

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

医療機関名 千葉県
チーム（取組）の名称 糖尿病チーム <>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 検診等でスクリーニングされる耐糖能異常疑い患者に対する一次予防をはじめ、二次・三次予防を積極的にすすめることによって周辺地域における糖尿病の発症予防と糖尿病治療の更なる改善を目指す
チームによって得られる効果 <>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。
チーム構成職種と役割 ■チームA(診療チーム) 内科医師、歯科医師、精神科医、看護師、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士、事務職 ■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 <>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充し合っている クリニカルパスを使用し各職種が担当部分の指導 教育入院終了後には、月1回開催されている生活習慣病予防チーム定例会にて対象者に対する問題点や今後の課題等を検討している。 <>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。 指導内容や問題点を手書きでパスに記載し情報の共有化を図る。指導する職種だけでなく病棟 NSへ

の申し送りも兼ねている。
 外来指導においては電子カルテ、指導記録を記載をすることで情報の共有化を行っている。

<>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

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

それぞれの専門職が専門分野について指導を担当する。指導の状況を把握し指導の調整をとるために総括糖尿病療養指導士（以下、CDE）がいる、精神科医による心理テストを行っているのは精神科専門病院である、当院の特徴である。

外来指導では、担当 CDE が主に指導を行い、医師の指示に応じて各専門分野の指導を行っている。また、担当 CDE が必要に応じて他職種の指導を依頼し全ての職種でサポートできるような体制となっている。

■達成度の評価方法、結果の抽出・

教育入院は3日間で行われるが、ほとんどの患者において、退院後の HbA1c の改善がみられている。退院後は外来にて指導を継続している。指導介入群は指導開始 10 ヶ月で平均 HbA1c -1.5% の改善がみられている。

■該当施設からのアドバイスや意見など参考になる事項

療養指導開始3ヵ月までは、多くの患者において HbA1c の改善がみられたが6ヵ月以降再度 HbA1c の上昇がみられた患者も少なくない。治療において血糖の上下はよくみられるが、コントロールが不良になる前に効果的な指導を行い良好なコントロールを促るように継続的な指導を行う必要がある。一方で指導患者が増加し続けるためマンパワー不足等の問題もある。

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：心筋梗塞
時期：急性期

医療機関名 (A県)
チーム(取組)の名称 急性期心筋梗塞病棟チーム(CCU病棟、循環器病、心臓リハビリテーション)
<O>病棟(チーム)配置型チーム < >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 ハートセンターとして、国際標準の高度医療提供、救急医療の地域貢献、チーム医療での質の高い医療を提供する。 「生命の尊厳」を重んじ、病める人を癒す愛ある医療を提供する。
チームによって得られる効果
チーム構成職種と役割 医師(循環器内科、心臓血管外科、精神科)：診断と治療および治療目標の設定 看護師：退院に向けた病棟生活の支援、治療目標に即した社会環境などの評価・アセスメント 理学療法士：早期離床の実施、心機能と運動機能に応じた運動機能に応じた運動強度の許容範囲の評価・アセスメント 作業療法士：社会復帰に向けた上肢機能および精神機能の評価・アセスメント 言語聴覚療法士：嚥下機能の評価・アセスメント 薬剤師：治療目標に即した服薬指導 管理栄養士：治療目標に即した栄養指導 臨床工学技士：診断と治療に即した医療機器の管理・メンテナンス MSW：治療目標に即した社会支援などの評価・アセスメント メディカルクラーク：診断と治療の補助、患者・家族とのO面談調整 医事課：診断と治療に関する診療報酬情報の提供・援助

チームの運営プロセス

情報の共有化の方法や特徴

- 週1回 ハートセンターカンファレンスの実施
退院・転院などの情報を交換し共有する
- 2週に1回 心筋梗塞カンファレンス
入院受け待ちから外来受け待ちへの情報を交換し共有する
- 週1回 心臓外科・リハカンファレンス
進行速度・退院・転院などの情報を交換し共有する
- 共通 ADL シート
患者・家族・医療スタッフが相互に進行状況を共有する
- 症例検討会
必要に応じて関連職種がミニカンファレンスを開き情報を交換し共有する
- 勉強会
特定職種からの一方通行な勉強会ではなく、講師側と受講側を相互に受け持ち情報を交換し共有する

