

厚生労働省  
チーム医療方策検討WG  
チーム医療検証事業への  
具体的事例提出にあたって

初台リハビリテーション病院  
ソーシャルワーカー  
取出 涼子  
(チーム医療推進協議会)

1

□ 方法

- ①ひとり一人、さまざまな背景をもつ患者から、治療に当たっての要望を十分に聞き取る
- ②医学の進歩：膨大な知識、臓器別治療技術の高度化と細分化をチームで補完する
- ③最新の情報を元に、標準的な療法、臨床試験、代替療法までを客観的に根拠(エビデンス)で患者に示す
- ④患者と共に、患者にとっての個別、かつ最良の治療方法を選択する
- ⑤治療自体を生活につなげていく
- ⑥家族のサポートやケアも忘れない

3


- 近代の医療は専門分化が進む一方、患者の望む医療も多様化している
- 高度に進歩した専門的医療を患者の「生活」につなげることが重要である。
- これに対応するためには、高い専門性を持つメディカルスタッフが連携しつつ、適切に補完し合うことが不可欠である。専門分化した医療を背景として、チーム医療の形態は多岐にわたっているのが実情である。
- 患者もチームの一員である。
- チーム医療では患者と各メディカルスタッフは情報を共有する。
- その結果、患者自身の最良の医療の選択が促進される。

2

構造評価

- [ ] 明確なチームの目標をもっているか？
  - [ ] 目標達成のために必要な職種がそろっているか？
  - [ ] 治療のエビデンスがあるか？
  - [ ] 情報共有システムをもっているか？
- プロセス評価
- [ ] 最新の技術、知識を提供しているか？
  - [ ] 患者が、個別性に合わせた選択をしているか？
  - [ ] 治療後の生活につながっているか？
  - [ ] 金儲け主義になっていないか？
  - [ ] 情報共有ができていないか？
  - [ ] カンファレンスを行っているか？
  - [ ] 心理面をケアしているか？
  - [ ] 生活面をケアしているか？
  - [ ] 家族をケアしているか？
  - [ ] チーム医療教育をしているか・受けているか？
  - [ ] フォローアップ評価をしているか？

4



アウトカム評価

- 目標が達成できたか？
- 重症化を予防できたか？
- 疾病の早期発見ができたか？
- 回復促進 再発予防 生活問題の軽減ができたか？
- 患者・家族に安全な医療の提供ができたか？
- 患者の満足度 家族の満足度は向上できたか？
- 医師の負担軽減できたか？
- スタッフの満足度は向上できたか？

厚生労働省  
チーム医療方策検討WG  
チーム医療にあたっての  
SWの貢献について

初台リハビリテーション病院  
ソーシャルワーカー  
取出 涼子

1

- 近代の医療は専門分化が進む一方、患者の望む医療も多様化している
- 高度に進歩した専門的医療を患者の「生活」につなげることが重要である。
- これに対応するためには、高い専門性を持つメディカルスタッフが連携しつつ、適切に補完し合うことが不可欠である。
- 専門分化した医療を背景として、チーム医療の形態は多岐にわたっているのが実情である。
- 患者もチームの一員である。
- チーム医療では患者と各メディカルスタッフは情報を共有する。
- その結果、患者自身の最良の医療の選択が促進される。

2

□ 方法

- ①ひとり一人、さまざまな背景をもつ患者から、治療にあたっての要望を十分に聞き取る
- ②医学の進歩：膨大な知識、臓器別治療技術の高度化と細分化をチームで補完する
- ③最新の情報を元に、標準的な療法、臨床試験、代替療法までを客観的に根拠(エビデンス)で患者に示す
- ④患者と共に、患者にとっての個別、かつ最良の治療方法を選択する
- ⑤治療自体を生活につなげていく
- ⑥家族のサポートやケアも忘れない

3

## 初台リハビリテーション病院の例

- SW自身による援助対象者のスクリーニングが可能
  - 配置化による時間確保、優先的に業務遂行が可能
  - 医療の中心にいる「看護師」との協働が取りやすい
- ↓
- 問題発生前から予防的に援助ができる
  - 多くの患者・家族の相談に乗ることができる
  - 治療初期から退院に向けた援助を開始することで、治療を「生活」につなげやすい(SWの配置は有効です！)

