

# **チーム医療推進のための基本的な考え方と 実践的事例集（案）**

**平成 23 年 3 月**

**チーム医療推進方策検討 WG**

# 目次

はじめに	3
1. チーム医療を推進するための基本的な考え方	3
2. 急性期・救急医療の場面におけるチーム医療	2
3. 回復期・慢性期医療の場面におけるチーム医療（医療・介護の連携）	4
4. 在宅医療の場面におけるチーム医療（医療・介護・福祉の連携）	5
5. 医科・歯科の連携	6
6. 特定の診療領域等におけるチーム医療	8
7. 医療スタッフの業務の効率化・業務負担の軽減	10
終わりに	11
<b>実践的事例集</b>	13
栄養サポートチームの取組例	13
薬剤師病棟配置の取組例	15
周術期（集中治療）におけるチーム医療の取組例	17
入院患者の状態に応じたきめ細やかな栄養管理	19
急性期リハビリテーションチームの取組例	21
救命救急センターにおける社会福祉士の取組	22
回復期リハビリテーションチームの取組例	24
回復期リハビリテーションチームの取組例（歯科）	26
回復期リハ病棟における転倒対策	28
医療療養病床におけるチーム医療	29
退院支援調整チーム	30
病院薬剤師と薬局薬剤師の連携の取組例	32
入院から在宅までの切れ目のない栄養管理	33
地域関係機関と連携した在宅療養生活支援チームの取組例	34
在宅療養支援診療所における社会福祉士の活用	36
口腔ケアチームの取組例	38
医科・歯科連携の取組例（病院内における医科・歯科連携）	39
医科・歯科連携の取組例（在宅における医科・歯科連携）	40
せん妄対策チームの取組例	41
子どもの入院支援チームの取組例	42
外来化学療法におけるチーム医療の取組例	43
医療安全に関するチーム医療の取組例	45
認知症医療におけるチーム医療	46
緩和ケアチームの取組	47
周産期におけるチーム医療の取組例	49
周産期における虐待予防チーム	50
社会福祉士の病棟配置による患者・家族支援の取組	51
医師事務作業補助者（医療クラーク）の活用の例	53

## はじめに

近年、医療の質や安全性の向上や高度化・複雑化に伴う業務の増大に対応するため、多種多様なスタッフが各々の高い専門性を前提とし、目的と情報を共有し、業務を分担するとともに互いに連携・補完しあい、患者の状況に的確に対応した医療を提供する「チーム医療」が様々な医療現場で実践されている。

このため、厚生労働省では平成21年8月から「チーム医療の推進に関する検討会」を開催し、平成22年3月に報告書「チーム医療の推進について」を取りまとめた。さらに、報告書の内容を踏まえて「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」（平成22年4月30日付け医政発第0430第1号厚生労働省医政局長通知）を発出し、医師以外の各医療スタッフが実施することができる業務の内容について整理した。

このような流れを踏まえ、報告書において提言のあったチーム医療を推進するための具体的方策の実現に向けて平成22年5月に「チーム医療推進会議」を立ち上げ、同年10月にその下にチーム医療推進方策検討ワーキンググループを立ち上げ、以来〇回にわたり検討を重ねてきた。

今般、チーム医療を推進するための方策について取りまとめを行ったので、医療関係者がチーム医療を推進していく上で参考とすることを期待したい。

## 1. チーム医療を推進するための基本的な考え方

- 我が国の医療は非常に厳しい状況に直面しており、医学の進歩、高齢化の進行等により医師や看護師等の許容量を超えた医学的な視点のみならず患者の社会的・心理的な観点及び生活にも配慮した医療が求められる中、チーム医療の推進は必須である。
- チーム医療を推進する目的は、専門職種の積極的な活用、多職種間協働を図ること等により医療の質を高めるとともに、効率的な医療サービスを提供することにある。医療の質的な改善を図るためには、①コミュニケーション、②情報の共有化、③チームマネジメントの3つの視点が重要であり、効率的な医療サービスを提供するためには、①情報の共有、②業務の標準化が必要である。
- チームアプローチの質を向上するためには、互いに他職種を尊重し、明確な目標に向かってそれぞれの見地から評価を行い、専門的技術を効率良く提供することが重要である。そのためには、カンファレンスを充実させることが必要であり、カンファレンスが単なる情報交換の場ではなく議論・調整の場であることを認識し、ファシリテーターを中心に他職種を尊重した議論をすることが重要である。
- チームアプローチを実践するためには、様々な業務について特定の職種に実施を限定するのではなく、関係する複数の職種が共有する業務も多く存在することを認識し、患者の状態や医療提供体制などに応じて臨機応変に対応することが重要である。
- 医療スタッフ間における情報の共有のための手段としては、定型化した書式による情報の共有化や電子カルテを活用した情報の一元管理などが有効であり、そのための診療情報管理体制の整備等は重要である。

- 電子カルテによる情報共有にあたっては、職種毎の記載内容をどのように共有するか、各職種にどこまでの内容についての記載権限を与えるか、他の医療機関等との共有方法など、関係者間でルールを決めておく必要がある。
- 患者もチーム医療の一員という視点も重要であり、患者に対して最高の医療を提供するために患者の生活面や心理面のサポートを含めて各職種がどのように協力するかを考える必要がある。また、患者もチームに参加することによって医療従事者に全てを任せるのではなく、自分の治療の選択等に参加することが必要である。
- より良い医療を実践するためには、医師、歯科医師に全面的に依存するのではなく、医療チームがお互いに協働し、信頼しあいながら医療を進める必要がある、医師、歯科医師はチームリーダーとしてチームワークを保つことが必要である。
- チーム医療を展開する中で、医師、歯科医師が個別具体的な指示のみならず、個々の医療従事者の能力等を勘案して「包括的指示」も積極的かつ柔軟に活用することも重要な手段であるが、指示の要件等をあまり定型化しすぎると医療現場の負担増になる可能性に注意が必要である。
- チームの質を向上させるためには卒前・卒後の教育が重要であり、専門職種としての知識や技術に関する縦の教育と、チームの一員として他職種を理解することやチームリーダー・マネージャーとしての能力を含めた横の教育が必要である。

#### 例) チーム医療の教育 (昭和大学)

医学部、歯学部、薬学部等の枠を超えて共に学び、患者に真心をこめて医療を行うことを理念として、低学年から学部連携型 PBL (Problem Based Learning) チュートリアルにおいて模擬カルテを使用してそれぞれの専門の観点からチーム医療に関する学習の基盤作りを行い、高学年においては医療現場でのチーム医療の実践的学習を行うなど、チーム医療を参加型で学習する体系的カリキュラムを構築している。

- 急性期、回復期、維持期、在宅期において求められるチーム医療のあり方はそれぞれ異なるものであり、各ステージにおけるチーム医療のあり方を考えるとともに、各々のチーム医療が連鎖するような仕組みの構築が必要である。
- 医療機関によって、医療関係職種等のマンパワーや周辺の人口構成など、置かれている状況が異なるため、それぞれ求められている医療のニーズに添ったチーム医療を展開する必要がある。

## 2. 急性期・救急医療の場面におけるチーム医療

- 急性期・救急医療におけるチーム医療については、病院内におけるチームにとどまらず、地域において共に救急医療を担う医療機関や回復期・慢性期の治療を担う医療機関、在宅医療を担う医療機関、地域の診療所や患者搬送を担う救急隊等の関係者を含めたチームを構築することが必要である。
- 急性期病院におけるチーム医療については、手術や集中治療などの治療の根幹部分において高い能力を持った専門職種が課題に応じてチームを編成し、カンファレンス等ですりあわせして情報共有する「専門部隊型チーム医療」が主に行われている。「専門部隊型チ

ム医療」は、リスクの高い患者に対して質の高い医療の提供が可能であることから、手術室やICUなどの場面におけるチーム医療に適している。

- また、高齢者や合併症患者の増加に伴い、病棟において栄養サポートやリハビリテーション等を実施する必要性が高い患者が増えており、専門職種を病棟に配置して多くの患者に直接サポートを行う「病棟配属型チーム医療」により、必要な患者全てに対して、必要な時に十分な質の高い医療サービスを提供することが期待されている。
- 特に高齢者に対しては、廃用症候群や低栄養状態などの様々な合併症に対応するため、リハビリや栄養管理などの対策が重要であり、高齢者の多い病棟においては急性期の段階から病棟配属型チームと専門部隊型チームが協働し補完しあうことが重要である。

#### 例1) 急性期における栄養サポートチーム（近森病院）(P13 参照)

管理栄養士を病棟に配属し、患者の身体所見等の確認を直接行ったり、業務の標準化や電子カルテによる書式の標準化を通じた情報共有を図ったりすると共に、24時間（夜間は呼び出し）365日（休・祝日出勤）の対応ができる体制整備や院内PHSの活用により、どこでも連絡をとれる状態にし、必要な時に必要な症例全てに対して専門職種が対応を行うことを可能にしている。

#### 例2-1) 病棟における医薬品の安全管理（東住吉森本病院）(P15 参照)

2病棟に3名の薬剤師を配置することにより病棟への常駐体制を実現し、患者の状況や検査結果等をリアルタイムで把握しつつ、薬歴管理を行うことにより、積極的な処方提案や持参薬を継続使用する際のリスク軽減などを行うとともに、他の医療スタッフへの助言及び相談へ対応している。

#### 例2-2) 手術室における薬剤師の取組（広島大学附属病院）(P17 参照)

医師、看護師等とともに安全な手術のためのチームを構成し、手術中に使用される医薬品管理を手術室に常駐された薬剤師が担当している。具体的には、麻薬・毒薬をはじめとする手術部内の全ての医薬品管理や手術時の使用薬剤のセット、注射剤混合調製、麻薬記録監査、各職種への医薬品情報提供等の業務を実施している。

例3) 入院患者の状態に応じたきめ細やかな栄養管理(P19 参照) 医師、看護師等と協働し、入院時に栄養アセスメントを実施し、中等度栄養障害と判断された患者に対して、術前に栄養介入を実施することより術後の在院日数が有意に低下するとともにQOLの向上につながっている。術前に限らず種々の疾患において、多職種で患者の症状や検査値について情報を共有し、病棟で管理栄養士が食事内容及び形態、経管栄養（静脈栄養）投与プランの医師への提案等を実施することにより、医療の質の向上につながっている。

#### 例4) 急性期脳血管障害患者のリハビリテーションにおけるチーム医療（相澤病院） (P21 参照)

急性期の脳卒中患者を受け入れる「脳卒中ケアユニット」において、PT3名、OT1名、ST1名の手厚い配置を行い、入室している患者に早期から多職種が有機的に連携して早期の経口摂取に向けたリハビリテーションを提供している。電子カルテの活用やカンファレンスによって医師や看護師等と患者の全身状態や心理状態などについて情報共有を行いながら、刻々と変化する状態に臨機応変に対応したリハビリテーションを実施している。

#### 例5) 救命救急センターにおける社会福祉士の取組(北里大学病院) (P22 参照)

重症かつ社会背景が複雑な入院患者・家族に対応するため、社会福祉士・管理栄養士・薬剤師を病棟配置している。管理栄養士や薬剤師がそれぞれの専門性を活かして病棟で迅速に対応することにより医療の質や安全の向上に寄与している。また、社会福祉士が病棟配置されていることにより患者・家族への直接援助回数が増加し、様々な不安の軽減、生活につながる支援、援助困難事例の退院援助が行われ、平均在院日数も短縮されている。

### **3. 回復期・慢性期医療の場面におけるチーム医療（医療・介護の連携）**

- 回復期のチーム医療においては、褥瘡対策や栄養管理、感染対策といった課題に対応することが求められており、そのためには病棟への様々な専門職の手厚い配置が求められている。回復期リハビリテーション病棟においては、診療報酬における配置基準よりも多くのリハビリスタッフ（理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST））、配置基準には規定されていない管理栄養士、社会福祉士等を配置している施設も多い。
- リハビリテーションにおいては、実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として、リハビリテーションチームによって全人的アプローチが行われており、リハビリスタッフだけではなく様々な職種とカンファレンスを軸にした情報共有と連携を行っており、特に①関係職種間の情報共有②チームとしての共通目標③家族の参加④専門職種が互いに尊重し合うことが重要である。
- 回復期の医療においては、どこまで障害が改善するか、どのような障害を抱えて生活を再建するか、短期間で検討・解決する必要があるため、患者・家族が正確に状況を把握することが難しい。このため、家庭訪問や在宅サービス利用時の相談に同席するなど、経済状態、家族・家庭環境を十分に把握して患者・家族からの相談に対応することにより円滑な家庭復帰につながることを期待される。

#### 例1）回復期リハ専門病院におけるチーム医療（長崎リハビリテーション病院）（P24 参照）

専門職間の縦割りを解消するため、医師を含めた医療職は全て臨床部の所属としたほか、ナースステーションをスタッフステーション、ナースコールをスタッフコールと変更するなどの工夫を行っている。

患者の多くが高齢者であり、基礎疾患や合併症を有していることから、専門職が患者の日常生活を基本とした関わりが重要であると考え、48床の病棟に対して医師、看護師、リハビリスタッフのみならず介護福祉士、社会福祉士、管理栄養士、歯科衛生士などを含めたスタッフ76人という手厚い配置を行っている。病棟専従チームが看護を基盤として互いに他職種を尊重し、専門職種間で日常的に情報交換・検討を行うとともに、専門的視点に立って評価・プログラム作成を行い、カンファレンスで統一した目標に向かってチームアプローチを行っている。

#### 例2）回復期リハ病棟における転倒対策（船橋市立リハビリテーション病院）（P28 参照）

回復期リハ病棟において、医師、看護師、リハビリスタッフ、介護福祉士などのスタッフが運動機能、高次脳機能、排泄機能、服薬状況等の転倒リスクを把握し、専門職種がそれぞれの専門性を活かしたアプローチで患者の能力を引き出して転倒予防に取り組んでいる。

#### 例3）医療療養病床におけるチーム医療（霞ヶ関南病院）（P29 参照）

医療療養病床においては、自宅退院が困難な事例の比較的長期の入院に対応しており、患者・家族が入院後の治療環境に納得する事が重要である。このため、入院前から社会

福祉士による入院相談を行うと共に、入院後の相談支援、自宅訪問や在宅サービス利用の支援を行うことにより、地域移行の支援を行っている。

#### **4. 在宅医療の場面におけるチーム医療（医療・介護・福祉の連携）**

- 在宅医療において、質の高い医療を効率よく提供するためには、①チームの統合性、②チームのスピード性、③チームの効率性の3つの要素が必要である。
- 在宅医療における医師と看護師の連携については、患者対応のスピードが求められるとともに実施する医療行為には様々なものがあることから、在宅医療を担う医療機関と訪問看護を担う機関が提供する医療に関する哲学や実際のやり方を共有することが重要である。
- 入院から在宅への移行支援については、在宅チームが主導して在宅への移行準備、試験外泊等を実施する仕組みを構築することが必要である。
- 在宅医療では訪問診療、訪問歯科診療、訪問服薬指導、訪問看護、訪問リハビリテーション及び訪問介護のチームアプローチが必要であり、医療だけでなく自宅へのベッド導入など介護との連携が重要である。
- また、使用される医療機器の種類が増加しており、高度な機種も在宅医療で使用されていることから、臨床工学技士等が患者や家族等に対する適正使用方法の教育や運転状況の確認、保守点検などを行うことが必要である。
- 在宅医療において、患者・家族の不安を取り除くために24時間対応は非常に重要であり、確実な連絡体制を確保する必要がある。

