

平成 23 年 7 月 19 日

都道府県医師会

担 当 理 事 殿

日本医師会常任理事

三 上 裕 司

厚生労働省「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」
の送付について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて今般、厚生労働省の「チーム医療推進方策検討ワーキンググループ」（本会より小職が参画）において、「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」が取りまとめられましたので、参考までにお送りいたします。

本件は、医療関係者がチーム医療を推進していく上で、参考となるような取組みを示した事例集であります。

1 頁にありますように、「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」とされています。

また、3 頁では「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」とされています。

つきましては、貴会におかれましてもご了知いただきますとともに、よろしくご高配のほどお願い申し上げます。

なお、本事例集は、厚生労働省のホームページでも閲覧できますことを申し添えます (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ehf7.html>)。

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

平成23年6月

チーム医療推進方策検討ワーキンググループ

(チーム医療推進会議)

目次

はじめに	1
1. チーム医療を推進するための基本的な考え方	1
2. 急性期・救急医療の場面におけるチーム医療	3
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）	5
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）	6
5. 医科・歯科の連携	7
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	11
終わりに	13
チーム医療の評価方法について	14
実践的事例集	16
診療記録管理による診療情報共有の取組	17
栄養サポートチームの取組例	19
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	20
周術期（集中治療）におけるチーム医療の取組例	23
入院患者の状態に応じたきめ細やかな栄養管理	25
急性期リハビリテーションチームの取組例	27
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	28
心臓血管外科における早期離床チームの取組	30
医療機器管理・選定に関するチーム医療の取組	31
抗菌薬適正使用推進チーム	32
救急患者お断り解消チーム	34
心臓カテーテルチーム	35
回復期リハビリテーションチームの取組例	36
医療療養病床におけるチーム医療	38
在宅緩和ケア専門チームによる医療の取組	39
退院支援調整チーム	40
入院から在宅までの切れ目ない薬物療法提供	42
入院から在宅までの切れ目のない栄養管理	43
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	44
総合的な在宅医療提供のための社会福祉士活用	46
歯科標榜のない回復期病院と地域歯科医師会との連携	48
口腔ケアチームの取組例	50
医科・歯科連携の取組例（病院内における医科・歯科連携）	51
医科・歯科連携の取組例（在宅における医科・歯科連携）	52
褥瘡対策チーム	53
急性期リハビリテーションチーム	55
せん妄対策チームの取組例	57
子どもの入院支援チームの取組例	58

外来化学療法におけるチーム医療の取組例.....	59
暴力被害者支援チーム.....	61
生殖補助医療支援チーム.....	62
他機関との連携による虐待予防・支援チーム.....	63
臨床倫理コンサルテーションチーム.....	64
認知症医療におけるチーム医療.....	65
自殺未遂者ケアにおける精神科チーム医療.....	66
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.....	67
緩和ケアチームの取組.....	69
周産期におけるチーム医療の取組例.....	71
周産期における虐待予防チーム.....	72
入退院時等の患者・家族支援のための社会福祉士病棟配置の取組.....	73
病棟・外来等のクラーク配置.....	75
煩雑な医療事務等をサポートする医師事務作業補助者（医療クラーク）の活用.....	76

はじめに

近年、医療の質や安全性の向上及び高度化・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な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 8 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、高齢化の進行等に加えて患者の社会的・心理的な観点及び生活への十分な配慮も求められており、医師や看護師等の許容量を超え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、互いに他の職種を尊重し、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。

例) 診療記録管理による診療情報共有の取組(昭和大学病院)(P17 参照)

病院長や各部門の責任者を含む多職種によりチームを構成し、診療記録の記載を体系的にチェックすることにより、必要な情報の記載漏れを防ぎ、診療情報記録の質の向上及び情報共有の推進を

行っている。

- 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。
- チーム医療を推進するためには、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という視点を持つことが重要である。また、患者も自らの治療等の選択について医療従事者に全てを任せるのではなく、医療従事者からの十分な説明を踏まえて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り、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が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があること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の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。特に多職種が参加するカンファレンスにおいて、他の職種を尊重するファシリテーション能力を発揮できるように卒後も継続的に教育することも重要である。

