院では嚥下障害に対して栄養管理がほとんど行われていませんでした。誤嚥予防や嚥下訓練の評価を行う必要がありますが、その認識がなく、誤嚥性肺炎の発生率が高いという状況がありました。また、患者さんの嚥下障害があるために食事が摂れないことから、退院や社会復帰が難しいという課題がありました。

BMH視察訪問 2017.07.12~7.15

【提案事項】

* 病院食に嚥下訓練食を導入
 (嚥下食の初～中レベル程度=ゼリー、ムース、ペースト、ソフト食の活用)
 * 脳神経外科術後の患者や家族に、栄養食事指導を実施(嚥下食について)
 * 多職種連携・チーム医療の実践
 →カンファレンス参加
 →STと連携(嚥下レベルに適した食事の提供、経口摂取による栄養摂取と嚥下訓練の強化)

【評価指標】

* 嚥下訓練食の提供数
 * 栄養食事指導の件数

このような背景から、バックマイ病院での食事に嚥下訓練食の導入を提案しました。また、嚥下障害のある患者さんに栄養指導を実施することや、チーム医療の実践についても提案しました。主にSTと連携して嚥下食を提供して、さらに摂食指導をする流れの構築を今回の目標にしました。評価指標としては、嚥下訓練食の提供数と栄養食事指導の件数に決定しました。

BMH研修生 本邦研修 -栄養部門- 2017.09.25~10.06

研修日	グループ	研修目的・研修内容
1~3日目	全職種合同	・各職種の役割とチーム医療について学ぶ ・NCGMの脳神経外科術後の栄養管理 →誤嚥予防指導と嚥下食について(医師向け)
4日目	※ST 栄養 看護 栄養	・早期食事開始につながる「介入記録管理」嚥下食の作り(早期2週間)・訓練 ・チーム医療を学ぶ→NST見学(全職種合同)
5日目	栄養	・嚥下食導入に向けて調理技術・指導法を習得 →嚥下食の特性(粘着性、調理法、嚥下訓練食の作成 →栄養食事指導(嚥下、脳卒中再発予防、減塩等) ・多職種連携を学ぶ →カンファレンス(全職種合同)
6日目	※ST 栄養 全職種合同	・嚥下訓練食を習得→STの嚥下訓練、とろみ剤の同行 ・BMHの標準化と改善案検討→K法トレーニング(全職種合同)
7日目	※ST 栄養	・誤嚥性肺炎の対策、嚥下訓練指導 →「ゼリー、ペースト、H2Oの特性の違いによる嚥下への影響」 →BMHに嚥下訓練食導入の「目的」検討
8日目	全職種以外	外部研修 他の病院見学
9日目	全職種	・アザチオプリンについて学ぶ→レポートと文章 ・研修の振り返り(全職種合同)

多職種で連携し、早期嚥下評価(看護師、ST)→食事オーダー(医師)→嚥下食の提供(栄養士)→嚥下・栄養指導(ST・栄養士)の一連の流れを学び、BMHでチームでの栄養管理体制の構築につなげる

本邦研修では、チームで学ぶことに重点を置きました。栄養部門の研修では、嚥下食を実際にベトナムで作れるように実習に重点を置いて行いました。

BMH研修生 本邦研修アンケート 2017.09.25~10.06

研修前	研修後
質問：今までBMHの脳卒中術後の食事に嚥下食がない理由は何ですか？(複数選択可)	質問：今回の研修を通して、BMHに嚥下食を導入したいと思いませんか？(またその理由も教えてください)
1. 嚥下食の存在がなかった→③ 2. 嚥下食が脳卒中術後の早期回復につながることを知らなかった 3. 嚥下食が嚥下障害の訓練になると思わなかった→② 4. 嚥下食が誤嚥性肺炎の予防になると思わなかった→④ 5. 脳卒中術後、口から食べられなかったら、無理に食べず経管栄養でよいと思った→③ 6. 嚥下食の役割に合わせた形態(固さ、付着性、凝集性、離水性)やその調理の方法を知らなかった→④	1. ぜひ導入したい→④ (ア)脳卒中術後の早期回復・誤嚥性肺炎予防・嚥下訓練に有用だと思うから→③ (イ)嚥下訓練と栄養摂取が同時にできるから→③ (ウ)経管栄養から経口摂取への移行に有用だと思うから→② (エ)嚥下食の調理法が習得できたから 2. 迷っている→③ (ア)嚥下食の必要性を感じるが、調理や材料調達、人手不足などの理由により躊躇している→② (イ)嚥下食の導入によって、脳卒中術後の回復に本当に有用かどうか分からない 3. 導入しようと思わない (ア)脳卒中術後の早期回復には、有用だと感じないから (イ)脳卒中術後の早期回復には、有用だと感じるが他の理由で実現できないから