##### 例1) 在宅医療におけるチーム医療（クリニック川越）

医師と看護師の一体化したチームで提供する医療の哲学・実施方法を共有するとともに、電子カルテを活用してリアルタイムに情報共有を行っている。医療機関と訪問看護機関の緊密な連携を前提に、医師の指示を工夫するとともに、看護師の臨床能力評価に応じて実施可能な医行為を決めることにより看護師の裁量権を拡大している。在宅緩和ケアにおいては、薬剤師が関わるケースが増加しており、麻薬等の薬剤の配送や服薬指導、中心静脈栄養の調剤等の役割を担っている。

##### 例2) 退院支援調整チーム（独立行政法人神奈川県こども医療センター）（P30 参照）

病院等で医療を受けた患者・家族に、退院後も切れ目なく在宅療養生活に必要な医療の提供と支援を提供することは、今後の在院日数の更なる短縮に向けて重要となる。

医師、看護師、薬剤師、MSW、保健師などの職種からなる退院支援調整チームが入院時から、退院に向けての視野を持ち、チーム目標を共有し、連携強化をはかることにより、退院後の環境調整が可能であり、早期に在宅生活に復帰に寄与している。

##### 例3) 地域緩和ケアを支える病院薬剤部と保険薬局等との連携（国立がんセンター東病院）

薬局薬剤師が退院時カンファレンスへ参加したり、病院薬剤師、薬局薬剤師、訪問看護を行う看護師及びケアマネジャー間で、患者の症状変化やケアプランなどについての情報を共有することにより、地域緩和ケアなどの在宅医療の質を向上するための取組を行っている。その際に薬剤師は、他職種からの薬剤に関する相談を積極的に受け付けることのほか、患者（特に高齢者）の嚥下能力や理解力などから適切な剤形を選択すること（速崩壊性製剤、ゼリー製剤等の選択、とろみの添加等）、多職種連携により得られた食事、排泄、運動等に関する情報から患者の体調を定期的にチェックし、薬剤の効果や副作用を評価することなどの役割を担っている。

例 3 - 2) 病院薬剤師と薬局薬剤師の連携 (P32 参照)

(県立下呂温泉病院、下呂谷敷病院、下呂市医師会・歯科医師会・薬剤師会) (P26 参照)  
医師・歯科医師と協働しながら、病院・薬局の双方の薬剤師の連携を円滑にして入退院後の薬剤師業務を切れ目なく適性かつ安全に実施しており、効果的な薬物療法の提供が図られている。

例 4) 入院から在宅までの切れ目のない栄養管理 (P33 参照)

在宅医療において、管理栄養士、看護師、薬剤師、ケアマネジャー等の関係職種が協働し、病状や栄養状態を安定させ疾病の重症化を防ぎ再入院等の防止のために、入院・退院時から在宅まで切れ目のない栄養管理や食事・生活支援を行う。その際に管理栄養士は、患者・家族やヘルパー等の他職種より食事に関する相談を積極的に受け、栄養食事管理の必要性を説明し、食材の選択や補給方法等の具体的支援(薬剤と食品の相互作用、インスリンの投与等による食事摂取のタイミング等)を行い、栄養補給法・経腸栄養製品・食材・調理済み食品・宅配食の適正な活用等の調整を担っている。

例 5) 地域関係機関と連携した在宅療養生活支援チーム (神奈川県域保健福祉事務所)  
(P34 参照)

開業医・往診医・病院との情報交換・連携強化し、保健師・訪問看護ステーション、ケアマネジャーや介護保険施設等の地域福祉関係者等が環境調整や関係者理解を支援する方策を検討することで、地域関係機関の役割機能を発揮し、必要な在宅療養生活の支援の提供が可能となり、患者が在宅での療養生活を継続できる効果がある。

例 6) 在宅療養支援診療所における社会福祉士の活用 (狭山クリニック) (P36 参照)

在宅療養支援診療所において、診療情報提供書における患者情報の共有だけでなく、社会福祉士が患者・家族や地域のあらゆる関係者からの情報収集を行い、患者の病状および患者・家族の希望に合った適切なケア・リハビリテーションの提供につなげている。

## 5. 医科・歯科の連携

- 医科と歯科の連携については、養成課程の違い、病院・診療所と歯科診療所の勤務場所の違い、専門用語の違い等、従来からお互いの専門性を隔てる壁は厚く、垣根は高くなっていった。具体的な例としては、医師はどの歯科医師に相談していいのか、歯科医師はどのように病院へ介入していいのかなど医科と歯科の連携における最初の手がかりすらつかめないというようなこともあったようである。
- しかし、近年における高齢化の進展、介護保険の導入、在宅医療の普及等により、リハビリテーションを専門とする医師や訪問歯科診療を行う歯科医師等から口腔ケアが重要であること、また、高齢者等の誤嚥性肺炎や低栄養の原因の一つは口腔機能の低下であり、これらを予防していくためには、口腔ケアだけでなく口腔機能の維持・向上が重要であるという医科と歯科で共通の考え方が普及してきている。
- このような背景から、急性期・救急医療、回復期・慢性期医療、在宅医療の各場面において、NST、口腔ケア等における医科と歯科の連携は重要であり、不可欠であることの認識が深まりつつあり、医科・歯科連携を推進していくための土壌が醸成されはじめてきている。
- 現在、歯科を標榜して歯科医療関係職種を配置している病院の一部において、NST、口腔ケア、摂食嚥下、感染制御、糖尿病、緩和ケア等のチーム医療が実施されていることが明



らかになった。他方で、歯科を標榜して歯科医療関係職種を配置している病院は少なく、歯科医療関係職種は歯科診療所に多く配置されていることから、歯科医療関係職種を交えたチーム医療を推進していくためには、病院内の連携に限らず、地域における病診連携、診診連携を含めた病院内・外における医科と歯科の連携を推進していくことが必要である。

- 口腔ケアは歯科的口腔管理の基本であり、誤嚥性肺炎等の予防に寄与し、医療・介護の現場で歯科医師・歯科衛生士をチームの一員として、医科と歯科の専門的な視点を合わせることにより、高齢患者において特に重要な合併症の予防が期待される。
- 歯科医師等の歯科医療関係職種をチーム医療の一員とし、口腔内管理の徹底を図ることで、誤嚥性肺炎や窒息事故等の発生を防止し、その後の医療を円滑に行うことに貢献するとともに、摂食・嚥下障害、低栄養状態、口臭等に対する専門的な医療対応を行うことが可能となり、入院患者のQOL向上や早期回復に寄与することができる。
- 医科・歯科連携を行うことで、入院患者のQOL向上や早期回復等に寄与するだけでなく、退院後も在宅、施設等の生活する場における地域連携パスに繋ぎ、口腔の医療面からの地域医療に貢献することが可能となる。
- 病院に配置されている歯科医療関係職種は、病院内の連携を推進するだけに限らず、地域歯科医師会等の地域における歯科医療関係職種との連携の窓口となり、病院内・外における医科・歯科連携をより推進させることができるという一面もある。
- 患者中心の質の高いチーム医療を推進していくためには、従来の医科と歯科の専門性に固執するのではなく、お互いの専門性を隔てる壁を薄く、垣根を低くする等、お互いの理解を深めるための努力が必要である。また、医科・歯科連携に際しては、お互いの専門性を尊重するとともに、お互いの専門性を踏まえた連携を行う必要がある。
- 特に、病院における医科・歯科連携は、歯科を標榜していない病院が多いことから、地域歯科医師会等との病診連携も含めた医科・歯科連携のチーム医療を推進していく必要がある。しかし、現行の法体系下において、歯科衛生士の業務は診療の補助ではなく歯科診療の補助に限定されているため、歯科医療関係職種が配置されていない病院に歯科医師を、あるいは、歯科医師及び歯科衛生士の両者をともに配置することが必要となっているが、更なる医科・歯科連携を推進していくためには、現場のニーズに対応できるための総合的な施策の整備が望まれる。
- また、歯科医療関係職種が配置されている病院においても、医科・歯科連携によるチーム医療が十分に実施されていない場合が認められるため、口腔ケアのみならずNSTや摂食嚥下チーム、感染制御チームなど歯科医療関係職種の関与が望まれるチームへの参加など更なる医科・歯科連携を強化・推進していくことが必要である。
- 病院における口腔ケア、NST、摂食・嚥下、感染制御、糖尿病、緩和ケア等のチーム医療において、医科・歯科連携を強化・推進し、それぞれの専門性を最大限に活かすことで、患者中心の質の高い医療を提供することが可能となる。

例1) 医科歯科連携におけるチーム医療（長崎リハビリテーション病院）(P38 参照)

歯科診療オープンシステムを活用して訪問歯科医師と院内歯科衛生士が、口腔機能向上を目的とした義歯調整等の歯科医療、摂食や咀嚼等の機能評価の実施、また、カンファレンスへ参加する等の医科・歯科連携を行っている。

例2) 医科歯科連携におけるチーム医療（昭和大学病院）(P39 参照)

チーム医療の実践、チーム医療教育、地域医療連携を3本柱とした口腔ケアセンター

を設置している。歯科のある病院においては、歯科を通してチーム医療に参加し、歯科のない病院においては、病棟へチームが直接に参加して医科・歯科連携を行っている。

## 6. 特定の診療領域等におけるチーム医療

- 特定の診療領域や課題に応じて、様々な職種による治療チームを施設内外で構成してチーム医療を実践することにより、各職種がそれぞれの専門性を発揮した業務に取り組むことが可能になり、医療の質と効率性の向上といった効果が期待される。

例) 特定の診療領域等におけるチーム医療

- ・褥瘡対策チーム（脳血管研究所美原記念病院）

看護師が褥瘡発生リスクを随時評価し、医師・薬剤師・看護師がベッドサイドにて薬剤選択及び治療方針の決定を行い、ハイリスク患者に対して積極的な体位変換を実施する取組により、ハイリスク患者が多い中で褥瘡発生率を低く抑え、治癒率も良好な水準となっている。

- ・リハビリチーム（脳血管研究所美原記念病院）

医師及びリハビリスタッフがリハビリの適応の確認を行い、リハビリスタッフと看護師が連携して、超早期からのリハビリを実施するとともに、日常生活援助にリハビリ的看護ケアを導入するなどの取組によりADLの改善度合いが向上している。

- ・せん妄対策チーム（千葉大学医学部附属病院 長浜赤十字病院）（P41 参照）

せん妄は全患者の10～30%に起こるといわれており、発生すると必要な治療やケアの実施が困難となるだけでなく、患者の安全や安楽が脅かされ重篤な状態であるといえる。せん妄患者やせん妄リスク患者に対して、主治医、精神科医、看護師、薬剤師、作業療法士等がスクリーニングや危険因子の除去等の予防的アプローチと早期介入、継続的な評価を実施することにより、せん妄の発生率の低下や重症化予防となり、有害事象の発生防止や入院期間の短縮に効果がある。

- ・子どもの入院支援チーム（昭和大学病院等）（P42 参照）

小児医療については、療養生活の中で子どもの発達課題を考慮することが重要となる。医師、看護師、作業療法士、管理栄養士等や子どもを支えるその他職種の協働により、子どもが納得し安心した治療を受けることが可能となっている。保育士や院内学級教諭は、療養中でも年齢・病状に応じた遊びと教育を提供し、チャイルドライフスペシャリストは病気や治療への年齢や発達に応じた理解を促すのに活躍し、音楽療法士は感情表出による心理的支援を行っている。各職種が治療方針等を共有・連携することで、子どもが処置や検査、手術等に対して心の準備ができ治療に臨める等により円滑な治療提供、患者の安全、家族の安心につながっている。

- ・周術期（集中治療）におけるチーム医療（長崎大学病院）（P17 参照）

集中治療の対象となる患者は、多種多様の重症疾患を抱え、様々な臓器機能が低下している。年々治療法が進歩していく中で、患者の状態に応じた時間単位のきめ細かな投与薬剤・投与量の設定などが必要。そこで、医師のリーダーシップの下、看護師、薬剤師、臨床工学士等がスムーズに連携し、チーム専従型多職種チームを構築することで、ICU在室日数の短縮や副作用の未然回避などの効果が得られている。

・ 外来化学療法におけるチーム医療（岐阜大学医学部附属病院）（P43 参照）

抗がん剤治療を通院にて受ける患者では副作用の早期発見は難しく、また、副作用発現時の迅速な対応ができないことが問題である。このため、来院時に患者に対して起こりうる副作用内容、対処法を確実に伝えるとともに、継続治療を行っている患者に対しては副作用対策を実施する必要がある。そこで、外来がん化学療法室にて薬剤師が医師、看護師と連携をとりながら患者への治療内容の説明とともに副作用に関して指導を行い、がん治療における安全性を確保している。

・ 医療安全に関するチーム医療（山形大学医学部附属病院）（P45 参照）

医療の高度化・複雑化のため、注意喚起しても事故防止には限界がある。そこで、多職種によるチームを組織し、医療事故やインシデントに関する情報の収集、事故の起こりにくいシステムの検討、医療現場へのフィードバック、組織欠陥是正のためのリスクマネジメントを実施している。

- リハビリテーションは、急性期、回復期、生活期のどの時期においても隔たりなく行われ、従来から、患者を中心に職種間を越えたメンバーでチームが構成されている。そのため、それぞれの病期によってその目的も変化する中で、患者を中心とした多様なメンバーで構成するチーム医療には、リハビリテーションの理解が必須である。
- 精神科領域においては、疾病と障害を併せ持ち、相関関係が大きい障害特性から社会的健康へのダメージを来すことがある。したがって、疾病の治療のみならず生活者として対象者支援を行うことが必要であるため、医療機関や地域において医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士、理学療法士等の多職種協働によるチーム医療の提供が重要である。また、身体面と精神面の両方に問題のある患者に対しては、身体的治療だけでなく、精神的な治療も並行して行うことが必要であり、身体的ケアスタッフと精神的ケアスタッフが協働して患者の治療を行える体制整備が必要である。
- また、精神科領域における課題である長期入院患者の地域移行、地域定着の促進を実現するためには、医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士等によるチームによる取組の推進やそのための医療環境の整備、地域社会の資源活用も含めた連携が必要である。

例 1) 認知症医療におけるチーム医療（浅香山病院）（P46 参照）

外来においては、医師の診察時間を有効に活用するために、事前に精神保健福祉士が受診に関する相談や介護・福祉サービスの調整等を行い、臨床心理士が心理検査等を実施して診察時に必要な情報を整理している。

例 2) 自殺未遂者ケアにおけるチーム医療（横浜市立大学附属市民総合医療センター）

救命センターでは、搬送される全ての自殺企図者に身体的治療を行うことはもとより、救命センターに常勤している精神科医と救急医、看護師、精神保健福祉士の多職種チームが心理的危機介入と正確な精神医学的評価、心理社会的評価を行い、これに基づいて心理教育を含む精神科治療、ソーシャルワークを行い、地域ケアの導入を行っている。

- 周産期医療においては、妊婦のリスクと選択する医療機関とのミスマッチを防ぐことが重要であり、対応する対象者のリスクに応じて施設間や施設内でチームを構成する必要がある。産科病院や産科診療所の院内助産所・助産師外来は、正常産を助産師が担うことに

よる産科医師の負担軽減や緊急時の迅速な連携に加えて、助産師が妊娠初期から分娩管理、産後の母乳支援や新生児ケアまで継続して行うことにより妊産婦の意向を尊重したケアが可能となり、妊産婦や家族の満足度の向上につながっている。