例1) チーム医療の教育 (昭和大学)

医学部、歯学部、薬学部、保健医療学部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。

例2) 院内研修によるチーム医療の教育 (初台リハビリテーション病院)

院内に教育研修を担当する専任の多職種から成る教育研修局を設置し、他の職種に関する理解や連携の方法、コミュニケーション能力の獲得などのチームアプローチの教育を実施している。また、各職種がそれぞれの専門性を向上させるための研修や、研究成果発表の機会を設けるなどの教育も実施している。

- チーム医療の基本的な考え方は、様々な医療現場で共通するものであるが、具体的な取組内容については急性期、回復期、維持期、在宅期において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を推進するための具体的な方策を考えると、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。

- 現在医療現場において取り組まれているチーム医療については、職種間の情報共有の方法と各職種の配置方法によって分類することができ、それぞれの医療現場の特性に応じた取組が行われている。

表 情報共有方法と職種の配置方法によるチーム医療の分類

	(1) 必要に応じて専門性の高い各職種がチームを形成	(2) 必要な職種を病棟に配置
(A) 多職種がカンファレンス等においてすりあわせを行って情報を共有する	例) 急性期医療の中核部分など	例) 回復期リハビリテーション病棟など
(B) 電子カルテやクリニカルパス等を通じて情報を共有する	例) 在宅医療など	例) 急性期医療の周辺部分など

- チーム医療の取組を進めるにあたり、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タイプのチーム医療（表の A-1 に該当する所謂「専門部隊型チーム医療」）が主に行われている。このタイプのチーム医療は、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タイプのチーム医療（表の B-2 に該当する所謂「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、リハビリテーション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) (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、生活につなげる支援、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）（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こども医療センター）（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

(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、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。
- 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）（P23 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、組織欠陥是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

（神奈川県立こども医療センター、兵庫県立こども病院、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虐待に対応するために、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、精神科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科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

ンシメ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）

入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組み込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。

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	DPC 導入 後発品使用 医師・看護師以外のスタッフの導入



实践的事例集

診療記録管理による診療情報共有の取組

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責任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

<p>チーム（取組）の名称 栄養サポートチーム</p>
<p>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。</p>
<p>チームによって得られる効果</p> <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
<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：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>
<p>チームの運営に関する事項</p> <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。
<p>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</p>

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

チームの名称

薬剤師病棟常駐（2病棟当たり3名体制）

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。

チームによって得られる効果

- ・ 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。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容

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。

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。

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する。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。

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。

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

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。</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い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>

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。

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。

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

チーム（取組）の名称	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）
チームを形成（病棟配置）する目的	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。
チームによって得られる効果	<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
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容	<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> <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。</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カンファランス・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。
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	<ol style="list-style-type: none"> 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行う
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等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 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>

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

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、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、名誉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

<p>チームの名称</p> <p>1. 医療機器管理チーム 2. 医療機器選定チーム</p>
<p>チームを形成する目的</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
<p>チームによって得られる効果</p> <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
<p>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</p> <p>1. 医療機器管理チーム</p> <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 <p><u>「病棟における医療機器管理」</u>：医師、看護師、臨床工学技士</p> <p><u>「手術室における医療機器管理」</u>：医師、看護師、臨床工学技士、臨床検査技師、診療放射線技師</p> <p><u>「ICU・救命救急センターにおける医療機器管理」</u>：</p> <p style="padding-left: 20px;">モバイル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</p> <p style="padding-left: 20px;">救急処療処置室：医師・看護師・臨床工学技士・診療放射線技師・臨床検査技師</p> <p><u>「外来診療における医療機器管理」</u>：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</p> <p>2. 医療機器選定チーム</p> <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
<p>チームの運営に関する事項</p> <p>1. 医療機器管理チーム</p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 <p>2. 医療機器選定チーム</p> <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)