4

## 職員の配置人数 (2011年1月現在)

	TM	Ns	CW	PT	OT	ST	SW
8階病棟 (16床)	1名	9名	7名	6名	6名	3名	1名
7階病棟 (16床)	1名	9名	7名	6名	6名	2名	1名
5階病棟 (45床)	2名	18名	14名	16名	14名	6名	2名
4階病棟 (48床)	2名	18名	14名	16名	14名	6名	2名
3階病棟 (48床)	2名	18名	14名	16名	14名	6名	2名
外来 (約600名)・ 訪問	2名	3名	1名	17名	15名	6名	2名
合計	10名	75名	57名	79名	69名	29名	10名

## SW業務展開の特徴1 入院患者全員担当制

- 1) 入院7日以内にインテーク面接
  - ・ SWのオリエンテーション重視
  - ・ SW自身によるニーズの把握
  - ・ 援助契約
- 2) 「患者・家族像」の把握
  - ・ 心理社会的背景、病前の生活
  - ・ 病気/障害のうけとめ
  - ・ リハビリへの希望
  - ・ 退院後の生活のイメージ

### 3) カンファレンス参加 (月～土13:50～14:35 1件15分)

- ・ 患者・家族像の提示
- ・ SW援助計画の提示
- ・ 患者・家族の仲介者・代弁者の役割遂行
- ・ 身体状況、リハビリの目標、入院期間の把握

### 4) 治療への患者・家族参画支援プログラム

- ・ カンファレンスにて患者・家族の代弁
- ・ ドクター面談同席
- ・ 面談後のうけとめの確認
- ・ チームヘフィードバック

### 5) 退院援助プログラム

- ・ 患者・家族のニーズの把握
- ・ 介護保険・身障手帳等オリエンテーション
- ・ 選択肢の提示
- ・ 自宅退院の場合
  - ケアマネジャー等の選定援助
  - 家庭訪問の調整・ケアマネジャーの同席調整
  - 住宅改修の調整
  - 外泊訓練の調整
  - 病状・ケアの状況の共有・シンプル化の検討
  - 退院前カンファレンスの開催
  - 退院後のサービス調整援助
  - 退院後フォローアップ
- ・ 転院の場合
  - 病院・施設の種類の提示
  - 候補となる病院・施設への病状照会、受け入れ確認代行
  - 患者・家族の施設への見学支援
  - 病状・ケアの状況の共有・シンプル化の検討
  - 転院までの情報共有の援助

### 6) 経済的問題解決プログラム

- 7) 家族支援プログラム
- 8) 就労支援プログラム

## SW業務展開の特徴2 SW部門内の間接業務

### 【SW部門全体の業務】

入院相談プログラム  
院内会議  
資料収集・整理  
電話対応

### 【地域との連携窓口としての業務】

地域活動 地域連携パス会議  
地域包括支援センター会議  
ケアマネジャー連絡会 等

### 【SW部門内会議】

9

## SW業務展開の特徴3 病棟配属制

### 1) SW業務が病棟の当たり前の存在になる

- ・ 専門的援助関係を基本とした相談援助
- ・ 個別性の尊重、自己決定の尊重
- ・ 患者・家族の代弁
- ・ 患者・家族の生活を尊重

### 2) 配属病棟での時間と空間の共有

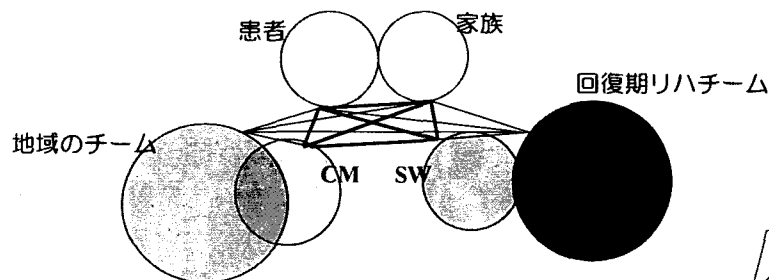
- ・ 配属病棟スタッフとの信頼関係の構築
- ・ 適切な時期の介入が可能
- ・ 患者・家族と病棟の仲介、調整が可能