例 1) 助産所のような診療所と高次医療チームの連携（聖路加産科クリニック）（P49 参照）

必要時には迅速に転院・搬送ができる高次医療機関の門前に診療所を開設し、助産所のように時間をかけて心身の準備を整え、必要最低限の医薬品の使用による分娩を実施している。助産師チームが家族構成等も視野に入れつつエビデンスに基づいたケアを継続的に提供することにより、妊産婦・家族の満足度が向上している。

例 2) 周産期における虐待予防チーム（東海大学八王子病院）（P50 参照）

近年、社会的・経済的問題を抱える妊婦が増加しており、社会福祉士が医師や助産師と連携して望まない妊娠や若い妊婦など出産・育児に不安を抱える妊婦への早期介入から出産後の関係機関との連携調整を行い、家族の精神的不安の軽減や虐待予防につながっている。

## 7. 医療スタッフの業務の効率化・業務負担の軽減

- 急性期の医療において、現在は個別の課題に応じて必要な専門職を集めた「専門部隊型のチーム医療」が行われているが、十分なマンパワーを確保して必要な専門職を病棟に配置する「病棟配属型チーム医療」と協働・補完し合いながら実施されることが望ましい。

例 1) 薬剤師の病棟配置による薬剤管理（P15 参照）

薬剤管理において、薬剤師を病棟に配置し、医師と協働した薬物療法の検討、注射薬の調製、医師・看護師と協働した点滴投与時の注意事項の確認等を実施することにより、薬剤に関するインシデント報告件数が減少する効果が現れている。

また、病棟配置により、患者の状況や検査結果等を随時把握することが可能となり、積極的な処方提案や持参薬の適正管理、次の処方のためのフィードバック、フィジカルアセスメントの実施による薬効・副作用モニタリング、副作用を抑えるための薬学的管理、他職種への助言・相談、薬物療法のプロトコル管理などの薬剤の適正使用に関する業務を薬剤師が担うことにより、薬剤に関連する有害事象の発生や重篤化の防止など、医療安全の質が向上する。

例 2) 管理栄養士の病棟配置による栄養管理

病棟配置により、患者の日々の栄養食事摂取状況・身体状況・病状から栄養状態の変化等を随時把握・確認することが可能となり、医師、看護師、薬剤師等との連携により、的確かつ迅速に治療食（経腸栄養を含む）内容の決定・変更や食事の開始・中止の決定等に関する医師への提言、栄養管理計画書の作成を管理栄養士が担うことにより多職種の業務の効率化と治療効果の向上を図ることができる。また、介入後のモニタリングの実施により、栄養不良・栄養過剰リスクの回避のための即時調整、食事形態（とろみ付け等）の調整による誤嚥防止等、さらに患者、家族への治療食の必要性の説明・指導、他職種への助言・相談等に関する業務を管理栄養士が担うことにより、治療効果や患者のQOLを向上させることもできる。

例 3) 社会福祉士の病棟配置による患者・家族支援の取組（相澤病院）（P51 参照）

在院日数の短い急性期病院において、脳外科や整形外科病棟などに社会福祉士を配置し、入院当初から経済的・心理社会的問題に対し即時に介入し早期にソーシャルワーク援助を提供することにより社会的制度の活用や地域支援機関との連携が必要な患者に対

し、早期に家族関係などの調整を図り適切な生活環境を整え、納得いく退院に至ることができる。

- 全日本病院協会が実施した看護師の業務に関する調査によると、依然として看護師が機器点検や物品管理、検体搬送等の業務を実施しており、他職種との業務分担等による業務の見直しが必要である。
- 専門職種が本来その職種がやるべき業務に専念するために、事務職員等が実施することができる業務については医療クラーク等を活用することにより、医師をはじめとする専門職の負担軽減や、書類作成や外来の待ち時間の短縮などの患者サービス向上につながる。

例) 医療クラーク導入による医師の勤務環境改善 (済生会栗橋病院) (P53 参照)

勤務医の煩雑な事務作業をサポートして負担軽減を図るために医療クラークを17名導入している。医療クラークが外来診療補助や文書作成補助、オーダーの入力等を実施することにより、診断書の完成日数の短縮や患者とのコミュニケーションが円滑になるなど医療の質が向上するとともに、医師の生産性の向上や時間外勤務の減少などの効果がみられている。医療クラークの育成については、外部の講習と院内におけるOJTにより実施している。

## **終わりに**

- 本検討会では、医療現場で活躍する委員によりチーム医療を推進するための具体的方策について実践事例の提示を含めて検討を重ね、本報告書を取りまとめたところであるが、これは現時点で考えられるチーム医療の一例を示したものである。
- 今後、医学や医療技術の進歩や教育環境の変化に伴い、医療関係職種に求められる能力や専門性が変化していることを念頭に置き、業務範囲について関係法令等の見直しを含めて検討する必要がある。
- また、医療現場でチーム医療を実践するためには、医療関係職種を十分に配置できるだけの医療機関等の経営的な基盤が必要であり、各医療機関においてはその状況に応じた取組を行うとともに、診療報酬等における評価を行うことも重要である。
- さらに、本報告書の提言内容を医療現場で具体的に検証し、その成果を評価し、チーム医療の更なる推進方策につながることを期待したい。





# 实践的事例集

## 栄養サポートチームの取組例

<b>チーム（取組）の名称</b>	栄養サポートチーム
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>	栄養障害の状態にある患者またはそのハイリスク患者すべてに対して、必要な時に必要な対応を専門職種が行うことができる。これにより、患者の生活の質の向上、原疾患の治癒促進および感染症等の合併症を予防し、早期退院に結びつけることができる。
<b>チームによって得られる効果</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 肺炎等の合併症が減少し、在院日数が短縮するなど医療の質の向上</li> <li>・ マンパワーを充実しても労働生産性の向上により、相対的に人的コストが削減</li> <li>・ 輸液、抗生剤等の使用量が減少し、物的コストが削減</li> </ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>	<p>医師：担当医は 1 日 30～40 人の栄養計画を承認し、栄養サポートを実施。チームリーダーとして週 5 日、14 回のカンファレンス（1 回 2 時間）に参加。</p> <p>看護師：担当看護師が週 1 回、全入院患者の栄養スクリーニングを実施、栄養看護師はそれらを取りまとめ、リスク患者のリストアップを行う。医師に承認された栄養計画に基づいて、栄養サポートを行う。全カンファレンスに参加。</p> <p>管理栄養士：全病棟に配属され、直接患者から情報を得て、毎日 30～40 人の患者の栄養評価と栄養計画を作成し、栄養サポートを実施。全カンファレンスに参加。</p> <p>薬剤師：重症病棟を中心に病棟配属され、薬剤から見た栄養サポートを実施。全カンファレンスに参加。</p> <p>リハビリスタッフ：全病棟に配属され、リハビリを行うことにより、廃用を予防し、骨格筋を作ることで栄養状態の改善を図る。その他、摂食嚥下障害などに対するサポートを行う。全カンファレンスに参加。</p> <p>臨床検査技師：検査データから見た病態の把握や助言、全病棟のアルブミンマップの作成などを通じて、栄養サポートを実施。重症病棟のカンファレンスに週 2 回（1 回 2 時間）参加。</p> <p>歯科医師：口腔機能に問題のある患者の口腔内の疾患及び口腔機能診断を実施</p> <p>歯科衛生士：口腔内清掃状態のチェック。義歯、かみ合わせの状態評価、口腔ケアチームへの橋渡し。</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 担当看護師が入院時および入院後週 1 回、全患者のスクリーニングを実施。</li> <li>・ リスク患者に対し、栄養評価と栄養計画は病棟に配属された管理栄養士が毎日実施。</li> <li>・ 栄養サポートは栄養計画に基づいて病棟の担当医師と看護師、管理栄養士などが対応。</li> <li>・ ICU、CCU は週 2 回、HCU や一般病棟は週 1 回のカンファレンスや回診を実施。</li> <li>・ 管理栄養士は、24 時間（夜間は呼び出し）365 日（休・祝日出勤）の栄養サポートに対応している。</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>	近森病院、昭和大学藤が丘病院、昭和大学藤が丘リハビリテーション病院



## 薬剤師病棟配置の取組例

<b>チームの名称</b>
薬剤師病棟常駐（2病棟当たり3名体制）
<b>チームを形成する目的</b>
薬剤師病棟常駐により、薬剤管理指導の対象・対象外にかかわらず全ての入院患者の薬歴管理を実現。薬剤師が患者情報（入退院、持参薬、術後経過、治療経過、薬の効果・副作用発生状況など）をリアルタイムで把握し、その情報を医師・看護師と共有しながら、安全で質の高い薬物治療を実現。薬剤師不在日をなくし、一定の質を保つ。さらに、持参薬を含む全ての医薬品の使用・管理を薬剤師が日々チェックすることで、薬剤事故を未然に防ぎ、病棟内における医薬品の安全管理を徹底。
<b>チームによって得られる効果</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>・病棟内に潜在する薬剤管理上の問題を表出し、建設的助言・改善に向けた提案</li><li>・患者への薬剤投与前の最終チェックを薬剤師が行うことにより薬剤事故を未然に防止。</li><li>・入院時、患者との初回面談により持参薬をリアルタイムで把握し、医師・看護師に情報提供することで、持参薬を継続する際のリスクを軽減。</li><li>・医師・看護師その他の医療スタッフの薬剤に関する意識が波及的に向上。</li><li>・薬剤師と医師・看護師とのより良いコミュニケーションを図る。</li><li>・日常的に医師・看護師からの相談に応じる体制を確立。</li><li>・若手医師や新人看護師に対して、専門的立場から医薬品に関する教育や助言ができる。</li><li>・薬剤師が患者の状況を常に把握することで、医師に対しより積極的な処方提案。</li><li>・常に病棟にいることで、突発的な状況にも即時対応。</li><li>・医師・看護師をはじめとする医療スタッフや患者、患者家族から信頼と安心。</li><li>・患者の服薬コンプライアンス、薬剤管理上の注意事項など、退院時に必要な情報を医師・看護師だけでなく、患者家族、転院先の医療施設、保険薬局、MSW等に情報提供し、退院後の適正な薬剤管理を推進。</li></ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・業務内容</b>
<p>医師：入院時の処方指示は、自らの治療計画の中で実施する以外にも、病棟薬剤師による持参薬鑑別、副作用歴・アレルギー歴等の聴取記述を元に最終決定する。処方計画においては、必要に応じ薬剤師と協議。</p> <p>治療効果、副作用発生状況など、医師自ら行う患者への直接的な聴取以外にも、診療録に記載された薬剤管理指導記録や看護記録を参考にして把握。効果不十分または副作用発現などによる処方変更を行う場合も、病棟薬剤師の意見を参考にする。患者の服薬コンプライアンス状況は病棟薬剤師や看護師からの情報により判断し、患者への説明の他、必要に応じ剤型の変更や他薬への変更なども考慮し、適切に対応。</p> <p>退院時処方については、看護師、薬剤師からの情報を元に必要な処方。退院後の服薬管理については、薬剤師と協議し、患者・患者家族等への説明は薬剤師に一任。</p> <p>薬剤師、看護師からの上申、問合せ、相談等については随時適切に対応。</p> <p>看護師：入院時、看護上必要なアナムネを聴取し、持参薬がある場合、薬剤師に伝達。薬剤師による薬品鑑別の後、持参薬の服薬状況、残数等を把握し、それらの情報を医師に伝達、医師の指示を仰ぐ。</p>

患者情報は、看護師自ら患者・患者家族から徴収するだけでなく、薬剤師による初回面談の情報も参考にします。アレルギー歴、副作用歴、服薬コンプライアンスについては薬剤師の情報を元に把握し、必要に応じアセスメント、観察、その他の看護ケアに活用。

薬剤師により調剤された薬および継続使用持参薬については、薬剤師による再確認の後、与薬準備。自己管理可能な患者への配薬は、原則として薬剤師が実施。薬剤師不在時は看護師が代わりに実施。自己管理不可の患者への日常的な与薬は看護師が実施。

医師の指示変更があった場合は、薬剤師と連携してその対応を実施する。患者からの薬の回収作業は原則として看護師が行う。

診療録上に記載された薬剤管理指導に目を通し、効果・副作用の有無、服薬コンプライアンス等の情報を収集、個々の患者の薬剤管理について薬剤師と連携して実施。必要に応じ、医師への上申、問合せ、相談。

退院時は、薬剤師と連携して対処する。緊急の退院時も薬剤師と密に連絡。

薬剤師により1メニューごとにセットされた注射薬は、薬剤師の処方確認の後、看護師が混注し実施。抗癌剤、IVHは薬剤師が調製し、看護師が内容確認し患者に実施。

薬剤師：入院患者全員を対象に、入院時初回面談を実施し、持参薬の有無を確認。薬剤師が把握した持参薬服用情報は、口頭のみでなく、カルテ記載、持参薬リストの記載により医師・看護師に伝達。持参薬以外にも、患者の薬剤アレルギー歴・副作用歴、禁忌薬の有無について確認し、医師・看護師に伝達。

処方時には、投与方法等を医師に提案するなど、投与设计にも積極的に参画。

調剤済み薬について、医師の指示との照合・確認。与薬作業は看護師が実施。薬剤管理指導の記録は診療録に記載し、医師・看護師を含む多職種で共有。

投与後、効果・副作用の有無、服薬状況等の情報収集。必要に応じ医師等へ情報提供。1日1回、全入院患者の診療録確認。指示の中止、変更時にも、返品その他の確認。

退院時には退院時服薬指導を実施。薬剤情報提供書を配布。退院後の投薬管理について、患者のみならず、患者家族、転院先の医療機関等の情報提供。場合によりMSW、事務職員など関連職種とも連携。

注射薬についても内服薬・外用薬と同様の管理。抗癌剤、IVHのみ薬剤師がミキシング作業。他の注射薬は1回量毎にセットを行い、ミキシングは看護師が実施。

原則として、病棟における与薬業務や注射のミキシング等の直接的な作業を行うために薬剤師を常駐配置するのではなく、多職種による安全な投薬プロセスを確立するための専門的助言、管理、チェックなどを日常的に実施。

その他の医療スタッフ：薬に関連する事項があれば、病棟に常駐する薬剤師に相談する。。

#### チーム運営に関する事項

- ・1病棟に主担当1名と副担当1名を配置。副担当は2病棟を兼務。
- ・原則として、休日を除く日勤帯(9時~17時)は薬剤師が病棟に常駐。
- ・薬剤管理指導記録は診療録に一元化し、診察記事内に時系列記載。
- ・患者情報は、医師・看護師・薬剤師・その他医療スタッフ間で常に共有。