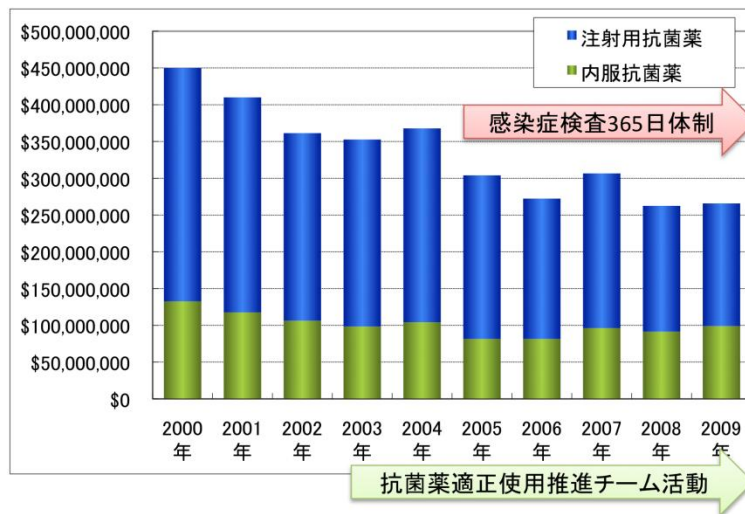


図1 2003年からの抗菌薬適正使用推進チーム活動と2005年からの感染症検査365日体制により、抗菌薬の購入費用は2004年の3.7億円から2005年では3億円と約7000万円の削減ができた。その後も感染症検査の迅速な報告と抗菌薬適正使用推進チーム活動が連携し、2009年では購入費が2.7億円と2004年比で約1億円の削減ができた。

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</i> spp.	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）

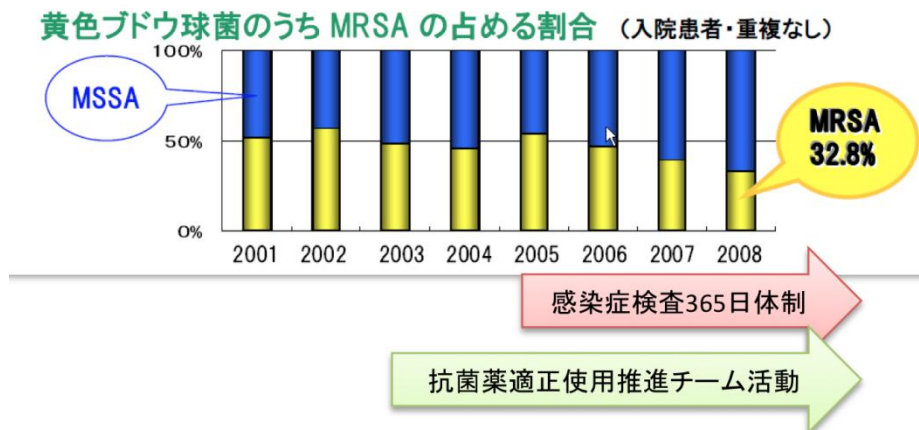


図3 抗菌薬適正使用推進チーム活動および感染症検査の365日体制により、MRSA 検出の迅速な報告、迅速な感染対策、患者ごとの抗菌薬投与適正化ができるようになった。MRSA の分離頻度は年々減少している。

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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</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、疾患の治療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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
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
<p>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）</p> <p>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。</p> <p>介護福祉士：日常生活支援と共に家族の介護指導を行う。</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>言語聴覚士：言語障害の改善と共に摂食嚥下訓練を行う</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>

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

医療療養病床におけるチーム医療

チーム（取組）の名称	社会福祉士専従配置の医療療養病床
チームを形成（病棟配置）する目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「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 ・ 医療依存度の高い患者の尊厳と自己決定の保持
チームによって得られる効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 患者の尊厳の保持 ・ 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） ・ 家族支援(家族の希望を治療に反映する・方針に反映する) ・ 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
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。</p> <p>看護師：看護・ケア。</p> <p>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>社会福祉士：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"> ・ 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 ・ 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 ・ 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 ・ 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 ・ 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 ・ 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
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 ・ 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 ・ 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	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

チーム（取組）の名称	在宅緩和ケア専門チーム
チーム（連携強化）を形成する目的	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。
チームによって得られる効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高品質の全人的（トータル）ケアを提供できる ・ 高レベルの医療を提供できる ・ 独居などの困難事例に対処することができる ・ 時間的ロスを少なくすることができる ・ 病院のバックアップを減らすことができる
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容	<p>医師：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>看護師：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>
チームの運営に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ チームの理念、目的、ケアプログラムを徹底する。 ・ 24 時間ケアを医師と看護師で担う。 ・ 医師と看護師は、チームカンファレンスを行なう。 ・ 情報のリアルタイムの共有を行う。
具体的に取り組んでいる医療機関等	<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

