

例1) 急性期における栄養サポートチーム (近森病院) (P19 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) (P20 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) (P23 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 (P25 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、管理栄養士が術前に栄養介入を実施することに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。手術患者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)

(P27 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、理学療法士 3 名、作業療法士 1 名、言語聴覚士 1 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協働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) (P28 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テーションスタッフ(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)、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、リハビリテーション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が期待される。

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) (P36 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、リハビリテーション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の職種を尊重し、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)

回復期リハ病棟において、医師、看護師、リハビリテーションスタッフ、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) (P38 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）（P39参照）

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子ども医療センター）（P40参照）

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、社会福祉士、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することに寄与している。

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、他の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（速崩壊性錠剤、ゼリー剤等の選択、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

（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）（P42参照）

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、禁忌薬や相互作用、重複が避けられるなど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（P43参照）

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止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の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（神奈川県保健福祉事務所）

（P44参照）

開業医・往診医・病院との情報交換・連携強化を行い、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（在宅総合ケアセンター元浅草）

（P46参照）

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

- 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。
- 医科・歯科の連携において重要なポイントとなる口腔ケアについては、歯科医療関係職種が実施する専門的な処置からセルフケアに至るまで様々な内容が含まれ得るが、患者の状態に応じて必要な口腔に対する衛生処置等を実施することが重要である。
- 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。
- 口腔衛生処置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、口腔の衛生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。
- 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、医科と歯科連携がお互いの専門性を尊重し、それぞれの専門性を最大限に活かした連携を行うことで、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) (P48 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) (P50 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) (P53 参照)

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。

・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) (P57 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を行うことができ、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) (P58 参照)

小児医療においては、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て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。

・術後期 (集中治療) におけるチーム医療 (長崎大学病院) (P23 参照)

集中治療の対象となる患者は、多種多様な重症疾患を抱え、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みめ細かな投与薬剤・投与量の設定などが必要となっている。そこで、医師のリーダーシップの下、看護師、薬剤師、臨床工学技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) (P59 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)

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、組織欠陥は正のためのリスクマネジメントを実施している。

・暴力被害者支援チーム（まつしま病院）（P61 参照）

被害者の意思を尊重した多様な支援を必要な時に迅速に提供できるように配慮することが重要である。被害者の保護を含む身体的・精神的・社会的な支援を医師、助産師、臨床心理士等の医療関係職種と、警察、女性センター、児童相談所等の公的機関の職員が連携して行うことにより、地域で継続して支援することができ、長期的な身体的・精神的健康を改善し、安全な生活を送ることが可能となる。

・他機関との連携による虐待予防・支援チーム

（神奈川県立子ども医療センター、兵庫県立子ども病院、筑波メディカルセンター病院）

（P62 参照）

小児や高齢者などの応対に対応するために、医療機関の職員のみならず、児童相談所や自治体の関係職員を含めたチームを構成し、早期発見、保護、支援、再発予防をシームレスに行う体制を整えている。医療機関においては、医師や看護師、MSW 等が本人や保護者等から情報収集を行って判断・方針を共有し、その後、再発防止に向けて地域の関係者を交えた会議等で連絡・調整を行い、地域を主体としたサポート体制を確立する。

・臨床倫理コンサルテーションチーム（筑波メディカルセンター病院、長浜赤十字病院）

（P64 参照）

生死にかかわる治療方針の決定においては、延命治療や遺伝子治療の可否など倫理的に困難な問題を持つことが多く、担当医のみならず治療に直接関わらない医師等を含む多職種での検討が必要となる。主治医から依頼を受けた後、速やかに倫理的コンサルテーションを実施し、倫理的な視点から問題点を整理することにより、治療方針の決定に苦慮する医療者の負担を軽減するとともに、患者・家族の意向や QOL を考慮した最善の医療を提供することができる。

- 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、患者を中心に医師や看護師、リハビリテーションスタッフや義肢装具士など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。

例) リハビリチーム（脳血管研究所美原記念病院）（P55 参照）

医師及びリハビリテーションスタッフがリハビリテーション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テーション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。

- 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）（P65 参照）

外来においては、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を施行するなど診察時に必要な情報を整理することにより、医師の診察時間を有効に活用している。