#### 具体的に取り組んでいる医療機関

東住吉森本病院

## 周術期（集中治療）におけるチーム医療の取組例

<b>チームの名称</b> 集中治療チーム
<b>チームを形成する目的</b> 集中治療の対象となる患者は、多種多様の重症疾患を抱えたうえ、心機能、腎機能、肝機能、呼吸機能など様々な臓器機能が低下している。年々治療法が進歩していく中で、作用が急激な注射剤の多種併用、患者の状態に応じた時間単位のきめ細かな投与薬剤・投与量の設定、様々な医療機器の使用など、各職種の医療スタッフがチームを組み、その専門性をもとに治療の質、安全性の向上を図ることは非常に重要である。このようなチーム病棟専従型他職種チームが構築されてはじめて質が高く安全な集中治療が可能。
<b>チームによって得られる効果</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・安全かつ効果的な治療による、ICU 在室日数、病院在院日数の短縮</li><li>・医療費の削減、物的コスト削減</li><li>・副作用、合併症、原疾患の悪化などの早期対応、未然回避</li></ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・業務内容</b> <p>医師：入院時、主疾患の治療・管理方針を決定し、合併疾患に関しては他診療科へコンサルト及び治療協力を依頼すると同時に、専従型他職種医療スタッフに対しても方針に基づいた指示を与え、チームが効率的に機能するようリーダーシップを発揮する。また、時間単位の病態変化に合わせて、治療・管理方針及びこれに基づく治療法見直しを家族への説明・同意をもとに行いながら、他診療科の医師や常駐（又は院内 PHS での呼び出し）する他職種の医療スタッフとの相談、指示出しを行い、緊急性に応じたチームでの医療を統括する。</p> <p>看護師：医師の指示のもと、急激な病態変化や時間単位の指示変更に対応しながら、集中治療が効率よく行われるうえでの患者管理上の問題点（原疾患や安静を余儀なくされることでリスクが高まる合併症に対する問題点）を抽出し、看護計画を立案する。この問題点に関する計画の立案から実施の過程において、各専門の専従型他職種医療スタッフ（薬剤師、理学療法士など）と綿密なコミュニケーションをもとに役割の分担および協働を行う。</p> <p>薬剤師：薬物療法の占める割合が大きく、作用が急激な注射剤の投与が行われるため、常駐型の業務として、排泄機能など患者の状態と薬剤の特徴、方針、ガイドライン等を参照し、医師の時間単位での処方変更をサポート（提案・相談・処方鑑査）する。また、予想される副作用の未然回避、早期発見のための方策を提案し、医師・看護師と協働で継続的にモニタリングする。多種注射剤が併用されるため、限りあるルート数のなかで、安全で効果的な投与かつ静脈炎回避が可能となるルート設定を行う。医薬品管理に関しては、緊急時に必要な薬剤の期限確認、医師や看護師と協働し不要なコストや取り間違えのリスクを意識した最小限の薬剤の選定及び在庫数設定、簡潔な薬剤管理システムの構築を行う。</p> <p>臨床工学士：人工呼吸器や PCPS、CHDF、シリンジポンプなど生命危機に瀕した患者にとって安全な機器使用は非常に重要であり、常時使用できるためのメンテナンス、前準備など機器管理全般や安全手順作成、使用者教育などを行う。</p>

理学療法士：集中治療管理による運動性の低下に伴う廃用症候群の防止や早期離床を目指し障害の集中的改善を図る。

言語聴覚士：集中治療管理に付随する嚥下困難に対し、摂食・嚥下評価訓練を行う。

歯科医師：術前から退院までの患者の口腔ケアの指示を歯科衛生士、看護師に行う。医師と協働し、摂食・嚥下機能評価や各検査を行い、カンファレンスを開催する。

歯科衛生士：歯科医師の指示の下、入院食の変更や調整を行う。

#### チーム運営に関する事項

- ・ 患者入室時、毎朝のカンファレンスによる情報や方針の共有化
- ・ 電子カルテによる情報の共有化
- ・ 各チームスタッフの病棟専従・常駐化（不在時は院内 PHS の対応など）

#### 具体的に取り組んでいる医療機関

長崎大学病院、昭和大学横浜市北部病院

## 入院患者の状態に応じたきめ細やかな栄養管理

<b>チーム（取組）の名称</b>	栄養サポートチーム（周術期栄養管理～外来から入院・退院における栄養サポート）
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・消化管がんの手術予定患者について、術前に主観的包括的栄養評価（SGA）を実施し「中等度栄養障害」以上と評価された患者（術前ハイリスク患者）について、外来はもとより入院中においてもNSTによる栄養介入を実施することで、術後在院日数の短縮および転帰の改善を目指す。</li> </ul>
<b>チームによって得られる効果</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・術後在院日数低減</li> <li>・術後合併症発生率減少</li> <li>・術後の転帰の改善</li> </ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>	<p><b>医師</b>：術前ハイリスク患者に対する術前・術後の栄養介入の指示。術前・術後患者に対するNSTミーティング・回診の実施（1回/週）及び栄養状態の把握。</p> <p><b>看護師</b>：外来看護師は消化管がんの手術予定患者に対しSGAを実施し、術前ハイリスク患者を抽出。 病棟看護師は術前ハイリスク患者の状態を把握し、問題点に対しNSTミーティング及び回診において報告する。</p> <p><b>管理栄養士</b>：外来において、術前ハイリスク患者に対して免疫補助栄養剤の飲用指導を実施する。 病棟に配属された管理栄養士が術前ハイリスク患者入院時に外来時の栄養摂取状況を把握、また直接患者から栄養管理上必要な情報を収集する。 その情報をもとに食事内容及び形態、経管栄養（静脈栄養）投与プランの提案を医師に行う。 一方、医師の指示のもとにオーダーシステム上での変更を行うことで看護師、医師の業務軽減を図っている。これらの内容について電子カルテ上の栄養管理計画書に記載し情報の共有化を図る。またNSTミーティング及び回診に参加し患者の状態に応じた食事提供に寄与する。また、患者の術後の食事に対する不安解消及び退院後のQOLの向上を目的に栄養食事指導を実施する。（入院中2回） 以上の行為をスムーズに実施すべく病棟回診、病棟カンファランスへ参加する。 該当患者が他施設へ転院する場合、退院時栄養サマリーを発行し、入院中の提供食事内容、栄養管理状況について情報提供、情報の共有化を図る。</p>

薬 剤 師：病棟配属された薬剤師が薬物療法における提案や疑義照会時に、医師の同意・指示に基づいて処方・注射・検査をオーダするなど医師オーダサポート業務を実施し医師の支援・業務軽減を図る。

リハビリスタッフ：

病棟担当のリハビリスタッフが、リハビリを行うことにより、摂食嚥下障害などに対するサポートを行う。また NST カンファレンス・回診に参加し情報提供を行う。

臨床検査技師：栄養管理に関わる検査データの提供および NST への参加による検査技師の立場からのアドバイスを行う。

#### チームの運営に関する事項

- ・ 外来：手術日が決定した時点で、入院時に行われている SGA と同様の評価を外来看護師が施行。「中等度栄養障害」以上の症例に対して、NST による栄養介入を実施。
- ・ 入院：入院時に外来にて紹介の免疫補助栄養剤の飲用状況を把握するとともに、NST 回診にて、患者状況を把握し報告書への記載、電子カルテ上へ掲載することで情報の共有を図る。

#### 具体的に取り組んでいる医療機関等

株式会社日立製作所日立総合病院

## 急性期リハビリテーションチームの取組例

<b>チーム（取組）の名称</b>	急性期リハビリテーションチーム （相澤病院ケアユニットチーム，理学療法部門，大塚功）
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>	脳卒中ケアユニット（以下SCU）の配置人員は，専従理学療法士または作業療法士1名となっているが，基準通りの1名の配置では到底十分なリハビリテーションを提供することは不可能である。当院では365日体制でSCUにおける急性期リハとチーム医療を実践するために，理学療法士3名，作業療法士1名，言語聴覚士1名を配置している。この配置により，SCU入室期間約5日間に患者1名につき1日あたり平均6単位のリハビリテーションを提供することができている。
<b>チームによって得られる効果</b>	急性期におけるチームの目標は，「全身状態を安定化させながら，脳卒中の治療と並行して，臥床に伴う廃用症候群等の合併症を予防し，急性期から望ましい機能回復を図りながらその後の日常生活活動の獲得と社会復帰につなげていくこと」である。たとえば摂食嚥下機能を例にとると，多職種が病棟チームに配置されていることにより，より早期に摂食嚥下機能に関わる情報の統合が可能になり，早期の経口摂取への介入，日々刻々と変化する状態への臨機応変な対応を実現し，患者の最大限の回復を促すことを可能にしている。
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>	例として，摂食嚥下機能の改善に対するアプローチを示す。 医師：全身状況の医学的管理，急変への対応，摂食状況の把握を行い，必要に応じ，嚥下造影検査を実施する。 言語聴覚士：医師の指示に基づき，摂食嚥下機能の評価を行い，望ましい食事形態，摂食時の姿勢，摂食方法などについて他職種へ情報を伝達する。 看護師：24時間体制で患者の全身状況を管理し，実際の食事摂取状態を観察する。言語聴覚士からの情報をもとに，食事摂取援助を行う。 理学療法士：運動機能全体の評価とアプローチを行う。体幹機能の評価から，摂食時の姿勢を提案し，実施する。 作業療法士：体幹，上肢機能の評価から，適切な食物摂取方法を提案する。
<b>チームの運営に関する事項</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>① リハビリテーションをほぼ全て病棟で実施し，療養と生活空間を共有する</li> <li>② 電子カルテを導入し，情報を一元化し共有する</li> <li>③ 病棟内での多職種間の日常的コミュニケーションを重視する</li> <li>④ リハカンファレンス，退院カンファレンス，転倒転落カンファレンス，排泄ケア，カンファレンスなどの重視する</li> <li>⑤ 職種横断的な検討会，プロジェクトチーム会を作り，運営の刷新を定期的を図る</li> </ol>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>	相澤病院（長野県松本市）

## 救命救急センターにおける社会福祉士の取組

<b>チーム（取組）の名称</b>	社会福祉士専従配置を含む救命救急センター
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 第3次救命救急医療で患者を受け入れるベッドの確保をする</li> <li>・ 患者が円滑に治療が受けられるようにするための経済的、社会的問題の解決</li> <li>・ 患者の回復の促進</li> <li>・ 患者の救命後の治療継続先の適切で、円滑な転院先の選定、連携、調整</li> </ul>
<b>チームによって得られる効果</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療費（未納防止）、家族の協力の促進等、治療を受けやすい環境が作れる。</li> <li>・ 在院日数が短縮し、入院患者を多く受けることで、救急の機能を促進できる。</li> <li>・ 準備のない入院に対する患者・家族の精神的不安を軽減し、取り組みを促す。</li> <li>・ 医師・看護師の業務軽減（困難事例の家族支援、困難事例の退院先探し、医療費等の相談を請け負うことによる）</li> </ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>	<p>医師：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 診断・治療。</li> <li>・ 患者・家族に対して治療方針に関するインフォームドコンセント。</li> <li>・ ベッドコントロール。</li> <li>・ 紹介元及び紹介先病院との連携</li> </ul> <p>看護師：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看護・ケア等。</li> <li>・ 多くの職種とのコーディネーション。</li> </ul> <p>薬剤師：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専従配置により、薬剤使用に関する適切なアドバイスを行う。</li> <li>・ 使われている薬剤が多い救命救急センターで、適正な使用量や併用の適否等に関する緊急の判断を行う。</li> </ul> <p>管理栄養士：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専従配置により、状態変化が大きい救急患者の適切な栄養評価、栄養計画を立てる</li> </ul> <p>社会福祉士：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 毎日5時間程度救命救急センターに常駐し、3～4人の患者・家族と面接し10～15人の患者の連絡調整を行う。</li> <li>・ 準備のない入院に対する患者・家族が持つ不安、心配に対する精神的なサポートをする。専従していることでアウトリーチすることができる。</li> <li>・ 身元不明患者の身元確認、必要な手続きの代行。</li> <li>・ 外国人の言語の問題、保険証の問題に対応。</li> <li>・ 家族がいない、または家族と疎遠な患者のキーパーソン探しとそのかわりが維持できるよう支援をする。</li> <li>・ 病気、病状、今後の状態像に関する理解の手助けをする。</li> <li>・ 医療費や生活費の困窮、心配に対して制度を利用して問題解決を図る。</li> <li>・ 入院による社会的役割（仕事、介護、子育てなど）の遂行不能に関し、さまざまな社会資源の活用により社会的支援を行う。</li> <li>・ 救急治療後の他院への転院についての理解を促し、今後の生活に関するイメージづくりを手伝う。</li> </ul>



- ・特に経済的に困窮している患者、寝たきりで医療依存度が高い療養を必要とする患者、の退院援助（主に転院援助）を探す
- ・虐待・DV など他職種、機関との連携が特に必要なケースにアウトリーチして対応を行う。
- ・さまざまな地域関係機関（2次救急病院、リハビリ病院、療養病床、福祉事務所、警察、児童相談所、区役所国民健康保険課、その他）との連携、調整を行う。

#### チームの運営に関する事項

- ・毎日の担当医、担当看護師、担当社会福祉士間のコミュニケーション
- ・医師、看護師、PT OT、社会福祉士による脳外科疾患に関する週1回の方針決定カンファレンスの参加
- ・週1回のセンター全体の回診への社会福祉士の参加
- ・地域の関係機関との連携強化

#### 具体的に取り組んでいる医療機関等

北里大学病院

## 回復期リハビリテーションチームの取組例

<b>チーム（取組）の名称</b>
回復期リハ専門病院におけるチーム
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>
特に脳卒中患者や肺炎による廃用症候群患者などは多くが高齢者のために、多種多様なリスク（慢性疾患や再発、合併症）を抱えている。その様な状況下で、障害の改善、家庭復帰を支援することとなる。そのためには医師・看護師のみならずその他の多くの専門職が患者の日常生活を基本とした関わりが重要であり、病棟専従多職種がチームを構築してはじめて、質の高いサービスを効率よく提供、安心した地域生活に繋がっていくことが可能となる。
<b>チームによって得られる効果</b>
セラピストのみならず介護福祉士、社会福祉士、管理栄養士、歯科衛生士などが病棟専従となることで専門職間の垣根が無く、日常的に情報交換・検討が盛んになるとともに、専門的視点に立って評価・プログラム作成を行い、カンファレンスで統一した目標に向かって関わることが可能となる。
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>① 病棟専従医師：入院時多職種と共に全身状態および障害の評価、予後予測を行うと共に他職種に指示を与えチームが有効に機能するようにリーダーシップを発揮。患者・家族が障害を乗り越え地域生活に立ち向かえるようにチームリーダーとして支援する。更に総合診療的視点に立って、慢性疾患および再発・合併症の予防と治療を行う。また急性期および維持期との連携を図っていく。（カンファレンス、家族説明、合併症治療に時間を要す）</li> <li>② 看護師：医師の指示の下、リスク管理を行う。ADL介助・自立援助を基本とした関わりの中で、セラピストが個別患者に指導した内容を積極的に取り入れると共に日常生活における問題点を抽出し、セラピストに提示する。家族支援。</li> <li>③ 介護福祉士：日常生活支援と共に家族の介護指導を行う。</li> <li>④ 管理栄養士：栄養アセスメント、評価、改善プログラム作成、実施、再評価。本人および家族に対する栄養指導・食形態調理指導</li> <li>⑤ 薬剤師：入院時使用薬剤の情報収集の下、医師・看護などに情報提供、本人・家族指導</li> <li>⑥ 理学療法士・作業療法士：障害の集中的改善を図り、基本動作の確立と共に日常生活動作の改善が図れるよう看護とともに介入する。</li> <li>⑦ 言語聴覚士：言語障害の改善と共に摂食嚥下訓練を行う</li> <li>⑧ 社会福祉士：家族とスタッフ間、患者と家族間・地域生活などとのつなぎとしての役割を行いながら在宅生活基盤づくりを実施。</li> <li>⑨ 歯科衛生士：歯科医師との連携の窓口機能を果たすと共に、口腔衛生状態の評価、口腔ケアのプログラム作成（重度障害患者に対する口腔ケア技術助言・援助）、歯ブラシなどの患者・家族指導を行う。</li> <li>⑩ 登録歯科医師（歯科診療所）：口腔機能向上のために義歯調整、歯科的治療を行うと共に食事場面での機能評価を実施。カンファレンスに出席</li> </ol>

