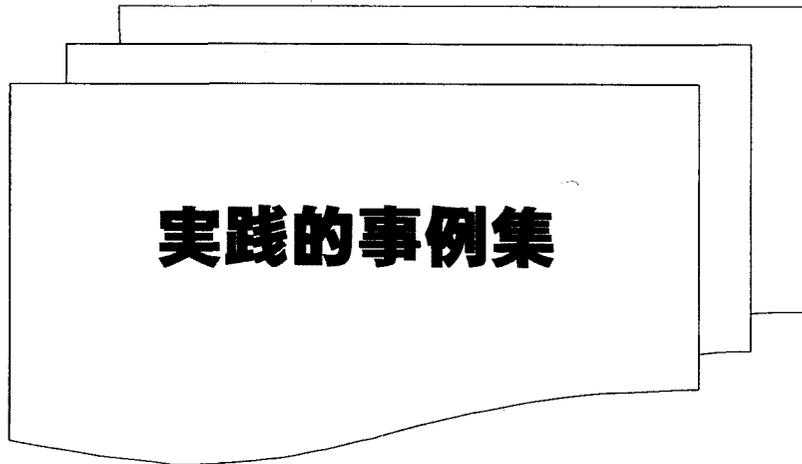


## 栄養サポートチームの取組例



# 実践的事例集

<b>チーム（取組）の名称</b>	栄養サポートチーム
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>	栄養障害の状態にある患者またはそのハイリスク患者すべてに対して、必要な時に必要な対応を専門職種が行うことができる。これにより、患者の生活の質の向上、原疾患の治癒促進および感染症等の合併症を予防し、早期退院に結びつけることができる。
<b>チームによって得られる効果</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・肺炎等の合併症が減少し、在院日数が短縮するなど医療の質の向上</li> <li>・マンパワーを充実しても労働生産性の向上により、相対的に人的コストが削減</li> <li>・輸液、抗生剤等の使用量が減少し、物的コストが削減</li> </ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>	<p><b>医師：</b>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><b>看護師：</b>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><b>管理栄養士：</b>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><b>薬剤師：</b>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><b>リハビリスタッフ：</b>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><b>臨床検査技師：</b>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><b>歯科医師：</b>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><b>歯科衛生士：</b>口腔内清掃状態のチェック。義歯、かみ合わせの状態評価、口腔ケアチームへの橋渡し。</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・担当看護師が入院時および入院後週1回、全患者のスクリーニングを実施。</li> <li>・リスク患者に対し、栄養評価と栄養計画は病棟に配属された管理栄養士が毎日実施。</li> <li>・栄養サポートは栄養計画に基づいて病棟の担当医師と看護師、管理栄養士などが対応。</li> <li>・ICU、CCUは週2回、HCUや一般病棟は週1回のカンファレンスや回診を実施。</li> <li>・管理栄養士は、24時間（夜間は呼び出し）365日（休・祝日出勤）の栄養サポートに対応している。</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>	近森病院、昭和大学藤が丘病院、昭和大学藤が丘リハビリテーション病院

## 薬剤師病棟配置の取組例

<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</p> <p>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。</p> <p>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"> <li>・病棟内に潜在する薬剤管理上の問題を表出し、建設的助言・改善に向けた提案</li> <li>・患者への薬剤投与前の最終チェックを薬剤師が行うことにより薬剤事故を未然に防止。</li> <li>・入院時、患者との初回面談により持参薬をリアルタイムで把握し、医師・看護師に情報提供することで、持参薬を継続する際のリスクを軽減。</li> <li>・医師・看護師その他の医療スタッフの薬剤に関する意識が波及的に向上。</li> <li>・薬剤師と医師・看護師とのより良いコミュニケーションを図る。</li> <li>・日常的に医師・看護師からの相談に応じる体制を確立。</li> <li>・若手医師や新人看護師に対して、専門的立場から医薬品に関する教育や助言ができる。</li> <li>・薬剤師が患者の状況を常に把握することで、医師に対しより積極的な処方提案。</li> <li>・常に病棟にいて、突発的な状況にも即時対応。</li> <li>・医師・看護師をはじめとする医療スタッフや患者、患者家族から信頼と安心。</li> <li>・患者の服薬コンプライアンス、薬剤管理上の注意事項など、退院時に必要な情報を医師・看護師だけでなく、患者家族、転院先の医療施設、保険薬局、MSW等に情報提供し、退院後の適正な薬剤管理を推進。</li> </ul>
<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。</p> <p>治療効果、副作用発生状況など、医師自ら行う患者への直接的な聴取以外にも、診療録に記載された薬剤管理指導記録や看護記録を参考に把握。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。患者の服薬コンプライアンス状況は病棟薬剤師や看護師からの情報により判断し、患者への説明の他、必要に応じ剤型の変更や他薬への変更なども考慮し、適切に対応。</p> <p>退院時処方については、看護師、薬剤師からの情報を元に必要な処方。退院後の服薬管理については、薬剤師と協議し、患者・患者家族等への説明は薬剤師に一任。</p> <p>薬剤師、看護師からの上申、問合せ、相談等については随時適切に対応。</p> <p>看護師：入院時、看護上必要なアナムネを聴取し、持参薬がある場合、薬剤師に伝達。薬剤師による薬品鑑別の後、持参薬の服薬状況、残数等を把握し、それらの情報を医師に伝達、医師の指示を仰ぐ。</p>

