

～チーム医療推進のためのガイドライン（仮称）策定に向けて～

1. チーム医療を推進するための基本的な考え方

- 我が国の医療は非常に厳しい状況に直面しており、医学の進歩、高齢化の進行等により医師や看護師の許容量を超えた医学的な視点のみならず患者の社会的・心理的な観点にも配慮した医療が求められる中、チーム医療の推進は必須である。
- チーム医療を推進する目的は、専門職の積極的な活用、職種間の有機的な連携を図ること等により医療の質的な改善を図ることであり、そのためには、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る。
- チームアプローチの質を向上するためには、互いに他職種を尊重し、明確な目標に向かってそれぞれの見地から評価を行い、専門的技術を効率良く提供することが重要である。そのためには、カンファレンスを充実させることが必要であり、カンファレンスが単なる情報交換の場ではなく議論・調整の場であることを認識し、ファシリテーターを中心に他職種を尊重した議論をすることが重要である。
- 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。
- 患者もチーム医療の一員という視点も重要であり、患者に対して最高の医療を提供するために患者の生活面や心理面のサポートを含めて各職種がどのように協力するかを考える必要がある。また、患者もチームに参加することによって医療者に全てを任せるのではなく、自分の治療の選択等に参加することが必要である。
- より良い医療を実践するためには、医師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、医師はチームの中で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、歯科医師が個々の医療従事者の能力等を勘案して「包括的指示」を積極的に活用することも重要な手段であるが、「包括的指示」の要件等をあまり定型化しすぎると医療現場の負担増になる可能性に注意が必要である。
- チームの質を向上させるためには卒前・卒後の教育が重要であり、専門職としての知識や技術に関する縦の教育と、チームの一員として他職種を理解することやチームリーダー・マネージャーとしての能力を含めた横の教育が必要である。

例) チーム医療の教育（昭和大学）

医学部、歯学部、薬学部等の枠を超えて共に学び、患者に真心をこめて医療を行うことを理念として、低学年から学部連携学習を通じて基盤作りを行い、高学年においては医療現場でのチーム医療の実践的学習を行うなど、チーム医療を参加型で学習する体系的カリキュラムを構築している。

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

2. 急性期・救急医療の場面におけるチーム医療

- 急性期医療におけるチーム医療については、現状ではマンパワーが限られていることから、少数の専門職が課題に応じてチームを編成する「専門部隊型のチーム医療」が中心となっている。「専門部隊型のチーム医療」においては、質の高いチーム医療の提供は可能であるが、カンファレンス等により情報共有のためのすりあわせが必要であるため、処理能力には限りがあり、手術室やICUなどのリスクの高い患者に対するチーム医療には適している。
- 今後の急性期医療におけるチーム医療においては、十分な専門職を病棟に配置して患者に直接接する機会を増やす「病棟配属型チーム医療」により、必要な患者全てに対して、必要な時に十分な質の高い医療サービスを提供することが期待されている。
- 特に高齢者に対しては、廃用症候群や低栄養状態などの様々な合併症に対応するため、リハビリや栄養管理などの対策が重要であり、高齢者の多い病棟においては急性期の段階から病棟専従チームが必要である。

例1) 急性期における栄養サポートチーム（近森病院）の取組

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必要な対応を専門職種が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）

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）

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の効果

入院時に主観的包括的アセスメントの結果、中等度栄養障害と判断された患者に対して、術前に栄養介入を実施することより術後の在院日数が有意に低下することが報告されている。術前に限らず種々の疾患において、病棟で管理栄養士がきめ細かな栄養管理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）

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

3. 回復期・慢性期医療の場面におけるチーム医療

- 回復期のチーム医療においては、褥瘡対策や栄養管理、感染対策といった課題に対応することが求められており、そのためには病棟への様々な専門職の手厚い配置が求められている。回復期リハビリテーション病棟においては、診療報酬における配置基準よりも多くのリハビリスタッフやST、配置基準には規定されていない管理栄養士、社会福祉士等を配置している施設も多い。
- リハビリテーションにおいては、実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として、リハビリテーションチームによって全人的アプローチが行われており、リハビリ関係職種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専門職が互いに尊重し合うことが重要である。

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）の取組

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と、ナースコールをスタッフコールと変更するなどの工夫を行っている。