<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"> ・ 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。
<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：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）</p> <p>看護師：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</p> <p>薬剤師：薬の説明、地域薬局との連携</p> <p>退院支援部門（MSW/看護師/保健師等）： 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。</p> <p>医事課：医療費の説明</p> <p>その他診療に関係した必要な専門職：在宅生活に役立つ技術習得、情報提供</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> <p style="margin: 0;">○病院方針の徹底：(病院長、運営会議、診療会議) 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。</p> <p style="margin: 0;">○退院計画の検討： 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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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子ども医療センター

入院から在宅までの切れ目ない薬物療法提供

チームの名称	薬薬連携推進チーム
チームを形成する目的	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。
チームによって得られる効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 禁忌、相互作用、重複が避けられる。 ・ 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）。 ・ 薬物療法がより効率的に効果的になる。
関係する職種とチームにおける役割・業務内容	<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>
チーム運営に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 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。 ・ 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。 ・ 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） ・ 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。
具体的に取り組んでいる医療機関	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

チーム（取組）の名称 在宅栄養サポートチーム
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 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。
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、原疾患の悪化防止や再入院の減少など医療の質の向上。 ・ 輸液、抗生剤等の使用量が減少し、物的コストが削減。 ・ 家族や在宅チームの栄養問題に関する不安軽減。 ・ 経口摂取維持による患者満足度の向上。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 医師 ：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。 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。 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。 リハビリテーションスタッフ ：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。 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。地域担当者会議に出席。
チームの運営に関する事項 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 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。 ・ 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。 ・ 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。
具体的に取り組んでいる医療機関等 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

チーム（取組）の名称	地域関係機関と連携した在宅療養生活支援チーム
チームを形成する目的	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。
チームによって得られる効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 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。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容	<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>（病院）医師：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>在宅医：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>（地域）保健師：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>訪問看護ステーション看護師：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>地域福祉関係者：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>
チームの運営に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">チーム（取組）の名称</div> <p>社会福祉士専従配置の在宅支援診療所</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> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 地域の生活を支援する
<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"> ・ 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 ・ 患者の尊厳の保持 ・ 治療の選択肢の提供 ・ 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
<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。</p> <p>看護師：看護・ケア。</p> <p>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>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> <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、特にが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>

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。

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。

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。

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。

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、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
- ・ 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

歯科標榜のない回復期病院と地域歯科医師会との連携

チーム（取組）の名称
歯科標榜のない回復期病院と地域歯科医師会との連携
チームを形成する目的
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。
チームによって得られる効果
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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。 ・ 関係職種の資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。 ・ 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。 ・ 退院後に地域での歯科的管理が継続できる。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容
リハ医師（病棟） ：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。
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。
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。
歯科衛生士（歯科診療所） ：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。
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。
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。
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等を行う。

言語聴覚士(病棟)：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。

介護福祉士(病棟)：日常生活を支援するとともに家族に対する指導を行う。

薬剤師(病棟)：使用薬剤等に関する評価および情報提供を行う。

社会福祉士(病棟)：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。

チームの運営に関する事項

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。

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

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

チーム（取組）の名称
口腔ケアチーム
チームを形成する目的
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。
チームによって得られる効果
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 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。 ・ 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。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容
<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>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>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>臨床工学技士：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>
チームの運営に関する事項
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 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。 ・ 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。 ・ 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。 ・ 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。
具体的に取り組んでいる医療機関等
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	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、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。
チームによって得られる効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 誤嚥性肺炎等の嚥下障害による合併症の減少 ・ 各病棟と連携が密となり、患者の早期発見に有効 ・ 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 ・ 輸液、抗生剤等の利用が減少し、患者の在院日数が減少
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>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>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"> ・ 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。 ・ 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。 ・ 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。 ・ 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。
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）