<p>患者情報は、看護師自ら患者・患者家族から徴収するだけでなく、薬剤師による初回面談の情報も参考に。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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>薬剤師により1メニューごとにセットされた注射薬は、薬剤師の処方確認の後、看護師が混注し実施。抗癌剤、IVHは薬剤師が調製し、看護師が内容確認し患者に実施。</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、禁忌薬の有無について確認し、医師・看護師に伝達。</p> <p>処方時には、投与方法等を医師に提案するなど、投与設計にも積極的に参画。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>退院時には退院時服薬指導を実施。薬剤情報提供書を配布。退院後の投薬管理について、患者のみならず、患者家族、転院先の医療機関等の情報提供。場合によりMSW、事務職員など関連職種とも連携。</p> <p>注射薬についても内服薬・外用薬と同様の管理。抗癌剤、IVHのみ薬剤師がミキシング作業。他の注射薬は1回量毎にセットを行い、ミキシングは看護師が実施。</p> <p>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。</p> <p>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>
<p>チーム運営に関する事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
<p>具体的に取り組んでいる医療機関 東住吉森本病院</p>

周術期（集中治療）におけるチーム医療の取組例

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

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

<p><b>薬剤師</b>：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><b>リハビリスタッフ</b>：                  病棟担当のリハビリスタッフが、リハビリを行うことにより、摂食嚥下障害などに対するサポートを行う。またNSTカンファレンス・回診に参加し情報提供を行う。                  臨床検査技師：栄養管理に関わる検査データの提供およびNSTへの参加による検査技師の立場からのアドバイスを行う。</p>
<p><b>チームの運営に関する事項</b>                  ・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。</p>
<p><b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>                  株式会社日立製作所日立総合病院</p>

## 急性期リハビリテーションチームの取組例

<b>チーム（取組）の名称</b>
急性期リハビリテーションチーム (相澤病院ケアユニットチーム、理学療法部門、大塚功)
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>
脳卒中ケアユニット（以下SCU）の配置人員は、専従理学療法士または作業療法士1名となっているが、基準通りの1名の配置では到底十分なリハビリテーションを提供することは不可能である。当院では365日体制でSCUにおける急性期リハとチーム医療を実践するために、理学療法士3名、作業療法士1名、言語聴覚士1名を配置している。この配置により、SCU入室期間約5日間に患者1名につき1日あたり平均6単位のリハビリテーションを提供することができている。
<b>チームによって得られる効果</b>
急性期におけるチームの目標は、「全身状態を安定化させながら、脳卒中の治療と並行して、臥床に伴う廃用症候群等の合併症を予防し、急性期から望ましい機能回復を図りながらその後の日常生活活動の獲得と社会復帰につなげていくこと」である。たとえば摂食嚥下機能を例にとると、多職種が病棟チームに配置されていることにより、より早期に摂食嚥下機能に関わる情報の統合が可能になり、早期の経口摂取への介入、日々刻々と変化する状態への臨機応変な対応を実現し、患者の最大限の回復を促すことが可能にしている。
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>
例として、摂食嚥下機能の改善に対するアプローチを示す。 医師：全身状況の医学的管理、急変への対応、摂食状況の把握を行い、必要に応じ、嚥下造影検査を実施する。 言語聴覚士：医師の指示に基づき、摂食嚥下機能の評価を行い、望ましい食事形態、摂食時の姿勢、摂食方法などについて他職種へ情報を伝達する。 看護師：24時間体制で患者の全身状況を管理し、実際の食事摂取状態を観察する。言語聴覚士からの情報をもとに、食事摂取援助を行う。 理学療法士：運動機能全体の評価とアプローチを行う。体幹機能の評価から、摂食時の姿勢を提案し、実施する。 作業療法士：体幹、上肢機能の評価から、適切な食物摂取方法を提案する。
<b>チームの運営に関する事項</b>
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の重視する 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
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>
相澤病院（長野県松本市）