入院においては、退院後の生活を視野に入れた入院時面接を精神保健福祉士が行い、日常生活機能回復訓練・回想法等の活動や定期的なケースカンファレンスを看護師・作業療法士・臨床心理士・精神保健福祉士等多職種で行い、課題の整理や問題解決に向けてチームで取り組んでいる。また、退院前には家族・地域の介護関係者等を含めたケア会議を実施し情報を共有化し、スムーズに退院後の生活へと移行が可能となっている

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）

（P66 参照）

救命センターに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・助産師外来においては、助産師が正常産を担うことにより産科医師の負担軽減をはかりつつ、緊急時の迅速な連携を行っている。さらに、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）（P71 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）（P72 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げている。

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、夜間や休日も含めて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（P20 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、他の職種への助言・相談、薬物療法のプロトコル管理などの薬剤師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、摂食・嚥下機能に応じた食事形態（ゼリー状、プリン状、ヨーグルト状、ペースト状等）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、他の職種への助言・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（近森病院）（P73参照）

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、臨床工学技士や事務職員などの他の職種との業務分担等による業務の見直しが必要である。
- 医療機関における事務部門は、院内や地域の関係者が参加する委員会等のコーディネイトなどの役割や、病棟や手術部門などにおける管理業務や他部門との連携業務など様々な役割が期待されている。

例) 病棟・外来等のクラーク配置（昭和大学病院）（P75参照）

病棟や外来、手術室などの中央部門にクラークを配置し、増加している事務的業務を担うことにより医師や看護師等が診療業務に専念できる環境を整えている。また、患者・家族にクラークが速やかに対応することや、当該部署に関係する各職種が連携するために必要なサポートを行うことなどにより、医療関係職種間や患者・家族を含めたつなぎ役としての役割を果たしている。

- 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、例えば医師事務作業補助者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) 医師事務作業補助者導入による医師の勤務環境改善（済生会栗橋病院）（P76参照）

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師事務作業補助者を17名導入している。医師事務作業補助者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。医師事務作業補助者の育成については、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これまでに取り組まれてきたチーム医療に加えて、先進的な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。
- 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り、チーム医療の構成メンバーや役割を定型化するものではなく、個々の医療機関の置かれている状況に応じた取組や地域における人材確保が必要である。
- 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、業務独占範囲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や人材確保が必要であり、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や地域における人材養成の支援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。

(別添)

チーム医療の評価方法について

1. 基本的考え方

今後、チーム医療を推進する上で、チーム医療を導入した場合の効果を評価・検証する必要がある。チーム医療の効果については、昨年度取りまとめられた検討会報告書「チーム医療の推進について」において、①医療・生活の質の向上、②医療従事者の負担軽減、③医療安全の向上があげられている。チーム医療の最終的な評価に当たっては、特に、医療を受ける患者の満足度が重要な要素であるが、客観的・定量的に評価することは難しい。また、個別具体的なチーム医療の取組に対する評価については、実施する取組の内容によって評価すべき内容が異なること、及び評価の対象となるチーム医療以外の要素も評価項目に影響し得ることから、一律に評価項目を設定することは困難である。

チーム医療の評価方法について、評価の視点と評価方法の考え方を示し、個別のチーム医療の具体的な評価項目については、各取組の内容に応じて設定することが適当である。各医療機関においては、個々の状況に応じて取り組む内容の選択及び評価項目の設定を行う際の参考として活用していただくため、その一例を示す。

2. 評価の視点

チーム医療の評価に当たっては、例えば以下の4つの視点を考慮することが考えられる。

- ① 医療の質
例) 治療効果、合併症減少、医療安全向上 等
- ② 患者の視点
例) 早期社会復帰、治療への理解、患者満足度 等
- ③ 医療スタッフの視点
例) 労働生産性の向上、負担軽減効果、スタッフの満足度 等
- ④ 経済的視点
例) 労働生産性向上、費用対効果(増収・コスト削減効果) 等

3. 評価方法

チーム医療の評価に当たっては、客観的・定量的なアウトカム評価が望ましいが、アウトカムについては評価困難な内容も多いことから、プロセス評価やストラクチャー評価も併用することが必要である。