こちらは本邦研修後に研修生に対して行ったアンケートの結果です。全職種の人が嚥下食の有用性を理解し、バックマイ病院において嚥下食を導入する意欲が感じられました。

BMHフォローアップ訪問 2018.01.31~

02.03

ベトナム初の嚥下食導入




レベル1 おかゆ(低たんぱく質) ヨーグルト
 レベル2 おかゆ(野菜ペースト入り) ヨーグルト
 レベル3 おかゆ(豆腐のせ) 軟らかい野菜、ヨーグルト

バックマイ病院での嚥下食の写真です。本邦研修から4カ月という短い期間に、3種類の嚥下食が導入されていました。

BMH 指標と成果報告 2017年度

本邦研修前(2017.7)	本邦研修後 フォローアップ訪問時(2018.1)
嚥下食なし	嚥下訓練食導入 ・ 嚥下食3種類導入(レベル1~3) ・ 医師、栄養士、STで共同で軌道作成 ・ 本邦研修参加栄養士が2名の調理師に1ヶ月間指導し嚥下食担当として調理 ・ STが嚥下評価、適正レベルを医師に提案→医師がオーダー→栄養士が提供
嚥下食の提供数 0	10人の患者(5人はすでに退院) 現在5人中3人がレベル2、他2名は不明
摂食嚥下障害患者への栄養食事指導件数 0	5件(嚥下食を喫食していた患者全員) ・ 退院前に嚥下食の特徴や作り方を本人や家族に指導
カンファレンス未参加	脳神経外科カンファレンスに参加

【来年度の展望】
 ・ 嚥下食を全科に導入(脳神経外科をモデルとして)
 ・ ゼリー開始食の導入
 →早期嚥下評価により、経口摂取可かどうか評価や初期訓練用の食事需要が見込まれる
 ・ 片栗粉でのとろみ調理法の考案、提供食数増加に向けて調理工程の応用
 →ベトナムではとろみ剤継続的入手が困難
 ・ 栄養食事指導継続と件数や内容、嚥下食の提供数や内訳等の記録 →データ化し研究発表



栄養管理の指標と成果です。嚥下食の提供数ですが、10人の患者さんに提供しているとのことでした。栄養指導に関しては、嚥下食を喫食している患者さん全員に指導し、全5件(嚥下食の提供を受けた10人のうち5人はすでに退院)になっています。それから栄養士がカンファレンスにも参加するようになり、多職種の連携によって栄養管理が行われていることが伺えました。

今後の展望としては、嚥下食の1のレベルよりもさらに下にあたるゼリー開始食の導入を目標にしました。ベトナムにはとろみ剤がないため、片栗粉での調理が必要になります。今後、嚥下食の増加に向けてベトナムで手に入る片栗粉を利用した大量調理への応用が必要になってきます。これらを来年度の目標にして、引き続きサポートしていきたいと思えます。

目的

医師・リハビリ・看護師・栄養士・**薬剤師**など多職種から成るチーム医療による脳卒中患者への包括的ケアと診療支援を行う。そして、ベトナム初の包括的チームを構築し、脳卒中の診療・治療レベルの向上を目的とする。

