

チーム医療の具体的実践事例

提出委員名 向井美恵 委員

チーム（取組）の名称 摂食・嚥下サポートチーム
チームを形成（病棟配置）する目的 嚥下障害のある患者すべてに対して、必要のある時に専門職種へ連携して、対応する事ができる。これにより、患者の入院生活の向上、現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、栄養の改善や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 ・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 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。 歯科医師（摂食・嚥下認定士）：医師と協働し、嚥下の評価や口腔ケア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。 看護師（摂食・嚥下認定看護師）：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。 歯科衛生士（摂食・嚥下認定士）：歯科医師の指示のもとに、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。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ケアを行う。カンファレンスに参加する。 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。
チームの運営に関する事項 ・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

チーム医療の具体的実践事例

提出委員名 向井美恵 委員

チーム（取組）の名称 人工呼吸器関連肺炎（VAP）予防チーム
チームを形成（病棟配置）する目的 人工呼吸器装着患者すべてに対して、必要のある時に専門職種へ連携して、対応する事ができる。これにより、患者の入院生活の向上、現疾患の治療の促進および肺炎等の合併症を予防して、呼吸の改善や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 ・人工呼吸器装着による合併症の減少 ・各病棟と連携が密となり、人工呼吸器関連事故の早期発見に有効 ・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、装着日数や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 医師（麻酔医）：担当医は週に1回5～10人の全病棟からの人工呼吸器装着患者リストを各病棟から受取り、チームリーダーとして診断と人工呼吸器の装着状況を精査。 歯科医師：医師と協働し、口腔内の精査や口腔ケアの指示を歯科衛生士、看護師に行う。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い、各病棟担当看護師に伝達する。 看護師（救急・重症認定看護師）：担当看護師が、人工呼吸器装着患者をラウンドして、各病棟看護師に伝達。 歯科衛生士：歯科医師の指示のもとに、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。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ケアを行う。 理学療法士：週1回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。 臨床工学士：週1回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。
チームの運営に関する事項 ・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。 ・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 昭和大学病院

チーム医療の具体的実践事例

提出委員名 向井美恵 委員

<p>チーム（取組）の名称 NST（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（Alb 3.0 以下）に対して必要な時に必要な対応を専門職種がおこなうことができる。これにより、患者の生活の質向上、原疾患の治癒促進および感染症等の合併症を予防し、早期退院に結び付けること。</p>
<p>チームによって得られる効果 患者の体力の回復、治癒促進、肺炎等の合併症の減少による在院日数が短縮。退院後の在宅療養における地域のNST へのスムーズな移行。 輸液、抗生剤等の使用量が減少し、物的コストが削減。</p>
<p>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 医師：病態に合った栄養計画の方針をたてる。主治医とチームとの橋渡し。 予後予測と共に、リーダーとしてチームが有効に機能するように他職種に包括的指示を出す。 歯科医師：NST 委員会に出席し、口腔機能に問題のある患者の口腔内の疾病及び口腔機能診断。 看護師：医師の指示のもとリスク管理をおこなう。 リスク患者のリスタアップ。食事摂取量のモニタリング。 管理栄養士：食事計画の立案。医師の指示による経腸栄養剤の選択。 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。 臨床検査技師：栄養評価項目の選択。Alb3.0 以下の患者のリスタアップ。 歯科衛生士：口腔内清掃状態のチェック。義歯、噛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 NST 回診は原則週1回おこない栄養障害（Alb3.0 以下）もしくは褥瘡を持つ患者を中心に15名前後診察する。 口腔内の状態が悪い場合は、歯科もしくは、口腔ケアセンターへ依頼する。 回診後にカンファレンスを行いチーム内で情報を共有する。</p>
<p>具体的に取り組んでいる医療機関等 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>