チーム（取組）の名称	摂食・嚥下医療チーム
チームを形成する目的	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。
チームによって得られる効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門職による摂食・嚥下機能評価による医療の質の向上 ・ 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 ・ 療養中患者の栄養改善・誤嚥性肺炎等の予防
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容	<p>医師（主治医）：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>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。</p> <p>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。</p> <p>訪問看護師：VE 検査時に同席し、療養指導、訓練を行う。</p> <p>歯科衛生士：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>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
チームの運営に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔保健センターが窓口となり、コーディネートをする。 ・ 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。 ・ 定期的な再評価を行う。 ・ 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。
具体的に取り組んでいる医療機関等	<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>

褥瘡対策チーム

チーム（取組）の名称	NST 委員会 褥瘡対策チーム
チームを形成（病棟配置）する目的	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。
チームによって得られる効果	褥瘡発生・重症化予防、早期治癒、およびこれらによる原疾患に対する治療効果の向上。 【チーム稼働前後における急性期病棟アウトカム】 BC ランク率 61.0%→70.5%、発生率 2.1%→0.8%、有病率 6.9%→2.2%、 治癒率 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)
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容	<p>医師：治療およびチームリーダーとしての意思決定 【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>看護師：継続的患者評価と患者に対する褥瘡対策の定着 【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。 【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。 【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>管理栄養士：適正栄養量の確保による発症・重症化予防 【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>薬剤師：治療手段である薬剤の総合的管理 【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。 【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>リハビリテーション：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 【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、治癒促進（理学療法士）。 【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）。 【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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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>

社会福祉士：患者情報の収集と退院後の療養環境整備

【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)。

チームの運営に関する事項

- ・ 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）
- ・ 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）
- ・ 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。
- ・ 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。

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

せん妄対策チームの取組例

<p>チームの名称 せん妄対策チーム</p>
<p>チームを形成する目的 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>チームによって得られる効果</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ せん妄の発症率が低下する ・ せん妄持続期間の短縮や重症化を予防できる ・ 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
<p>関係する職種とチームにおける役割・業務内容</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>チーム運営に関する事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ チームによるせん妄対策計画の立案・実施・評価 ・ チームカンファレンスの開催で情報共有
<p>具体的に取り組んでいる医療機関 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

チームの名称 子どもの入院支援チーム
チームを形成する目的 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。
チームによって得られる効果 <ul style="list-style-type: none"> ・ 安定した環境で療養生活を送ることができる ・ 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 ・ 年齢や理解度に応じた説明を受け、治療に参加できる ・ 両親やきょうだいなども支援を受けられる ・ 退院後の療養生活が継続できる
関係する職種とチームにおける役割・業務内容 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。 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。 リハビリテーションスタッフ：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。 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。 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。 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。 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。 社会福祉士：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。 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。 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。 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。
チームの運営に関する事項 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 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。 ・ 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。
具体的に取り組んでいる医療機関等 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

チームの名称	外来がん化学療法チーム
チームを形成する目的	<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>
チームによって得られる効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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 ・ 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
関係する職種とチームにおける役割・業務内容	<p>医師：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>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・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>

ス等を実施。

歯科医師: 口腔衛生処置などの口腔合併症のケア

管理栄養士: 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。

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、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

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

暴力被害者支援チーム

チーム（取組）の名称	暴力被害者支援チーム
チームを形成（病棟配置）する目的	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。
チームによって得られる効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 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。 ・ 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。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容	<p>医師：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>助産師：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>看護師：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>臨床心理士：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>社会福祉士：経済的支援、退院調整、福祉との連携</p> <p>警察：医療機関への連携、必要な証拠採取、被害届け</p> <p>女性センター：地域での女性の生き方相談でのカウンセリング</p> <p>児童相談所：子どもを暴力から保護する</p> <p>シェルター：女性とこどもの一時避難</p> <p>東京フェミニストセラピセンター：長期的な支援、グループカウンセリング</p> <p>支援教育センター：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>弁護士：加害者を遠ざける支援、裁判支援</p>
チームの運営に関する事項	<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。</p> <p>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。</p> <p>院内の情報共有、被害者を守るシステム、個人情報への徹底した保護（全職員）</p> <p>定期的な地域での連携・運営会議</p>
具体的に取り組んでいる医療機関等	まつしま病院