チームの運営に関する事項

チーム運営に関しては以下の項目が前提であり、教育が必要

- ・電子カルテによる情報の共有化
- ・カンファレンスの重視
- ・チームマネジメント能力

それぞれの職種の知識・技術力向上に向けた教育体制が前提となる

具体的に取り組んでいる医療機関等

長崎リハビリテーション病院、初台リハビリテーション病院、湯布院厚生年金病院、その他

## 回復期リハビリテーションチームの取組例（歯科）

<b>チーム（取組）の名称</b>
歯科のない回復期病院と地域歯科医師会との連携
<b>チームを形成する目的</b>
歯科標榜がない回復期病院において、地域歯科医師会と病院との協議のもと、入院期から病院スタッフと連携し口腔リハビリテーションを含む歯科治療が退院後まで切れ目なくスムーズに提供できる環境を作り、地域全体での医療連携チームを構築し、医科と歯科の視点から患者に質の高い医療を提供する。
<b>チームによって得られる効果</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 咬合支持の回復により、栄養摂取レベルの向上が期待できる</li> <li>・ 包括的な医療連携チームにより口腔を含む切れ目ない回復支援に貢献できる。</li> <li>・ 関係職種の資質の向上を図ることが可能である</li> <li>・ 入院患者の歯科医療ニーズに的確にこたえることができる。</li> <li>・ 退院後に地域での歯科的管理の継続ができる。</li> </ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>
<p>リハ医師（病棟）：患者の身体状況についての情報提供や口腔機能訓練ならびに、                  歯科処置に関わる患者の負荷能力等についての情報提供を行う。</p> <p>登録歯科医師(歯科診療所)：病院スタッフと協働し、歯科処置を含め口腔内の精査や口腔ケア・口腔リハビリテーションの指示を歯科衛生士、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、看護師に行う。また、必要に応じて、食事に立ち会い摂食機能に関わる状況判断を行い、病院スタッフに伝達する。</p> <p>看護師（病棟）：患者の身体状況などについての情報提供ならびに看護業務を通して問題となっている口腔の問題情報等の情報提供を行う。</p> <p>歯科衛生士（歯科診療所）：歯科医師に随行する歯科衛生士は、歯科医師の口腔診断評価を受けて、口の機能訓練ならびに口腔ケアを行い、患者・家族・病棟スタッフに口腔保健指導を実践する。また、歯科医師の指示のもとに専門的口腔ケア（歯石除去等）を行う。</p> <p>歯科衛生士(病棟)：病院勤務の歯科衛生士は、入院患者の口腔ケアに関するアセスメントを行い、歯科医師に報告するとともに、他の病院スタッフや本人家族に対して口腔ケアに関する助言を行う。また、地域の登録歯科医師との連携窓口の役割を担う。</p> <p>理学療法士（病棟）：体幹の保持機能、呼吸訓練などリハの進捗状況などの情報提供を行い、摂食機能訓練、および口腔機能向上など口のリハビリテーションの実施に際して情報提供を行う。</p> <p>作業療法士（病棟）：口腔リハなどに際して、車椅子やアームスリング等患者の自立支援に役立つ機器の提案</p> <p>言語聴覚士（病棟）：歯科医師の口腔機能評価などの情報提供を受け、摂食嚥下機能向上における連携強化により患者の回復支援が効果的に行える。</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医科歯科連携の運営協議会で作成した連携表を通して歯科情報の提供を行い病院スタッ</li> </ul>

フとの連携をスムーズに行うようになっている。また、退院時カンファレンス等に際して、病院へ歯科情報を提供し患者の在宅支援を行っている。定期的に運営協議会を開催し、適宜問題状況の改善を図る。また年1回登録歯科医師の会を開催し研修等を行う。

具体的に取り組んでいる医療機関等

長崎リハビリテーション病院

## 回復期リハ病棟における転倒対策

<b>チーム（取組）の名称</b> 回復期リハにおける転倒対策（病棟チームでの対応）
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b> 回復期リハでは、より発症早期の患者が入院するようになり、意識障害を呈し病識が不十分な状態で入院されるケースが増えている。さらに、早期ADL自立を目標に積極的な活動を促進するために、常に転倒事故が起きるリスクが存在する。転倒の原因や発生する状況はさまざまであり、麻痺やバランス等の運動機能障害、注意や病識等の高次脳機能障害、不安などの心理要因、明るさや段差などの環境要因、トイレ切迫、服薬等その他の要因が複合的に絡んでいるため、多職種連携が欠かせない。そのため、転倒リスクの高い患者に対して、病棟チームで取り組むことが有効である。
<b>チームによって得られる効果</b> 運動機能、高次脳機能、排泄機能、服薬状況等を正しく評価することにより、転倒・転落のリスクを把握する。病識が低く衝動的に行動してしまう患者の行動をただちにキャッチするために、センサー、マットコール等の福祉機器を使用する。また、病棟内監視歩行となった患者を自立と判断するための適切な基準が必要である。自立に至るまでの間に、適切な評価・訓練を行い、患者の能力向上と自己認識促進を促すリハビリテーションの提供が重要である。
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b> 医師：転倒リスクのある患者に対し、医学的管理を行うい、申し送りやカンファレンス等での情報を基に、移動形態や介助方法を総合的に判断する。 理学療法士：移動の評価・訓練、介助方法の指導及び移動に関する全体のマネジメントを行う。 作業療法士：病室内の扉やカーテンの開閉、物の運搬等、リスクを伴う実際の生活場面での応用歩行の訓練、評価、および環境調整を行う。 言語聴覚士：注意機能等高次脳機能の転倒に関する影響の評価、他スタッフへの指導方法の援助、自己の行動の振り返りから病識の改善にアプローチする。 看護師：24時間を通じた転倒に関する評価を行い、患者の全身状況を把握、リハビリの進行具合、患者の心理面などを総合して患者にかかわる。 介護福祉士：病棟の環境、患者の心理面に配慮し、ADLを実施する上で患者の行動を援助する。
<b>チームの運営に関する事項</b> チームメンバーは全員が病棟配置であり、必要に応じリハビリテーション室での練習を行うが、病棟で共有する時間を利用して、密に患者に関する情報交換を行う。定期的に行われるカンファレンス、ミニカンに加え、朝夕の申し送りにて、患者の変化や特記事項を連絡しあう。多職種の病棟配置により、転倒リスクの高い患者の情報を共有し、自立に向けたアプローチを行い、患者の最大能力を引き出すことができる。
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b> 船橋市立リハビリテーション病院

## 医療療養病床におけるチーム医療

<b>チーム（取組）の名称</b>	社会福祉士専従配置の医療療養病床
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「老人にも明日がある」の理念の下、医療依存度の高い患者の医療療養病床で、多職種チームアプローチによるリハビリ／ケアを提供する</li> <li>・医療依存度の高い患者の尊厳と自己決定の保持</li> </ul>
<b>チームによって得られる効果</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療依存度の高い患者への質の高いケア・リハビリを提供</li> <li>・患者の尊厳の保持</li> <li>・治療の選択肢の提供（長期入院・在宅支援・介護保険施設等の利用の援助）</li> <li>・家族支援(家族の希望を治療に反映する・方針に反映する)</li> <li>・急性期・回復期からのシームレスな受け入れ、地域の居宅介護支援事業所や他介護保険施設、障害者施設等との連携</li> </ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>	<p>医師：            ・診断・治療。</p> <p>                    ・患者・家族に対して治療方針に関するインフォームドコンセント。</p> <p>看護師：        ・看護・ケア。</p> <p>PT・OT・ST    リハビリテーションの実施</p> <p>社会福祉士：   ・1病棟42床で専従SW1名配置する中で、毎日病棟に7時間常駐し、10人程度の患者・家族と面接し、5、6人の患者の連絡調整を行っている。ケアカンファレンスを週に1回10名の患者に対し実施。多職種合同で行う病状説明会を患者・家族に対し週に2回程度実施。自宅訪問を週に1、2回実施。介護保険の更新や身体障害者手帳の取得に必要な手続きの代行も行っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院相談の窓口：入院に当たっての経済的、社会的問題の問題解決支援</li> <li>・入院中の家族の支援・家族の要望の聞き取りとチームへの発信</li> <li>・病状説明会の調整と同席により、患者/家族が治療に参画できるよう支援</li> <li>・自宅退院を検討できる辞令について、地域関係機関と連携し自宅訪問を計画。</li> <li>・退院時は保健・医療・福祉に関する地域関係機関との連携調整</li> <li>・患者・家族の状況に応じて、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、障害者病棟などへの転院の援助と、シームレスなケアの移行を支援する。</li> </ul>
<b>チームの運営に関する事項</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎日の担当医、担当看護師、担当社会福祉士間のコミュニケーション</li> <li>・定期的な医師、看護師、PT・OT・ST、介護福祉士、社会福祉士によるカンファレンスの開催</li> <li>・地域の医療機関との連携強化</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>	霞ヶ関南病院

## 退院支援調整チーム

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">チーム（取組）の名称</div> <p style="margin: 0;">退院支援調整チーム</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">チームを形成する目的</div> <p style="margin: 0;">病院等で医療を受けた患者・家族が、退院後も切れ目なく必要な医療の提供と、ライフステージに合った在宅療養生活支援を安心して受けられる退院システムを構築する。</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">チームによって得られる効果</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院患者は退院後の生活支援を積極的に受ける事で早期に在宅生活に復帰できる。</li> <li>・患者・家族を取りまく地域関係機関・各職種との連携強化が図れることで、患者は療養生活の質を維持向上できる。</li> <li>・病院内部のそれぞれが、チーム医療・連携協働意識をもつことで、病院と地域との連携がスムーズに進み、患者への継続した医療の提供が可能となる。</li> </ul>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</div> <p style="margin: 0;">退院後の生活を考慮した在宅医療、在宅療養支援について具体的計画の検討</p> <p>○医師：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者・家族への病状に関する説明</li> <li>・退院に向けた今後についての具体的方針</li> <li>・退院後の医療施設との連携体制の確認（緊急時の対処方針、病病・病診連携等）</li> </ul> <p>○看護師：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅ケアに向けた技術指導</li> <li>・退院後、通院時外来との連携方法の検討</li> </ul> <p>○薬剤師：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・薬の説明、地域薬局との連携</li> </ul> <p>○退院支援部門（MSW/看護師/保健師等）：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・開業医・訪問看護ステーション等必要な医療機関の確保</li> <li>・患者をとりまく関係機関との調整、地域福祉制度・患者会等の情報提供</li> <li>・在宅で使用する衛生材料や薬品、医療機器など、院内だけでは解決できない課題は、病棟看護師とも相談し、在宅ケア継続環境調整を行う。</li> <li>・自宅での状況を想定した準備（24時間ケアプラン）やサポート体制を検討する。</li> </ul> <p>○医事課：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療費の説明</li> </ul> <p>○その他診療に関係した必要な専門職：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅生活に役立つ技術習得、情報提供</li> </ul>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">チームの運営に関する事項</div> <p style="margin: 0;">○病院方針の徹底：（病院長、運営会議、診療会議）</p> <p style="margin: 0;">在宅で生活する患者・家族支援の基本的考え方・価値観の共通認識を職員で共有した上で、各職種の機能と役割を発揮した院内のチーム医療・連携協働意識を持つことで、病院と地域との連携システムを病院方針として構築をする。</p> <p style="margin: 0;">○退院計画の検討：</p>



退院に向けて、現在の病状や治療方針・家族情報・地域資源等を共有する。

- ① 長期入院患者の要因に関する検討
- ② 医療機器装着で退院する予定の患者の診療方針の共有と対策を検討するため、地域関係者を含めた退院前カンファレンスを実施
- ③ 社会的問題を抱え在宅療養生活上支障が予測される患者の退院方針・計画を検討し、関係職種機能を発揮した役割分担を行う。

具体的に取り組んでいる医療機関等

独立行政法人神奈川県こども医療センター

## 病院薬剤師と薬局薬剤師の連携の取組例

<b>チームの名称</b>	薬薬連携推進チーム
<b>チームを形成する目的</b>	病院・薬局の双方の薬剤師の連携を円滑にして入退院後の薬剤師業務を切れ目なく適性かつ安全に実施する。
<b>チームによって得られる効果</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 禁忌、相互作用、重複が避けられる。</li> <li>・ 適正かつ安全な薬物療法の提供が可能（充実した服薬指導）。</li> <li>・ 薬物療法がより効率的に効果的になる。</li> </ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・業務内容</b>	<p>医師・歯科医師：お薬手帳、施設間情報提供書を利用する。処方時に病名、処方理由、臨床検査値など必要に応じて情報提供に努める。疑義照会には積極的に応じる。</p> <p>病院薬剤師：入院中の情報が退院後、薬局薬剤師の業務に役立てられるように情報提供。</p> <p>薬局薬剤師：入院時に薬歴による情報を病院薬剤師の薬剤師業務に役立てられるように情報提供。</p>
<b>チーム運営に関する事項</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病院・薬局双方の薬剤師及び医師・歯科医師が互いの情報提供の必要性・有益性を理解することが重要であり、あらゆる機会を通して情報交換。</li> <li>・ チーム医療の目的が、質の高い納得の得られる医療の提供であることを確認。</li> <li>・ 情報提供の媒体は、お薬手帳や施設間情報提供書を中心として電話なども可。</li> <li>・ 定期的な薬薬連携推進委員会の実施。（病院薬剤師、薬局薬剤師、医師会、歯科医師会の10名で構成）</li> <li>・ 毎月の医師会と薬剤師会の学術講演会、症例報告会への積極的参加。</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関</b>	県立下呂温泉病院、下呂谷敷病院、下呂市医師会、下呂市歯科医師会と下呂市薬剤師会に属する施設

