

第5回チーム医療推進学会 抄録集



令和6年2月25日(日)
(オンデマンド 3月4日(月)~3月25日(月))

チーム医療推進協議会
公益社団法人日本診療放射線技師会内
東京都港区三田 1-4-28 三田国際ビル 22階

第5回 チーム医療推進学会

テーマ：患者の意思を尊重したチーム医療の推進と両立支援
2024年2月25日（日）10:00～16:30

開会挨拶 上田 克彦(チーム医療推進協議会代表・日本診療放射線技師会会長)
(10:00-10:10) 深浦 順一(一般社団法人日本言語聴覚士協会会長)

特別講演「第8次医療計画の方向性」

(10:10-11:10)

座長：上田 克彦(チーム医療推進協議会代表)

講師：厚生労働省医政局地域医療計画課課長補佐 松本 千寿氏

緊急講演「2024年度診療報酬改定」

(11:20-12:00) 未定

座長：深浦 順一(一般社団法人日本言語聴覚士協会 会長)

講師：上田 克彦(チーム医療推進協議会代表・中央社会保険医療協議会専門委員)

一般演題発表

(12:10-14:00)

シンポジウム「患者を中心とした療養・就労両立支援を目指して」

(14:10-16:25)

座長：内山 量史(一般社団法人日本言語聴覚士協会 副会長)

花村 温子(チーム医療推進協議会 副代表)

基調講演 講師：労働基準局安全衛生部労働衛生課 治療と仕事の両立支援室
両立支援係長 佐藤 秀之氏

シンポジスト

国立がん研究センター東病院サポーターシップケアセンター/がん相談支援センター

医療コンシェルジュ推進室 坂本はと恵氏(医療ソーシャルワーカー)

桜ヶ丘記念病院 中原さとみ氏(精神保健福祉士)

NPO法人日本学び協会 ワンモア 金川善衛氏(作業療法士)

山梨まんまくらぶ 若尾直子氏(当事者)

閉会挨拶 小林 毅(チーム医療推進協議会副代表・一般社団法人日本作業療法士協会理事)
(16:25-16:30)

主催：チーム医療推進協議会
大会長：一般社団法人日本言語聴覚士協会
会長 深浦 順一

会場：Zoomウェビナーによるライブ配信
並びにオンデマンド配信
(2024年3月4日～3月25日)

参加費：2,000円

申込締切：2024年2月19日(月)

但しクレジット払の方24日(土)まで

一般演題の申し込みについては、チーム医療
推進協議会ホームページをご参照ください。

申込・問合せ

チーム医療推進協議会事務局

108-0073 東京都港区三田 1-4-28

三田国際ビル22階 日本診療放射線技師会内

TEL: 03-6361-1010

E-MAIL: info@team-med.jp

チーム医療の定義と理念

前文

我々メディカルスタッフは、患者に必要な医療や情報の提供に際し、高い使命感を持ち、患者の生命と 尊厳を守りながら、その職務を遂行してきました。しかし、医療の高度化や超高齢化社会の到来から、メディカルスタッフの役割はさらなる深化と協働を期待されています。

これからは更に、それぞれのメディカルスタッフの専門的知識及び技術の進歩を土台としながら、各職種の連携によって、患者中心の医療を推進しなければなりません。その際、患者個々の疾病や障がいのみではなく心理面や社会面を見据えた全人的評価は欠かせないと考えています。

チーム医療の定義

われわれが目指す「チーム医療」とは、医師をはじめとするメディカルスタッフが、患者とともに、それぞれの専門性をもとに、高い知識と技術を発揮し、互いに理解し目的と情報を共有して、連携・補完しあい、その人らしい生活を実現するための医療である。

チーム医療の定義と理念



1. 患者中心の医療の推進

- 1) 我々は、常に患者中心の医療を提供します。
- 2) 我々は、我々の業務の対象を疾病だけではなく、人格ある人間とし、尊厳をもって接します。
- 3) 我々は、患者の社会的背景や家族的背景、そして個人の思想信条さえも配慮した医療を提供します。
- 4) 我々は、患者及び家族の意向を十分に反映した医療を提供します。

2. 高いレベルの専門性の推進

- 1) 我々は、専門職として、それぞれの専門性において、高いレベルの知識と技術の習得に努めます。
- 2) 我々は、それぞれの専門的技術の標準化を果たします。
- 3) 我々は、高いレベルの専門性に基づいて、安全で効果的な業務を遂行します。

3. 情報共有の推進

- 1) 我々は、常にチームとしての方針を共有します。
- 2) 我々は、カンファレンス等に積極的に参加し、情報共有に努めます。
- 3) 我々は、実践した業務を適切に記録・保管管理します。
- 4) 我々は、患者情報の漏えいに最大の注意を払います。

4. チーム医療の推進

- 1) 我々は、他のメディカルスタッフの業務に関心を払い、医療チーム全体の統合性の確立に努めます。
- 2) 我々は、他のメディカルスタッフの専門性に敬意を払います。
- 3) 我々は、自らの専門性を堅持しつつさらなる高みを目指すと共に、他のメディカルスタッフとの協働意識を育てます。
- 4) 我々は、チーム医療の結果を統合的に評価します。
- 5) 我々は、学生教育の段階から、チーム医療の概念を発達させるために、連携教育を推進します。



ご挨拶

患者の意思を尊重したチーム医療の推進と両立支援

チーム医療推進協議会

代表 上田 克彦

平素より、チーム医療推進協議会の活動にご支援を賜り、心より感謝申し上げます。

令和6年能登半島地震で被災された皆様に、心よりお見舞い申し上げます。このような困難な状況の中で、地域の皆様と共に支え合い、一步ずつ前進されていることを心から敬意を表します。また、チーム医療推進協議会加盟団体の皆様におかれましては献身的な支援を進めていただいておりますことを感謝申し上げます。

さて、第5回チーム医療推進学会は、一般社団法人 日本言語聴覚士協会に深浦順一会長に大会長をお願いし、企画、準備をいただきました。大会テーマとして「患者の意思を尊重したチーム医療の推進と両立支援」を掲げ、基調講演の講師には厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課治療と仕事の両立支援室 係長 佐藤秀之氏をお願いしております。本会加盟団体からパネリスト4名が登壇し、チーム医療を通じて質の高い医療の提供と患者さんの社会活動の維持について、深い議論ができるものと期待しております。

特別講演として「第8次医療計画の方向性」について厚労省医政局地域医療計画課課長補佐松本課長補佐に講師をお願いしております。

2023年度の特筆すべき点として、診療報酬改定プラス改定により、看護師等の賃上げを実現できる方向になったことだと考えております。日本看護協会高橋弘枝会長とともに武見敬三厚生労働大臣に要望書を提出し、その後、世論の後押しを期待しての記者会見にて医療関係職種と他産業との給与格差を説明いたしました。この要望にあたっては本会の加盟団体のご尽力頂いたことにも感謝したいと思います。賃上げにて医療関係職種の貢献を適切に評価し、持続可能な医療体制を構築するための重要な一歩だと考えています。

