

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><b>医師</b>：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><b>看護師</b>：看護・ケア。 リハビリテーションスタッフ：リハビリテーションの実施</p> <p><b>社会福祉士</b>：1病棟42床で専従社会福祉士を1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事例について、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、リハビリテーションスタッフ、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

在宅緩和ケア専門チームによる医療の取組

<b>チーム（取組）の名称</b>	在宅緩和ケア専門チーム
<b>チーム（連携強化）を形成する目的</b>	緩和ケアを専門とする診療所と訪問看護ステーションが一体化したチームを形成し、高品質のケアを在宅末期がん患者と家族に提供する。
<b>チームによって得られる効果</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>高品質の全人的（トータル）ケアを提供できる</li> <li>高レベルの医療を提供できる</li> <li>独居などの困難事例に対処することができる</li> <li>時間的ロスを少なくすることができる</li> <li>病院のバックアップを減らすことができる</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><b>医師</b>：緩和医療・ケアの理念、実際のやり方を文書で示し、チームに徹底する。 病院医師などとの連携窓口 チームの司令塔</p> <p><b>看護師</b>：24時間ケアのファーストコール対応 その他の医療職（薬剤師、理学療法士、作業療法士など）との連携窓口 福祉サービスとの連携窓口</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>チームの理念、目的、ケアプログラムを徹底する。</li> <li>24時間ケアを医師と看護師で担う。</li> <li>医師と看護師は、チームカンファレンスを行なう。</li> <li>情報のリアルタイムの共有を行う。</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>	<p>ホームケアクリニック札幌（北海道）・岡部医院（宮城）・穂波の郷クリニック（宮城） ふくしま在宅緩和ケアクリニック（福島）・在宅ホスピスとちの木（栃木） さくさべ坂通り診療所（千葉）・クリニック川越（東京） 千里ペインクリニック（大阪）・ひばりメディカルクリニック（奈良） 徳島往診クリニック（徳島）・ベテル三番町クリニック（愛媛） にのさかクリニック（福岡）*</p> <p>* 各々の医療機関には、一体化した形で活動する訪問看護ステーションが存在している</p>

退院支援調整チーム

<b>チーム（取組）の名称</b> 退院支援調整チーム
<b>チームを形成する目的</b> 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。
<b>チームによって得られる効果</b> ・ 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。 ・ 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。 ・ 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。
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b> 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 <b>医師</b> ：患者・家族への病状に関する説明 退院に向けた今後についての具体的方針 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） <b>看護師</b> ：在宅ケアに向けた技術指導 退院後、通院時外来との連携方法の検討 <b>薬剤師</b> ：薬の説明、地域薬局との連携 <b>退院支援部門（MSW/看護師/保健師等）</b> ： 在宅医・訪問看護ステーション等必要な医療機関の確保 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 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。 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。 <b>医事課</b> ：医療費の説明 <b>その他診療に関係した必要な専門職</b> ：在宅生活に役立つ技術習得、情報提供
<b>チームの運営に関する事項</b> <b>○病院方針の徹底：（病院長、運営会議、診療会議）</b> 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發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。 <b>○退院計画の検討：</b> 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、関係職種の機能を發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こども医療センター

入院から在宅までの切れ目ない薬物療法提供

<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><b>医師・歯科医師</b>：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><b>病院薬剤師</b>：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><b>薬局薬剤師</b>：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、本人・家族に対し、在宅訪問栄養食事指導を行う。また、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）に対し、在宅訪問栄養食事指導を行うの内容の共有を図る。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の予防、再入院予防に結びつくことができる。
<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><b>医師</b>：医師はチームリーダーとして治療方針を決定。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><b>看護師</b>：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><b>管理栄養士</b>：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><b>リハビリテーションスタッフ</b>：訪問リハビリテーションを行うことにより、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。地域担当者会議に参加。</p> <p><b>ホームヘルパー</b>：食材の購入のサポート、食材の保管や食事作りを支援。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>・ 在宅医・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>
<p>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</p> <p><b>（病院）医師</b>：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。 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。</p> <p><b>在宅医</b>：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。 患者家族の自己管理、予防意識の高揚と実践を支援する。 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。</p> <p><b>（地域）保健師</b>：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。 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。 在宅療養に必要な地域の情報を提供する。</p> <p><b>訪問看護ステーション看護師</b>：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。 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。</p> <p><b>地域福祉関係者</b>：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。</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> <li>○ 在宅寝たきりによる医療ケアの必要な場合、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）</li> <li>○ 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</li> </ul>