## 入院から在宅までの切れ目のない栄養管理

<b>チーム（取組）の名称</b>	在宅栄養サポートチーム
<b>チームを形成（地域の中核病院管理栄養士による在宅介入）する目的</b>	入院中に行った的確な栄養管理の方法を在宅生活に応用するために、在宅での療養を支援する職種（ケアマネジャー、看護師、ホームヘルパーなど）や本人・家族に対し、在宅訪問栄養食事指導を行う。これにより、患者の生活の質の向上、原疾患の治癒促進および感染症等の合併症の予防、再入院予防に結びつけることができる。
<b>チームによって得られる効果</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 肺炎等の合併症が減少し、原疾患の悪化防止や再入院の減少など医療の質の向上。</li> <li>・ 輸液、抗生剤等の使用量が減少し、物的コストが削減。</li> <li>・ 家族や在宅チームの栄養問題に関する不安軽減。</li> <li>・ 経口摂取維持による患者満足度の向上。</li> </ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>	<p>医師：医師はチームリーダーとして治療方針を決定する。ケアマネジャーと協議して訪問看護師、訪問介護士、訪問管理栄養士、訪問薬剤師、訪問リハビリスタッフ等に指示を行う。病院に在籍している管理栄養士に治療方針を伝え、在宅の情報を聞き取る。</p> <p>看護師：訪問看護師が毎回、患者の栄養スクリーニングを実施、訪問看護師はそれらを取りまとめ、医師に報告する。医師に承認された栄養計画に基づいて、栄養サポートを行う。地域担当者会議に参加。</p> <p>管理栄養士：在宅に訪問し、栄養状態の評価を行い、栄養計画を作成し、他の職種や本人・家族の栄養・食事問題（食材や栄養剤購入、食事形態の調整、誤嚥予防、口腔ケア、食品の保管、調理方法など）の相談に応じる。地域担当者会議に参加して、医師の治療方針を在宅スタッフに説明する。在宅スタッフの意向を聞き在宅での患者の状態と共に医師に伝える。</p> <p>リハビリスタッフ：訪問リハビリを行うことにより、廃用を予防し、骨格筋をすることで栄養状態の改善を図る。その他、摂食嚥下障害などに対するサポートを行う。地域担当者会議に参加。</p> <p>ホームヘルパー：食材の購入のサポート、食材の保管や食事作りを支援する。地域担当者会議に出席。</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看護師が訪問時に、患者の栄養状態や摂食状況のスクリーニングを実施。</li> <li>・ リスク患者を医師に報告し、医師からの依頼で在宅訪問栄養食事指導を管理栄養士が行う。管理栄養士は栄養評価と栄養計画の作成、具体的な栄養サポートを行う。</li> <li>・ 栄養サポートは栄養計画に基づいて訪問看護師、ホームヘルパー、家族などが対応。</li> <li>・ 管理栄養士は栄養ケアプランを作成し、医師とケアマネジャーに栄養ケアプランと指導内容の報告を行う。</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>	緑風荘病院

## 地域関係機関と連携した在宅療養生活支援チームの取組例

<b>チーム（取組）の名称</b>	地域関係機関と連携した在宅療養生活支援チーム
<b>チームを形成する目的</b>	患者が在宅療養生活を継続するために、地域関係機関の役割機能を発揮し、ライフステージにおいて必要な在宅療養生活支援システムを構築する。
<b>チームによって得られる効果</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師やその他関係職種による医療機関の支援を受けることで、一度退院した患者がその後も必要な医療の提供と在宅での療養生活を続けることができる。</li> <li>・ 開業医・往診医・病院との情報交換・連携強化を図り、保健・医療・福祉機関との連携と相談体制の確保をすることで、在宅での療養生活の支援強化につながる。</li> </ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>	医療機関を含んだ地域関連機関が主体となる在宅療養生活支援チームの構築 ○（病院）医師： <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院中の病状や病気の経過および治療方針を地域関連機関へ情報提供を行い、医療の継続性と連携を促進する。</li> <li>・ 各方面、医療機関等に対する連携とリーダーシップを発揮する。</li> </ul> ○（在宅）医師（開業医・往診医）： <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 退院患者の在宅医療の中心者として、訪問看護ステーション看護師と連携し継続した治療を実施する。</li> <li>・ 患者家族の自己管理、予防意識の高揚と実践を支援する。</li> <li>・ 質の高い医療の提供と地域医療者におけるリーダーシップ機能をもつ。</li> </ul> ○（地域）保健師： <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療機関から退院患者の連絡を受けた場合、必要時には退院前カンファレンスに参加し、環境整備、かかりつけ医の確保、関係機関との連絡調整、家族調整等を行い、患者の退院受け入れ準備を行う。</li> <li>・ 在宅療養生活上の課題や問題が生じた場合には、情報の共有、支援方針の合意、問題・課題解決を図るためのケースカンファレンスを開催する。</li> <li>・ 在宅療養に必要な地域の情報を提供する。</li> </ul> ○訪問看護ステーション看護師： <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅ケア技術援助を通して、退院後の在宅療養生活で新たに加わったケア上の問題や患者・家族のニーズ・問題の早期発見と早期対応策の調整に努める。</li> <li>・ 患者が快適な療養生活を維持するため、主治医・関係機関との連携を図る。</li> </ul> ○地域福祉関係者： <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ケアマネジャー、介護保険施設、福祉施設職員、福祉行政職等は、患者家族の療養生活に必要な関係者で情報提供、情報共有、役割分担・機能分担を図る。</li> </ul>
<b>チームの運営に関する事項</b>	○在宅生活における医療上の問題を把握し、地域関係機関との調整を図る。医療上の連

携が必要な場合は、病病連携、病診連携の再構築に努める。

○在宅寝たきりによる医療ケアが必要な場合、診療報酬の棲み分けを検討する。

（例えば、呼吸補助療法、栄養補助療法等の栄養チューブ、濃厚栄養剤、カニューレ、人工鼻などの診療材料等の提供、在宅医療指導管理料加算、訪問看護指示書等）

○入院中に計画された退院計画に沿って、患者にあった地域での支援チームを準備する。

○病気や状態に対して、地域での対応困難等の問題が生じた場合、患者を取り巻く環境調整や関係者の理解を支援する方策を検討する。（患者を取り巻く地域関係者向けの研修会等の開催により理解を得る）

具体的に取り組んでいる医療機関等

神奈川県域保健福祉事務所

## 在宅療養支援診療所における社会福祉士の活用

<p><b>チーム（取組）の名称</b> 社会福祉士専従配置の在宅支援診療所</p>
<p><b>チームを形成（病棟配置）する目的</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域における総合的なケアを提供するために、外来診療・往診・訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所・訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、入院施設を持ち、サービスを総合的に提供する。</li> <li>・ 地域の生活を支援する</li> </ul>
<p><b>チームによって得られる効果</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域で生活するために、患者の病状および患者・家族の希望に合った適切なケア・リハビリテーションの提供</li> <li>・ 患者の尊厳の保持</li> <li>・ 治療の選択肢の提供</li> <li>・ 急性期・回復期とのシームレスな受け入れ、地域の居宅介護支援事業所や他介護保険施設との連携</li> </ul>
<p><b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b></p> <p>医師：            ・ 診断・治療。                     ・ 患者・家族に対して治療方針に関するインフォームドコンセント。</p> <p>看護師：         ・ 看護・ケア。</p> <p>PT・OT・ST    リハビリテーションの実施</p> <p>介護福祉士： 通所リハビリテーション・病棟でのケア</p> <p>社会福祉士： ・ 急性期病院・回復期リハビリテーション病棟・療養病床・ケアマネジャー・診療所医師・患者家族から直接など、あらゆる地域の関係者からのサービス利用の相談・受付を担当する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1ヶ月の新規の相談（2名体制） 51件（訪問診療8件、外来13件、訪問リハビリ7件、通所リハ20件、入院2件、その他1件） 継続相談167件（訪問診療 26件、外来42件、訪問リハ23件、通所リハ36件、入院37件、その他3件）</li> <li>・ 新規の相談については、約1時間の相談受理面接と資料作成、関係部署との協議、初回訪問の同行、初回診察の同席、初回カンファレンスへの参加を行う。</li> <li>・ 訪問リハビリテーション利用患者について、初回訪問に同行し、主に家族の相談に乗り、その後は担当PT/OT/STまたはケアマネジャーからの依頼によって必要時に相談を受ける体制をとる。サービス担当者会議に必要に応じて参加する。</li> <li>・ 外来利用患者について、依頼表を作成し、制度活用、家族の相談、経済的問題、ケアマネジャーをはじめとする院外の関係者との連絡調整、壮年期の患者の就労支援、に対応。サービス担当者会議に必要に応じて参加する。</li> <li>・ 往診患者については、必要がある際、特にがん末期患者や難病患者、特</li> </ul>

に家族の相談が必要な場合の往診に同行。ケアマネジャーははじめとする関係者との連絡調整窓口となる。サービス担当者会議に必要に応じて参加する。

- ・がん末期患者や難病患者には、患者と家族が望む治療が受けられるよう、患者・家族の相談に乗る。必要によっては、主治医と相談しながら、望む治療を受けられる医療機関との橋渡しを援助する。
- ・入院病棟は、治療目的患者とレスパイト目的の患者がいるため、入院のベッドの調整を行い、治療目的患者の入院を最優先しながら、レスパイト目的の患者も適切にサービスが受けられるように、患者・家族、ケアマネジャーをはじめとする地域関係者、主治医、病棟スタッフと密な調整を行う。サービス担当者会議に必要に応じて参加する。
- ・レスパイト目的患者の生活状況、活用しているサービス、レスパイトの必要性、配慮が必要な点などを把握し、自宅でのケアが入院中にも継続でき、レスパイトによってなんらかの負担が生じないように病棟スタッフとの調整を行う。レスパイトが在宅生活の支えとなるように配慮する。
- ・ケアセンター内で利用するサービスを移行する場合、患者・家族の不安を軽減し、シームレスに移行ができるよう、院内スタッフ・ケアマネジャーをはじめとする地域関係者、患者・家族の相談・援助を行う。
- ・地域にケアセンターのサービスが定着し、有機的に活用してもらうために、同地域の病院のソーシャルワーカー、ケアマネジャー、区役所、地域包括支援センター、その他関係機関とのネットワーク作りを行う。

#### チームの運営に関する事項

- ・毎日の担当医、担当看護師、担当社会福祉士間のコミュニケーション
- ・各事業単位での毎日または週 1 回の医師、看護師、PT・OT・ST、介護福祉士、社会福祉士によるカンファレンスの開催
- ・地域の医療機関との連携強化

#### 具体的に取り組んでいる医療機関等

在宅総合ケアセンター元浅草 在宅リハビリテーションセンター成城

## 口腔ケアチームの取組例

<b>チーム（取組）の名称</b>	口腔ケアチーム
<b>チームを形成する目的</b>	①口腔ケアが必要な患者に多職種とチーム医療（呼吸サポート, 栄養サポート, 摂食嚥下, 周術期管理, 褥創対策, 口腔ケアなど）を実践する、②学生及び臨床研修医の研修・実習に資する、③退院後の地域連携パスにつなぎ地域医療に貢献する、の3つを目的とする。
<b>チームによって得られる効果</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 口腔ケア（専門的ケア）の徹底と口腔機能療法を行うことで誤嚥性肺炎や窒息事故等の発生を防止し、経口摂取を早めて患者の回復と医療の円滑化に有効である。</li> <li>・ 学部連携の病棟実習や臨床研修医のチーム医療の教育に有効である。</li> <li>・ 入院中の口腔ケアを退院後の在宅療養における地域連携パスで地域連携チームや地域の診療所に繋ぐことで継続した一貫性のあるケアがシームレスで提供できる。</li> </ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>	<p>医 師：各チームの担当医師はチームリーダーとして診断に基づいて包括的指示を行う。</p> <p>歯科医師：医師と協働して口腔内の精査や口腔ケアの指示を歯科衛生士、看護師に行う。 また、必要に応じて、別途ラウンドを歯科衛生士と行う。</p> <p>看護師（各チームの認定看護師）：チームの中心となりラウンドのコーディネートを行い、各病棟看護師に伝達し、チームの円滑な運営をおこなう。</p> <p>歯科衛生士：歯科医師の指示のもとに、専門的口腔ケアを行い、患者・家族・病棟スタッフに口腔ケアの指導を行う。必要に応じて、歯科医師の指示のもと、除石処置などの医療的口腔ケアを行う。</p> <p>理学療法士：チームの病棟ラウンドに参加し、医師とともに呼吸状態の確認や体位の調整を行う。</p> <p>臨床工学士：人工呼吸器装着患者の病棟ラウンドに参加し、医師・歯科医師とともに人工呼吸器装着の調整や、装着状態をチェックする。</p> <p>管理栄養士：患者の栄養状態や摂食・嚥下機能状態に応じた食形態などについて評価し、食事計画の立案、医師の指示による経腸栄養剤の選択などを行う。</p> <p>薬剤師：医師の指示による静脈栄養剤の選択。薬剤の副作用のチェックなどを行う。</p> <p>臨床検査技師：栄養評価項目の選択や Alb3.0 以下の患者のリストアップなどを行う。</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 必ず医師がチームに入るようにして全病棟をラウンドする。</li> <li>・ 病棟をラウンドして主治医と担当看護師に経過を報告する。</li> <li>・ 特に歯科医療的な問題がある患者に対しては、歯科の口腔ケアチームに依頼する。</li> <li>・ 各チームのカンファレンスにはチームの全職種が参加する。</li> <li>・ チェックリストを作製し、ラウンドしたら必ず、チーム個々のサインを行う。</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>	昭和大学附属8病院



## 医科・歯科連携の取組例（病院内における医科・歯科連携）

チーム（取組）の名称
摂食・嚥下チーム
チームを形成（病棟配置）する目的
<p>摂食・嚥下障害のある患者に対して、必要に応じて専門職種へ連携して、対応することができる。これにより、患者の入院生活の向上、現疾患の治療の促進および誤嚥性肺炎等の合併症を予防して、栄養状態の改善や早期退院に結びつけることができる。</p>
チームによって得られる効果
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 誤嚥性肺炎等の嚥下障害による合併症の減少</li> <li>・ 各病棟と連携が密となり、患者の早期発見に有効</li> <li>・ 専門職がラウンドすることにより、専門的視点を各病棟に伝達</li> <li>・ 輸液、抗生剤等の利用が減少し、患者の在院日数が減少</li> </ul>
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容
<p>医師（リハ医）：担当医は週に1回30～40人の全病棟からの摂食嚥下障害の依頼を各病棟から受取り、チームリーダーとして週4回、リハ診断と嚥下造影検査に参加。また、週1回のカンファレンスを開催する。</p> <p>歯科医師：医師と協働し、摂食・嚥下の評価や口腔ケアの指示を歯科衛生士、看護師に行う。カンファレンスに参加する。また、必要に応じて、特に口腔内の汚れが著しい場合、別途ラウンドを歯科衛生士と行う。</p> <p>看護師：担当看護師が、依頼患者をラウンドして、各病棟看護師に伝達。医師または歯科医師に指示された、訓練法を伝達する。</p> <p>歯科衛生士：歯科医師の指示のもとに、口腔ケアを行い、患者・家族・病棟スタッフに口腔保健指導を実践する。必要があれば、歯科医師の指示のもと、除石処置や専門的口腔ケアを行う。カンファレンスに参加する。</p> <p>管理栄養士：週1回の病棟ラウンドに参加し、医師・歯科医師の指示のもと、入院食の変更や調整を行う。カンファレンスに参加する。</p>
チームの運営に関する事項
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ VF検査を行っている患者に対しては、チームでカンファレンスを行う。</li> <li>・ 週に1度、チーム全体で病棟をラウンドして経過を評価する。</li> <li>・ 特に口腔内の汚れが著しい患者に対しては、歯科の口腔ケアチームに依頼する。</li> <li>・ 管理栄養士は、24時間（夜間は呼び出し）365日（休・祝日出勤）で栄養サポートを行っている。</li> </ul>
具体的に取り組んでいる医療機関等
昭和大学病院