10

### 3) 患者家族と地域・病棟と地域をつなぐ

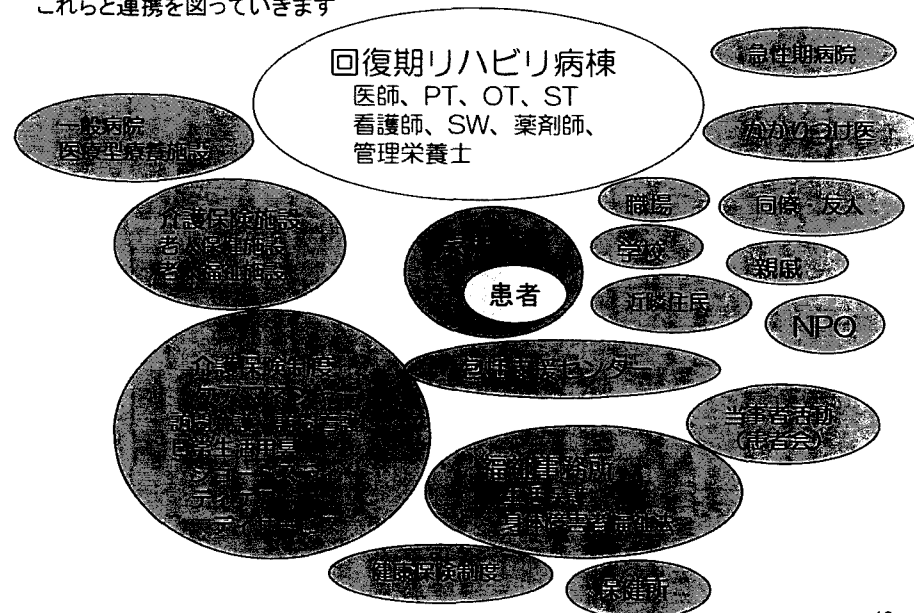
- ・ 適切な時期に社会資源を紹介
- ・ 患者家族・病棟・地域を相互につなぐ
- ・ 入院中期から、患者家族と地域の関係構築を重視して徐々に移管

⇒ 地域へのソフトランディング



11

これらと連携を図っていきます



12

参考までに

## 初台リハビリテーション病院 ソーシャルワーカーの一日

就業前 前日のカルテの確認

8:30～ 8:40 病棟ミーティング

8:40～ 8:50 病棟スタッフと打ち合わせ(必要時)

8:50～ 9:00 病棟SWと打ち合わせ

9:00～ 9:15 SW朝ミーティング

9:20～11:00 入院相談 面接・問い合わせ等

11:00～11:15 入院日合同評価

11:15～12:00 電話・面接・問い合わせ等

12:00～13:00 休憩

13:00～13:15 病床会議後の打ち合わせ、入院の連絡等

13:15～13:45 電話・面接・問い合わせ等

13:45～14:45 定期カンファレンス

15:00～16:40 ドクター面談同席 電話・面接・問い合わせ等

16:40～17:00 ミニカンファレンス

17:00～17:15 病棟ミーティング

17:15～17:30 電話・面接・問い合わせ等

時間外 電話・面接・問い合わせ対応・チームとの協議・記録作成

青字が  
患者・家族・チーム・  
関係機関とかかわれ  
る時間です。  
時間内では一日4.5  
時間程度

チーム医療の具体的実践事例

提出委員名 取出 涼子 委員  
(チーム医療推進協議会)

対象疾患: 糖尿病 その他 (肥満症)