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**

神奈川県地域保健福祉事務所

総合的な在宅医療提供のための社会福祉士活用

<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
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>
<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>
<b>チームによって得られる効果</b>
<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>
<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>：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><b>看護師</b>：看護・ケア。</p> <p><b>リハビリテーションスタッフ</b>：リハビリテーションの実施</p> <p><b>介護福祉士</b>：通所リハビリテーション・病棟でのケア</p> <p><b>社会福祉士</b>：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> <p>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）</p> <p>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。</p> <p>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、その後は担当リハビリテーションスタッフ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。</p> <p>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。</p> <p>往診患者については、必要がある際、特にかん末期患者や難病患者、特に家族の相談が必要な場合の往診に同行。ケアマネジャーを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。</p>

<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
<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>各事業単位での毎日または週1回の医師、看護師、リハビリテーションスタッフ、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>
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

歯科標榜のない回復期病院と地域歯科医師会との連携

<b>チーム（取組）の名称</b>
歯科標榜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>
歯科標榜のない回復期病院において、歯科医師・歯科衛生士がチームへ参画する方策としてオープンシステムを導入し、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>・関係職種の高質向上を図ることが可能であり、医科・歯科連携を構築する一助となる。</li> <li>・入院患者の歯科医療ニーズに的確に応えることができる。</li> <li>・退院後に地域での歯科的管理が継続できる。</li> </ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>
<p><b>リハ医師（病棟）</b>：患者の身体状況や摂食・嚥下障害の評価に基づき、院内スタッフへの指示を行う。必要に応じ、患者・家族の了解の下、登録歯科医へ口腔機能訓練ならびに歯科処置に関する患者の負荷能力等について、情報提供・紹介を行う。</p> <p><b>登録歯科医師（歯科診療所）</b>：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衛生処置・口腔リハビリテーションを実施する。また情報提供ならびに助言を歯科衛生士、言語聴覚士、看護師等に行う。必要に応じて、食事に立ち会い摂食・嚥下機能に関わる評価を行い、病院スタッフに情報提供する。また病院でのカンファレンスへも参加する。</p> <p><b>看護師（病棟）</b>：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等の情報提供を行う。日常の口腔衛生処置、摂食・嚥下機能療法に従事する。</p> <p><b>歯科衛生士（歯科診療所）</b>：登録歯科医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衛生処置を行い、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衛生処置（歯石除去等）を行う。</p> <p><b>歯科衛生士（病棟）</b>：病院勤務の歯科衛生士は、入院患者の口腔衛生処置に関するアセスメントを行い、登録歯科医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衛生処置に関する助言を行う。また、地域の登録歯科医と連携する窓口の役割を担う。</p> <p><b>理学療法士（病棟）</b>：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><b>作業療法士（病棟）</b>：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等を行う。</p>

<p><b>言語聴覚士（病棟）</b>：登録歯科医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を効果的に行う。</p> <p><b>介護福祉士（病棟）</b>：日常生活を支援するとともに家族に対する指導を行う。</p> <p><b>薬剤師（病棟）</b>：使用薬剤等に関する評価および情報提供を行う。</p> <p><b>社会福祉士（病棟）</b>：家族とスタッフ、患者と家族、地域生活へのつなぎとしての役割を行う。</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>
登録歯科医および院内スタッフで構成した医科・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フとの連携をスムーズに行う。また、退院時カンファレンス等への参加や、カンファレンスに際して病院へ歯科情報を提供し、患者の在宅支援を行う。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。
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>
長崎リハビリテーション病院 類似したシステム構築病院として熊本機能病院、霞ヶ関南病院がある。

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口腔衛生処置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、口腔衛生処置など）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>口腔衛生処置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>入院中の口腔衛生処置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><b>医師</b>：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><b>歯科医師</b>：医師と協働して口腔内の精査や口腔衛生処置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><b>看護師（各チームの認定看護師）</b>：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><b>歯科衛生士</b>：歯科医師の指示のもとに、専門的口腔衛生処置を行い、患者・家族・病棟スタッフに口腔衛生処置の指導を行う。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衛生処置を行う。</p> <p><b>理学療法士</b>：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><b>臨床工学技士</b>：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><b>管理栄養士</b>：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><b>薬剤師</b>：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><b>臨床検査技師</b>：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入ら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）

<b>チーム（取組）の名称</b>	摂食・嚥下チーム
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>	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、対応する事ができる。これにより、患者の入院生活の向上、原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。
<b>チームによって得られる効果</b>	<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>
<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（リハ医）</b>：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><b>歯科医師</b>：医師と協働し、摂食・嚥下の評価や口腔衛生処置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><b>看護師</b>：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><b>歯科衛生士</b>：歯科医師の指示のもとに、口腔衛生処置を行い、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衛生処置を行う。カンファレンスに参加する。</p> <p><b>管理栄養士</b>：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>
<b>チームの運営に関する事項</b>	<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>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>	昭和大学病院