## 医科・歯科連携の取組例（在宅における医科・歯科連携）

<b>チーム（取組）の名称</b>
摂食・嚥下医療チーム
<b>チームを形成する目的</b>
摂食・嚥下障害を有する患者またはそのリスクのある在宅療養患者に対して、関連職種が連携協働することにより医療や介護の情報を共有し、摂食・嚥下障害者への適切な食支援と摂食・嚥下リハビリテーションの充実を図り、患者の生活の質の向上、介護する家族の負担軽減、栄養改善、誤嚥性肺炎予防に結びつけることを目的とする。
<b>チームによって得られる効果</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専門職による摂食・嚥下機能評価による医療の質の向上</li> <li>・ 専門的な視点からの管理による患者の生活の質の向上および介護者の負担軽減</li> <li>・ 療養中患者の栄養改善・誤嚥性肺炎等の予防</li> </ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師（主治医）；在宅支援診療所を中心とした主治医による患者の全身管理、療養指導。</li> <li>・ 医師（耳鼻科医）；嚥下内視鏡を実際に操作し、摂食・嚥下機能の診断・評価を歯科医師とともに行う。</li> <li>・ 歯科医師（歯科診療所）；耳鼻科医とともに診断・評価を行い、食形態の決定、間接訓練のプログラムを作成する。</li> <li>・ 訪問看護師；VE 検査時に同席し、療養指導、訓練を行う。</li> <li>・ 歯科衛生士；居宅療養管理指導とともに間接訓練、口腔ケアを実施する。</li> <li>・ 薬剤師；嚥下機能に応じた薬剤形状の変更、服薬指導を行う。在宅状況に応じた薬剤の配達を行う。</li> <li>・ 管理栄養士；摂食嚥下機能に応じた食形態の提供を家族に指導する。</li> <li>・ 理学療法士；間接訓練とともに全身の拘縮予防、廃用予防のための訪問リハを行う。</li> <li>・ 口腔保健センター；ケアマネジャーと連携して患者、主治医、耳鼻科医、歯科医師等の日程調整、機材の準備、患者情報の管理を行う。</li> <li>・ ケアマネジャー；患者、家族、福祉関係者、医療関係者との調整を行う。</li> </ul>
<b>チームの運営に関する事項</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 口腔保健センターが窓口となり、コーディネートをする。</li> <li>・ 診断・評価は医師と歯科医師とで行い、訓練内容等について協議する。</li> <li>・ 定期的な再評価を行う。</li> <li>・ 家族、介護職にも積極的に訓練を行ってもらい、訓練の回数を増やす。</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>
口腔保健センター「あぜりあ歯科診療所」（豊島区歯科医師会） 東京都大田区歯科医師会・会員診療所においてもモデル的取り組み事例あり

## せん妄対策チームの取組例

<p><b>チームの名称</b> せん妄対策チーム</p>
<p><b>チームを形成する目的</b> せん妄患者やせん妄リスク患者に対する適切な予防や初期介入により、QOLの向上や入院期間の短縮、不要な薬剤使用の回避を図る。</p>
<p><b>チームによって得られる効果</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・せん妄の発症率が低下する</li> <li>・せん妄持続期間の短縮や重症化を予防できる</li> <li>・せん妄の原因となる苦痛の除去や適切な治療が継続できる</li> </ul>
<p><b>関係する職種とチームにおける役割・業務内容</b></p> <p>主治医：発症予防に、必要最低限の点滴ルートやドレーンの選択をする。                    家族への説明やせん妄発生時の対応・対策について合意を得る。                    鎮痛剤・睡眠剤の処方や精神科医と相談して向精神薬を検討する。</p> <p>精神科医：医師や看護師と情報交換し、せん妄の診断や向精神薬を処方。</p> <p>看護師：事前スクリーニング等による予防的介入と早期発見、                    発症時のレベルや症状の観察、チームでの情報共有、                    症状コントロールの薬剤効果、日常生活の評価、環境調整。</p> <p>薬剤師：処方内容や薬効の評価、病態に応じた処方の提案。</p> <p>作業療法士：日中の日常生活動作における安全確保と生活リズムの構築。</p> <p>看護補助者：看護師の指示業務の実施や患者の見守り、情報の提供。</p>
<p><b>チーム運営に関する事項</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医・看護師が中心となり入院時にせん妄スクリーニングを実施</li> <li>・チームによるせん妄対策計画の立案・実施・評価</li> <li>・チームカンファレンスの開催で情報共有</li> </ul>
<p><b>具体的に取り組んでいる医療機関</b> 千葉大学医学部附属病院 長浜赤十字病院</p>

## 子どもの入院支援チームの取組例

<b>チームの名称</b>	子どもの入院支援チーム
<b>チームを形成する目的</b>	入院中の子どもの教育を受ける権利を保障し、病気を抱えながらも規則正しい生活を送り、子どもの成長に合わせて学びや楽しむ場を提供することで、QOLの向上を図る。
<b>チームによって得られる効果</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・安定した環境で療養生活を送ることができる</li> <li>・年齢・病状に応じた遊びと教育を受けることで、成長発達課題の達成につながる</li> <li>・年齢や理解度に応じた説明を受け、治療に参加できる</li> <li>・両親やきょうだいなども支援を受けられる</li> <li>・退院後の療養生活が継続できる</li> </ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・業務内容</b>	<p>医師：診断・治療過程で、院内学級への通級または訪問の許可をする。</p> <p>看護師：子どもを中心としたチームがスムーズに連携できるようにコーディネートする。</p> <p>PT・OT・ST：子どもの発達課題や生活を考慮しながら、遊びを中心とした作業活動や運動能力を向上させる。</p> <p>管理栄養士：食事摂取困難児には、摂取方法や時間帯の検討等、個別対応を行う。</p> <p>医療保育士：遊び・学習・レクリエーション・食事等に関わりながら、子どもの様子や両親の面会時の様子等を把握し情報提供する。</p> <p>院内学級教諭：学び、楽しむ時間と場を提供しQOLの向上を図る。</p> <p>臨床心理士：子どもの発達を評価し、効果的な支援方法を提案する。</p> <p>MSW：入院生活や退院後の生活や経済的な相談に応じ、社会資源を円滑に導入する。</p> <p>音楽療法士：音楽療法によって、子どもの感情表現や苦痛の発散を支援する。</p> <p>チャイルドライフスペシャリスト：検査・手術プリパレーション、検査、処置中の心理的支援、感情の支援遊び、きょうだい支援 など。</p> <p>ピアサポーター：病気や障害のある子どもを育てた経験者としての精神的支援。</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師は子どもの成長・発達、病状をアセスメントし、医師と相談しながら、効果的なチーム員の支援体制をコーディネートする。</li> <li>・家族・教諭を含めたミーティングを持ち、患者情報の共有や、評価を行う。</li> <li>・チーム員は、それぞれの活動状況を理解し、スキルアップしたチーム作りにつなげる。</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>	<p>昭和大学病院、独立行政法人 国立成育医療研究センター病院、          聖路加国際病院、神奈川県立こども医療センター</p>

## 外来化学療法におけるチーム医療の取組例

<b>チームの名称</b>	外来がん化学療法チーム
<b>チームを形成する目的</b>	<p>抗がん剤治療を通院にて受ける患者では副作用の早期発見は難しく、また、副作用発現時の迅速な対応ができないことが問題である。このため、来院時に患者に対して起こりうる副作用内容、対処法を確実に伝えるとともに、継続治療を行っている患者に対しては副作用モニタリング、副作用対策を実施する必要がある。医師不足の状況で、外来がん化学療法室にて薬剤師が医師、看護師と連携をとりながら患者への治療内容の説明とともに副作用に関して指導を行うことは、がん治療における安全性を確保する上で必須。</p>
<b>チームによって得られる効果</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・登録レジメンに基づく用法・用量、適用基準の確認を行うことにより、がん化学療法における有効性と安全性が確保</li> <li>・薬剤師が患者状態の把握・副作用モニタリングを行い、支持療法の処方提案により、医師の負担が軽減され、診療効率が向上し、より多くの患者の受け入れが可能</li> <li>・副作用の軽減により、患者 QOL の向上のみならず、副作用発現による抗がん剤の減量、中止が少なくなり、dose-intensity が維持されることにより治療効果が向上</li> </ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・業務内容</b>	<p>医師：病状・病期・病理所見などの説明、化学療法剤の選択、治療効果の判定、有害事象の確認と対策</p> <p>薬剤師：患者への治療説明（新規導入患者への治療説明、副作用把握のための指導、継続治療中患者への治療説明、患者からの電話による問い合わせへの対応）、抗がん剤レジメンの管理・レジメンに基づく処方鑑査（適用する化学療法レジメンの妥当性の評価と至適用量の設計、禁忌症・相互作用の確認）、副作用と有効性のモニタリング（患者との面談、臨床検査結果の評価、患者の状態把握）、電子カルテへの患者指導内容の記録、副作用等による減量の必要性の確認および副作用対策のための処方提案、抗がん剤の無菌的混合調製、患者との面談において副作用の発現等で問題があった場合の医師・看護師へ情報提供、医薬品情報や治療や支持療法のガイドラインについての情報提供</p> <p>看護師：投与中のモニタリングとして、バイタルサイン（体温・呼吸・脈拍・血圧）の確認、点滴ルート・指針部の確認（血液の逆流の有無・自然滴下の状態）、状況に応じた温安法等を実施。</p> <p>副作用に対する症状マネジメントとして、臨床検査結果の評価、患者面談において問診等により聴取、医師等から情報収集、患者からの電話による問合せ対応等により患者情報を収集し、副作用の早期発見と早期の対策等を実施。副作用対策についてはチーム内で協議し、対策手順を作成しチームメンバーで共有。</p> <p>心身及び家族サポートとして、患者が治療に向けて心の準備をするのを援助する他、副作用に対処するために必要な態勢が得られるよう援助、心理的苦痛に対する共感的な態度での傾聴、化学療法により生じた社会的問題の把握・アドバイス等を実施。</p>

歯科医師: 口腔衛生処置などの口腔ケア・口腔合併症のケア

管理栄養士: 食事指導

ソーシャルワーカー: 医療費のしくみ、活用できる制度の紹介・相談窓口

#### チーム運営に関する事項

- ・週に1度のカンファレンス
- ・受診時に医師・薬剤師・看護師が必ず患者の状態の観察を実施、問題があるときにはその都度、協議を行い、治療法を決定
- ・歯科医師、栄養士、ソーシャルワーカー等への介入依頼体制の確立

#### 具体的に取り組んでいる医療機関

岐阜大学医学部附属病院

## 医療安全に関するチーム医療の取組例

<b>チームの名称</b>	医療安全管理チーム
<b>チームを形成する目的</b>	医療の高度化・複雑化のため、注意喚起しても事故防止には限界。そこで、医療事故やインシデントに関する情報の収集、事故の起こりにくいシステムの検討、医療現場へのフィードバック、組織欠陥是正のためのリスクマネジメントを実施。
<b>チームによって得られる効果</b>	全職種の医療人が医療安全管理部チームに参画することにより、インシデント事例を客観的に評価し、総合的に検討し、病院全体としてのシステムの改善が図られる。特に注意すべき事例は、医師、看護師、薬剤師等のスモールグループで事情聴取、原因解明、対策の提案を行い、その後、医療安全部会議で検討、実行される。また、医療安全部会議で検討された事例は、全診療科、全病棟等の代表者が参加する会議で、さらに検討され、周知徹底が図られる。他部署でのインシデント事例も、分析、評価、対策を立てることにより、自分の部署の改善点としてフィードバックされる。また、各部署からの連絡も積極的に行われ、情報の共有化が図られている。
<b>関係する職種とチームにおける役割・業務内容</b>	<p>医師：患者の医療の責任者としての立場から、広い視野に立った、鋭い検討を行う。アレルギー歴等の情報提供も行う。</p> <p>看護師：ケア等を数多く行い、入院、外来、中央診療部門等に配属されているため、多方面のインシデントに関与する可能性があり、積極的に医療安全に加わっている。</p> <p>薬剤師：インシデントには薬剤に関わるものが多く、重篤になる可能性が高い。したがって、薬剤に関するインシデント事例では、薬剤師の情報提供、積極的な対策の立案が不可欠であり、医療安全部会議の議題に積極的に関与。また、ヒューマンエラー削減のための機械化、バーコード利用等を積極的に推進。病院全体でのオーダリングの変更・システム構築。各部署と積極的に交渉し、運用方法を改善。</p> <p>臨床検査技師、放射線技師：患者、検体の取り違い防止、造影剤使用時の糖尿病薬チェック等</p> <p>管理栄養士：禁忌食物のチェック等</p> <p>事務：受付業務等での取違い等防止や、施設、環境整備等に関与</p>
<b>チーム運営に関する事項</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月1回医療安全部会議、毎月1回サブリスクマネージャー会議（全診療科、病棟、外来、中央診療部、事務等が参加）を実施。</li> <li>・ジェンネラルリスクマネージャー(GRM)と連携をとり、病棟でのカルテチェック、病棟ラウンド等を行う。</li> <li>・インシデント等発生時は、医師、GRM と連絡を取り、患者の健康を第一に考え、対策を検討し、対処する。</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関</b>	山形大学医学部附属病院

## 認知症医療におけるチーム医療

<b>チーム（取組）の名称</b>	認知症支援チーム
<b>チームを形成する目的</b>	認知症疾患の早期発見・早期治療、介護サービス等社会資源の利用、本人・家族支援を行うことにより、質の高い地域生活の継続を目指す
<b>チームによって得られる効果</b>	医療が患者の「生活」につながっている
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>	<p>医師（精神科）：診断と治療および治療目標の設定</p> <p>看護師：入院中の症状観察、退院に向けた病棟生活の支援、退院時の情報提供・助言</p> <p>作業療法士：入院中の日常生活機能回復訓練、グループ活動の運営</p> <p>臨床心理士：診断補助、入院中の回想法、グループ活動の運営</p> <p>放射線技師：診断補助</p> <p>ソーシャルワーカー（精神保健福祉士）：早期発見・早期治療に向けた専門医療相談、介護サービスの導入に向けた支援、介護関係者との連携、本人・家族への支援、グループ活動の運営</p> <p>※精神科医療においては、急性期、回復期、慢性期いずれのステージにおいても、ソーシャルワーカー（精神保健福祉士）は様々な情報を把握し、生活上の課題を整理して他スタッフに提供し、診断・治療・ケアなどをより有効にする役割を担う。</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時に本人・家族より患者の生活歴等を聴取し、趣味・嗜好等を看護・介護に取り入れ、精神症状の安定を図る</li> <li>・認知症専門医による指導・バックアップ体制、院内外における研修の企画・参加、認知症看護認定看護師の配置・教育、ソーシャルワーカー（精神保健福祉士）の病棟配置</li> <li>・専門医療相談票、入院時面接票、ソーシャルワーカー報告書、カンファレンス報告書、日常生活回復訓練個人記録、回想法等すべてカルテ添付、定期的にケースカンファレンス開催</li> <li>・病前の生活情報を元に質の高い地域生活を目指しチームで治療計画を立案</li> <li>・情報の共有化：かかりつけ医と専門医療機関との専用の診療情報提供書書式の作成・活用。地域包括支援センターと認知症疾患医療センターの情報提供連絡票の活用。ケースカンファレンスに介護関係者等が参加。</li> <li>・家族のサポートやケア：院時に家族の思いや希望を聴取し、家族の介護負担・経済的負担等を軽減できるよう社会資源を活用。家族教室の開催。若年性認知症家族交流会の開催。</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>	浅香山病院