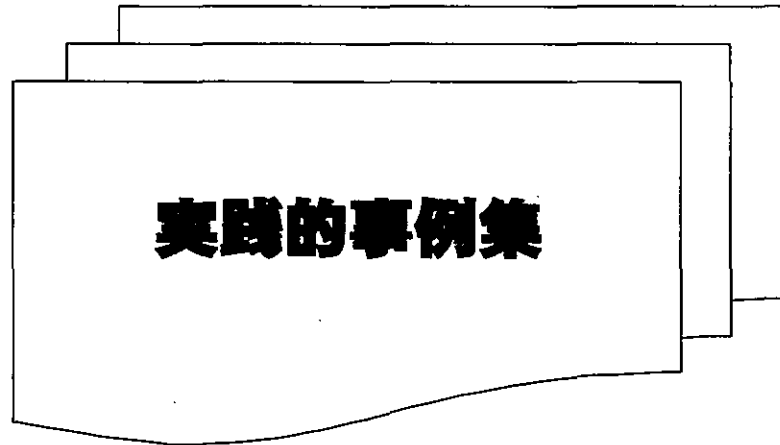
- ① アウトカム評価
例) 平均在院日数短縮、合併症減少、コスト減少 等
- ② プロセス評価
例) 推奨される治療の実践割合 等
- ③ ストラクチャー評価
例) 専門職種の配置、電子カルテ等の導入の有無 等

4. 具体的な評価項目の例

○ NST の場合

医療の質	アウトカム評価	早期治癒率(在院日数又は術後在院日数) 感染症の発生率 褥瘡発生率 血液学的検査値
	プロセス評価	経腸栄養実施率 口腔衛生処置実施率 食事提供回数
	ストラクチャー評価	専門職種の配置 電子カルテ等の導入の有無 カンファレンスの実施
患者の視点	アウトカム評価	早期治癒率(在院日数の減少) 使用薬剤数及び用量 合併症の発生率
	プロセス評価	専門スタッフによる回診回数 食事摂取回数 治療内容の理解
	ストラクチャー評価	1床当たりの医療従事者数
従事者の視点	アウトカム評価	1人あたりの担当患者数 各専門職種の専門性向上
	プロセス評価	各職種からの相談回数 カンファレンス、勉強会への参加回数
	ストラクチャー評価	専門職の365日24時間対応体制の有無 カンファレンス、勉強会の実施 治療方針の共有
経済的視点	アウトカム評価	病院収益 人員配置の変化
	プロセス評価	輸液使用金額 抗生剤使用金額 食事提供金額
	ストラクチャー評価	DPG導入 後発品使用 医師・看護師以外のスタッフの導入

診療記録管理による診療情報共有の取組



実践的事例集

チームの名称	院内監査システム（院内巡視）
チームを形成する目的	「院内巡視」と称する独自の病棟総合監査体制。診療を構成する多職種の実務者とともに診療情報管理士が巡視チームの一員となり、病棟において、診療記録の記載を体系的に監査（チェック）することで、医療スタッフ間の情報共有を推進する。
チームによって得られる効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 情報共有化の推進 ・ 診療情報の記録の質的向上 ・ 効率的な医療の提供と業務の標準化
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容	<p>毎週金曜日の9:00～10:30の約1.5時間で、1回2～3病棟を対象に全病棟を巡回する。</p> <p>【入院診療記録のチェック項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 入院診療計画書は適切に作成されているか ● 臨床研修医の指導は適切に行われているか ● 薬剤管理指導依頼書、指導記録が適切に行われているか ● 輸血、手術、処置等の同意書は適切に行われているか ● 初期記録の適切な記載があり、記載者のサインはあるか <p>【医療安全のチェック項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 医療安全管理対策ポケットマニュアルを携帯しているか ● 在庫管理が適切に行われ整理されているか ● 救急カートが適切に管理されているか <p>【感染管理のチェック項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 感染防止対策の「回覧」の閲覧状況が100%かどうか ● 感染性廃棄物の分別が適切にされているか ● 消毒薬の開封日が記載され、使用期限の管理が適切か
チーム運営に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ チーム構成メンバーは診療情報管理士のほか、病院長、副院長、事務長、事務次長、看護部長、薬剤部長、医療安全管理室専任看護師、感染管理室感染認定看護師、医事課長、薬剤師、医事課入院担当者、施設部長により構成。 ・ 診療情報管理士の育成は、日本病院会、日本診療情報管理学会、日本診療情報管理士会により確保。 <p>【具体的な手順】</p> <p>診療記録の監査は、標準的な診療記録の質を定めた当院規定の「入院診療記録 記載基準」を遵守し、適切な記録となっているかを確認する。また、記載義務のある項目では、基準が満たされた記載となっているかを確認する。特に入院時の初期記録の項目は、記載漏れが多いため、念入りに細かなチェックが行われる。一通りのチェックが終了すると、監査結果を当該病棟の責任医師および病棟看護師長の立会いのもと、監査を実施した病棟で病院長へ行う。基準が遵守されていない点や不備・不足は、その場で責任医師、病棟看護師長に指導が</p>