本学会の企画、準備、運営をいただきました日本言語聴覚士協会深浦順一会長をはじめ皆様には心から礼申し上げます。本学会が皆様にとっても有益であることを信じております。参加者の皆様に感謝を申し上げ本学会開催の挨拶とさせていただきます。



大会長挨拶

第5回チーム医療推進学会開催にあたって

第5回チーム医療推進学会大会長 深浦順一
(一般社団法人日本言語聴覚士協会会長)

第5回チーム医療推進学会を担当いたします日本言語聴覚士協会を代表として、開会にあたりご挨拶申し上げます。

今回の学会テーマとして「患者の意思を尊重したチーム医療の推進と両立支援」を取り上げました。チーム医療推進協議会は発会当初から患者の意思を尊重したチーム医療を目指すために活動してきました。

本学会のテーマを深化していただくために「患者中心とした療養・就労両立支援を目指して」というシンポジウムを企画しています。本シンポジウムでは、厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課治療と仕事の両立支援室の佐藤秀之氏に基調講演をしていただき、医療ソーシャルワーカー協会、日本精神保健福祉士協会、日本作業療法士協会、そして当事者団体の山梨まんまクラブの各団体からシンポジストとして発言頂きます。

両立支援のテーマは初めて取り上げたものであり、参加者の皆様にとって大いに参考となる機会であると考えています。

また、今年は診療報酬、介護報酬の改定、そして、医療計画と介護保険事業計画作成の年でもあります。厚生労働省医政局地域医療計画課の松本千寿氏には第8次医療計画の方向性について、本協議会の上田代表には2024年度診療報酬改定について概説していただきます。

多くの方々のご参加をお待ちしています。

第5回チーム医療推進学会

【プログラム】

開会式(10:00~10:10)

主催者挨拶 チーム医療推進協議会 代表 上田 克彦
大会長挨拶 第5回チーム医療推進学会 大会長 深浦 順一

1. 特別講演(10:00~11:10)

座長：チーム医療推進協議会 代表 上田 克彦
講演テーマ：「第8次医療計画の方向性」
講師：厚生労働省医政局地域医療計画課 課長補佐 松本 千寿

2. 緊急講演(11:20~12:00)

座長：一般社団法人日本言語聴覚士協会 深浦 順一
講演テーマ：「2024年度診療報酬改定」
講師：チーム医療推進協議会代表・中央社会保険医療協議会専門委員
上田 克彦

3. 一般演題発表(12:10~14:00)

指定テーマ(1) チーム確保・育成
(2) チーム医療・多職種連携

【セッション1】(12:10~13:10)

座長 チーム医療推進協議会 理事 丸林 彩子

1. 当法人リハビリテーション部言語聴覚部門における

管理・人材育成の取り組み

～目的を明確にした短期間ローテーション連携による人材育成～

医療法人社団苑田会 苑田第一病院 遠藤 貴之

2. 機関間申し送り情報の行動的操作

国際医療福祉大学 渡辺 修宏

3. 病棟看護師主導で行った血糖POCT機器更新の効果

高知赤十字病院 検査部 高野 静香

4. がん患者の就労支援を目指した早朝の放射線治療の実施について

地方独立行政法人 栃木県立がんセンター 伊藤 憲一

【セッション2】(13:15～14:00)

座長 チーム医療推進協議会 理事 野口 百香

5. 臨床検査技師の糖尿病療養および認知症検査への関わり

伊那中央病院 臨床検査科 三井 孝弘

6. 当院回復期リハビリテーション病棟における

経管栄養離脱率と阻害要因について

春日居総合リハビリテーション病院 志摩 美月

7. 総合的に患者・生活者を見る姿勢」の獲得に向けた各学部の

演習学修効果の現状と課題

兵庫医科大学看護学部 福神 大樹

4. シンポジウム (14:10～16:25)

テーマ「患者を中心とした療養・就労両立支援を目指して」

座長：一般社団法人 日本言語聴覚士協会副会長 内山 量史

チーム医療推進協議会副代表 花村 温子

基調講演

講師：厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課

治療と仕事の両立支援室 係長 佐藤 秀之

シンポジスト

(1) 医療ソーシャルワーカーとして

国立がん研究センター東病院サポーター

ケアセンター/がん相談支援センター

医療コンシェルジュ推進室 坂本はと恵

(2) 精神保健福祉士として

桜ヶ丘記念病院 中原さとみ

(3) 作業療法士として

NPO 法人日本学び協会 ワンモア 金川 善衛

(4) 当事者として

山梨まんまくらぶ 若尾 直子

全体討論

閉会挨拶 (16:25～16:30)

チーム医療推進協議会 副代表 小林 毅

特別講演

第8次医療計画の方向性

厚生労働省医政局地域医療計画課
課長補佐 松本 千寿

医療計画は、医療機能の分化・連携を推進し、地域において切れ目のない医療の提供を実現することにより、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ることを目的としています。計画期間を6年とし、現在は平成30年度から令和5年度までの第7次医療計画に基づいて医療提供体制の構築が進められています。厚生労働省では令和6年度から開始される第8次医療計画の基本方針等の策定に当たり、令和3年6月から「第8次医療計画等に関する検討会」を開催し、令和4年12月に、検討会における意見のとりまとめを行いました。その内容を踏まえ、「医療計画作成指針」（令和5年3月31日付け医政発0331第16号厚生労働省医政局長通知）及び「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日付け医政地発0331第14号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）を改正、発出しました。令和5年度に各都道府県において新たな医療計画の策定作業が行われており、令和6年度から実施されます。

大きく変更がある点の一つとして、医療計画に記載する新たな事項として新興感染症への対応に関する事業の追加が挙げられます。これは令和3年の医療法改正によるものです。また、疾病・事業ごとの医療体制の構築については、指標を用いた現状把握、課題の抽出、数値目標の設定、その目標を達成するための施策等の策定、進捗評価・見直しといったPDCAサイクルの推進が求められていますが、その実施にあたり、目標と施策の連関を明確にして関係者の共通理解を得ることは重要であることから、ロジックモデル等のツールの活用を検討していただくこととしています。

国における検討会では、医療従事者の確保や医療安全など、疾病・事業以外の記載事項についても一定の議論が実施されました。それらの内容を踏まえ、本講演では第8次医療計画に向けて見直された点について概説します。