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

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

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

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。
- 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）の取組

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

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

例3) 入院から在宅までの切れ目のない栄養管理の取組

在宅医療において、管理栄養士、看護師、薬剤師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を防止するために、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・家族やヘルパーに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を行い、看護師やケアマネジャー等と連携しながら栄養補給法・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。

5. 医科・歯科の連携

- 医科と歯科の連携については、養成課程の違い、病院・診療所と歯科診療所の勤務場所の違い、専門用語の違い等、従来からお互いの専門性を隔てる壁は厚く、垣根は高くなっていた。具体的な例としては、医師はどの歯科医師に相談していいのか、歯科医師はどのように病院へ介入していいのかなど医科と歯科の連携における最初の手がかりすらつかめないというようなこともあったようである。
- しかし、近年における高齢化の進展、介護保険の導入、在宅医療の普及等により、リハビリテーションを専門とする医師や訪問歯科診療を行う歯科医師等から口腔ケアが重要であること、また、高齢者等の誤嚥性肺炎や低栄養の原因の一つは口腔機能の低下であり、これらを予防していくためには、口腔ケアだけでなく口腔機能の維持・向上が重要であるという医科と歯科で共通の考え方が普及してきている。
- このような背景から、急性期・救急医療、回復期・慢性期医療、在宅医療の各場面において、NST、口腔ケア等における医科と歯科の連携は重要であり、不可欠であることの認識が深まりつつあり、医科・歯科連携を推進していくための土壌が醸成されはじめてきている。
- 現在、歯科を標榜して歯科医療関係職種を配置している病院の一部において、NST、口腔ケア、摂食嚥下、感染制御、糖尿病、緩和ケア等のチーム医療が実施されていることが明らかになった。他方で、歯科を標榜して歯科医療関係職種を配置している病院は少なく、歯科医療関係職種は歯科診療所に多く配置されていることから、歯科医療関係職種を交えたチーム医療を推進していくためには、病院内の連携に限らず、地域における病診連携、診診連携を含めた病院内・外における医科と歯科の連携を推進していくことが必要である。
- 口腔ケアは歯科的口腔管理の基本であり、誤嚥性肺炎等の予防に寄与し、医療・介護の現場で歯科医師・歯科衛生士をチームの一員として、医科と歯科の専門的な視点を加えることにより、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。
- 歯科医師等の歯科関係職種をチーム医療の一員とし、口腔内管理の徹底を図ることで、誤嚥性肺炎や窒息事故等の発生を防止し、その後の医療を円滑に行うことに貢献するとともに、摂食・嚥下障害、低栄養状態、口臭等に対する専門的な医療対応を行うことが可能となり、入院患者のQOL向上や早期回復に寄与することができる。
- 医科・歯科連携を行うことで、入院患者のQOL向上や早期回復等に寄与するだけでなく、退院後も在宅、施設等の生活する場における地域連携バスに繋ぎ、口腔の医療面からの地域医療に貢献することが可能となる。
- 病院に配置されている歯科医療関係職種は、病院内の連携を推進するだけに限らず、地域歯科医師会等の地域における歯科医療関係職種との連携の窓口となり、病院内・外における医科・歯科連携をより推進させることができるという一面もある。
- 患者中心の質の高いチーム医療を推進していくためには、従来の医科と歯科の専門性に固執するのではなく、お互いの専門性を隔てる壁を薄く、垣根を低くする等、お互いの理解を深めるための努力が必要である。また、医科・歯科連携に際しては、お互いの専門性を尊重するとともに、お互いの専門性を踏まえた連携を行う必要がある。
- 特に、病院における医科・歯科連携は、歯科を標榜していない病院が多いことから、地

域歯科医師会等との病診連携も含めた医科・歯科連携のチーム医療を推進していく必要がある。そのため、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であり、そのための総合的な施策の整備が望まれる。