行われる。最終報告書は、診療情報管理士がまとめて巡視メンバーに連絡を行う。この報告書は、病院運営委員会および病院連絡会に提出され全職員に周知される。

具体的に取り組んでいる医療機関等

昭和大学病院

栄養サポートチームの取組例

チーム（取組）の名称	栄養サポートチーム
チームを形成（病棟配置）する目的	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。
チームによって得られる効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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 ・ 輸液、抗生剤等の使用量が減少し、物的コストが削減
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容	<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>リハビリテーションスタッフ：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>
チームの運営に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 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。 ・ 栄養サポートは、栄養計画に基づき病棟の担当医師と看護師、管理栄養士等が対応。 ・ 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。 ・ 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。
具体的に取り組んでいる医療機関等	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

質の高い薬物療法提供等のための薬剤師病棟配置の取組例

<p>チームの名称 薬剤師病棟常駐（2病棟当たり3名体制）</p>
<p>チームを形成する目的 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。</p>
<p>チームによって得られる効果</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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。 ・ 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。 ・ 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。 ・ 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。 ・ 日常的に医師・看護師からの相談に応じる体制を確立。 ・ 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。 ・ 薬剤師が患者の状況を常に把握することで、医師に対してより積極的な処方提案。 ・ 常に病棟にいて、突発的な状況にも即時対応。 ・ 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。 ・ 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、社会福祉士等に情報提供し、退院後の適正な薬剤管理を推進。
<p>関係する職種とチームにおける役割・業務内容</p> <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。 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し、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。 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。 患者情報は、看護師自ら患者・患者家族から聴取するだけでなく、薬剤師による初回面談の情報も参考に。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応する。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。抗がん剤、IVHは薬剤師が調製し、看護師が内容確認し患者に実施。</p>
<p>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、禁忌薬剤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への情報提供。場合により社会福祉士、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。抗がん剤、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。</p>

チーム運営に関する事項
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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

チームの名称
集中治療チーム
チームを形成する目的
<p>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、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。</p> <p>このようなチーム病棟専従型他の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。</p>
チームによって得られる効果
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 医療費の削減、物的コスト削減 ・ 副作用、合併症、原疾患の悪化などの早期対応、未然回避
関係する職種とチームにおける役割・業務内容
<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、専従型の多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）する多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、各専門の専従型多職種医療スタッフ（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>臨床工学技士：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</p>

<p>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> <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。</p> <p>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。</p> <p>歯科医師：術前から退院までの患者の口腔衛生処置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。</p> <p>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。</p>
<p>チーム運営に関する事項</p> <ul style="list-style-type: none"> 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）
<p>具体的に取り組んでいる医療機関</p> <p>長崎大学病院、昭和大学横浜市北部病院</p>

入院患者の状態に応じたきめ細やかな栄養管理

<p>チーム（取組）の名称</p> <p>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）</p>
<p>チームを形成（病棟配置）する目的</p> <p>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。</p>
<p>チームによって得られる効果</p> <ul style="list-style-type: none"> 術後在院日数短縮 術後合併症発生率減少 術後の転帰の改善
<p>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</p> <p>医師：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>看護師：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>管理栄養士：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、病棟カンファレンスへ参加する。 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> <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・検査をオーダーするなど医師オーダーサポート業務を実施し医師の支援・業務軽減を図る。</p> <p>リハビリテーションスタッフ：病棟担当のリハビリテーションスタッフが、リハビリテーションを行うことにより、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。</p> <p>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</p>

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

チーム（取組）の名称

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)

チームを形成（病棟配置）する目的

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り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。

チームによって得られる効果

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。例えば摂食嚥下機能においては、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。