時期: 急性期 維持期・生活期

<b>医療機関名</b>
四谷メディカルキューブ、東京都千代田区2番町7-7
<b>チーム(取組)の名称</b>
肥満外科治療チーム
<b>&lt;O&gt;病棟(チーム)配置型チーム &lt;O&gt;組織横断型チーム &lt;O&gt;相互補完型</b>
<b>チームの目的・ミッション・ビジョン・ゴールなど</b>
Goal : ・ 肥満及び肥満に起因する疾患の改善及び完治 → QOL (Quality of Life) の向上、患者が満足すること
<b>チームによって得られる効果</b>
<b>&lt;O&gt;患者の望むことを把握し、治療方針に取り入れている</b> 具体的に… ① 患者の声(患者との会話、クレーム、ニーズ等)を常に大切に、カンファレンスにて話し合い、患者にとって良いシステムとなるように工夫している。 ② 各職種が専門性を持った関わりをすることで、患者のニーズに対する確目、迅速に対応可能となっている。
<b>&lt;O&gt;患者自身の最良の医療の選択が促進されている。</b> 患者の身体的・心理的・社会的背景を詳細に各職種がアセスメントし、EBMに則り、常に最新且つ最良の医療が出来る体制を整え、最終的には患者自身が自分自身の意思で決定できるように工夫している。
<b>&lt;O&gt;医療が患者の「生活」につながっている。</b> 肥満という病態そのものが、生活と密接に関わっている為、生活習慣改善、人間関係等々の相談にも応じられる体制を整えている。初回相談時より、患者本人だけでなく、患者家族、又はその他支援者を巻き込んだ支援を行い、手術前後の不安がない様に工夫している。さらに社会生活上の課題があった場合はソーシャルワーカーが相談に応じられるように体制を整えている。
<b>チーム構成職種と役割</b>
<b>■チームA(診療チーム)</b> 外科医:手術を安全に行う。 内科医:手術前後の体重及び合併疾患(DM・HT・SASなど)のコントロールを行う。 麻酔科医:手術前後の麻酔管理及び疼痛管理 看護師(外来・手術室・病棟):手術を安全且つ迅速に行う為のサポート業務 管理栄養士:手術前後の栄養及び食事管理 薬剤師:手術前後の薬剤管理 運動療法士:手術前後の運動管理

<b>■チームB(サポートチーム)</b> → 患者のニーズ、クレーム(意見等)に積極的に耳を傾け、安全且つ安心して受けられる様に患者及び家族をサポートするチーム。明確に役割が区分されている訳ではない。ただし、業務は区分されている。 MSW:生活全般に関する不安及び疑問解消。サポートグループの組織、患者のマネージメント。 管理栄養士:手術前後の食生活についての不安及び疑問解消。 看護師:治療(手術及び、手術前後の処置など)全般に関する不安及び疑問解消。 家族:患者自身の最も身近な存在として、治療及び治療前後の本人の状況理解、心理的サポート。
<b>■チームC(患者会・マスコミ・市民等)</b> MSW:病院と地域の活動及び社会資源等をつなげる役割 治療後の患者 家族 友人 職場 社会制度(医療保険等)
<b>チームの運営プロセス</b>
<b>&lt;O&gt;患者の要望の聴取・患者の診療への参画(患者がチームの一員となっている)</b> SWが全患者のインテーク面接を行い、心理社会的背景の把握、治療にあたっての具体的な目標の確認、設定を行う。その結果をチームが聞き、治療後に成果が継続するかどうか、を話し合っ治療を行える可能性について検討している。 <b>&lt;O&gt;高い専門性を持つメディカルスタッフが連携し適切に補完し合っている</b> 週1回(木曜日)のカンファレンス。及び、各専門職がEBM/EBPに基づいた発言、実践を行うことを心がけている。 <b>&lt;O&gt;患者がチームの一員となっている</b> 患者もチームの一員としての認識が持てる様、インテーク面接時より説明及び、エンパワメントを行っている。また、スタッフも患者自身の力を信じて、接している。 <b>&lt;O&gt;各メディカルスタッフは情報が共有されている。</b> 週1回(木曜日)のカンファレンスにて常に患者の動向・意向を確認している。 また、電子カルテにて記録、急を要する場合には院内PHSにて連携を取り合い、迅速に対応できる体制(院内システム)を整えている。 <b>&lt;O&gt;診療計画を客観的に根拠(エビデンス)で患者に示している(患者がチームの一員となっている)</b> EBMに基づき、治療におけるメリット・デメリットを全て開示した上で、患者に最終的な決定権を持ってもらっている。 <b>&lt;O&gt;患者と共に、患者にとっての個別、かつ最良の治療方法を選択する方法がある</b> いくつもの選択肢から患者自身がメリット・デメリットを理解し、選択できるシステムを構築している。 <b>&lt;O&gt;治療自体が生活につながっている</b> 患者の治療目的は、手術を行うことや減量ということではなく、生活の質の改善そのものである。例とすると、足が組めるようになる。ユニクロの服が着れるようになる。など。患者自身が各々の生活目標を立ててそれに向かって努力している。スタッフはその目標達成をサポートする役割でいる。 <b>&lt;O&gt;家族のサポートやケア</b> 患者同様、家族に対してもよりよい結果が出るように家族システム理論を活用して、家族も治療前後にフォロー、サポートしている。
<b>備考</b>
<b>■情報の共有化の方法や特徴</b> <b>■業務範囲や役割分担の方法、その他に参考になる事象</b> それぞれの専門性を活かした業務を割り振る。誰でも出来る様な業務はみんなで分担して行っている。 <b>■達成度の評価方法、結果の抽出</b> International center of excellence 認定(申請中)