褥瘡対策チーム

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>
<p><b>医師（主治医）</b>：在宅療養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。</p> <p><b>医師（耳鼻科医）</b>：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。</p> <p><b>歯科医師（歯科診療所）</b>：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。</p> <p><b>訪問看護師</b>：VE 検査時に同席し、療養指導、訓練を行う。</p> <p><b>歯科衛生士</b>：居宅療養管理指導とともに間接訓練、口腔衛生処置を実施する。</p> <p><b>薬剤師</b>：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。</p> <p><b>管理栄養士</b>：摂食嚥下機能に応じた食形態の提供を家族に指導する。</p> <p><b>理学療法士</b>：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。</p> <p><b>口腔保健センター</b>：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。</p> <p><b>ケアマネジャー</b>：患者、家族、福祉関係者、医療関係者との調整を行う。</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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>
<p>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）</p> <p>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組事例あり</p>

<b>チーム（取組）の名称</b>
NST 委員会 褥瘡対策チーム
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>
褥瘡のリスクファクターおよび患者状態を各専門職の視点から多面的に評価することにより、患者個々の特性に応じた効果的な対策、治療を実践する。
<b>チームによって得られる効果</b>
<p>褥瘡発生・重症化予防、早期治療、およびこれらによる原疾患に対する治療効果の向上。</p> <p>【チーム稼働前後における急性期病棟アウトカム】</p> <p>BC ランク率 61.0%→70.5%、発生率 2.1%→0.8%、有病率 6.9%→2.2%、治療率 33.4%→52.1%、病棟平均在院日数 11.9 日→10.9 日（それぞれ 16 年、22 年実績比較）</p>
<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>：治療およびチームリーダーとしての意思決定</p> <p>【治療管理】チームカンファレンスに基づく治療方針の決定とチームによる活動の総合的管理。</p> <p><b>看護師</b>：継続的的患者評価と患者に対する褥瘡対策の定着</p> <p>【予防・評価】入院時スクリーニングによる患者評価とマニュアルに基づいた対策の実施。栄養、薬剤等各項目にわたる継続的モニタリング。</p> <p>【チームの調整】患者状態に応じ関係職種の随時招集、対応依頼。各専門職により実施されている対策を患者の病棟生活として定着させることの全面的サポート。</p> <p>【患者指導】退院時の患者および家族への在宅療養指導。</p> <p><b>管理栄養士</b>：適正栄養量の確保による発症・重症化予防</p> <p>【栄養評価】患者の栄養状態の継続的モニタリング。必要栄養量と実際提供量の評価。患者状態および褥瘡ステージに応じた栄養量および栄養素の提供。</p> <p><b>薬剤師</b>：治療手段である薬剤の総合的管理</p> <p>【薬効評価】病態や基剤の特性に合った薬剤の選択。褥瘡の状態と薬剤の適切性の継続的評価。</p> <p>【薬剤管理】薬剤の保存方法および使用法の適切性の確認。退院時の患者および家族への薬剤指導。</p> <p><b>リハビリテーション</b>：患者への内的・外的アプローチによる発症・重症化予防と治療補助</p> <p>【循環確保】リハビリテーション効果としての末梢循環の維持・向上による発症予防、治療促進（理学療法士）。</p> <p>【環境整備】寝具や車椅子等病棟生活における環境の調整（作業療法士）。</p> <p>【栄養摂取】栄養や薬剤の摂取機能の評価および機能維持・向上（言語聴覚士）。</p>



### チームの運営に関する事項

- ・ 上記職種による褥瘡回診の実施（週1回）。
- ・ チーム責任者を中心としたメンバーによる臨床指標（発生率、治癒率等）に基づく評価の実施およびその結果に基づく PDCA サイクルによる業務改善の実施（毎月）。
- ・ 上部組織である NST 委員会（医師、看護師、管理栄養士、調理師、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、事務）の定例会議（毎月開催）にて結果を報告。チームメンバーを含む NST 委員による結果の評価と対策の検討。

### 具体的に取り組んでいる医療機関等

脳血管研究所美原記念病院

## 急性期リハビリテーションチーム

### チーム（取組）の名称

急性期リハビリテーションチーム

### チームを形成（病棟配置）する目的

超急性期より各専門職の視点から多面的に患者状態を評価し、各職種が協力して早期離床を推進することで、早期の機能回復、二次合併症・廃用症候群の予防を実現する。さらに、急性期治療後の速やかな自宅復帰や、必要な患者に対する回復期リハ病棟への移行を促進する。