関係する職種とチームにおける役割・仕事内容

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の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。

チームの運営に関する事項

- 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
- ② 電子カルテを導入し、情報を一元化し共有する
- 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
- 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を重視する
- 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に図る

具体的に取り組んでいる医療機関等

相澤病院（長野県松本市）

救命救急センターでの円滑な治療提供等のための社会福祉士配置の取組

チーム（取組）の名称
社会福祉士を専従配置した救命救急センター
チームを形成（病棟配置）する目的
<ul style="list-style-type: none"> ・ 第3次救急医療で患者を受け入れるベッドの確保をする ・ 患者が円滑に治療を受けられるようにするための経済的、社会的問題の解決 ・ 患者の回復の促進 ・ 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
チームによって得られる効果
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 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。 ・ 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、取組を促す。 ・ 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）
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容
<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 ベッドコントロール 紹介元及び紹介先病院との連携</p> <p>看護師：看護・ケア等 多くの職種とのコーディネーション</p> <p>薬剤師：専従配置により、薬剤使用に関する適切なアドバイス 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に関する緊急の判断</p> <p>管理栄養士：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</p> <p>社会福祉士：毎日5時間程度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 他の職種との連携による、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 身元不明患者の身元確認、必要な手続きの代行 外国人の言語の問題、保険証の問題に対応 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 病気、病状、今後の状態像に関する理解の手助け 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 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 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支援</p>

<p>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）を検索 虐待・DVなどの際の他の職種、機関との連携 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</p>
チームの運営に関する事項
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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、理学療法士、作業療法士、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

心臓血管外科における早期離床チームの取組

チーム（取組）の名称
エキスパートナースによる早期離床チーム
チームを形成（病棟配置）する目的
心臓血管外科手術後に早期離床・早期食事開始を図ることは無気肺や廃用萎縮あるいは静脈血栓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。また、エキスパートナースは集中治療病棟に配置された理学療法士、管理栄養士、臨床工学技士、薬剤師、他のナースや医師などを含むメンバーの中核として、心臓血管外科専門医が手術をしている間も包括的指示によりチームをリードする。
チームによって得られる効果
<ul style="list-style-type: none"> 肺炎等の術後合併症を減少させ、早期退院が可能となる。 各専門職が自分の役割を認識しかつ相互補完することにより提供する医療サービスの「穴」を未然に防ぐことができる。 医師の負担を減らし、医師本来の業務に専念させられる。 数多くの医師数が必要なく、若手医師が密度の濃いトレーニングを受けられる。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容
<p>エキスパートナース：術前訪問、術後家族との面談を含む患者サイドとの最初の窓口となる。術後管理はクリニカルパスおよび、医師の指示に基づきルーチン業務をこなし、術後管理を行う。また、他の看護師、職種との調整の中心となる。</p> <p>看護師：エキスパートナースの指導の下、同様な業務を行い、自己の経験研鑽を積む。</p> <p>理学療法士：術前から介入し、患者さんとのコミュニケーションを確立する。術翌日からリハビリを開始し退院までプログラムを継続する（通常約7日間）。</p> <p>薬剤師：投与薬剤の確認、オーダ入力、配合禁忌、用量、投与方法の適切性を確認する。</p> <p>管理栄養士：食事のみでなく、経腸栄養、中心静脈栄養を含む総合的栄養管理を行う。</p> <p>社会福祉士：周術期から退院のプランを立て、早期退院あるいは転院を図る。</p> <p>臨床工学技士：生体モニター、人工呼吸器、IABPなどの維持管理を行う。</p> <p>循環器内科医：内科的観点からアドバイスをし、治療に協力する。</p> <p>外科医：「心臓大動脈手術クリニカルパス」に基づき、包括的指示を出す。外れる点についてはエキスパートナースを含んだ打ち合わせにて調整する。</p>
チームの運営に関する事項
<ul style="list-style-type: none"> 毎朝8時30分からのカンファレンスに参加し、現状報告治療方針決定。 エキスパートナース資格は、単なる知識よりも現場経験および実力を重要視したレベルラダーのトップを超えた看護師に与える。また、名譽とともに手当を与える。 エキスパートナースは包括的指示および医師監視のもと、中心静脈カテーテル、IABPカテーテル、ドレーンや経鼻胃管チューブなどの抜去を行う。また、クリニカルパスの範囲内で、利尿剤の投与、持続投与薬剤注入速度の増減を行う。 患者家族、医師を含む他の職種とのコミュニケーション能力は重要である。
具体的に取り組んでいる医療機関等
社会医療法人 近森会 近森病院、ハートセンター