## 救命救急センターにおける社会福祉士の取組

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

<ul style="list-style-type: none"> <li>・特に経済的に困窮している患者、寝たきりで医療依存度が高い療養を必要とする患者、の退院援助（主に転院援助）を探す</li> <li>・虐待・DVなど他職種、機関との連携が特に必要なケースにアウトリーチして対応を行う。</li> <li>・さまざまな地域関係機関（2次救急病院、リハビリ病院、療養病床、福祉事務所、警察、児童相談所、区役所国民健康保険課、その他）との連携、調整を行う。</li> </ul>
<b>チームの運営に関する事項</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎日の担当医、担当看護師、担当社会福祉士間のコミュニケーション</li> <li>・医師、看護師、PT OT、社会福祉士による脳外科疾患に関する週1回の方針決定カンファレンスの参加</li> <li>・週1回のセンター全体の回診への社会福祉士の参加</li> <li>・地域の関係機関との連携強化</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b> 北里大学病院

## 回復期リハビリテーションチームの取組例

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

<p><b>チームの運営に関する事項</b></p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・電子カルテによる情報の共有化</li> <li>・カンファレンスの重視</li> <li>・チームマネジメント能力</li> </ul> <p>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</p>
<p><b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b></p> <p>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</p>

## 回復期リハビリテーションチームの取組例（歯科）

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

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

具体的に取り組んでいる医療機関等

長崎リハビリテーション病院

## 回復期リハ病棟における転倒対策

チーム（取組）の名称

回復期リハにおける転倒対策（病棟チームでの対応）

チームを形成（病棟配置）する目的

回復期リハでは、より発症早期の患者が入院するようになり、意識障害を呈し病識が不十分な状態で入院されるケースが増えている。さらに、早期ADL自立を目標に積極的な活動を促進するために、常に転倒事故が起きるリスクが存在する。転倒の原因や発生する状況はさまざまであり、麻痺やバランス等の運動機能障害、注意や病識等の高次脳機能障害、不安などの心理要因、明るさや段差などの環境要因、トイレ切迫、服薬等その他の要因が複合的に絡んでいるため、多職種の連携が欠かせない。そのため、転倒リスクの高い患者に対して、病棟チームで取り組むことが有効である。

チームによって得られる効果

運動機能、高次脳機能、排泄機能、服薬状況等を正しく評価することにより、転倒・転落のリスクを把握する。病識が低く衝動的に行動してしまう患者の行動をただちにキャッチするために、センサー、マットコール等の福祉機器を使用する。また、病棟内監視歩行となった患者を自立と判断するための適切な基準が必要である。自立に至るまでの間に、適切な評価・訓練を行い、患者の能力向上と自己認識促進を促すリハビリテーションの提供が重要である。

関係する職種とチームにおける役割・仕事内容

医師：転倒リスクのある患者に対し、医学的管理を行うい、申し送りやカンファレンス等での情報を基に、移動形態や介助方法を総合的に判断する。

理学療法士：移動の評価・訓練、介助方法の指導及び移動に関する全体のマネジメントを行う。

作業療法士：病室内の扉やカーテンの開閉、物の運搬等、リスクを伴う実際の生活場面での応用歩行の訓練、評価、および環境調整を行う。

言語聴覚士：注意機能等高次脳機能の転倒に関する影響の評価、他スタッフへの指導方法の援助、自己の行動の振り返りから病識の改善にアプローチする。

看護師：24時間を通じた転倒に関する評価を行い、患者の全身状況を把握、リハビリの進行具合、患者の心理面などを総合して患者にかかわる。

介護福祉士：病棟の環境、患者の心理面に配慮し、ADLを実施する上で患者の行動を援助する。

チームの運営に関する事項

チームメンバーは全員が病棟配置であり、必要に応じリハビリテーション室での練習を行うが、病棟で共有する時間を利用して、密に患者に関する情報交換を行う。定期的に行われるカンファレンス、ミニカンに加え、朝夕の申し送りにて、患者の変化や特記事項を連絡しあう。多職種の病棟配置により、転倒リスクの高い患者の情報を共有し、自立に向けたアプローチを行い、患者の最大能力を引き出すことができる。

具体的に取り組んでいる医療機関等

船橋市立リハビリテーション病院

## 医療療養病床におけるチーム医療

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

## 退院支援調整チーム

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

退院に向けて、現在の病状や治療方針・家族情報・地域資源等を共有する。

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

## 病院薬剤師と薬局薬剤師の連携の取組例

<u>チームの名称</u> 薬薬連携推進チーム
<u>チームを形成する目的</u> 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。
<u>チームによって得られる効果</u> ・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。
<u>関係する職種とチームにおける役割・業務内容</u> 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。 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。 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。
<u>チーム運営に関する事項</u> ・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。
<u>具体的に取り組んでいる医療機関</u> 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