備考

■達成度の評価方法、結果の抽出

- 心筋梗塞に対しては以前よりチームでのアプローチを実施済みで、前後比較できるデータはないが、CABGでは、次の発表をしている。
- チームアプローチ導入前後の比較で
合併症 34.5% VS 20.8%
離床日数 4.6±2.8 VS 3.3±1.4
トイレ歩行開始 8.1±4.0 VS 5.0±1.8
入院期間 37.7±15.4 VS 26.4±7.0
- 全てにおいて有意差があり、改善している。
(2003. 第9回日本心臓リハビリテーション学会での報告)
- 該当施設からのアドバイスや意見など参考になる事項

評価

- 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?

チーム医療の具体的な実践事例

提出委員名 取出 涼子 委員
(チーム医療推進協議会)

- 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?

□ 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?

対象疾患：心筋梗塞

時期：急性期、慢性期

医療機関名	群馬県
チーム(取組)の名称	急性期心筋梗塞病棟チーム、慢性期心筋梗塞チーム
<O>病棟(チーム)配置型チーム < >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	専門医師、スタッフの適正配置により「心疾患24時間救急」対応可能な態勢を取る。重症、高齢、救急、多疾患有病(整形外科、消化器外科)の心疾患に対して最適な医療を提供する。 心臓リハビリテーションを中心とした1次予防から2次予防、3次予防に積極的に取り組む。
チームによって得られる効果	
チーム構成職種と役割	(院内すべての職種、病院全体で「病院プラン」を策定し取り組んでいる。) 医師、看護師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、臨床工学技士、健康運動指導士、医療事務ほか、 リハビリテーションに関する事項 理学療法士：すべての疾患別リハにおいて、離床、基本動作練習、運動療法、呼吸リハ 作業療法士：ADL・LADL動作練習、嚥下リハ、コミュニケーション練習、ペースメーカーリハ 看護師：生活指導 医師：診断と治療および治療目標の設定
チームの運営プロセス	情報の共有化の方法や特徴 電子カルテを利用した情報の共有化とその迅速化 クリティカルパスの積極的導入 カンファレンスは、各病棟、各部署で行っている 課内カンファレンスは、毎日実施 各病棟ミニカンファレンス、申し送り：毎日実施 リハ医カンファレンス：週1回実施

ICUカンファレンス:週1回実施

備考

■達成度の評価方法、結果の抽出・

各部署において「病院プラン」に沿った、目標設定、具体的施策、振り返りを行っている。

全職員を対象に、個人管理シート（目標設定と具体的取組）を作成し、半年毎に振り返りを行っている。

患者に対しては、各部署に関するアンケート調査を常時行なっている。

収支、取り扱い患者数、入院日数などの各種実績を月例報告され、すべての職員が把握可能である。

■該当施設からのアドバイスや意見など参考になる事項

多くの職種がお互いの職務・職域を理解し、お互いにリスペクトすることが重要である。

診療や看護などの標準化のために、より積極的にクリティカルパスの活用と充実を図る必要がある。

- 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？

評価

□ 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？

□ 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？

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：脳卒中・廃用症候群

時期：回復期

医療機関名 医療法人社団 輝生会 (初台リハビリテーション病院 船橋市立リハビリテーション病院)
チーム(取組)の名称 回復期リハビリテーション病棟チーム
<O>病棟(チーム)配置型チーム < >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 高齢者や障害をもたれた方々が再び輝いた楽しい人生を送れるように 「人間の尊厳」の保持 「主体性・自己決定権」の尊重 「地域リハビリテーション」の推進 「ノーマライゼーション」の実現 「情報」の開示(患者・家族が納得する医療の提供)
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 具体的に < >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。
チーム構成職種と役割 ■チームA(診療チーム) リハビリテーション医： 看護師：ケアワーカー PT OT ST SW 管理栄養士 (薬剤師) ■チームB(サポートチーム) SW 管理栄養士 非常勤ドクター ■チームC(患者会・マスコミ・市民等) 患者会 各自治体障害者センター 就労支援センター スポーツセンター 介護保険サービス(ケアマネジャー ディケア ディサービス 訪問介護 訪問リハ等)