医療機器管理・選定に関するチーム医療の取組

チームの名称
1. 医療機器管理チーム 2. 医療機器選定チーム
チームを形成する目的
<ol style="list-style-type: none"> 1. 医師・薬剤師・看護師・臨床工学技士・臨床検査技師・診療放射線技師等医療職種および事務職でチームを構成し、医療機器の保守管理体制を根付かせ、効率よく安全に稼働させる。 2. 適切な機器の選定と更新・新規導入を事業計画に沿って効果的に判断する。
チームによって得られる効果
<ul style="list-style-type: none"> 稼働トラブルの減少による患者満足度（待ち時間・故障による予約変更等の減少）と医療の質（精度）が向上 適切で計画的な機器購入による安定した経営効果 機器の機種統一による置き在庫が減少し、消耗品コストの削減 在宅使用医療機器の適切使用と稼働状況確認および保守管理による家庭内安全使用
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容
<ol style="list-style-type: none"> 1. 医療機器管理チーム <ul style="list-style-type: none"> 各職種で使用する医療機器の稼働状況把握と管理責任者への不具合報告 「病棟における医療機器管理」：医師、看護師、臨床工学技士 「手術室における医療機器管理」：医師、看護師、臨床工学技士、臨床検査技師、診療放射線技師 「ICU・救命救急センターにおける医療機器管理」： <ul style="list-style-type: none"> モービルCCU同乗：搭載医療機器保守点検、医師・看護師・臨床工学技士による患者対応 救急処置処置室：医師・看護師・臨床工学技士・診療放射線技師・臨床検査技師 「外来診療における医療機器管理」：医師・看護師・薬剤師・臨床工学技士・診療放射線技師・臨床検査技師・事務職員 2. 医療機器選定チーム <ul style="list-style-type: none"> 全科の稼働医療機器状況を把握し更新・新規導入を検討
チームの運営に関する事項
<ol style="list-style-type: none"> 1. 医療機器管理チーム <ul style="list-style-type: none"> 医療機器安全管理責任者が管理チームの責任者となり、構成メンバーより上がってくる情報を一元管理する。 不具合発生機器に対して院外対応の窓口となる。 頻回に不具合を発生する機器については医療機器選定チームへ報告する。 2. 医療機器選定チーム <ul style="list-style-type: none"> 医療機器管理チームより報告を受け院内事業計画に遵守した更新・新規導入を、経済効果、消耗品を考慮し検討する。

抗菌薬適正使用推進チーム

チーム(取組)の名称
 抗菌薬適正使用推進チーム(Antimicrobial Management Team : AMT)

チームを形成(病棟配置)する目的
 抗 MRSA 薬使用症例および血液培養陽性症例を対象に病棟ラウンドを実施し、抗菌薬の選択、投与量、投与期間、血中薬剤モニタリング(TDM)などの相談指導を行っている。加えて感染対策や薬剤耐性菌監視等の院内感染対策活動も行っている。これにより感染症の診断と治療および院内感染制御に貢献できる。

チームによって得られる効果
 1. 抗菌薬適正使用の推進による感染症治療への貢献と、抗菌薬購入経費の削減(図1)
 注射・経口抗菌薬の購入費用(2000-2009)

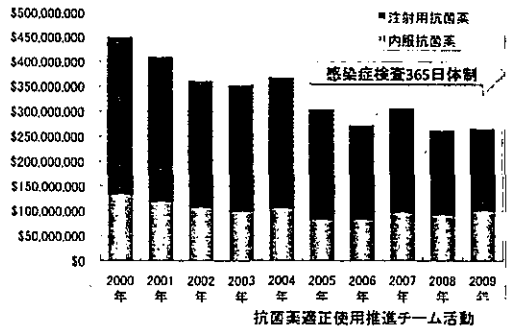


図1 2003年からの抗菌薬適正使用推進チーム活動と2005年からの感染症検査365日体制により、抗菌薬の購入費用は2004年の3.7億円から2005年では3億円と約7000万円の削減ができた。その後も感染症検査の迅速な報告と抗菌薬適正使用推進チーム活動が連携し、2009年では購入費が2.7億円と2004年比で約1億円の削減ができた。