満足度尺度（世界で広範に用いられているもの、QOL (SF-36、IW-QOL)・治療満足度）

費用対効果（経済学者をチームに入れて評価）

入院日数（バリエーションの発生率、過去の論文との比較検討）

治療効果（体重減少、合併疾患治療率・改善率…等々、諸外国との比較検討）

その他⇒非常に長くなるので割愛するが、どの結果も世界各国と比較してもよい結果。

■該当施設からのアドバイスや意見など参考になる事項

業務の分担方法が非常に重要かと思う。専門職が専門職としても仕事をすることで効率的且つ効果的な支援となる。誰でも出来る様な仕事(PC への単純入力等)は、分担するなどの方法で対策をとる。

チーム医療の具体的実践事例

提出委員名 取出 涼子 委員  
(チーム医療推進協議会)

対象疾患：糖尿病

時期： 急性期 維持期・生活期

評価

□ 構造評価

- 明確なチームの目標を持っているか？
- 目標達成のために必要な職種がそろっているか？
- 治療のエビデンスがあるか？
- 情報共有システムを持っているか？

□ プロセス評価

- 最新の技術、知識を提供しているか？
- 患者が、個別性に合わせた選択をしているか？
- 治療後の生活につながっているか？
- 金儲け主義になっていないか？
- 情報共有ができてきているか？
- カンファレンスを行っているか？
- 心理面をケアしているか？
- 生活面をケアしているか？
- 家族をケアしているか？
- チーム医療教育をしているか・受けているか？

→ ただし、常にチームメンバー全員が向上する様に、チーム全体で考える作業はしている。  
また、国内外の学会等に積極的に発表及び参加し、チーム医療について積極的に学習している。

- フォローアップ評価をしているか？

□ アウトカム評価

- 目標が達成できたか？
- 重症化を予防できたか？
- 疾病の早期発見ができたか？
- 回復促進 再発予防 生活問題の軽減ができたか？
- 患者・家族に安全な医療の提供ができたか？
- 患者の満足度 家族の満足度は向上できたか？
- 医師の負担軽減できたか？
- スタッフの満足度は向上できたか？

医療機関名

チーム（取組）の名称

糖尿病医療推進委員会

< >病棟（チーム）配置型チーム <O>組織横断型チーム <>相互補完型

チームの目的・ミッション・ビジョン・ゴールなど

以下の病院理念に準ずる

1. 患者さまの立場に立った医療を行います。
2. 地域の中核病院として、医療水準の向上に努め、質の高い医療を提供します。
3. 地域の医療機関、保健・福祉との連携を密にし、市民の健康を守ります。
4. 職員の教育・研修の充実を図ります。
5. 経営基盤の確立に努め、医療環境の変化に対応します。