現在、各都道府県では医療計画の策定を進めており、計画案について既にパブリックコメントの募集を行った県もありますが、現在の医療計画はもちろん、新たな計画に向けた議論の状況や新しい計画案は都道府県のウェブサイト等で公表されています。ぜひお住まいや勤務先のある都道府県の医療計画がどのようなものか、ご覧になったことのない方はぜひ一度ご覧いただくことをおすすめします。

第5回チーム医療推進学会

緊急講演

2024年度診療報酬改定

チーム医療推進協議会代表
中央社会保険医療協議会専門委員
上田克彦

令和6(2024)年度診療報酬改定は介護報酬、障害福祉サービス等報酬との同時改定となるいわゆるトリプル改定といわれている。2025年問題を見据えた第8次医療計画に基づいた検討がなされた。改定された診療報酬は、薬価以外6月実施となることが決まっている。これは多くの医療施設における診療報酬算定のシステム改修に必要な期間を設けることでシステム改修の作業負荷を平準化するためである。またDX推進についてもマイナ保険証に利用を前提に大きく拡大するための方策が検討されている。チーム医療推進協議会として今回の診療報酬改定において最も関心の高い内容は「医療関係職種の賃上げ」と言える。日本の景気回復を狙った政策による物価上昇と社会の賃上げが進む中、医療においては公定価格による収入に頼る医療施設において賃上げ財源を捻出することは困難であった。政策として診療報酬のプラス改定で対応するのか補助金で対応することが適切ではないかの議論もあった。チーム医療推進協議会は日本看護協会とともに厚生労働大臣に医療関係職種の賃上げ要望し治的判断を期待した。その後、世論の後押しも期待し記者会見を実施し、国民に対して、医療従事者の給与状況や医療以外への産業への人材流出の懸念を説明した。診療報酬において対応することが決まった。一方、診療報酬全体の底上げとなることから、医療財政への影響も大きいことも理解しておくべきである。また、診療報酬としての財源は、患者さんが支払う部分も少なくなく、その他税金に頼ること部分も大きい。今回の診療報酬による賃上げに意義をしっかりと認識し、より質の高い医療を実施することで国民に還元していくことも認識し各職種の業務に取り組んでいくことも必要ではないかと考えている。

賃上げの財源となる診療報酬として+0.61の改定を行うとされ、その内容については講演時に紹介する。ベースアップの実現は令和6年度に+2.5%、令和7年度に+2.0%を実施すると検討されており、その具体的な方法についても2案が検討されている。

2024年1月26日の中医協総会(第581回)ではこれまでに議論されてきた賃上げの検討資料を元に説明が行われ今後の決定に導かれる模様であった。

講演当日にはそれまでに決定された内容を紹介する。

第5回チーム医療推進学会（シンポジウム）

【シンポジウム】（14:10～16:25）

テーマ

「患者を中心とした療養・就労両立支援を目指して」

座長：一般社団法人 日本言語聴覚士協会副会長 内山 量史
チーム医療推進協議会副代表 花村 温子

基調講演

講師：厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課
治療と仕事の両立支援室 係長 佐藤 秀之

シンポジスト

(1) 医療ソーシャルワーカーとして

国立がん研究センター東病院サポーター
ケアセンター / がん相談支援センター
医療コンシェルジェ推進室 坂本はと恵

(2) 精神保健福祉士として

桜ヶ丘記念病院 中原さとみ

(3) 作業療法士として

NPO 法人日本学び協会 ワンモア 金川 善衛

(4) 当事者として

山梨まんまくらぶ 若尾 直子

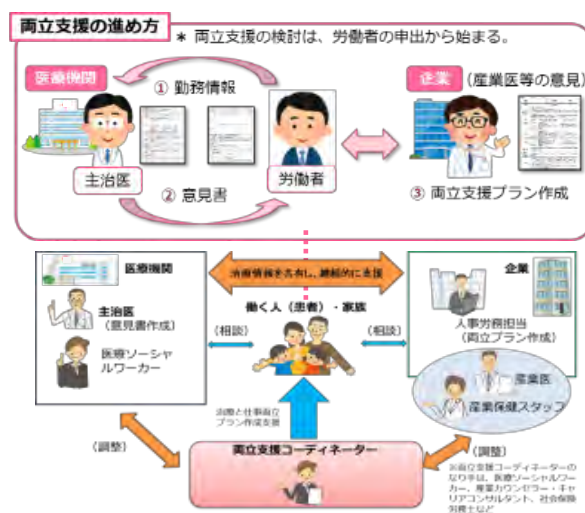
第5回チーム医療推進学会

シンポジウム 基調講演

厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課治療と仕事の両立支援室
両立支援係長 佐藤 秀之

高齢化や近年の治療技術の進歩により、多くの疾患で必ずしも休職・離職が必要とは限らなくなっており、患者（労働者）の治療と仕事の両立に向けた支援（以下「両立支援」という。）が必要となってきています。両立支援は、少子高齢化により労働力人口が減少していく日本において、病気をはじめとした様々な背景を抱える人が、生きがい、働きがいを持って各々活躍できるダイバーシティ&インクルージョン社会の実現に寄与すると考えられます。

厚生労働省では、平成29年3月に働き方改革実現会議で決定された「働き方改革実行計画」に基づき、両立支援についての「会社の意識改革と受入れ体制の整備」と病気を抱える労働者への「トライアングル型支援などの推進」の2つを柱として様々な施策に取り組んでおりますので、その取組について概説いたします。



【演題名】患者を中心とした療養・就労両立支援を目指して

—医療ソーシャルワーカーの立場から—

【発表者】坂本はと恵

【所属】国立研究開発法人 国立がん研究センター東病院

がん医療の治療成績は向上し、5年相対生存率は**64.1%**まで向上した。今や、がんは必ずしも死に至る病ではなく、社会復帰が可能な時代となりつつある。しかし、がん患者の就労の実態に関しては、未だ、がん診断後に「退職・廃業した」患者が**19.8%**と多く、医療者側の能動的な支援実践も**39.0%**に留まり、更なる就労支援体制の強化が求められている。

がん患者の仕事と治療の両立に関しては、欧米を中心に**1980**年代後半より、国内では**2000**年以降に実態把握が行われ、離職の要因が報告されている。特徴的なものとしては 職場からの支援の欠如、身体変化に伴う作業能力の低下、抑うつ・抗がん剤治療の副作用としての認知機能低下、いわゆるケモブレインといった精神面の変化が離職の主な原因とされ、さらに年齢や性別、職務内容等の因子が加わることで、さらに離職率が高まる、等があげられる。