チーム医療の構築

薬剤部門での目的

脳卒中チームにおける薬剤師の役割を理解し、薬剤師の専門性を活かした、薬学的介入の導入と実践。

薬剤部の活動についてお話しします。よろしくお話しします。今回は、チーム医療の構築を目標としておりますので、薬剤部は脳卒中チームにおける薬剤師の役割を理解し、薬剤師の専門性を活かした薬学的介入の導入と実践を目的としました。

活動内容

① NCGMチームのBMH訪問 期間：2017/07/13~14 (2日間)

活動内容：

- BMHにおける現状の把握と問題点の抽出
- 成果指標となり得る項目、データについての調査
- NCGMの研修における要望等の聴取



② BMHチームのNCGM研修 期間：2017/09/25~10/06 (10日間)

活動内容：

- 5日間の脳卒中チーム全体での研修 (脳卒中チーム全体への薬剤師のチーム医療への役割も含む)
- 5日間の薬剤部 (部門別) での研修
- 脳卒中患者における薬剤師介入症例を交えた講義
- 服薬指導などの病棟薬剤師業務の見学
- Strokeカンファへの参加
- 研修後アンケートの実施



まず、バックマイ病院における現状の把握と問題点の抽出と、成果指標となり得る項目やデータについての調査を行いました。9月と10月に行われたNCGMでの研修では、薬剤師のチーム医療への役割に関する講義を含む、脳卒中チーム全体での研修を行いました。そして5日間の薬剤部での研修を行い、脳卒中患者における薬剤師介入症例を交えた講義や、服薬指導などの病棟薬剤師業務の見学、チーム全体として行われるストロークカンファへの参加を実施しました。最後には、研修後のアンケートを実施しました。

活動内容

③ NCGMチームのBMH訪問 期間：2018/02/01~02/02 (2日間)

活動内容：

- 2018年1月から開始している薬剤部門における脳卒中プロジェクトの活動内容の詳細を確認し、実際に活動している現場を見学
- 次年度に向けた活動計画の話し合い
- 介入症例等のデータ管理方法についてフォローアップ



成果

新規活動の開始

脳神経外科病棟における回診への参加

患者のベッドサイドへ行き、患者や患者家族との距離を縮め、他職種との繋がりを深くする効果がある。

2月にベトナムを訪問した際には、1月から開始している脳卒中プロジェクトの活動内容の詳細を確認し、実際の活動現場を見学させていただき、次年度に向けた活動計画を話し合いました。

成果

成果指標

脳神経外科患者における症例介入件数の増加と、医師や看護師からの病棟における薬剤情報の問い合わせ件数の増加。

脳神経外科患者における症例介入件数： 0症例 → 7症例/月
病棟からの薬剤情報の問い合わせ件数： 0件 → 5件/月

研修後のアンケート結果

● 研修を受ける前、チーム医療における薬剤師の役割と薬剤師との連携について知っているか？

→ 薬剤師の役割については、理解している人としていない人がいたが、連携はしていなかった。

● 研修を終了し、治療薬の選択・投与量・副作用など、医薬品に関連する問題について、今後薬剤師と連携し解決していこうと思うか？

→ 薬剤師の役割については、理解できたので、連携を試してみようと思う。

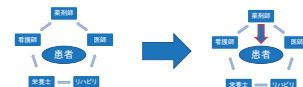
* 対象7名 (脳神経外科医師1名、リハビリ医師1名、看護師1名、薬剤師1名、リハビリ技師3名)

今回のプロジェクトの成果としては、1つは脳神経外科病棟における回診への薬剤師の参加です。もう1つは、脳神経外科患者における症例介入件数がそれまで0件であったのが月7件に増えたことと、病棟からの薬剤情報の問い合わせ件数が0件であったのが月5件に増えたことです。

研修前は薬剤師の役割を理解している人と理解していない人がいましたが、連携をしている他部署はありませんでした。しかし、NCGMで行った研修終了後のアンケートでは、薬剤師の役割について理解していただき、今後バックマイ病院に戻ったら連携を試みようと思うという考えが生まれました。

今後の進展

● 現在は主に脳卒中チームにおける薬剤師としての他医療スタッフに対する活動と症例に対する能動的な介入を開始しているが、今後は患者や患者家族に対する対応として、退院時における服薬指導の実施を目指す。