生殖補助医療支援チーム

<p>チーム（取組）の名称 生殖補助医療支援チーム</p>
<p>チームを形成（病棟配置）する目的 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。</p>
<p>チームによって得られる効果</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者自身が納得する治療を選択できる。 ・ 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。 ・ 長期間の精神的苦痛へ各専門職が対応できる。 ・ 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。
<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：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>
<p>チームの運営に関する事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 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。 ・ 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。
<p>具体的に取り組んでいる医療機関等 蔵本ウイメンズクリニック、木場公園クリニック</p>

他機関との連携による虐待予防・支援チーム

チーム（取組）の名称
他機関との連携による虐待予防・支援チーム
チームを形成（病棟配置）する目的
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。
チームによって得られる効果
<ul style="list-style-type: none"> ・ 虐待を早期発見し、早期に初期介入、保護・支援につながる。 ・ 地域連携により早期発見、支援が可能。 ・ 虐待の再発予防、自立支援につながる。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容
<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</p> <p>看護師：全身状態の管理、精神的サポート</p> <p>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</p> <p>社会福祉士：虐待再発予防のための福祉サービスの調整</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>児童相談所 医師：子どもとその家庭に対する医学的判定</p> <p>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。</p> <p>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>
チームの運営に関する事項
<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>
具体的に取り組んでいる医療機関等
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

チーム（取組）の名称	臨床倫理コンサルテーションチーム
チームを形成する目的	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。
チームによって得られる効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 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。 ・ 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。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容	<p>主治医（相談者）：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。</p> <p>医師（倫理コンサルテーションチーム）：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。</p> <p>看護師（倫理コンサルテーションチーム 専門看護師）：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。</p> <p>社会福祉士（倫理コンサルテーションチーム）：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。</p> <p>事務員：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。</p>
チームの運営に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 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。 ・ 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。
具体的に取り組んでいる医療機関等	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

チーム（取組）の名称	認知症支援チーム
チームを形成する目的	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
チームによって得られる効果	医療が患者の「生活」につながっている
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容	<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>診療放射線技師：診断補助</p> <p>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>
チームの運営に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> 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 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 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 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 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。 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。
具体的に取り組んでいる医療機関等	浅香山病院

自殺未遂者ケアにおける精神科チーム医療

チーム（取組）の名称	高度救命救急センターにおける自殺未遂者ケアチーム
チームを形成する目的	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。
チームによって得られる効果	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。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容	<p>救命救急医：身体的治療を行う。</p> <p>精神科医（高度救命救急センターに常勤：チーム・リーダー）：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>看護師：心理的危機介入、身体的・心理的ケア、家族ケアを行う。</p> <p>精神保健福祉士：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>臨床心理技術者：心理的危機介入、心理教育、心理検査を行う。</p>
チームの運営に関する事項	<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"> ・ 身体的治療（救命救急治療等） ・ 心理的危機介入 ・ 情報収集に基づく経過・病歴・病態の把握 ・ 自殺予防のための心理教育 ・ 家族への心理教育 ・ 自殺予防に資する情報提供 ・ 精神医学的治療 ・ 社会資源の利用のためのコーディネート ・ 地域における精神科受療の促進や、身体科受療との調整 ・ 受療中断者への受療促進 ・ 継続的なフォローアップ <p>※多職種によるカンファレンスの実施</p>
具体的に取り組んでいる医療機関等	<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

<p>チーム（取組）の名称</p> <p>コンサルテーション・リエゾンチーム（総合病院精神科）</p>
<p>チームを形成する目的</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 多職種の特長を生かし、多面的で全人的なサポートを目指す ・ 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 ・ 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
<p>チームによって得られる効果</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 他科スタッフの精神症状への理解が深まる ・ 精神科スタッフのモチベーション向上につながる ・ 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。 <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"> * 早期介入、早期退院支援、連携が可能になる。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 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） * 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"> ・ 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。
<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（精神科）：精神医学的診断と治療法の検討及び具体的介入</p> <p>看護師：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>臨床心理士：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>精神保健福祉士：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>
<p>チームの運営に関する事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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。 ・ 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。 ・ 精神科医が照会を受け、病棟に出向き診察する。 ・ 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 ・ 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・