2. 薬剤耐性菌制御によるMRSA 感染症死亡率の減少(図2)

死亡数/菌血症患者数	感染症検査365日体制		有意差
	2004年	2005年	
MRSA	10/30	3/31	<0.05
MSSA	0/7	1/13	ns
MRCNS	1/39	1/44	ns
<i>P.aeruginosa</i>	3/14	2/9	ns
<i>E.coli</i>	3/25	3/18	ns
<i>Candida spp.</i>	3/5	0/4	ns

図2 2005年から感染症検査を365日検査体制にした。従来の土日を含んだ報告の遅延が解消でき、迅速な結果報告ができるようになった。その結果、MRSA 菌血症

患者の死亡率が有意に減少した。
 3. 院内感染の予防、発生時の制御(図3)

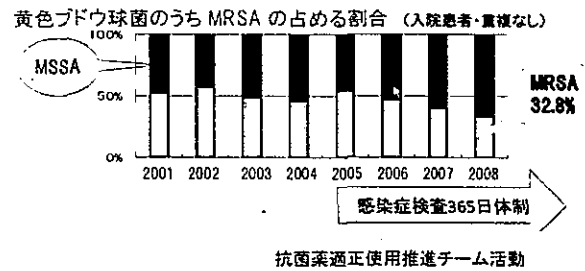


図3 抗菌薬適正使用推進チーム活動および感染症検査の365日体制により、MRSA 検出の迅速な報告、迅速な感染対策、患者ごとの抗菌薬投与と適正化ができるようになった。MRSA の分離頻度は年々減少している。

関係する職種とチームにおける役割・仕事内容

- 医師:** Infection Control Doctor 3名が担当。院内感染対策全般についての指導的な役割で実施的な責任者。ラウンド資料をベースに感染症治療(抗菌薬の選択や投与方法など)のサポートや電子カルテ上にコメントを記載する。
- 看護師:** 感染管理認定看護師(ICN)が専任で担当。院内感染の監視(サーベイランス業務)、対象患者ごとの病態把握、院内感染の予防と教育などが主な業務である。
- 薬剤師:** 薬剤師2名が担当。抗菌薬使用状況データ、生化学検査や血液検査データを病院データベースから抜き取り、ICNと臨床検査部からのデータと合わせて患者ごとのラウンド資料を作成する。TDM測定を行い、投与量、投与期間の設定に関与する。
- 臨床検査技師:** 感染症検査技師6名が担当。平日の時差出勤と土・日・祝日の検査業務により感染症検査の年中無休体制を構築し、毎日の検体受付と報告ができるようにした。院内ラウンド前には直近までのデータを感染症検査システムから抜き取り、ラウンドデータとする。院内感染に関連する菌が検出された場合は主治医への報告と同時にAMTへも連絡し、情報を共有する。

チームの運営に関する事項

- ・ 週2回のデータに基づくラウンド
- ・ 抗菌薬適正使用の監視
- ・ 院内感染状況や院内疫学情報の把握
- ・ 対象を限定したサーベイランス
- ・ 現場への効果的な介入(教育、設備、備品)