こうした状況を踏まえ、**2012**年に施行された「第2期がん対策推進基本計画」に、働く世代へのがん対策の充実は重点的に取り組むべき課題として明記され、**2016**年に成立した「改正がん対策基本法」では、事業主へ雇用継続への配慮を求めることが明文化された。加えて、**2018**年度の診療報酬改定において「療養・就労両立支援指導料」が新設されるなど、現在、継続的に政策的な整備が進められてきた。

この**10**年で臨床現場には、がん診療連携拠点病院がん相談支援センターへの社会保険労務士の配置、ハローワーク・産業医との連携体制整備等の人的整備が図られたほか、「療養・就労両立支援指導料」に基づく患者・事業所・医療機関の情報共有ならびに両立支援プランの策定による両立支援の推進など、新たな支援のあり方が組み込まれてきた。

しかし本来、仕事と治療の両立支援は、がん患者・がん診療連携拠点病院・産業医等の産業保健スタッフ、といった限定された状況にある療養者に提供されるものではなく、あらゆる私傷病の方に対し、会社の規模に関わらず提供されてしかるべきものである。また、それは医療機関や企業内のみで完結できる事柄ではなく、社会全体の問題として企業と医療機関、行政、産業保健スタッフの連携が必要不可欠である。

当院では**2012**年以降、診断初期からの離職予防、院内外の多職種連携による支援、2つの視点を重点的な課題と考え、患者・事業所・医療従事者に調査を実施、その結果を反映しつつ支援体制を整備しているところである。

本シンポジウムでは、これらの調査結果を概説するとともに、院内外の多職種連携の実際を報告しながら、臨床現場において各専門職が専門性を発揮しながら実施できる支援について提案したい。

【演題名】精神疾患のある人への就労支援～IPS 援助付き雇用の実践～

【発表者】中原 さとみ

【所属】社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会 桜ヶ丘記念病院

国内外の調査では多くの精神疾患がある人が働くことを希望している。国際的には、米国発祥のIPS 援助付き雇用 (Individual Placement and Support (IPS)) がエビデンスに基づく援助付き雇 (evidence-based supported employment)¹⁾として過去30 年で世界的に広がり、現在、北米、ヨーロッパ、アジア、オセアニアの少なくとも20か国で利用できる。最近ではメキシコ、インドでも研究が始まっている。当初は重度の精神障害者が対象であったが、現在では物質使用障害、不安障害やうつ病などの精神疾患、慢性疼痛症候群、ホームレス、触法障害者、自閉症スペクトラム障害などにも対象が拡大されている。

日本におけるIPSは障害者総合支援法に基づく就労移行支援事業所や医療機関において約20か所で徐々に広がりを見せているが、自主的な活動に留まっている²⁾。

桜ヶ丘記念病院(以下当院)においては2005年7月よりIPS援助付き雇を導入し患者さんの働きたいニーズに応じて就労支援の質の改善を図りながらサービスとして提供してきた。最新のトピックとしては2022年4月に新設された療養生活継続支援加算は新たな地域ケアの幕開けとなる注目すべき診療報酬であり、当院ではIPS援助付き雇用においてこの加算の活用を始めている。精神保健福祉士による対面による面接、訪問等だけでなく連絡調整も算定要件となるため、クライアントの理解を得られる場合にハローワークや企業等、前向きな他機関連携をしている。

IPSのプロセスではクライアントの希望に基づいてベーシックな効果的な面接スキルを用いながらクライアントと良好な関係づくりを行い、キャリアプロフィールをもとにその人の興味やスキル、これまでの経験など、できるだけ多くの情報を収集していく。一日をどのように過ごすか、その人の価値観などを知り、その人はどんな人柄か理解しようとする。応援する資料に関しては、キャリアプロフィールで情報収集したアセスメントをもとに就労計画(療養生活の支援に関する計画書)に沿って作成している。この計画書はパーソンセンタードケアそしてICF(国際生活機能分類)の視点に沿って支援は柔軟に対応できるため、人と環境にアプローチしていくソーシャルワーク、そしてIPS援助付き雇用との相性の良さを感じている。計画書は、本人、主治医、支援者が署名をして合意のもと支援が開始される。

発表当日は、このIPS援助付き雇の概要とともにIPSではどのように取り組んでいるのか紹介する。2020年厚生労働省の患者調査によれば精神疾患を有する総患者数の増加が示されている中で治療の一環としてIPSが位置づき、クライアントがどこで暮らしていても利用できるようなれば、この恩恵を受ける人は計り知れないだろう。療養と就労を実現する方法としてIPSが採用されていくことを期待したい。

文献

1) サラ・J・スワンソン, デボラ・R・ベッカー, 林輝男 監訳, 中原さとみ 訳. IPS 援助付き雇用 精神障害者の「仕事がある人生」のサポート. 金剛出版, 2021.

2) Hayashi T, Yamaguchi S, Sato S. Implementing the individual placement and support model of supported employment in Japan: Barriers and strategies. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2020; 43: 53–59. doi: <https://doi.org/10.1037/prj0000394>

【演題名】患者を中心とした療養・就労両立支援に貢献できる専門職を目指して

【発表者・共同発表者】金川 善衛¹

【所属】¹

NPO 法人日本学び協会ワンモア 法人理事 金川善衛

私は、精神科デイケアセンターで作業療法士としてキャリアをスタートさせ、その後は病気や障害のある方を就労移行支援事業や定着支援事業、ジョブコーチ事業といった福祉や雇用施策の立場から長年関わらせて頂いてきた。再就職や復職の希望を持つ病気や障害のある方に対して、職業訓練から就職後支援まで一貫して行い、ご本人と企業の間で立ち回り続けるためのサポートを後方支援から実際の職場に訪問をして実践してきた。これまで **300** 社以上の職場を支援してきた経験があり、ご本人が活躍する姿もあれば困難さを抱える現場まで数多くの現場模様へ接してきた。精神疾患を抱える方の支援を多く実践してきており、就労中の病状悪化または不調という場面も数多くあり、医療機関と職場の意見調整や双方の情報を伝える役割など、関係機関調整も行ってきた。

また、作業療法士として日本作業療法士協会の部門委員として就労支援を作業療法士業界に普及する活動も長年従事してきた。作業療法士は、障害福祉（就労系）サービスや雇用施策において配置加算職種や任用職種として職名記載されており、就労支援専門職としての認知度は就労支援業界では高まっている。ただ、数多くの作業療法士は医療機関に勤めており、医療業界では就労支援に関する専門知識を持ち合わせている認識を作業療法士自身も他職種も持ち合わせていないのが現実である。医療業界の中で就労・両立支援に貢献する専門職としての課題は山積である。

そのような立場から自身が感じた、療養と就労の両立支援の課題。貢献する専門職として必要な視点について、当日は私見を述べさせて頂きこのテーマの発展に貢献できれば幸いである。このような機会を頂いたことに感謝を申し上げたい。