特に1～3について重点が置かれている

1については、患者教室の際に、参加者からアンケートをとり、理解度・満足度や講義内容等を評価し、定例会議にて検討を加え、次回以降に活かしております。

2については、糖尿病に関する最新の知識・技術の向上に努めております。

3については、「伊丹糖尿病フォーラム」の企画・運営を、市の医師会や、市内の各病・医院と協力して行っております。2回の内の1回は、コメディカルスタッフが中心となって企画しております。

その他、年度ごとにも、目標を立てております。(例えば、「糖尿病学会近畿地方会での発表」など)

チームによって得られる効果

<O>患者の望むことを把握し、治療方針に取り入れている

患者教室の際に、参加者からアンケートをとり、理解度・満足度や講義内容等を評価し、定例会議にて検討を加え、次回以降に活かす

<O>患者自身の最良の医療の選択が促進されている。

糖尿病に関する最新の知識・技術の向上

<O>医療が患者の「生活」につながっている。



## チーム構成職種と役割

### ■チームA(診療チーム)

医師、慢性疾患専門看護師、看護師(病棟・外来)、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、視能訓練士、歯科衛生士、理学療法士、事務職員(医事課職員)

\*日本糖尿病療養指導士の有資格者も14名在籍し、糖尿病医療への充実度は高い

### ■チームB(サポートチーム)

### ■チームC(患者会・マスコミ・市民等)

## チームの運営プロセス

### <O>患者の要望の聴取・患者の診療への参画(患者がチームの一員となっている)

患者教室の際に、参加者からアンケートをとる

### <O>高い専門性を持つメディカルスタッフが連携し適切に補充し合っている

医師や看護師、薬剤師の所へ勉強会の案内などが届いた場合には、当チームのメンバーにもその情報が伝達

### <O>患者がチームの一員となっている

患者教室

### <O>各メディカルスタッフは情報が共有されている。

月に1度の定例会議を開催

その他にも、随時、連絡を取り合い、情報交換

### <O>診療計画を客観的に根拠(エビデンス)で患者に示している

現在、糖尿病教育入院クリニカルパス(以下、パス)は、新規に作成最中

### <O>患者と共に、患者にとっての個別、かつ最良の治療方法を選択する方法がある

### <O>治療自体が生活につながっている

### <O>家族のサポートやケア

## 備考

### ■情報の共有化の方法や特徴

月に1度の定例会議を開催していますが、その他にも、随時、連絡を取り合い、情報交換しております。(例えば、栄養指導の場面で運動療法の質問が出て、管理栄養士では返答できない場合、その場で私のPHSに電話がかかってきて、質問にお答えする、等です)

また、医師や看護師、薬剤師の所へ勉強会の案内などが届いた場合には、当チームのメンバーにもその情報が伝達されます。

### ■業務範囲や役割分担の方法、その他に参考になる事象

当チームの定例会議の司会・書記は、全メンバーにて回り持ち

事務職員が議事録の保管など、事務的作業

患者会については、管理栄養士が実務を担当

当チーム程、多職種が関わっている糖尿病チームはないと思う

### ■達成度の評価方法、結果の抽出

患者教室に関しては、アンケート結果をもとに評価し、改善

平均在院日数、患者満足度の評価などは、新規パス施行後に実施する予定。

### ■該当施設からのアドバイスや意見など参考になる事項

歴史的に、当院は古くから糖尿病医療に力を入れていたのですが、実は、以前は理学療法士への期待はそれほど大きいものではありませんでした。“運動”は糖尿病治療の三本柱の一つですが、例えば「ただ歩けばいい」と言った具合に、専門性を活かせるものではないとの誤解がありました。(これは現在でも、他の多くの施設でも聞かれる事でもあります。)