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)

SWが全員患者のインテーク面接を行い、心理社会的背景の把握、リハビリの希望をうかがう。治療方針の説明後、患者・家族のうけとめを確認し、納得いかない点についてチームへフィードバックし治療方針の調整を行う

<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

病棟配属職種(Dr NS CW PT OT ST SW 管理栄養士 薬剤師)は、自ら患者・家族と会い、必要な治療・援助を検討し、自らカンファレンスで提案し、ドクターをリーダーとしたチームで総合的に治療方針を立案する。

<△>患者がチームの一員となっている

患者が意思を表明できない状態にあることが多いため、家族に代弁をゆだねることもある。が、原則は患者が治療方針を聞く面談には同席してもらうこととなっている。

<O>各メディカルスタッフは情報が共有されている。

電子カルテにて、全職種が全員のカルテを閲覧可能。

朝・夕の申し送りは全職種で合同で行う。

1名の患者に対して、月1回の定例カンファレンスと月1回のみカンファレンスが開催される。ミニカンファレンスでは所属チーム全員で治療方針を検討する。そのほか、嚥下ミーティング、転倒転落ミーティングなどが月1回所属チーム全体で開催される。

<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(患者がチームの一員となっている)

カンファレンスでは、チームによるリハビリテーション総合実施計画書が作成され、その計画書を患者・家族に手渡しで治療方針を説明、同意を得る(サインをさせていただく)

<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

患者は、希望があれば、病院内のほかのドクターに、治療方針について相談する権利が保障されている。

ドクターからの治療方針説明に参加、万が一納得できない場合に、申し出がしやすいよう、病棟チームマネジャーやソーシャルワーカーが説明には同席している。

<O>治療自体が生活につながっている

入院前からもとの生活状況を(SWが)把握し、チーム全体で共有して治療計画を立てる。

入院中に退院後の生活を患者・家族と共に考え、家庭訪問、家屋改修、外泊訓練を実施、家庭訪問時からはSWが地域と連携し、ケアマネジャーや地域関係機関を交えて協議を開始、退院時には退院後の生活のアウトラインが決定している。

退院前から退院時には、診療情報や退院時サマリーをケアマネジャー・関係機関に提供。

どうしても自宅退院ができない場合も、SWが中心となり、生活の場を施設や病院ですぐすため情報収集、情報提供、相談援助が密に行われている。

<O>家族のサポートやケア

家族看護に力を入れている。

ソーシャルワーカーが家族との相談窓口となっている。

家族はリハビリには本人が了承すればいつでも同席でき、直接PT OT STの話をする機会がある

管理栄養士が栄養相談を必要時行っている。

退院後に必要なサービスの情報は全ての職種がそれぞれに考え、チームで協議の上、情報提供を行っている

当事者の会を必要時SWから紹介している。

備考

■情報の共有化の方法や特徴

リハビリテーションとチーム医療に特化した電子カルテシステムを活用(当院の開設にあわせて開発されたもの)

■業務範囲や役割分担の方法、その他に参考になる事象

各職種がすべて病棟に配属されていることでチームアプローチが実践しやすいシステムとなっている。

医師を含め、全員が「さん」呼称、全員が同じユニフォーム(医師も白衣を着ない)ことで、ヒエラルキーを排除しようとしている。

職種ごとの部屋が一切無く、職種間の壁をなくすようにしている。

新採用研修、2年次、3年次研修、サブマネジャー研修などの病院の全体研修は、かならず多職種合同でおこなっている(卒後の関連職種連携研修となっている)。その際、ワークショップを取り入れ、多職種間で話し合いができる、他職種のことを理解する機会が多い。研修担当部署(教育研修局)自体が多職種チームで形成されている。

■達成度の評価方法、結果の抽出

船橋市立リハビリテーション病院では、退院後1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月のフォローアップ(外来)を実施。

年1回の満足度調査実施

■該当施設からのアドバイスや意見など参考になる事項

- 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?