【略歴】

2004 年作業療法士資格取得。同年医療法人清風会茨木病院デイケアセンター勤務。**2007** 年同法人就労移行支援事業（就労支援センターオンワーク）開設から従事し、サービス管理責任者などを経験。デイケアセンター異動を経て、就職後支援専門部門の開設から従事。**2023** 年退職し、現職。講演や執筆活動多数。障害者雇用への問題意識より関西学院大学専門職大学院経営戦略研究科に入学。**MBA**（経営管理修士）取得（**2021** 年）。主な書籍「ゼロから始める就労支援ガイドブック」（メジカルビュー社）。

日本作業療法士協会 制度対策部障害保健福祉課障害者支援班班長

大阪府作業療法士協会就労支援特設委員会副委員長

日本職業リハビリテーション学会近畿ブロック理事

【演題名】患者の意思を尊重した「がんリハビリテーション」とは

【発表者】若尾 直子

【所属】山梨まんまくらぶ

【目的】机上論ではない「がんのリハビリテーション」を具体化する

【背景】「がんのリハビリテーション」や、「がんとの共生」が叫ばれて久しいが現実には厳しく、がん罹患と共に社会生活や療養環境は激変する。がん患者等は、日常生活は変えられず、多くの場合収入は減少する。「患者」でいられるのは病院にいるときだけで、社会に出ると一般市民でしかない。がんのサバイバーシップが尊重されていないことの表れとも言える。一方、外来で治療する患者は増加の一途をたどり、今後もますます、晩期障害を含めた治療による後遺症と向き合う患者は増加する。だが、外来においては、がんリハビリテーションに診療報酬はつかないため多くの患者等は「がんのリハビリテーション」を受ける機会を得ていない。

【方法】山梨県が2016年と2020年に実施した「がん患者のリハビリテーションに関するアンケート」結果（公開¹）を基に、現時点で実行可能な「患者の意思を尊重したがんのリハビリテーション」とはなにかを読み取る。このアンケート調査の対象は、「がん患者」「医療系施設」「介護系施設」としているため、それぞれの属性に応じた「がんリハビリテーション」に関する現状が明らかとなっている。アンケート調査から見える現状を、包括的につなぐ方法を検討し現状にあった提案をすることで、「患者の意思を尊重したがんリハビリテーション」の実現に近づける。

【結果】アンケートの結果、大きく2点の課題が明らかとなった。一つ目は、人材育成・確保を含めた「がんのリハビリテーション」に関する普及・啓発の不足。二つ目は、がん治療と仕事の両立支援に関する「隠された課題」があげられる。ここで「隠された課題」としたのは、「治療に伴う有職者の変化」をたずねた設問で、「特に変化なし」と答えた当事者は4割程度しかいないにもかかわらず、変化のあった残り6割の患者等では、その後の就労ややりがい、収入に関する具体的な内容が明らかにできなかった事ためである。

一つ目の課題については、患者のニーズと医療施設等の認識にギャップがあり、課題可決につながっていないことがわかった。

二つ目の課題については、患者等が治療と仕事の両立に関する悩みなどを、今もなお、またより一層一人で抱え込む傾向にあることがわかった。

【考察】山梨県が2016年と2020年に行った「がん患者のリハビリテーションに関するアンケート」結果から、政策や制度を整えるだけではがん患者の意思を尊重したがんのリハビリテーションは実現できないと思われる。一方で、企業、医療・介護施設等を含めたがん患者へのサポート体制は充実しつつある。これらの事から、患者と社会をつなぐ様々な相談支援等の充実を図ることで、がんのリハビリテーションを含がんサバイバーシップの向上は大きく飛躍すると思われる。

【結論】限られた資源・財源の中ではあるが、相談支援の場がハブとなる事でチームが繋がり、「患者の意思を尊重したがんリハビリテーション」の具現化が可能になると思われる。

参考資料1：山梨県「がん患者のリハビリテーションに関するアンケート」

https://www.pref.yamanashi.jp/documents/109800/r12_2_r3ca.pdf

【セッション1】(12:10~13:10)

座長 チーム医療推進協議会 理事 丸林 彩子

1. 当法人リハビリテーション部言語聴覚部門における
管理・人材育成の取り組み
～目的を明確にした短期間ローテーション連携による人材育成～
医療法人社団苑田会 苑田第一病院 遠藤 貴之
2. 機関間申し送り情報の行動的操作
国際医療福祉大学 渡辺 修宏
3. 病棟看護師主導で行った血糖 POCT 機器更新の効果
高知赤十字病院 検査部 高野 静香
4. がん患者の就労支援を目指した早朝の放射線治療の実施について
地方独立行政法人 栃木県立がんセンター 伊藤 憲一

1 【演題名】当法人リハビリテーション部言語聴覚部門における管理・人材育成の取り組み～目的を明確にした短期間ローテーション研修による人材育成～

【発表者・共同発表者】遠藤 貴之¹、辻本 依子¹、有木 昌平¹、秋山 裕貴¹、浦口 愛²、古谷 英孝²

【所属】医療法人社団苑田会 苑田第一病院 リハビリテーション部¹、【所属】苑田第三病院²

【はじめに】当法人は急性期 1 病院・回復期 4 病院をもつ医療法人社団であり、どの病院も言語聴覚士（以下、ST）の人員確保に苦慮しており、十分な患者介入のみならず人材育成にも問題が山積している状況である。今回、ある程度人員が確保されている急性期 A 病院から ST2 名を回復期病棟のある B 病院に二ヶ月間の短期間ローテーション研修（期間未定の出向）として法人内 ST の人材育成の取り組みを行った。教育をする側・受ける側の双方向の成長を目的とした内容や、2 施設間におけるメリット・デメリットについて報告する。

【対象と方法】対象は、A 病院 B 病院の全 ST であるが、中心となったのは急性期 A 病院の ST2 名（女性、男性）である。それぞれ経験年数は、10 年目と 6 年目であった。方法は、2022 年 11 月から 2023 年 11 月までの一年間において、二ヶ月間の短期間ローテーション研修を実施した。その過程で、B 病院の ST（1 年目）の教育と言語聴覚部門の管理体制の構築を目的とした。

【経緯】B 病院リハ科長から人員不足のための支援依頼を受け、A 病院言語聴覚部門としてどのような支援が可能か ST スタッフと話し合いの場を何度も設けた。その中で、盤石な言語聴覚部門の構築には教育体制が重要との意見が得られ、ある程度中長期的に支援する必要性が考えられた。一方で、自施設を中長期離れることへの不安（出向・残るスタッフ双方）も見られ、折衷案として二ヶ月間の短期間ローテーション案が挙げられた。また、教育支援ということもあり、ある程度の経験年数のスタッフに担当してもらうこととなった。その他重要な点として、A 病院スタッフの意見・意図・意志を B 病院リハ科長に伝えることで、施設基準上の人員確保や診療報酬上の単位提供のためだけではなく、人材育成の目的のための取り組みであるといった全 ST スタッフが納得できるように合意形成を図った。