当院において、この認識が変わったきっかけは、私が日本糖尿病療養指導士の資格を取り、当チームに関わるようになってからです。運動に対する患者さん達の関心は高く、そのような方々の、運動に関する各種の疑問に対して、看護師や管理栄養士、また、糖尿病専門医でさえも答えられない事が多くありました。そのような場合に、私に相談があり、代わって疑問にお答えする事が何度かありました。その後、その患者さん達の運動(運動実践に関してだけでなく、疑問に対する答えも含めて)に対する満足度が非常に高いものであると、当チームのスタッフが、それぞれの指導場面(看護指導や栄養指導など)で聞くそうであります。ここから、「運動に関しては、理学療法士でなければ!」の認識が出来上がって来ました。(事実、当院の慢性疾患専門看護師は、糖尿病運動療法の講義を大学などでも行っている程の知識を持っておりますが、その彼女にも、上記「運動に関しては、やっぱり理学療法士でなければ!」と言われております。)

チーム医療において、他職種をリスペクトする事は、個々のモチベーションも上がる為、非常に大切な事と考えております。(私も当然、当チームのメンバーの専門性に敬意を表しております。)また、チーム医療において、最も重要な事は、“情報の共有”および“知識の共有”であると思っております。“情報の共有”に関しては、上記の定例会議の他、当院は電子カルテシステムを採用しておりますので、看護記録や栄養指導記録、また、当然ながら医師の診断記録もリアルタイムで情報入手する事が出来ます。

“知識の共有”とは、例えば、私は理学療法士ですが、糖尿病に関する薬物の知識や、栄養に関する事など、糖尿病に関わりの無い理学療法士では、まず知らないであろうレベルの知識を持っていると自負しております。また、当チームの看護師、管理栄養士、薬剤師などの他のスタッフも、糖尿病運動療法に対する、ある程度高度な知識を持っております。これにより、糖尿病療養生活における患者さんの各種の疑問に対して、簡単な事柄ならば、チームの誰であっても答える事が出来ます。勿論、専門的な事柄は、その専門スタッフに即座に相談して、解決いたしております。これも、チームでの連携があつてこそ成せる技だと思っております。この事は、患者さんの治療に対する満足度アップにも大きく貢献していると考えております。

理学療法士は、運動の専門家です。当然“糖尿病”の運動療法に対しても、十分に専門性を活かせる職種である事は、私自身の経験上、間違いありません。また私の当チームへの参画後、呼吸療法チームや、がん緩和チームへの理学療法士の参画がなされ、当院においては、「運動については、理学療法士へ!」の流れが出来上がって来ております。

是非とも、他の施設におきましても、糖尿病に限らず、「運動に関しては理学療法士へ!」の流れが出来上がって欲しいと、切に願っております。

## チーム医療の具体的実践事例

提出委員名 取出 涼子 委員  
(チーム医療推進協議会)

対象疾患：糖尿病

時期： 急性期 維持期・生活期

<b>医療機関名</b> 東京都
<b>チーム(取組)の名称</b> 糖尿病チーム 〈〉病棟(チーム)配置型チーム 〈○〉組織横断型チーム 〈〉相互補完型
<b>チームの目的・ミッション・ビジョン・ゴールなど</b> 糖尿病患者のストレスを軽減しながら、長期的な視野の基に合併症を予防すること
<b>チームによって得られる効果</b> 〈〉患者の望むことを把握し、治療方針に取り入れている 〈〉患者自身の最良の医療の選択が促進されている。 〈○〉医療が患者の「生活」につながっている。
<b>チーム構成職種と役割</b> ■チームA(診療チーム) 医師(専門医と非専門医)・管理栄養士・健康運動指導士・薬剤師・看護師・検査技師・理学療法士  ■チームB(サポートチーム)  ■チームC(患者会・マスコミ・市民等)
<b>チームの運営プロセス</b> 〈○〉患者の要望の聴取・患者の診療への参画(患者がチームの一員となっている) 患者会で多職種によるお悩み相談会も不定期ですが、年間3~4回行っている。 〈○〉高い専門性を持つメディカルスタッフが連携し適切に補完している 毎週1回医師と栄養士が中心となり、毎回異なったテーマと内容のDM教室を開催し、健康運動指導士・薬剤師・看護師・検査技師・理学療法士も交代で参加している。 〈〉患者がチームの一員となっている 〈○〉各メディカルスタッフは情報が共有されている。 教室終了後に入院と外来で問題がある患者のカンファレンスを行っています 〈〉診療計画を客観的に根拠(エビデンス)で患者に示している