### チームによって得られる効果

二次的合併症・廃用症候群の予防、経口摂取開始までの期間の短縮、経口摂取率向上等による早期の機能回復の実現。治療結果を伴いながらの在院日数短縮。

#### 【脳血管障害者に対する治療成績】

入院からリハ開始までの日数 1.4 日、1 日平均リハ実施単位数 5.2 単位、入院から坐位開始までの日数 1.2 日、入院から立位開始までの日数 2.6 日、入院時 FIM78.6 点、退棟時 FIM89.9 点、入院から経口摂取開始までの期間 3.2 日、在棟中経口摂取開始率 94.7%、在棟日数 14.2 日（それぞれ急性期病棟における平成 22 年実績）

### 関係する職種とチームにおける役割・仕事内容

**医師**：治療およびチームリーダーとしての意志決定

【治療管理】治療および患者状態に応じた総合的リスク管理。

**看護師**：患者の ADL に応じた最適なケアの実践および訓練時のリスク管理のサポート

【評価・予防】超急性期リハにおけるモニタリング等のリスク管理。作業療法士のセルフケア評価に基づく患者個別の ADL 能力の発揮を前提としたケアの実践。嚥下スクリーニングの全例実施と言語聴覚士との共同作業による口腔リハビリテーションおよび早期経口摂取の実践。

【チームの調整】患者状態の継続的評価による各職種への情報提供、対応依頼。

**理学療法士**：急性期からの訓練実施による早期の機能回復および二次的合併症・廃用症候群の予防

【評価・訓練・指導】看護師と共同でリスク管理を行いながら安静度に応じた積極的な訓練の実施。医師、看護師への患者の身体機能に関する情報提供による治療・ケアの評価。

**作業療法士**：高次脳機能障害の評価による治療・ケア上のリスク管理

【評価・訓練・指導】高次脳機能（半側空間無視などの注意障害や失行・失認）の評価による急性期治療上のリスク管理。セルフケアへの介入による ADL の評価と看護師への情報提供。

**言語聴覚士**：早期経口摂取訓練に伴う嚥下機能の向上による合併症予防および治療効果の促進

【評価・訓練・指導】看護師と共同で口腔リハビリテーションおよび早期経口摂取の実践による補液の早期終了の推進。それによる生活範囲の拡大に伴う ADL 向上。

<p><b>社会福祉士</b>：患者情報の収集と退院後の療養環境整備</p> <p>【情報収集】入院時における患者情報の収集と必要に応じた各種公的補償制度の利用サポートによる、患者およびスタッフの治療環境の整備。【退院支援】入院早期から治療計画に合わせた退院調整(介護保険施設等とのサービス調整など)。</p>
<p><b>チームの運営に関する事項</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>患者データベースの運用による患者別アウトカム評価(入院時および退院/退棟時に実施)</li> <li>チームの全職種による、全患者へのリハ回診の実施(週1回)</li> <li>チームの全職種による、定期的カンファレンス(月1回)および日常カンファレンスの随時開催。</li> <li>急性期病棟45床に対しリハビリテーションスタッフ14名(3.2:1)配置による、早期対応および高密度実施量の維持。</li> </ul>
<p><b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b></p> <p>脳血管研究所美原記念病院</p>

## せん妄対策チームの取組例

<p><b>チームの名称</b></p> <p>せん妄対策チーム</p>
<p><b>チームを形成する目的</b></p> <p>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><b>主治医</b>：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><b>精神科医</b>：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><b>看護師</b>：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><b>薬剤師</b>：処方内容や薬効の評価、病態に応じた処方の提案。</p> <p><b>作業療法士</b>：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><b>看護補助者</b>：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></p> <p>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><b>医師</b>：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><b>看護師</b>：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。</p> <p><b>リハビリテーションスタッフ</b>：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><b>管理栄養士</b>：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><b>医療保育士</b>：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><b>院内学級教諭</b>：学び、楽しむ時間と場を提供しQOLの向上を図る。</p> <p><b>臨床心理士</b>：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><b>社会福祉士</b>：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><b>音楽療法士</b>：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><b>チャイルドライフスペシャリスト</b>：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><b>ピアサポーター</b>：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>	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

## 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>	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。
<b>チームによって得られる効果</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>登録レシメンに基づく用法・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><b>医師</b>：病状・病期・病理所見などの説明、抗がん剤の選択、治療効果の判定、有害事象の確認と対策</p> <p><b>薬剤師</b>：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）、抗がん剤レシメンの管理・レシメンに基づく処方鑑査（適用する化学療法レシ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><b>看護師</b>：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・穿刺部の確認（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</p>