## 緩和ケアチームの取組

<p><b>チーム（取組）の名称</b></p> <p>緩和ケアチーム</p>
<p><b>チームを形成（病棟配置）する目的</b></p> <p>がんなどの生命を脅かす疾患を抱えた患者またはその家族に対して、疾病によるトータルペインの軽減を行う。緩和ケアチームの活動は、主治医の治療と併行して行われ、様々な苦痛が取り除かれることで治療をうける患者が自分らしい生き方を選択するための一助となるようにする。各職種の専門分野を結集し、その患者に対してより良い効果が得られるように、主治医や病棟の看護師をはじめとする病棟チームをサポートする。</p>
<p><b>チームによって得られる効果</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の様々な苦痛（痛み、倦怠感、息苦しさ、落ち込み、不安、不眠、在宅医療の問題、医療費の問題など）を取り除くことにより、心身の安定がはかられ、治療やケアに安心して臨めるようになる。</li> <li>・不穏になったり不安になったりする患者に対し、専門チームのサポートが入ることで、患者の対応に疲弊しがちな主治医や看護師の業務・負担軽減となる。</li> <li>・専門的な医療チームが関わることにより、患者ケアがきめ細かくなり、患者と家族の満足度向上に繋がる。</li> </ul>
<p><b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医、当該病棟スタッフを中心にし、コンサルテーションを行う立場として存在する。</li> <li>・病棟ラウンド（週1回、約1時間）時のカンファレンスは、当該病棟スタッフと共に、緩和ケアチームが患者の治療方針について話し合う場となっている。その他に、デスカンファレンス（適宜実施、実施時間は約1時間）を行い、亡くなられた患者へのケアの振り返りを当該病棟にて行う。</li> <li>・院内緩和ケアマニュアルの作成、職員向け研修会の企画など、緩和ケアに対する院内の啓発活動を行っている。月に1回約1時間、緩和ケアチーム会議を実施し、懸案事項の整理や、報告、連絡などを行う。</li> <li>・その他、チームラウンド時でなくとも、随時、チームスタッフがそれぞれの専門性から相談に応じている。</li> </ul> <p>医師：外科医、内科医、麻酔科医、精神科医がチームに所属し、それぞれの専門の立場から当該患者の緩和ケアについてアドバイスをし、カルテに記載する。時には自ら併診担当医となり、患者の治療、緩和ケアに取り組む。必要に応じて、緩和ケアカンファレンスで他職種への関与を提案することもある。</p> <p>看護師：看護師は、当該病棟から得られた情報をまとめ、カンファレンスの中心となり、病棟チームと緩和ケアチームのつなぎ手となり、看護師の関わりについてのアドバイスをしを行う。</p> <p>薬剤師：患者の病状に合わせ、服薬しやすさ、飲み心地なども視野に入れた薬剤調整を行う。オピオイドローテーションについての提案、投薬内容・容量・服薬のタイミング、副作用などに対してもアドバイスをしを行う。（個別の服薬指導は週5日、1回10～20分程度行っている）</p> <p>管理栄養士：食事を美味しく楽しくバランス良く召し上がっていただくための、工夫、アドバイスをしを行う。（個別の栄養指導は週に1～2回、1回15分～30分程度行っている。）</p> <p>臨床心理士：患者の心理面からのアセスメントに基づいて病棟スタッフに臨床心理学の視点から助言を行う。場合によっては担当医からの依頼により、患者や家族に直接お会いし、心理アセスメントや心理臨床面接を含めて、心理的支援の一端を担う。（個別の心理的支援開始となった場合は週に5日、1回10分～30分程度の面接を行っている。病状によって面接回数や時間を調整している）</p> <p>MSW：他機関との連携や、社会的・経済的な問題がある場合、在宅ケア、介護サービスなど必要に応じて資源の紹介やサポートを行い、退院調整を行う。（定期的な状態把握の上ソーシャルワークを行うため、週に2～3回、1回10分～20分程度面接を行っている）</p> <p>事務員：がんや緩和ケアに関する診療報酬点数の保険請求を適性に行うためのマネージメントを行う。</p>

### チームの運営に関する事項

- ・ 週に 1 回、全病棟をラウンドし、症例ごとに当該病棟スタッフを交えてカンファレンスを行い、経過報告、問題点を明らかにし、今後の治療方針について話し合う。ディスカッション内容はカルテに記載する。
- ・ 情報伝達に関し、院内メールを活用している。
- ・ 月に 1 回、カンファレンスとは別に連絡調整会議を実施している。
- ・ 病棟スタッフ間では、随時情報交換を行い、早期の問題解決を図る。

### 具体的に取り組んでいる医療機関等

埼玉社会保険病院

## 周産期におけるチーム医療の取組例

<b>チーム（取組）の名称</b>
助産所または診療所と高次医療機関
<b>チーム（連携強化）を形成する目的</b>
地域における安全・安心・快適なお産の場を確保するとともに、助産所または産科診療所で助産師を積極的に活用し、正常産を助産師が担うことによって、妊婦の多様なニーズに応え、家族の健康づくりに貢献する。
<b>チームによって得られる効果</b>
妊産婦
<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊婦のニーズに合った対応が可能</li> <li>・正常経過であれば、顔なじみの助産師・医師からの診療・ケアが可能</li> <li>・異常に移行した場合、迅速に対応可能</li> </ul>
医師（高次医療施設）
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ハイリスク患者の治療に専念できる</li> </ul>
助産師
<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門性を高めることができ、責任感とやり甲斐、喜びを感じる等職能を活かせる。</li> </ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>
助産所の助産師：正常経過の妊婦健診・分娩介助・産後健診・母乳支援・新生児健康診 査・家庭訪問、積極的な日常生活上の養生による異常の予防
嘱託医・嘱託医療機関：正常経過におけるポイント健診、異常発生時の診断と治療
診療所の助産師：正常経過の妊婦健診・分娩介助・産後健診・母乳支援・新生児健康診 査・家庭訪問、積極的な日常生活上の養生による異常の予防
高次医療機関：異常発生時の転院・搬送の受入
（参考）助産所業務ガイドライン（2009年改訂版 社団法人 日本助産師会）
<b>チームの運営に関する事項</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師と助産師は、電子カルテや合同カンファレンスにより情報共有を行う。</li> <li>・助産師は、正常経過であることを妊娠・分娩・産褥・新生児期を通じて助産診断する。異常を早期に発見し、速やかに嘱託医療機関へ転院・搬送の依頼を行う。</li> <li>・助産所および診療所は、あらかじめ高次医療機関との間で、転院・搬送に関する取り決めを行い、連絡・報告等の情報交換を円滑にする。</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>
毛利助産所・山本助産所・宮下助産所・豊倉助産所 聖路加産科クリニック

## 周産期における虐待予防チーム

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">チーム（取組）の名称</div> <p>周産期医療における児童虐待予防</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">チームを形成（病棟配置）する目的</div> <p>周産期における医療チームに社会福祉士が協働することで、妊娠の継続・安全なお産、妊婦や胎児の状況に合わせた対応機関の選定、育児環境の整備、児童虐待の予防、関係機関の連携・協働体制の強化に貢献できる。</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">チームによって得られる効果</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 妊娠継続についての意思決定、健康的な妊娠継続の維持、</li> <li>・ 妊娠、出産にまつわる経済的問題、家族関係の問題の解決</li> <li>・ 家族の協力の促進、経済的基盤、生活環境等、出産・育児をしていく環境の整備。</li> <li>・ 準備のない出産・育児に対する患者・家族の精神的不安を軽減し、取り組みを促す。</li> <li>・ 地域の中核病院・高度周産期医療センター、産婦人科医院、助産所、保健センター、保健所、子ども家庭支援センター、児童相談所などの保健・医療・福祉の地域における関係機関の協働体制の形成、連携基盤の整備・社会的成熟を促進する。</li> <li>・ 母親や家族の精神的不安の軽減、社会的サポートの促進により虐待を予防できる。</li> </ul>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</div> <p>医師：                    ・ 診断・治療。                               ・ 患者・家族に対して治療方針に関するインフォームドコンセント。                               ・ 高次周産期医療センターへの搬送</p> <p>看護師・助産師： ・ 看護・ケア。母親・家族への教育指導                               ・ 多職種とのコーディネーション。</p> <p>社会福祉士： 特別に支援が必要な事例が月に平均2事例、48時間の援助                               心理社会的・経済的アセスメントとその情報提供。                               妊娠、出産にまつわる経済的問題、家族関係の問題の解決。                               家族の協力の促進等、出産・育児をしていく環境の整備。                               準備のない出産・育児に対する患者・家族の精神的不安を軽減し、取り組みを促す。                               地域関係機関との情報共有・協働の促進、カンファレンスの開催                               関係機関の連携会議の企画・運営                               医療機関内の連携体制・会議の企画・運営(CAPS など)</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">チームの運営に関する事項</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 担当医、担当看護師、担当社会福祉士間のコミュニケーション</li> <li>・ 医師、看護師・助産師、臨床心理士、社会福祉士による運営会議の開催</li> <li>・ 地域の保健・医療・福祉機関との連携会議の企画・運営。</li> <li>・ 電子カルテ、記録シートを活用し、情報共有と記録を保存する。</li> <li>・ 連携マニュアルの策定と活用。</li> </ul>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">具体的に取り組んでいる医療機関等</div> <p>東海大学八王子病院 北里大学病院</p>

## 社会福祉士の病棟配置による患者・家族支援の取組

<b>チーム（取組）の名称</b>
社会福祉士配属による患者・家族参加型の急性期病棟チーム （特に、脳外科・心臓血管外科・整形外科に効果的）
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院・治療・退院の流れの中で、派生する患者とその家族の経済的・心理社会的問題に対し即時に介入し早期にソーシャルワーク援助を提供することができる。</li> <li>・ 退院調整において、早期の介入を図るとともに他の専門職とのスムーズな連携・協働のもと患者・家族が納得いく退院に至ることができる</li> </ul>
<b>チームによって得られる効果</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療費や家庭の問題が早期に解決することにより、患者が安心して治療に専念できる</li> <li>・ 在院日数が短縮でき、救急入院患者をスムーズに受け入れることができる。</li> <li>・ 高齢世帯や独居高齢者、認知症を伴っている患者、癌ターミナル期の患者など社会的制度の活用や地域支援機関との連携が必要な患者に対し、早期に家族関係などの調整を図り適切な生活環境を整えることができる。</li> </ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>
<p>医師：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 診断、治療、</li> <li>・ 患者・家族に対して治療方針に関するインフォームドコンセントの実施。</li> <li>・ 病棟カンファレンス・科別カンファレンスのチームリーダー</li> <li>・ 退院に伴う社会的問題を把握した時点で社会福祉士に介入・調整を依頼</li> </ul> <p>看護師：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看護・ケア等。</li> <li>・ 入院時スクリーニングシートによる入院時点で社会福祉士へ介入・調整を依頼</li> <li>・ 多職種間のコーディネーション。</li> <li>・ 入院中に把握した家族状況</li> </ul> <p>リハビリスタッフ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 全病棟に複数名が配置され、早期のベッドサイドリハを行う。</li> <li>・ 生活環境や心理的問題などを患者・家族から把握した時点で社会福祉士に情報を提供</li> </ul> <p>管理栄養士</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 全病棟に配置され、治療や食欲に対する栄養面での取り組みを行っている</li> </ul> <p>社会福祉士：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 全病棟に担当者を配置し、一日10～15人の患者の連絡調整を行う。</li> <li>・ 医療費に関して、無保険者や公費制度などを入院早期に把握し対応していることで未収を防ぎ、患者・家族が安心して治療できている</li> <li>・ 全病棟のカンファレンスに参加し、社会福祉士からの情報を提供するとともに他職種からの情報を収集。</li> <li>・ 随時、病棟チーム内で相互に状況を把握し、共有する中で意見交換を行い、必要に応じその場でミニカンファレンスを開催。</li> <li>・ 家族の面会時に面接を実施することがあり、あらかじめ日程調整せずに早期にインタビュー面接や情報収集をしている。</li> <li>・ 退院支援計画書を作成し本人または家族の同意サインをもらい入院早期</li> </ul>

に提供している。

- ・ 不定期な主治医による病状説明に同意を得て同席し、患者・家族の状況理解を援助するとともに、患者・家族参加のもと退院の方向性を決定する。
- ・ 退院調整に関する他院・他施設・地域の保健医療・福祉サービス機関への医学的・身体的情報を病棟チームとの連携によって随時に適切な情報を提供している。

#### チームの運営に関する事項

- ・ 担当看護師が入院時に全患者のスクリーニングを実施。
- ・ 社会的リスク患者を社会福祉士に連絡する。
- ・ 毎日、担当看護師、病棟配置の他職種と随時担当社会福祉士間のコミュニケーションを図っている。
- ・ 医師、看護師、リハビリスタッフ、薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士・社会福祉士による週1回の方針決定カンファレンスの開催
- ・ 週1回の病棟カンファレンスに参加。科（脳外科・心臓血管外科・整形外科）によっては回診へ社会福祉士が参加しその場で情報提供や意見交換を行う
- ・ 週1回の病棟別病床会議に参加し、看護部長・病棟師長・退院調整看護師・担当社会福祉士とで退院調整について介入の依頼受理・調整状況の報告・意見交換を行っている
- ・ 地域の医療機関との連携強化

#### 具体的に取り組んでいる医療機関等

近森病院

## 医師事務作業補助者（医療クラーク）の活用の例

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">チーム（取組）の名称</div> <p style="margin: 0;">チーム医療の一員としての医師事務作業補助者（医療クラーク）の活用</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">チームを形成する目的</div> <p style="margin: 0;">煩雑な事務作業が勤務医の疲弊を増幅し、地域における勤務医の立ち去りの要因の一つと考えられている状況を打開するため、医師事務作業補助者（医療クラーク）を導入し、その効果を検証した</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">チームによって得られる効果</div> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 勤務医の煩雑な事務作業をサポートしその負担を軽減することで、時間外労働や休日労働を削減し、勤務医の疲弊感を取り除く効果がある。</li> <li>2. 診断書など書類作成時間が短縮され、患者サービスにもつながる。</li> <li>3. 医師本来の診療業務に専念でき、医師の生産性や医療の質の向上につながる可能性。</li> </ol>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</div> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 主として関係する職種は医師であるが、従来看護師になっていた医師の事務的サポートも、医療クラークの業務にとってかわったため、間接的ではあるが看護師の業務負担にもつながり、看護師本来の患者ケアに対応できる効果も期待できる</li> <li>2. 配置: 外来診療補助（内科、小児科、泌尿器科、外科、放射線科等）、 文書補助、医局、手術室、麻酔科</li> <li>3. 仕事内容： <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院・退院書類作成：入院・退院治療計画</li> <li>・検査、入院説明：大腸内視鏡検査説明、心臓カテテル・パス、ペースメーカー・パス、TBLB 入院予約、SAS 画以来準備</li> <li>・逆紹介などの紹介状の作成: 紹介・逆紹介状作成・説明</li> <li>・オーダーリク 代行入力</li> <li>・手術関係準備（外科系）:手術カンファ準備、手術台帳入力、合併症台帳入力、手術日調整、手術申込、承諾書、麻酔科診察（術前）</li> <li>・文書作成補助：各種保険入院証明書、介護保険意見書、傷病手当金、生活保護等の記入カルテサマリ作成補助</li> <li>・放射線科（読影室）：レポート作成補助</li> <li>・学会資料準備、がん登録作業など</li> </ul> </li> </ol>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">チームの運営に関する事項</div> <p style="margin: 0;">人材育成・教育体制</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 座学講習の32時間については、日本病院会主催の“医師事務補助者コース”を受講。</li> <li>② 院内における教育は、OJTによる教育を中心にその他作成したプログラムを併用し、可能な範囲において実施している。</li> </ol> <p style="margin: 0;">医師と他職種あるいは医師と患者・家族をつなぐ、重要なパイプ役としても活躍</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">具体的に取り組んでいる医療機関等</div> <p style="margin: 0;">埼玉県済生会栗橋病院</p>