【結果】当初は半年程度を想定し開始したが、出向スタッフからの提案もあり結果的に一年間の支援となった。その間、連絡ツールとしてグループウェアを使用して出向スタッフと情報交換や情報共有する中で、B 病院スタッフ含めた定期的な勉強会の開催も企画した。出向スタッフから B 病院 ST に対して、基本的な介入は任せられる、他職種との連携も専門性をもって参加できているとの評価が得られた。また、B 病院に新入職の増員もあった。

【考察】話し合いの場を何度も設けることで、合意形成が得られたものと思われた。また、出向スタッフにも残ったスタッフにも、不安がある中でも経験してみることによって新しい気づきを得られた部分、やりがいを感じられた部分もあるかと思われた。今回の取り組みによって両施設の ST が成長できたものと考えられる。

2 機関間申し送り情報の行動的操作

Behavioral manipulation of interagency transfer information of clients

渡辺 修宏¹

国際医療福祉大学¹

【背景】福祉施設等を利用中のクライアントが通院および入院に至る際に、当該福祉施設等から当該医療機関へクライアントのしかるべき情報が伝達されることは、機関間連携業務の1つといえる。情報伝達、いわゆる申し送りである。この申し送りは、通院および入院のみならず、転院、退院の際においても同様であり、この連携がクライアントに対する治療や支援の質の向上を左右することは、決して稀ではない。ただ、クライアントへの治療や支援に携わる上で各機関が同等の立場にありながらも、クライアントの情報についての見方、捉え方、整理の仕方については、必ずしも一様ではない。ADLや医療情報を単に発信すれば良いということではなく、その情報と、申し送り受信側機関における業務内容との対応に不具合があれば、機関間連携がままならないことが起こりうるのである。すなわち、情報伝達の仕方、あるいはその中身によって、機関連携の課題は容易に生じうる。では、その課題とは具体的に何か？そしてその課題をどのように解決することができるのだろうか？本研究は、機関間における申し送りの事例を取り上げ、申し送りの課題の整理を試みつつ、その課題の解決について検討する。

【目的】福祉施設と医療機関間における申し送り事例に基づいて、その申し送りに関わる課題を指摘するとともに、その課題の解決を企図した理論的検討を行うことが、本研究の目的である。

【方法】本研究は、理論と実践を一元的捉える行動分析学の知見に基づき、情報伝達の課題を実用主義的に整理した上で、その課題の解決を導くための、情報の行動的翻訳を試みる。行動分析学は徹底的行動主義を哲学的基盤とする理論であり、また、臨床的技術でもある。本研究はこの理論と技術を活用し、機関間申し送り4事例を用いて、機関間連携の発展を検討する。

【結果】クライアントの入院に伴って、福祉施設から医療機関に申し送られた情報事例の全てにおいて、医療ソーシャルワーカーや看護師が連携不和を感じたことが明らかとなった。そして、行動分析学に基づけば、その連携不和の由来は、その情報内容における抽象性の高さや、業務内容への適用性の低さにある可能性が高いことがわかった。

【考察】ある機関内においては特段問題なく取り扱われる情報であっても、一度他機関にそれが伝達されれば「わかりにくい」情報となることがわかった。そしてその「わかりにくい」とは、多義的表現に代表される、自由解釈の幅の大きさに基づくと考えられた。そうであるならば、行動分析学に基づいて、クライアントにかかわるすべての情報を、クライアントの行動/反応と、それを取り巻く環境との関係としてすべて描写（行動翻訳）するという情報のまとめ方が有用かもしれない。すなわち、特定の条件/環境下に基づく、行動/反応の頻度・率・持続時間・強度・潜時、そしてそれらのパターンや傾向という表現である。

3 【演題名】病棟看護師主導で行った血糖 POCT 機器更新の効果

【発表者・共同発表者】高野 静香¹、弘内 岳¹

【所属】¹高知赤十字病院検査部

【はじめに】

院内に糖尿病 WG が設置され臨床検査技師が参画するようになってから、当院の血糖 POCT 機器の選定および更新は臨床検査技師に一任されてきた。選定基準としては、検査部設置の自動分析装置との相関・同時再現性等の機器精度を第一とし、その上で看護師など他職種も扱いやすい機器を選定してきた。しかし、実際は「検査技師にとっては扱いやすい機器」であっても他職種にとっては不慣れな点もあり手技ミスや故障も多く、機器メンテナンスだけでなく検査者への定期的な手技指導の必要もあった。1年前、機器更新の際に看護部と管財課から血糖 POCT 機器にかかるコスト面、利便性等を見直し、従来更新してきた機種とは別の機種を選定したいとの提案があったため、今回は使用する職種の意見を重視して機器選定を行った。その結果、予想以上の効果があったため報告する。

【従来機器の利点と問題点】

（利点）検査室の自動分析装置との相関性に優れており、定期的な QC およびメンテナンスはメーカーと共同で行っていた。

（問題点）測定機器 1 台の単価が高く各病棟に 1 台しか設置できず、ベッドサイドでの検査が不便との意見があった。また 1 回の測定に必要な血液量の調整が難しく、血液量過多による測定器内の汚れや消耗品の交換頻度が高く、測定エラーや修理に時間がかかるケースも多かった。

【更新による効果】

測定器の単価が安価となり各病棟 1 ~ 3 台設置できた。測定に係る消耗品が減り物品管理が容易になった。メーカーの QC ソフト導入により、一人の検査技師が病棟に PC を持参し QC ・メンテナンスを行う事が可能となり所要時間の短縮に繋がった。総じて大幅な経費削減ができた。

【まとめ】

POCT 機器の分析的精確性は真値 $\pm 10\%$ 以下が求められている。導入当初はこれに相当する機器が少なかったが現在は 20 機種弱もある。臨床検査技師として機器精度は絶対だが、扱うのは看護師を主とした他職種である。また血糖は治療のために一日に何回も測定を要する場合があり、患者の身体的負担も無視できない。今回は看護師主導で「測定しやすさ」をメインにデモを行ったため自動分析装置との相関確認は従来のように厳格には行っていないが、導入後データに関する問題はない。逆に予想以上の効率化が図る事ができ臨床からは大変好評である。今後も柔軟で多角的な視点を持ち臨床に貢献したいと考える。