<p>ス等を実施。</p> <p><b>歯科医師:</b> 口腔衛生処置などの口腔合併症のケア</p> <p><b>管理栄養士:</b> 化学療法患者は、嘔気・嘔吐、食欲不振、口内炎、下痢等の副作用のある患者に対して、患者個々の状態や食生活に応じた食事指導・支援を行うことにより、摂取栄養量の確保、栄養状態・体重の維持・改善、ひいては、QOLの維持・向上、さらには、治療の完遂（治療中断の回避）につながる。</p> <p><b>ソーシャルワーカー:</b> 医療費のしくみ、活用できる制度の紹介・相談窓口</p>
<p><b>チーム運営に関する事項</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>週に1度のカンファレンス</li> <li>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</li> <li>歯科医師、管理栄養士、ソーシャルワーカー等への介入依頼体制の確立</li> </ul>
<p><b>具体的に取り組んでいる医療機関</b></p> <p>岐阜大学医学部附属病院</p>

## 暴力被害者支援チーム

<p><b>チーム（取組）の名称</b></p> <p>暴力被害者支援チーム</p>
<p><b>チームを形成（病棟配置）する目的</b></p> <p>暴力被害者支援にあたり、被害者の意思を尊重して意思決定できるように、多様な支援リソースを提示でき、選択できるように専門家チームを用意し、活用できるようにする。</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>暴力被害者の意思を尊重した支援が、必要な時に迅速に得られる。</li> <li>医療機関のみならず地域で継続してフォローすることが可能である。</li> <li>長期的な身体的・精神的健康を改善でき、安全な生活が可能になる。</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> <p><b>医師:</b> 被害の医学的診断、検査、犯罪立証の証拠採取、ERとの連携</p> <p><b>助産師:</b> 女性を尊重したケアの実施、証拠採取、性感染症・妊娠予防、証明書、DVスクリーニングの実施、リスクグループの発見</p> <p><b>看護師:</b> 被害の早期発見、治療時の支援、専門家への連絡（例えば、NPO法人「女性の安全と健康のための支援教育センター」にて性暴力被害にあった人の医療ケアを行う性暴力被害者支援看護職の養成を行っている）</p> <p><b>臨床心理士:</b> カウンセリング、長期的なフォローアップ、PTSDへの支援</p> <p><b>社会福祉士:</b> 経済的支援、退院調整、福祉との連携</p> <p><b>警察:</b> 医療機関への連携、必要な証拠採取、被害届け</p> <p><b>女性センター:</b> 地域での女性の生き方相談でのカウンセリング</p> <p><b>児童相談所:</b> 子どもを暴力から保護する</p> <p><b>シェルター:</b> 女性とこどもの一時避難</p> <p><b>東京フェミニストセラピーセンター:</b> 長期的な支援、グループカウンセリング</p> <p><b>支援教育センター:</b> 専門職への継続教育、コンサルテーション、ネットワーク (参考: NPO法人 女性の安全と健康のための支援教育センター)</p> <p><b>弁護士:</b> 加害者を遠ざける支援、裁判支援</p>
<p><b>チームの運営に関する事項</b></p> <p>被害者の発見は、どこからでも始まる。暴力被害者支援マニュアルの活用。医療現場での二次加害の予防。</p> <p>被害者の意思を尊重して、次の支援を求めるかどうか決める。</p> <p>正確な記録の保管、情報開示の制限、被害者を加害者から守るという視点。院内の情報共有、被害者を守るシステム、個人情報の徹底した保護（全職員）</p> <p>定期的な地域での連携・運営会議</p>
<p><b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b></p> <p>まつしま病院</p>

生殖補助医療支援チーム

<b>チーム（取組）の名称</b>	生殖補助医療支援チーム
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>	身体的、精神的、経済的負担が大きい生殖補助医療を受ける、患者や家族の意思を尊重しつつ、治療の選択や継続の意思決定を支援する。
<b>チームによって得られる効果</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者自身が納得する治療を選択できる。</li> <li>不妊治療薬を使う患者が食事や服薬などを自己管理しながら、仕事や性生活など含めた日常生活を支障なくすごせる。</li> <li>長期間の精神的苦痛へ各専門職が対応できる。</li> <li>費用負担に関する不安への対応ができ、治療に安心して臨める。</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：診断、治療法の提示、治療、遺伝相談                  助産師：家族計画と受胎調節の指導、不妊治療後の妊産婦の個別的なケア                  看護師（不妊症看護認定看護師、母性看護専門看護師）：検査や治療の情報を提供、精神的支援                  胚培養士：精子・卵子管理、顕微授精、受精卵培養                  臨床心理士：不妊治療継続のためのカウンセリング等精神的支援                  遺伝カウンセラー：遺伝相談、出生前診断、その後の対応等                  医療事務：補助金や費用負担等に関する説明</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>毎日のショートカンファレンス、定期的な事例検討会を開催し、情報を共有する。</li> <li>コミュニケーションを円滑にし、長期的な視点で支援する体制を整える。</li> <li>必要時、医療機関から自治体の不妊関連事業（不妊治療相談センター事業：不妊に関する医学的・専門的な相談、不妊による心の悩み相談）を紹介する。</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>	蔵本ウイメンズクリニック、木場公園クリニック