業務範囲は日本糖尿病療養指導士認定機構が毎年作成している糖尿病療養指導ガイドに準じている

〈〉患者と共に、患者にとっての個別、かつ最良の治療方法を選択する方法がある

〈○〉治療自体が生活につながっている

年間2回、栄養士・医師・患者会(病院糖尿病友の会)で料理教室を実施。

〈〉家族のサポートやケア

### 備考

■情報の共有化の方法や特徴

■業務範囲や役割分担の方法、その他に参考になる事象

■達成度の評価方法、結果の抽出

定期的に参加者にアンケートを実施している。

■該当施設からのアドバイスや意見など参考になる事項

当院は250床強の地域密着型の民間病院なので、スタッフは常にギリギリであるため、全職種が一同に会することはできないので、DM教室の終了時にその時に必要な職種だけが集まり、カンファレンスを行っている。

## チーム医療の具体的実践事例

提出委員名 取出 涼子 委員  
(チーム医療推進協議会)

対象疾患：糖尿病

時期： 急性期 維持期・生活期

<b>医療機関名</b> 兵庫県
<b>チーム（取組）の名称</b> 糖尿病チーム ＜O＞病棟（チーム）配置型チーム   ＜O＞組織横断型チーム   ＜O＞相互補完型
<b>チームの目的・ミッション・ビジョン・ゴールなど</b> 糖尿病患者のストレスを軽減しながら、長期的な視野の基に合併症を予防すること 学会ガイドライン、および最新の知見に基づいた医療の提供を心がけている。 そのために、チーム全体で患者の治療方針や患者教育の進捗状況等に関する情報を全体カンファレンスを通じて共有している。のみならず、チーム全体でスキルアップを図り、よりよい医療を提供するように心がけている。
<b>チームによって得られる効果</b> ＜>患者の望むことを把握し、治療方針に取り入れている。 ＜>患者自身の最良の医療の選択が促進されている。 ＜O>医療が患者の「生活」につながっている。
<b>チーム構成職種と役割</b> ■チームA(診療チーム) 大まかな役割分担 医師：患者治療、 看護師：インスリン自己注射、 薬剤師：薬剤指導、 管理栄養士：栄養指導 歯科衛生士：口腔保健指導、 理学療法士：運動指導、 臨床検査技師：自己血糖測定  ■チームB(サポートチーム)  ■チームC(患者会・マスコミ・市民等)

<b>チームの運営プロセス</b> ＜O＞患者の要望の聴取・患者の診療への参画(患者がチームの一員となっている) ＜O＞高い専門性を持つメディカルスタッフが連携し適切に補完し合っている 糖尿病教室：2週で5回。 糖尿病スクール：月1回。 口腔保健指導：原則として糖尿病入院患者全員。1回30分を一人につき平均3回。 ＜>患者がチームの一員となっている ＜O＞各メディカルスタッフは情報が共有されている。 全体カンファレンス：有、週1回  ＜>診療計画を客観的に根拠(エビデンス)で患者に示している  ＜>患者と共に、患者にとっての個別、かつ最良の治療方法を選択する方法がある ＜O＞治療自体が生活につながっている。 ＜>家族のサポートやケア
<b>備考</b> ■情報の共有化の方法や特徴 ■業務範囲や役割分担の方法、その他に参考になる事象 ■達成度の評価方法、結果の抽出 退院時にアンケート形式で、患者教育の達成度などを調査している。また、糖尿病教室・スクールなどでも、アンケート調査を実施し、今後の講義の参考としている。 口腔保健指導を通じて患者教育を実施するのみならず、そのデータを収集し研究会・学会発表を通じて啓蒙活動をしていくように心がけている。  ■該当施設からのアドバイスや意見など参考になる事項