評価

□ 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?

□ アウトカム評価

- 目標が達成できたか?

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：脳卒中

時期：回復期

医療機関名	神奈川県
チーム(取組)の名称	脳卒中回復期リハビリテーションチーム
	<O>病棟配置型チーム <>組織横断型チーム <O>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	<ul style="list-style-type: none"> すべての障害がある人を、各ライフステージにおける多様なニーズに応じた社会参加を支援 医療と福祉の連携 多機関および地域と連携した高度専門リハ病院の機能を発揮
チームによって得られる効果	<p><O>患者の望むことを把握し、治療方針に取り入れている</p> <p>具体的に</p> <p><O>患者自身の最良の医療の選択が促進されている。</p> <p><O>医療が患者の「生活」につながっている。</p> <p><>その他：</p>
チーム構成職種と役割	<p>■チームA(診療チーム)</p> <p>医師、看護師、管理栄養士(栄養士)PT、OT、ST、体育指導員、職能指導員、ソーシャルワーカー、など</p> <p>■チームB(サポートチーム)</p> <p>臨床心理士</p> <p>■チームC(患者会・マスコミ・市民等)</p>

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)具体的に

(脳損傷病棟の場合)入院当日に患者さんとの顔合わせ後10分ほどのミーティング、毎週1回入院中の患者さん全員の様子を共有する会議(20分程度)、入院4週間後・8週間後に評価結果や訓練経過を各スタッフが報告するケース会議(患者さんひとり20分程度)。家族との情報共有として、脳損傷についての知識伝達とフリートークを組み合わせた家族との懇談会を実施(病棟主催で月1回2時間、Dr・PTもしくはOT、心理士が参加)。すべてクリニカルパスに基づき実施。

<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

<>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。

<>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)

<>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

<>家族のサポートやケア

備考

■情報の共有化の方法や特徴
基本は定期的なカンファレンス

■業務範囲や役割分担の方法、その他に参考になる事象
主治医の指示または各スタッフ同士での個別検討。

①平日の毎朝、訓練開始前に15分「スケジュール確認訓練」を上記多職種で実施。(実施主体は病棟、運営サポートは心理士) ②月1回夕方、患者さん5~6名とスタッフ同数で近所の喫茶店へ外出。

■達成度の評価方法、結果の抽出・
年に数回、患者満足度調査を実施。改善すべき点を抽出し改善に努めている。

■該当施設からのアドバイスや意見など参考になる事項

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：脳卒中
時期：急性期

医療機関名 千葉県
チーム(取組)の名称 脳卒中回復期チーム <O>病棟配置型チーム <>組織横断型チーム <O>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 ・安全で質の高い医療の提供 ・常に高いゴールを目指す、挑戦する医療 ・切れ目のないリハビリテーションサービスの提供 ・科学的証拠に基づいた医療・科学的証拠を作り出す医学の実践 ・良質な医療者を社会に提供するための教育の充実
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 具体的に <O>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。 <>その他：
チーム構成職種と役割 ■チームA(診療チーム) 医師(リハ専門医、神経内科専門医、整形外科専門医)、看護師、ケアワーカー、管理栄養士(栄養士)、薬剤師、PT、OT、ST、臨床検査技師、放射線技師 ■チームB(サポートチーム) MSW、クラーク、研究員 ■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) 具体的に 院内は各種カンファレンスによる。院外他機関とは、退院時カンファレンス、県内の地域連携バス、医療情報提供書、経過報告書 <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 <O>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。 <>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) <>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
備考 ■情報の共有化の方法や特徴 <院内> 新患カンファ(病院全体で週1回) ケースカンファ(全患者、患者ごと月1回、担当スタッフ参加) 患者データベース(別称：リハビリマネジメントシステムを計画中)、 看護師申し送りにリハスタッフ参加 NST 回診と会議 ネームバンドの色や車いすにカラーテープ貼付により安静度(移乗・排泄・歩行の自立度)を表示 日常の情報交換、看護部リハ部間連絡ノート(動作や介助方法、訓練道具の貸し出し等々)、病棟訓練連絡ノート、等々 <他機関> 退院時カンファ(介護保険サービス提供者との情報交換)、千葉県共用脳卒中連携バス、医療情報提供書、経過報告書 ■業務範囲や役割分担の方法、その他に参考になる事象 法律内の範囲で実施する。 ■達成度の評価方法、結果の抽出・ ・FIM、FIM Gain、FIM Efficiency、日常生活機能評価 ・患者・家族アンケート ・各種機能評価 ・安静度評価(当院独自の評価) ■該当施設からのアドバイスや意見など参考になる事項 チーム医療にとって、統一した評価基準を持つこと、情報の共有化と伝達が重要と考え