精神保健福祉士の間で共有される。

- ・ 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)
- ・ 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。

具体的に取り組んでいる医療機関等

亀田総合病院心療内科・精神科

緩和ケアチームの取組

チーム（取組）の名称	緩和ケアチーム
チームを形成（病棟配置）する目的	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受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。
チームによって得られる効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 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。 ・ 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。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 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。 ・ 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。 ・ 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。 <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の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、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、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</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。)

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)

社会福祉士：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)

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。

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

チーム（取組）の名称
助産所または診療所と高次医療機関
チーム（連携強化）を形成する目的
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。
チームによって得られる効果
妊産婦
<ul style="list-style-type: none"> ・ 妊婦のニーズに合った対応が可能 ・ 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 ・ 異常に移行した場合、迅速に対応可能
医師（高次医療施設）
<ul style="list-style-type: none"> ・ ハイリスク患者の治療に専念できる
助産師
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容
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）
チームの運営に関する事項
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 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。 ・ 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。
具体的に取り組んでいる医療機関等
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

チーム（取組）の名称	周産期医療における児童虐待予防
チームを形成（病棟配置）する目的	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。
チームによって得られる効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 妊娠継続についての意思決定、健康的な妊娠継続の維持、 ・ 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、経済的基盤、生活環境等、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、取組を促す。 ・ 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。 ・ 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。
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 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・ケア及び母親・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・家族の精神的不安軽減、取組促進 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>
チームの運営に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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・助産師、臨床心理士、社会福祉士による運営会議の開催 ・ 地域の保健・医療・福祉機関との連携会議の企画・運営 ・ 電子カルテ、記録シートを活用し、情報共有と記録を保存 ・ 連携マニュアルの策定と活用
具体的に取り組んでいる医療機関等	東海大学八王子病院 北里大学病院

入退院時等の患者・家族支援のための社会福祉士病棟配置の取組

<p>チーム（取組）の名称</p> <p>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）</p>
<p>チームを形成（病棟配置）する目的</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 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
<p>チームによって得られる効果</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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。 ・ 高齢世帯や独居高齢者、認知症を伴っている患者、がん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。
<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：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の実施。 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 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</p> <p>看護師：看護・ケア等 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 多職種間のコーディネーション。 入院中に把握した家族状況</p> <p>リハビリテーションスタッフ：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。 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</p> <p>管理栄養士：全病棟に配置され、治療や食欲に対する栄養面での取組を行っている</p> <p>社会福祉士：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。 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。全病棟のカンファレンスに参加し、情報を提供するとともに他の職種からの情報を収集。 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。 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。 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に提供。 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</p>

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。

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、病棟配置の他の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、リハビリテーションスタッフ、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

病棟・外来等のクラーク配置

チーム（取組）の名称	チーム医療を支える病棟、外来、手術室や内視鏡室等の中央部門へのクラークの配置
チームを形成（病棟配置）する目的	<p>平均在院日数の短縮化、患者・家族に対する説明と同意の対象の拡大などにより、医療施設における事務的業務が煩雑になっている中、病棟や外来、中央部門にクラークを配置することで、医師や看護師等の診療チームが診療に専念できる環境を整える。</p> <p>また、クラークは病棟等に入出入りする医師、看護師、その他の医療関係職種のつなぎ役となり、連携をスムーズに進めるサポート的役割を担う。</p>
チームによって得られる効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師や看護師等の診療チームが診療に専念できる環境が整備される。 ・ 事務作業を専門的に実施するため、質の高い業務を効率的に行うことができる。 ・ 病棟運営や外来運営が効率化される。 ・ 病棟等で患者、家族に何らかの対応が必要な時に、クラークが速やかに対応することで、患者サービスの質が向上する。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容	<p>クラーク（病棟、外来、手術室や内視鏡室等の中央部門に配置）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 外来・内視鏡等に27人のクラークを8.5時間配置し、1日約1600人の外来患者への窓口対応（患者・来訪者の対応）、電話対応（入院・退院患者の問い合わせ）を行う。また、案内業務により、治療・検査を受ける場所の説明、案内等を行い、患者が必要な検査・治療を受ける手続き、移動などが円滑にできるようにし診療チームに引き継ぐ。 ・ 病棟・手術室に各1人のクラークを8.5時間配置することにより、1日約16人の入退院患者（1病棟50床あたり）や年間約6,000件以上の手術、入院治療に関する以下のような事務的手続き等を行い、職種間の連携のために必要な事務手続きを行う。 <p>例）入院時オリエンテーションや患者ネームバンド作成 入退院・転出入に関する手続き（電子カルテ上での確認を含む） 外出・外泊に関する手続き、カルテや検査伝票、検体ラベルの発行、 他科への依頼時のカルテ取り寄せ、同意書や診断書等の書類の整理、入院費用請求書の確認、患者に説明・配布、入院患者の各種証明書・文書の受領・保管</p>
チームの運営に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ クラークは部署責任者と業務スケジュール等の情報共有を行うとともに、業務範囲を明確にし、安全性の担保に努める。 ・ クラークは各病棟等での配置数が限られているため、病棟・外来間での定期的な情報共有や業務の標準化を図り、クラークの不在時には、各部署間で相互補填を行う等の対応策を検討する。
具体的に取り組んでいる医療機関等	昭和大学病院