他機関との連携による虐待予防・支援チーム

<b>チーム（取組）の名称</b>	他機関との連携による虐待予防・支援チーム
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>	ケアを受ける子どもや高齢者が、養育者や介護者からうける虐待は心と身体に深い傷を残すとともに、生命の危機的状況をきたすこともある。このような、虐待を早期発見し、迅速に介入することにより、虐待を受ける側を保護するとともに、虐待を行う側にも再発予防となるケアを提供する。
<b>チームによって得られる効果</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>虐待を早期発見し、早期に初期介入、保護・支援につながる。</li> <li>地域連携により早期発見、支援が可能。</li> <li>虐待の再発予防、自立支援につながる。</li> </ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>	<p>医師：医学的診断、検査、治療。虐待の疑いと決定した場合、保護者・家族に告知し、児童相談所・警察に通報                  看護師：全身状態の管理、精神的サポート                  臨床心理士：虐待を受ける側と虐待を行う側へのカウンセリング                  社会福祉士：虐待再発予防のための福祉サービスの調整                  歯科医師：口腔内の衛生状況の評価、う歯（虫歯）の状態と診断                  医療機関の保健師：初期対応後の入通院時状況把握をするなど長期的なフォローアップ、地域保健師との連携と家庭訪問による生活状況の把握                  必要時、地域ネットワーク会議等への出席                  児童相談所 医師：子どもとその家庭に対する医学的判定                  児童相談所 児童心理士・ソーシャルワーカー：初期調査、安全確認、立ち入り調査などの後に、援助方針を検討する会議を開催し、在宅指導、または一時保護、施設入所措置や家庭裁判所への申し立てなど法的権限による対応を行う。子どもとその家庭に対する教育学的・心理学的判定。                  地方自治体および関係機関：市町村のケースワーカー、保育士・幼稚園教諭、学校教諭。</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>	<p>救急・周産期のみならず全科の医師および看護師、MSW等が小児虐待・高齢者虐待の所見が疑われる場合、速やかに本人・保護者、家族に面接し、必要な情報を収集する。虐待の疑いと決定した場合、保護者、家族等に告知し、児童相談所に通報する。</p> <p>また、院内虐待対策委員会等がある場合には会議を開催し、院内の判断・方針を共有する。その後、必要に応じて関係者（市町村のケースワーカー・保健師、保育士・幼稚園教諭、学校教諭等）を交えて、再発防止に向けた地域ネットワーク会議等で、養育・介護・福祉サービスを調整、虐待再発予防に向け、地域を主体としたサポート体制を確立する。</p>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>	独立法人神奈川県立こども医療センター 兵庫県立こども病院 財団法人筑波メディカルセンター 筑波メディカルセンター病院