る。

1) 現在当院ではリハビリマネジメントシステムを開発中である。算定・スケジュール管理に留まらずこれまでのカンファレンスに加え、看護師・セラピストの勤務が不規則であり、チーム全員が揃った情報交換の場がなかなか作りにくい現状において、日常的な情報を各チームの全てが書き込み、閲覧できることで、情報の共有とすばやい対応が可能となること、またデータベースとして、成果を数値化することで科学的な根拠を作り出すことができる。

2) 各病院共回復期リハ病院においては、院内のチーム医療は確立されてきている。現在、千葉県では脳卒中ハスを全県共用型にする検討が重ねられている。急性期・回復期・維持期の各職種が一人の患者さんの発症から自宅まで、さらに再発時の急性期までを捉えている。

ハスというツールにより、急性期・回復期・維持（生活）期が情報を共有することが可能となり、より適切な医療を継続できると考えられる。在宅ではかかりつけ医に留まらず、CMや通所リハとも情報共有が可能となり、一人の患者に対する最大のチームとなることが可能となる。また今後、歯科医師、薬剤師、管理栄養士との連携も検討されている。

ハスが完成するとデータベース化も可能となり、千葉県の脳卒中患者の統計・分析等だけでなく、それぞれの職種においても活かされることが期待できる。

リハシステム、ハス共に、システムの構築、統一にはかなりの資金と必要とするため、加算や補助金等の対策が必要と思われる。但し県あるいは全国でデータベース化するには、各病院、独自で作成ではなく、配布という形で統一することも必要ではないかと考える。

またPC入力は、医師、看護師、セラピストの入力時間の短縮化は病院運営の重要な課題である。

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：脳卒中

時期：急性期 回復期

医療機関名	栃木県
チーム（取組）の名称	急性期から回復期の一連のチーム医療
	<O>病棟配置型チーム <>組織横断型チーム <O>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	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病院の使命と地域社会への貢献：患者中心の急性期および慢性期医療を提供すると共に、地域住民の健康増進に努め、他施設とも積極的に協力する。 2. 研修・教育：常に最新、最良の医療レベルを堅持し、職員は絶えず自己研鑽に励み、後進の教育に力を尽くす。 3. 患者の尊厳、守秘義務および診療情報の管理：患者の尊厳を重視、配慮すると同時に守秘義務を厳守し、カルテなど患者情報を完備する。 4. 医療事故と感染症対策：医療事故防止と感染症などの合併症の併発予防に最善を尽くす。 5. 救急医療の充実：二次救急医療と小児救急医療の一層の強化充実に努める。
チームによって得られる効果	<p><O>患者の望むことを把握し、治療方針に取り入れている</p> <p>具体的に</p> <p><O>患者自身の最良の医療の選択が促進されている。</p> <p><O>医療が患者の「生活」につながっている。</p> <p>同じ病院内に回復期病棟があるので、急性期発症を受け入れた患者の必要性に応じて、院内で適切に転棟でき、患者さんと家族には安心感がある。</p> <p><>その他：</p> <p><>その他：</p>