4 【演題名】がん患者の就労支援を目指した 早朝の放射線治療の取り組み

【発表者・共同発表者】伊藤憲一

【所属】栃木県立がんセンター

【目的】就労支援を目指した放射線治療科の取り組みについて検討する。

【背景】栃木県立がんセンターは 291 床を有する都道府県がん診療連携拠点病院として、年間 550 症例以上の放射線治療をリニアック 2 台体制で行っている。2017 年 12 月より、就労支援を目的として診療開始 30 分前の 8 時から放射線治療の外部照射を行い、114 名、2781 件（2024 年 1 月 30 日現在）実施している。

【方法】早朝治療実施にあたり、放射線治療業務に関連する各職種の勤務体制、業務フローを検討および評価した。また、早朝治療を実施した患者の調査を行い、放射線治療科での滞在時間を評価した。滞在時間の評価は、早朝治療時間枠 2017 年 12 月～2024 年 1 月（n=2781）と通常治療時間枠 2023 年 4 月～2024 年 1 月（n=2499）の両者において、放射線治療科受付時間から治療終了時間を電子カルテから抽出し、平均値を比較した。なお、通常時間枠の対象患者は外来のみとし、時間を要する高精度放射線治療は除外した。

【結果】勤務体制として、医師 1 名および看護師 1 名は 8 時出勤、診療放射線技師 2 名は装置の始業点検のために 7 時 30 分と 8 時出勤の早番枠を新設した。対応するスタッフは輪番制とした。スタッフの情報共有ツールとして連絡用アプリケーションを用いた体制を整備したことで、体調不良時の欠員による早朝治療の未実施は 0 件であった。また、装置エラー発生時の対応マニュアルを作成し、故障時に 2 台目の装置で代替照射ができるように事前に治療計画の準備を行った。2017 年 12 月～2024 年 1 月に発生した装置エラー 115 回（7.7%）は治療前に解消できたが、装置故障 5 回（0.3%）は代替照射を実施した。患者受付に関して、治療科内に再来受付機を設置した。会計は次月の初旬までにまとめ払いが行える体制を整備し、医療費不払いは 0 件であった。早朝治療の件数は治療全体の 3.7%であり、患者の内訳は平均年齢 52 歳（30～85 歳）、女性 84%、男性 16%、照射部位は乳房が全体の 60%、次いで婦人科領域の骨盤が 18%であった。早朝治療時間枠の滞在時間（ $m \pm SD$ ）は 21.4 ± 6.7 分（中央値 20.3 分）、通常治療時間枠の滞在時間（ $m \pm SD$ ）は 28.0 ± 13.4 分（中央値 26.4 分）、平均で 6.6 分の短縮（ $p < 0.01$, t 検定）が得られた。

【考察】勤務体制は、看護師、診療放射線技師は早番枠の新設により勤務時間内で対応することができた。一方、医師は時間外勤務として診察に対応していたため勤務の見直しが必要である。情報共有ツールを用いることで装置エラー対応や人員配置の初動の速さに繋がり、早朝治療が継続して実施できた要因であった。放射線治療科滞在時間の評価では、8 時から医師と看護師による診察、8 時 15 分から診療放射線技師による照射を行うことで、早朝治療時間枠 30 分以内で 90%の件数が実施できた。1 日の早朝治療の件数が多数の場合、滞在時間が予約時間枠を超過するため事前に患者説明が必要である。

【結論】就労支援を目指した放射線治療は各職種の取り組みにより円滑に実施できた。

第5回チーム医療推進学会 一般演題(セッション2)

【セッション2】(13:15～14:00)

座長 チーム医療推進協議会 理事 野口 百香

5. 臨床検査技師の糖尿病療養および認知症検査への関わり

伊那中央病院 臨床検査科 三井 孝弘

6. 当院回復期リハビリテーション病棟における

経管栄養離脱率と阻害要因について

春日居総合リハビリテーション病院 志摩 美月

7. 総合的に患者・生活者を見る姿勢」の獲得に向けた各学部の

演習学修効果の現状と課題

兵庫医科大学看護学部 福神 大樹

5 【演題名】臨床検査技師の糖尿病療養および認知症検査への関わり

【発表者・共同発表者】三井 孝弘¹・堀 憲治¹、宮原 祥子¹、藤崎 千夏¹

【所属】¹ 伊那中央病院 臨床検査科

【はじめに】

伊那中央病院は長野県上伊那地域に位置する 394 床 30 診療科の地域拠点病院である。2 市 3 町 3 村からなる上伊那医療圏は 2020 年時点で人口約 18 万人、高齢化率は 31.10%（全国平均 28.00%）と高齢化の進む地域である。

当院臨床検査科では糖尿病関連業務として SMBG の機種選定、患者への指導、消耗品の管理、グルコース測定用の POCT の機種選定、精度管理などを行っている。また、認知症関連業務として外来患者の神経心理学検査を実施している。

【取り組み例】

私は日本糖尿病療養指導士として以前より糖尿病患者の療養に携わってきた。加えて外来患者の神経心理学検査も担当するようになり、認知症について改めて学び、考えながら業務を行う機会を得た。その経験を活かし認知症高齢者を意識した糖尿病療養指導を他職種と連携しつつ行えた取り組みを報告する。

臨床検査技師が糖尿病患者と実際に対面する機会は、ほぼ SMBG 指導のみである。認知症高齢者の場合、画一的な説明をして終わりでは、その後に自身で血糖測定をすることは難しい。正しい測定が出来ないと療養に支障をきたしてしまう。そうならないためには指導前に患者の状態を知っておく必要がある。電子カルテの他に指導前に看護師・スタッフとどのような患者なのか様子を確認することが重要になってくる。指導後にはどの程度理解できたか、どの操作に苦戦していたかなどを糖尿病療養チームで共有できるようにしている。

現在 SMBG に関して各メーカーから様々な特色のある機器が発売されている。より患者に近い場所で療養指導を行っている医師や看護師の意見を反映した、測定のしやすい機種を選定することが重要だと感じ、臨床検査技師が中心となり糖尿病療養チームで使用機器に対するレビューする機会を設けた。その中では、血液の点着のしやすさ、電源が乾電池であることが望ましいなどの意見が上げられた。

【結語】

厚生労働省の認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）によると、我が国の認知症高齢者の数は 2025 年には約 700 万人、65 歳以上の高齢者の約 5 人に 1 人に達するとされている。一般社団法人日本臨床衛生検査技師会では 2014 年に“認定認知症領域検査技師制度”を設けて認知症領域における臨床検査技師の参画を推進している。

今後、糖尿病療養に限らず他の分野でも認知症高齢者に対する知識は必須になると考える。その知識をベースに自身の職種で出来ることを考え、多職種と連携しながら業務を行っていきたい。伊那中央病院 臨床検査科 0265-72-3121