具体的に取り組んでいる医療機関等

京都府立医科大学附属病院

救急患者お断り解消チーム

チーム（取組）の名称
救急患者お断り解消チーム
チームを形成（病棟配置）する目的
当院に救急搬送、若しくは直来院する際の電話連絡の段階で診療拒否する症例を可能な限り減少させ、地域医療に貢献し、患者と管轄消防署の信頼を得ると共に、病院収益の向上を図る。
チームによって得られる効果
従来まで各医師の裁量と感覚に依存していた診療受け入れ基準並びに断り基準を、当院の医師の専門性と医療機器を含む病院環境を鑑みチームとして検討し作成。これにより受け入れも断りも理由が標準化され断り率が減少し、管轄消防署の信頼向上が期待出来る。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容
医師： チームから挙がった救急対応時の問題点を診療部へ持ち帰り検討。並びに新規受け入れ基準を診療部全体に周知徹底する。 看護師： 急患室担当看護師が毎日急患対応状況をファイルに記録。問題となった受け入れ拒否理由を明確に文章化する。 臨床検査技師： 急患室で必要とされる検査項目に対する要望を把握し、また新たに保険収載された救急時診断に関する検査項目の紹介を行う。 さらにTAT短縮目的で他科との連携コーディネイトを提案する。 診療放射線技師： 検査対象が患者であるため、検査室までの搬送介助並びに長時間を要するスキャン検査の場合の他科とのコーディネイトを提案する。 事務職員： 診療報酬上、問題となる『取り漏れ』『包括項目』に対する分析を行う他、救急外来に於ける収益を明確にする。
チームの運営に関する事項
<ul style="list-style-type: none"> 担当看護師が週1回、急患受け入れ状況を院長へ提示。 定期的に急患室で夜間救急担当医・看護師・臨床検査技師・診療放射線技師を交えたカンファレンスを実施し、問題症例を解析。 管轄消防署との連携を図るため、半年に1回程度所轄の消防署をチームで訪問し、活動の効果が上がっているか、また新たな問題が浮上していないか情報収集も兼ねて行う。
具体的に取り組んでいる医療機関等
東京都済生会向島病院

心臓カテーテルチーム

チーム（取組）の名称
心臓カテーテルチーム
チームを形成する目的
心臓カテーテルチームでは、それぞれの専門職種が検査・治療予定の患者に対して、当日の朝カンファレンスで必要な情報を提供している。その目的は、医師が安全に安心して治療を行うためである。これにより、患者のQOL向上、疾患の治癒促進および合併症を予防し、早期退院に結びつくことができる。
チームによって得られる効果
<ul style="list-style-type: none"> 冠穿孔・動脈解離等の合併症が減少し、在院日数を短縮でき医療の質の向上が期待できる。 患者の放射線皮膚障害を抑制することと、スタッフの医療被曝低減が期待できる。 事前に治療戦略を理解し合うことで、検査・治療が円滑に遂行され、患者のQOLの向上が期待される。 各専門職種より事前に情報が提供されるため、検査・治療に用いる機器や消耗品が予測されコスト削減が期待できる。 各専門職種より事前に情報が提供されるため、検査・治療におけるリスク回避が大きく期待できる。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容
医師： 心臓カテーテル治療をする部位や使用するデバイス等をコメディカルに説明し、検査・治療に対する注意事項などを提供する。 放射線技師： 1)各症例において、心臓カテーテル検査の過去画像や冠動脈CTを用いて医師の治療戦略に沿った治療角度を提供する。その際、患者の放射線皮膚障害を防止するため、心臓カテーテル検査・治療の過去歴をもとに使用禁忌撮影角度を医師に提供している。2)看護師およびコメディカルスタッフに対して、医療被曝を考慮したX線透視・撮影中における患者へのアプローチ方向を朝カンファレンスで事前に指導している。 看護師： 患者がカテーテル検査を受けるまでの経過・既往などを提供する。過去に心臓カテーテル歴がある場合は、検査中の経過状況（造影剤副作用報告など）より必要な情報を提供する。 臨床工学技士： 心電図や圧データより、患者の病態情報を提供する。
チームの運営に関する事項
<ul style="list-style-type: none"> 心臓カテーテル室の朝カンファレンスは、検査当日の朝に全患者の情報を提供し合う。 心臓カテーテル検査は、日中および夜間問わず365日対応している。 1カ月に1回主に運用面について心臓カテーテル室スタッフミーティングを開催し、検査・治療の質の向上を目指している。 1カ月に1回勉強会を開催し、スタッフの教育を行っている。
具体的に取り組んでいる医療機関等
昭和大学病院、昭和大学藤が丘病院、昭和大学横浜市北部病院

回復期リハビリテーションチームの取組例

チーム（取組）の名称
回復期リハ専門病院におけるチーム
チームを形成（病棟配置）する目的
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げていくことが可能となる。
チームによって得られる効果
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事が可能となる。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容
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多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）
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。
介護福祉士： 日常生活支援と共に家族の介護指導を行う。
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
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
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。
言語聴覚士： 言語障害の改善と共に摂食嚥下訓練を行う
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。
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、口腔衛生処置のプログラム作成（重度障害患者に対する口腔衛生処置の技術助言・援助）、歯ブラシなどの患者・家族指導を行う。
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

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