- また、歯科医療関係職種が配置されている病院においても、医科・歯科連携によるチーム医療が十分に実施されていない場合が認められるため、口腔ケアのみならずNSTや摂食嚥下チーム、感染制御チームなど歯科医療関係職種の関与が望まれるチームへの参加など更なる医科・歯科連携を強化・推進していくことが必要である。
- 病院における口腔ケア、NST、摂食・嚥下、感染制御、糖尿病、緩和ケア等のチーム医療において、医科・歯科連携を強化・推進し、それぞれの専門性を最大限に活かすことで、患者中心の質の高い医療を提供することが可能となる。
 - 例) 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）の取組
歯科診療オープンシステムを活用して非常勤歯科医師と歯科衛生士が、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) 医科歯科連携におけるチーム医療（昭和大学病院）の取組
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の取組
 - ・褥瘡対策チーム（脳血管研究所美原記念病院の例）
看護師が褥瘡発生リスクを随時評価し、医師・薬剤師・看護師がベッドサイドにて薬剤選択及び治療方針の決定を行い、ハイリスク患者に対して積極的な体位変換を実施する取組により、ハイリスク患者が多い中で褥瘡発生率を低く抑え、治癒率も良好な水準となっている。
 - ・リハビリチーム（脳血管研究所美原記念病院の例）
医師及びリハビリスタッフがリハビリの適応の確認を行い、リハビリスタッフと看護師が連携して、超早期からのリハビリを実施するとともに、日常生活援助にリハビリ的看護ケアを導入するなどの取組によりADLの改善度合いが向上している。
- リハビリテーションは、急性期、回復期、生活期のどの時期においても隔たりなく行われ、従来から、患者を中心に職種間を越えたメンバーでチームが構成されている。そのため、それぞれの病期によってその目的も変化する中で、患者を中心とした多様なメンバーで構成するチーム医療には、リハビリテーションの理解が必須である。

○ 精神科領域においては、疾病と障害を併せ持ち、相関関係が大きい障害特性から社会的健康へのダメージを来すことがある。したがって、疾病の治療のみならず生活者として対象者支援を行うことが必要であるため、医療機関や地域において多職種協働によるチーム医療の提供が重要である。また、身体疾患の背景に精神的な問題のある患者に対しては、身体的治療だけでなく、精神的な治療も並行して行うことが必要であり、身体的ケアスタッフと精神的ケアスタッフが協働して患者の治療を行えるチーム医療が重要である。

例1) 認知症医療におけるチーム医療の取組（浅香山病院の例）

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

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

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

○ 周産期医療においては、妊婦のリスクと選択する医療機関とのミスマッチを防ぐことが重要であり、対応する対象者のリスクに応じて施設間や施設内でチームを構成する必要がある。産科病院や産科診療所の院内助産所・助産師外来は、正常産を助産師が担うことによる産科医師の負担軽減や緊急時の迅速な連携に加えて、助産師が妊娠初期から分娩管理、産後の母乳支援や新生児ケアまで継続して行うことにより妊産婦の意向を尊重したケアが可能となり、妊産婦や家族の満足度の向上につながっている。

例) 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の例）

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。

7. 医療スタッフの業務の効率化・業務負担の軽減

○ 急性期の医療において、現在は個別の課題に応じて必要な専門職を集めた「専門部隊型のチーム医療」が行われているが、十分なマンパワーを確保して必要な専門職を病棟に配置する「病棟配属型チーム医療」が望ましい。

例1) 薬剤師の病棟配置による薬剤管理の取組

薬剤管理において、薬剤師を病棟に配置し、医師と協働した薬物療法の検討、注射薬の調製、医師・看護師と協働した点滴投与時の注意事項の確認等を実施することにより、

薬剤に関するインシデント報告件数が減少する効果が現れている。

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

例2) 管理栄養士の病棟配置による栄養管理の取組

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、的確かつ迅速に適正栄養量及び食事・栄養補給法に関する医師への提言、栄養管理計画書を管理栄養士が担うことによりスタッフ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、さらに患者、家族への治療食の必要性の説明・指導、他職種への助言・相談等に関する業務を担うことにより、治療効果や患者のQOLを向上させることもできる。

○ 全日本病院協会が実施した看護師の業務に関する調査によると、依然として看護師が機器点検や物品管理、検体搬送等の業務を実施しており、他職種との業務分担等による業務の見直しが必要である。

○ 専門職が本来その職種がやるべき業務に専念するために、事務職員等が実施することができる業務については医療クラーク等を活用することにより、医師をはじめとする専門職の負担軽減や、書類作成や外来の待ち時間の短縮などの患者サービス向上につながる。

例) 医療クラーク導入による医師の勤務環境改善の取組（済生会栗橋病院）

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