## 臨床倫理コンサルテーションチーム

<b>チーム（取組）の名称</b> 臨床倫理コンサルテーションチーム
<b>チームを形成する目的</b> 生死に係る治療方針の選択においては、倫理的な問題をもつ事例が多い。臨床倫理コンサルテーションチームは、倫理的問題を持つ治療の選択に苦慮する医療者の相談をうけ、患者の意思や身体的状態に応じた治療方針の決定を支援する。
<b>チームによって得られる効果</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 直面する倫理的問題に対応できる体制が確保されることで、医療者が倫理的問題を持つ治療方針の決定に対応できる。</li> <li>・ 医療者が医療現場の倫理的問題を調整するプロセスの中で、多角的な情報を収集することができ、その結果をもとに治療方針の決定ができる。</li> <li>・ 倫理的問題を含む治療方針について医療者が少人数で抱え込むことなく、倫理的ジレンマと向き合いながら、幅広い視点で決定できる。例えば、終末期の本人の意思確認を踏まえた看とりや、延命治療・遺伝子治療の可否など、患者の利益・不利益を考慮した倫理的な視点から治療方針を決定することができる。</li> </ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b> <b>主治医（相談者）</b> ：患者の利益が不確かな場合や意思確認が困難な場合の治療方法の選択・決定において、倫理コンサルテーションチームを活用し、多角的な視点での情報収集をおこなうとともにチームの分析結果も参考にする。 <b>医師（倫理コンサルテーションチーム）</b> ：患者の医学的情報より、治療適用の適切性や予後を判断する。 <b>看護師（倫理コンサルテーションチーム 専門看護師）</b> ：患者・家族や関係する医療者より、患者の生命予後や意思・価値観、QOL についての情報を収集し、倫理的ジレンマの内容を整理する。 <b>社会福祉士（倫理コンサルテーションチーム）</b> ：治療の選択結果がもたらす患者・家族の生活への影響や、福祉サービスの利用の可能性について情報を整理する。 <b>事務員</b> ：倫理コンサルテーションの依頼の受け付け窓口となり、チームメンバーと相談者のスケジュールを調整する。
<b>チームの運営に関する事項</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ チームメンバーは、依頼を受けた後、速やかに多角的な情報収集を行い、倫理カンファレンスを開催する。そこで倫理的問題を持つ治療方針について相談者の話を聴きながら検討するとともに、その結果を相談者にフィードバックする。</li> <li>・ チームメンバーは、相談者がコンサルテーションを通じて、自らの判断で倫理的問題を持つ治療方針の決定ができるように関わり、その決定を尊重する。</li> <li>・ 倫理コンサルテーションチームは倫理委員会の下部組織であり、チームメンバーは倫理委員会に所属するとともに、臨床倫理に関する研修を受講している。</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b> 財団法人 筑波メディカルセンター筑波メディカルセンター病院 長浜赤十字病院

## 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> <b>医師（精神科）</b> ：診断と治療および治療目標の設定 <b>看護師</b> ：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 <b>作業療法士</b> ：入院中の日常生活機能回復訓練、グループ活動の運営 <b>臨床心理士</b> ：診断補助、入院中の回想法、グループ活動の運営 <b>診療放射線技師</b> ：診断補助 <b>精神保健福祉士</b> ：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 ※ 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。
<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：入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

自殺未遂者ケアにおける精神科チーム医療

<b>チーム（取組）の名称</b>	高度救命救急センターにおける自殺未遂者ケアチーム
<b>チームを形成する目的</b>	搬送される全ての自殺未遂者に対して、自殺未遂者ケアチームによる精神医学的治療、ソーシャルワークを導入することで、自殺の再企図を防止する。
<b>チームによって得られる効果</b>	自殺未遂は最大の自殺予測危険因子の一つであり、自殺未遂者への心理的危機介入と正確な精神医学的評価および心理社会的評価に基づく支援を提供することで、在院期間の短縮、退院後の自殺再企図率の低下が期待できる。
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>	<p><b>救命救急医</b>：身体的治療を行う。</p> <p><b>精神科医（高度救命救急センターに常勤：チーム・リーダー）</b>：心理的危機介入、精神医学的評価に基づく心理教育、精神療法、薬物療法等の精神科治療提供、情報収集、家族ケアを行う。</p> <p><b>看護師</b>：心理的危機介入、身体的・心理的ケア、家族ケアを行う。</p> <p><b>精神保健福祉士</b>：早期に介入し、心理社会的アセスメントを行い、情報提供、地域社会資源利用のためのコーディネートを行う。</p> <p><b>臨床心理技術者</b>：心理的危機介入、心理教育、心理検査を行う。</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>	<p>自殺未遂者ケアチームにより、以下の複合的ケースマネジメントを実施。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 身体的治療（救命救急治療等）</li> <li>・ 心理的危機介入</li> <li>・ 情報収集に基づく経過・病歴・病態の把握</li> <li>・ 自殺予防のための心理教育</li> <li>・ 家族への心理教育</li> <li>・ 自殺予防に資する情報提供</li> <li>・ 精神医学的治療</li> <li>・ 社会資源の利用のためのコーディネート</li> <li>・ 地域における精神科受療の促進や、身体科受療との調整</li> <li>・ 受療中断者への受療促進</li> <li>・ 継続的なフォローアップ</li> </ul> <p>※多職種によるカンファレンスの実施</p>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>	<p>横浜市立大学附属市民総合医療センター</p> <p>ほかに岩手医科大学附属病院、関西医科大学附属滝井病院など</p>