<p>チーム構成職種と役割</p> <p>■チームA（診療チーム） 医師（各種内科専門医・脳神経外科医）・看護師・介護福祉士・薬剤師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士・臨床工学技士。</p> <p>■チームB（サポートチーム）</p> <p>■チームC（患者会・マスコミ・市民等）</p>
<p>チームの運営プロセス</p> <p>< >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） <small>具体的に</small></p> <p><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</p> <p><O>患者がチームの一員となっている</p> <p><O>各メディカルスタッフは情報が共有されている。</p> <p>< >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）</p> <p>< >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</p> <p><O>治療自体が生活につながっている</p> <p>< >家族のサポートやケア</p>
<p>備考</p> <p>■情報の共有化の方法や特徴 ・病棟 & 必要関連職種との週1回の合同カンファレンス。 ・カンファレンスにおける簡単な事例検討シートの利用。 ・クリニカルパスの利用。</p> <p>■業務範囲や役割分担の方法、その他に参考になる事象 現在、検討しながらすすめているところであり、その都度の話し合いで決めている。</p> <p>■達成度の評価方法、結果の抽出・ 満足度評価については、妥当性のあるものがなく困難な状況。</p> <p>■該当施設からのアドバイスや意見など参考になる事項</p>

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：脳卒中
 時期：維持期・生活期

<p>医療機関名</p> <p>富山県</p>
<p>チーム（取組）の名称</p> <p>在宅支援型生活援助チーム</p> <p>< >病棟配置型チーム <O>組織横断型チーム <O>相互補完型</p>
<p>チームの目的・ミッション・ビジョン・ゴールなど</p> <p>入院や外来、往診、訪問リハビリをとおし、日常のカゼ・生活習慣病から人生の終末期医療まで誠意を尽くし診療いたします。</p>
<p>チームによって得られる効果</p> <p><O>患者の望むことを把握し、治療方針に取り入れている <small>具体的に</small></p> <p><O>患者自身の最良の医療の選択が促進されている。</p> <p><O>医療が患者の「生活」につながっている。</p> <p>< >その他：</p> <p>< >その他：</p>
<p>チーム構成職種と役割</p> <p>■チームA（診療チーム） 医師、看護師、管理栄養士、放射線技師、薬剤師、PT、OT、ケアマネージャー</p> <p>■チームB（サポートチーム）</p> <p>■チームC（患者会・マスコミ・市民等）</p>

チームの運営プロセス

<○>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）

具体的に

患者さんを交えた職種間のコミュニケーション交流がある。

<○>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合っている

<○>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。

< >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）

<○>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

< >家族のサポートやケア

備考

■情報の共有化の方法や特徴

週1回のカンファレンス、退院前の在宅サービス事業者を交えてのサービス担当者会議を実施。

訪問リハビリでは、医師と訪問リハビリのカルテを同一用紙に記入しており、当院を担当医にしている利用者に関しては対面での情報交換のみならず交互に記入された診療内容を通しての情報交換を光に行っていた。また、68床、従業員が約80名という小規模病院の特徴をいかし、インフォーマルな形での日常的な情報交換を行っていた。

■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・

医療依存度が高く、療養型病院、老健、特養等すべての施設から入院・入所を断られた事例を、当院入院後、当院の外來・訪問フォローにて在宅生活に移行していますが、客観的な評価や結果の抽出は検討中。

■該当施設からのアドバイスや意見など参考になる事項

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：脳卒中

時期：急性期

医療機関名

福岡県

チーム（取組）の名称

脳血管障害急性期サポート

< >病棟配置型チーム < >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

患者さんに満足され、医療人も満足する医療の提供ができる病院を目指す、

チームによって得られる効果

<○>患者の望むことを把握し、治療方針に取り入れている

具体的に

チーム評価にアンケートを実施するなど、意見を反映できるような取り組みをしている。

< >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。

<○>その他：

DPCによる評価がある程度可能であるが、現状では実施していない。

< >その他：

チーム構成職種と役割

■チームA（診療チーム）

医師、看護師（認定看護師）、管理栄養士（栄養士）、薬剤師、PT、OT、ST、臨床検査技師、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士（対象によりチーム構成が変わることがある）

■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）