6 【演題名】 当院回復期リハビリテーション病棟における 経管栄養離脱率と阻害要因について

【発表者・共同発表者】 志摩 美月¹、内山 量史¹、河西 祐子¹、佐々木 蘭子¹、
望月 智佳¹、塚本 直輝¹

【所属】¹ 春日居総合リハビリテーション病院

【はじめに】回復期リハビリテーション（以下：リハ）病棟は ADL の向上を図り、在宅復帰を目的としたリハを集中的に行うための病棟である。当院は 2023 年 7 月まで回復期リハ病院入院料 5 であり重症度の高い患者が多く入院していた。その中で嚥下障害を持つ患者に年間における ST の介入数や経管栄養の離脱や経過などについて調査を行った。また経管栄養の離脱に至らなかった例を通じて、ST の今後の介入方法について考察を行った。

【対象】2022 年 8 月 1 日～2023 年 7 月 31 日までに当院回復期病棟に入棟し、摂食嚥下リハを実施して退院した患者 67 名（男性 50 名、女性 17 名、平均年齢 71.2 歳）である。

【方法】訓練記録などを基に入院時と退院時の状態変化について摂食・嚥下能力のグレード（以下：グレード）や認知関連行動アセスメント（以下：CBA）を用いて、経管栄養離脱に至った群を離脱群、離脱に至らなかった群を離脱困難群とし、比較を行った。

【結果】離脱群の人数は 67 名中 15 名（男性 13 名、女性 2 名、平均年齢 70.3 歳）であり離脱率は 22.4%であった。介入時のグレードは重症が 13 名、中等症が 2 名であった。終了時のグレードは軽症が 12 名、正常が 3 名に変化した。CBA では介入時の平均が 14 点（重度から中等度）であったが終了時は 19.8 点（中等度）に改善した。離脱困難群の人数は 67 名中 52 名（男性 37 名、女性 15 名、平均年齢 71.5 歳）であった。介入時のグレードは重症が 51 名、中等症が 1 名であった。終了時のグレードは重症が 45 名、中等症が 7 名に変化した。CBA では介入時の平均が 9.5 点（最重度から重度）であったが終了時は 10.3 点（最重度から重度）であった。離脱群と離脱困難群には介入までの日数や疾患内訳、男女比、年齢などに関する差は認められなかったが、CBA では介入時平均 4 点の差を認めた。また離脱群は介入時と終了時のグレード、CBA に改善がみられた。しかし、離脱困難群では改善は認められなかった。離脱困難群の中でも一部経口摂取に至った患者は介入時 CBA 平均は 11 点以上と 2 桁以上の点数であった。口腔ケアなど間接訓練にとどまった患者は、介入時 CBA 平均が 8.7 点（最重度）であり、その後の経過でも 9.1 点（最重度から重度）にとどまった。また、離脱群の平均年齢は 70.3 歳に対し離脱に至らず訓練食までとどまった 7 名の平均年齢は 77.9 歳であった。

【考察・まとめ】当院回復期リハ病棟は重度の患者が入院していた。そのため離脱率は 22.4%と低い値であった。離脱群と離脱困難群の間に、介入時からの認知機能の差が明らかになった。介入時の認知機能やその後の改善が予後に影響を与える可能性や離脱に関しては年齢による影響も視野に入れて介入する必要性を感じた。また、他職種と連携し、認知機能の改善を図ることの重要性が示唆された。

7 【演題名】「総合的に患者・生活者を見る姿勢」の獲得に向けた各学部の演習学修効果の現状と課題

【発表者・共同発表者】福神 大樹¹、蓮池 由紀子²、土田 敏恵¹、柏 薫里²、庄司 拓仁³、今西 宏安³

【所属】¹兵庫医科大学看護学部 ²兵庫医科大学医学教育学 ³兵庫医科大学医学教育センター

.背景 2023年医学モデル・コア・カリキュラム改訂において「社会や地域を見据え、総合的に患者・生活者を見る姿勢(以下,生活者視点)」を持った医療人の養成が求められている一方で,未だ有効な教育プログラムは明らかではない。

.目的 兵庫医科大学(以下,本学)では医学部,薬学部,看護学部,リハビリテーション学部等でチーム医療(論)演習(以下,演習)を行っており,本研究では演習における生活者視点の獲得に向けた各学部の演習学修効果の現状と有効性を検討する。

.調査方法. 演習参加者 206名に対して,アンケート調査を行った.調査期間は2023年8月24日~9月8日である.調査で用いた評価票として武田・南(2002)が開発した「ソーシャルワークの専門職性評価指標」を参考にした6カテゴリ-25項目の質問で構成された調査票を用いた.「使命」「倫理」「自律性」「知識・理論」「専門的技能」「教育・自己研鑽」で評価を行った.評価基準は,かなりあてはまる(5点),ややあてはまる(4点),どちらとも言えない(3点),あまりあてはまらない(2点),あてはまらない(1点)の5件法を採用し,演習前後で学生による自己評価を実施した。

解析は 各学部の演習前後の自己評価の平均値を Welch の方法による t 検定で比較し, 演習後の各学部における各カテゴリで自己評価 4 点以上と 3 点以下の件数を Fisher の正確検定で比較した.以上の分析には「js STAR XR」「R」を用いて p 値は Benjamini & Hochberg 法による False Discovery Rate の調整を行った(有意水準 0.05).倫理的配慮として兵庫医科大学倫理審査委員会の承認を得て行った(管理番号 202308-029)。

.結果. 各学部の演習における学修効果

自己評価の平均値を Welch の方法による t 検定で比較した結果,医学部($p=0.01$)と看護学部($p=0.01$)で演習後の自己評価が演習前よりも有意に大きくなっていることが見出された.一方で,薬学部とリハビリテーション学部は有意ではなかった。

各学部における演習後の自己評価

演習後の各学部における各カテゴリで自己評価 4 点以上と 3 点以下の件数を Fisher の正確検定で比較した結果,自己評価 4 点以上は各学部で有意差があった($p=0.04$).調整された残差においては薬学部の自己評価 4 点以上の期待度数が有意に少なく,自己評価 3 点以下の期待度数が有意に多かった($p=0.03$).

.考察 医学部と看護学部は演習前より自己評価が高くなっており,一定の学修効果があらわれたと考えられる.薬学部は他学部と比較して演習後の自己評価が低かった.各学部によって学修効果が異なる可能性が示唆された。

.結論 本研究では演習には生活者視点における一定の学修効果があった.継続的な調査研究による,有効的な教育プログラムの開発が求められる。

参考文献 南 彩子・武田加代子(2004)ソーシャルワーク専門職性自己評価.相川書房。



チーム医療推進協議会
公益社団法人日本診療放射線技師会内
東京都港区三田 1-4-28 三田国際ビル 22 階