総合病院における精神科コンサルテーション・リエゾンチーム

<b>チーム（取組）の名称</b>	コンサルテーション・リエゾンチーム（総合病院精神科）
<b>チームを形成する目的</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 多職種の利点を生かし、多面的で全人的なサポートを目指す</li> <li>・ 特に現場で困っていると思われる身体科病棟看護師への援助を強化する</li> <li>・ 最終的に、入院中の患者さんやその家族の中で、精神科的治療やケア、心理的支援を必要とする方に適切な援助を提供する事を目指す</li> </ul>
<b>チームによって得られる効果</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ コンサルテーション・リエゾンにおける介入の質が安定し向上する</li> <li>・ 他科スタッフの精神症状への理解が深まる</li> <li>・ 精神科スタッフのモチベーション向上につながる</li> <li>・ 外部の医療機関等との関係を密にする事で地域精神科医療システムの活性化に繋がる。</li> </ul> <p>[従来の医師単独の対診と異なる点として]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 早期介入、早期退院支援、連携が可能になる。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 精神保健福祉士が配置されることで、救急、身体合併症入院、退院支援など、外部機関との連携が円滑になること。</li> <li>・ チームとして日常的に関わることで、ニーズ(患者、救急現場等)に合わせて迅速に活動し、早期発見、早期対応が可能になること（認知症、せん妄、うつ病等）</li> </ul> </li> <li>* チームで行うことで多面的な評価が可能になり、共有できる。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 生活状況、精神、心理状態、治療内容の検討、退院後の支援方法等が行えること。</li> </ul> </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（精神科）</b>：精神医学的診断と治療法の検討及び具体的介入</p> <p><b>看護師</b>：看護的立場からの症例検討。身体科病棟看護師への看護的立場からの支援の実施。</p> <p><b>臨床心理士</b>：心理士の立場での症例検討と具体的介入。受け持ち病棟を決め定期的に訪問を行い問題点の早期発見に勤めチームに持ち帰る。</p> <p><b>精神保健福祉士</b>：入院患者の社会的ニーズを早期に発見着目し、適切な社会資源の利用につなげる。病院外の種々の医療・福祉施設における状況や医療的ニーズに目を配り地域の精神科医療システムが適切に機能するよう心がける。</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師、看護師、臨床心理士の三者を中核メンバーとし、精神保健福祉士やその他の職種を周辺メンバーとする多職種チーム</li> <li>・ 多職種であることを生かし、薬物療法、心理・精神療法、看護・ケア、社会的支援など、多角的で全人的なサポートを目標としている。</li> <li>・ 主に他科入院中患者の担当医師からの照会に対応している。</li> <li>・ 精神科医が照会を受け、病棟に出向き診察する。</li> <li>・ 別に他科入院中の患者の担当医師から直接臨床心理士に照会する経路もある</li> <li>・ チームに照会された患者のリストが随時更新され、精神科医・看護師・臨床心理士・</li> </ul>

<p>精神保健福祉士の間で共有される。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ チームの院内メールアドレスを公表し、メールでの相談に対応。(医師だけでなく看護師やその他コメディカルからの相談経路として活用)</li> <li>・ 毎週火曜日にカンファレンスを開催。医師・看護師・臨床心理士・精神保健福祉士がチームに照会されたケースについて検討する。その他に週一回木曜に医師間でのリエゾンカンファレンスもあり介入の妥当性を検討する。</li> </ul>
<p><b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b></p> <p>亀田総合病院心療内科・精神科</p>

## 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、デスクカンファレンス(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><b>医師</b>：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行い、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の職種への関与を提案することもある。</p> <p><b>看護師</b>：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を行う。</p> <p><b>薬剤師</b>：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><b>管理栄養士</b>：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</p>



<p>バイスを行う。(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><b>臨床心理士</b>：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><b>社会福祉士</b>：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><b>事務員</b>：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>
<p><b>チームの運営に関する事項</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>情報伝達に関し、院内メールを活用している。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>
<p><b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b></p> <p>埼玉社会保険病院</p>

## 周産期におけるチーム医療の取組例

<p><b>チーム(取組)の名称</b></p> <p>助産所または診療所と高次医療機関</p>
<p><b>チーム(連携強化)を形成する目的</b></p> <p>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。</p>
<p><b>チームによって得られる効果</b></p> <p>妊産婦</p> <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> <p>医師(高次医療施設)</p> <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> <p>助産師</p> <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>
<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><b>助産所の助産師</b>：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</p> <p><b>嘱託医・嘱託医療機関</b>：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</p> <p><b>診療所の助産師</b>：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</p> <p><b>高次医療機関</b>：異常発生時の転院・搬送の受入</p> <p>(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)</p>
<p><b>チームの運営に関する事項</b></p> <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>
<p><b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b></p> <p>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</p>