● 現時点では脳神経外科病棟における活動となっているが、リハビリセンターまで活動の場を広げ、患者の嚥下機能に応じた薬剤投与方法の提案などの症例介入を行い、服薬アドヒアランスの確保と評価を目的とした新たな業務展開を検討していく。

今後の進展ですが、現在は主に脳卒中チームにおける薬剤師としての他医療スタッフに対する活動と症例に対する能動的な介入を開始していますが、今後は患者や家族に対する対応として退院時における服薬指導の実施を目的にしていきたいと考えています。そして、現在は脳卒中病棟に限られていますが、リハビリセンターにまで活動の場を広げて、嚥下機能に応じた薬剤の投与方法などの提案をしながら症例介入に関わっていきたくと考えています。

今後の課題

- ① チーム医療の構築
- ② 診療の質の評価、記録
- ③ 他病院・他部門への広がり



各部門からの報告は以上ですが、ここで本事業のまとめとして、今後の課題と方針についてお話しします。事業全体の課題としてはこちらの3つを挙げています。1つ目は、チーム医療の構築です。これはもちろん一番の目標です。2つ目は診療の質の評価と記録です。先ほど現地の医療現場での記録が実施されていないという報告がありましたが、もう少し広げていかなければならないと考えています。3つ目は、他病院・他部門への広がりです。本事業を他病院、他部門へ広げることを目指していきたいと考えています。

今後の方針

- ① チーム医療の構築
- ② 診療の質の評価、記録
- ③ 他病院・他部門への広がり

- ・多職種カンファランスの開催支援
- ・病棟ベッドサイドリハを中心とした看護・リハビリの連携
- ・嚥下評価・訓練を中心としたリハビリ・看護・栄養の連携
- ・薬剤管理を中心とした医師・看護師・薬剤の連携
- ・患者を中心とした医師・リハビリ・看護師・薬剤・家族の連携

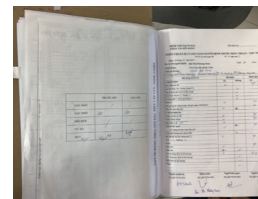


今後の方針ですが、1つ目のチーム医療の構築に関しては、今後も色々なところとの連携を進めています。全体のカンファランスはもちろんですが、それぞれの項目において必要なところとの連携を組んでいきたいと考えています。最終的には、患者を中心とした家族への説明を行うため、薬剤指導、栄養指導、再発への指導も含めた全体の連携がとれることを目標にしたいと考えています。

今後の方針

- ① チーム医療の構築
- ② 診療の質の評価、記録
- ③ 他病院・他部門への広がり

- ・脳卒中データベースの作成と登録
- ・リハビリ実施記録作成
- ・看護計画・看護記録の充実
- ・薬剤副作用モニタリングや薬剤指導件数把握
- ・栄養指導件数把握



2つ目の診療の質の評価と記録については、データベースはまだはっきりとしたものがありませんので、作成するために脳外科医と協力して進めているところです。各部門においても、それぞれが記録を作って件数の把握を進めています。

今後の方針

- ① チーム医療の構築
- ② 診療の質の評価、記録
- ③ 他病院・他部門への広がり

- ・学会などによる他病院への紹介
- ・嚥下訓練食に対する保険適応のような医療制度への働きかけ
- ・多職種連携の有用性について他分野への応用



3つ目の他病院・他部門への広がりについては、学会などでチーム医療を紹介することを進めていて、薬剤部門では4月にベトナムの学会で発表することになっています。嚥下訓練食に対する保険適応のような医療制度への働きかけについても、ベトナムの栄養科から要望がありましたので進めていきたいと思っています。また、多職種連携の有用性について他分野へ応用することについては、現地の病院長や副院長から、脳卒中科だけでなく他部門にも広げていきたいという要望があることを、幹部との話し合いの際に出ましたので色々な部門や他病院へ広げていくことを今後進めていきたいと考えています。以上です。ありがとうございました。