煩雑な医療事務等をサポートする医師事務作業補助者（医療クラーク）の活用

チーム（取組）の名称
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
チームを形成する目的
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
チームによって得られる効果
<ol style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。
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. 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 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 3. 仕事内容： <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>入院・退院書類作成</u>：入院・退院治療計画 ・ <u>検査、入院説明</u>：大腸内視鏡検査説明、心臓カテーテル・パス、ペースメーカー・パス、TBLB 入院予約、SAS 外来準備 ・ <u>逆紹介などの紹介状の作成</u>：紹介・逆紹介状作成・説明 ・ <u>オーダーリク</u> 代行入力 ・ <u>手術関係準備（外科系）</u>：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） ・ <u>文書作成補助</u>：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 ・ <u>放射線科（読影室）</u>：レポート作成補助 ・ <u>学会資料準備、がん登録作業など</u>
チームの運営に関する事項
人材育成・教育体制
<ol style="list-style-type: none"> 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。 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。
医師と他の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
具体的に取り組んでいる医療機関等
埼玉県済生会栗橋病院

チーム医療推進方策検討ワーキンググループ委員名簿

【委員】

市川	幾恵	昭和大学統括看護部長
遠藤	康弘	埼玉県済生会栗橋病院 院長
小川	克巳	沖縄リハビリテーション福祉学院 副学院長
小沼	利光	東京都済生会向島病院 医療技術部長
川越	厚	クリニック川越 院長
川島	由起子	聖マリアンナ医科大学病院栄養部長
栗原	正紀	長崎リハビリテーション病院 理事長
鈴木	紀之	筑波メディカルセンター病院 法人事務局次長・副院長
高本	眞一	三井記念病院 院長
田口	良子	前 神奈川県三崎保健福祉事務所 保健福祉課長
玉城	嘉和	医療法人社団ピーエムエー理事長
近森	正幸	近森病院 院長
土屋	文人	国際医療福祉大学附属病院 薬剤統括部長
徳田	禎久	社会医療法人禎心会 理事長
中村	春基	兵庫県立総合リハビリテーションセンター リハビリテーション中央病院 リハビリ療法部長
原口	信次	東海大学医学部付属病院 診療技術部長
堀内	成子	聖路加産科クリニック副所長
松阪	淳	国家公務員共済組合連合会 枚方公済病院 臨床工学科
三上	裕司	総合病院東香里病院 理事長
向井	よしはる 美恵	昭和大学口腔ケアセンター長
森田	秋子	初台リハビリテーション病院 教育研修部長
○山口	徹	虎の門病院 院長

【オブザーバー】

岡本	征仁	札幌市消防局警防部救急課長
柏木	一恵	財団法人浅香山病院 社会復帰部長
須貝	和則	東埼玉総合病院医事課長
津川	律子	日本大学文理学部心理学科教授
取出	涼子	初台リハビリテーション病院 教育研修局 SW部門チーフ
畠山	仁美	須坂市社会福祉協議会 事務局次長

○ 座長