チーム医療の具体的実践事例

提出委員名 向井美恵 委員

<p>チーム（取組）の名称 消化器外科病棟における周術期のチーム医療</p>
<p>チームを形成（病棟配置）する目的 誤嚥性肺炎や、創感染のリスクがある食道癌患者における周術期の口腔ケアや摂食・嚥下機能評価、訓練を通して他職種と協働して対応している。これにより、手術後の合併症予防や適切な栄養摂取方法、早期退院に結び付く事ができる。</p>
<p>チームによって得られる効果 ・誤嚥性肺炎等の嚥下障害による合併症の減少 ・創感染の予防 ・専門職が協働することにより、専門的視点を病棟に伝達 ・輸液、抗生剤等の利用が減少し、患者の在院日数が減少 ・適切な摂食・嚥下指導による栄養改善</p>
<p>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 医師（リハ医）：担当医は週に1回、食道癌周術期患者の情報を病棟から受取り、適宜、摂食・嚥下機能評価を行い嚥下内視鏡検査や嚥下造影検査を実施。また、週1回のカンファレンスを開催する。 歯科医師（摂食嚥下認定士）：術前から退院までの食道癌周術期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に参加する。また、必要に応じて手術中にも歯科麻酔医が口腔ケアを行う。 看護師（集中ケア認定看護師）：担当看護師の日常の口腔ケアに関する助言や各病棟の口腔ケア担当看護師の選定、技術評価を行う。医師または歯科医師に指示された、訓練法を実施・伝達する。 歯科衛生士（摂食・嚥下認定士）：歯科医師の指示のもとに、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。カンファレンスに参加する。 管理栄養士：カンファレンスに参加し、医師・歯科医師の指示のもと、入院食の変更や調整を行う。</p>
<p>チームの運営に関する事項 ・周術期食道癌患者に対しては、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。 ・手術入院決定後、全患者を口腔ケアチームに依頼する。 ・手術前後で歯科処置の必要性が認められた場合は、かかりつけ歯科医などへ情報提供と処置依頼を行う。</p>
<p>具体的に取り組んでいる医療機関等 昭和大学横浜市北部病院</p>

チーム医療の具体的な実践事例

提出委員名 向井美恵 委員

<p>チーム（取組）の名称</p> <p>がん患者の口腔ケアサポートチーム</p>
<p>チームを形成（病棟配置）する目的</p> <p>口腔ケアによりがん治療に伴う口腔粘膜炎や真菌感染症など様々な口腔合併症を予防・軽減する。その結果、治療時の患者の苦痛を軽減することが可能になり、治療を完遂できるようになる。最終的には、治療成績の向上が期待でき、がん治療の質が向上する。</p>
<p>チームによって得られる効果</p> <ul style="list-style-type: none"> ・チーム主催の院内勉強会による各病棟看護師へ口腔ケア教育とケア実践方法の普及。 ・各病棟に2～3名配置された口腔ケアリンクナースが、病棟患者の口腔内評価と問題発症時の歯科への直接依頼により、がん患者口腔合併症の早期対処が可能になる。 ・歯科専門職が頭頸部外科、食道外科カンファに参加して、口腔ケア介入をパス導入することで、創部感染、術後肺炎の予防が可能になる。 ・がん化学療法時の口腔粘膜炎の症状緩和、感染リスク軽減による治療完遂率の向上並びに治療成績の向上が期待できる。 ・がん終末期の口腔トラブル症状（口臭、口腔乾燥、味覚症状等）の改善により、最期まで口から食べたい気持ちを支えること、同時に尊厳ある死を迎えることを可能にする。
<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：担当医は、患者が口腔合併症を起こすがん治療を受ける場合、または既にごん治療により口腔合併症を起こした場合、直ちに口腔ケアチームへ介入依頼を行う。</p> <p>歯科医師：がん患者に伴う口腔合併症を予防、軽減するために、治療開始前から各診療科と連携して、歯科治療や口腔ケア指導をおこなう。歯科衛生士と口腔ケアの必要な病棟患者を往診し口腔ケアを実践する。</p> <p>歯科衛生士：治療開始前に予防的ケアを受ける患者に、がん治療における口腔衛生の重要性を説明し、歯科医師の指導の口腔ケアを実践する。病棟看護師に具体的な口腔ケア方法を申し送り、協働してケアをおこなう。</p> <p>看護師：がん患者の口腔内評価と必要時に口腔清拭を行う。口腔合併症が確認されると、口腔ケアリンクナースと相談の上、速やかに口腔ケアチームへ診察の依頼をする。</p> <p>薬剤師：入院または外来通院治療でおこなう抗がん剤治療患者の服薬指導時に、口腔内のトラブルを訴える患者が確認できた場合、速やかに口腔ケアチームに依頼する。また含嗽剤の使用法や鎮痛剤の服用方法について指導する。</p>
<p>チームの運営に関する事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・担当医、看護師、薬剤師が口腔合併症を発症した患者を確認した場合、口腔ケアチームに依頼する（病棟での看護師からの依頼は口腔ケアリンクナースの確認を経ておこなう）。 ・歯科医師、歯科衛生士は、口腔ケアチーム依頼当日に必ず患者の口腔内診査をおこない、何らかの処置が必要な場合は、担当医に確認の上で処置をおこなう。
<p>具体的に取り組んでいる医療機関等</p> <p>静岡県立静岡がんセンター</p>

チーム医療の具体的な実践事例

提出委員名 向井美恵 委員

<p>チーム（取組）の名称</p> <p>在宅摂食・嚥下医療チーム</p>
<p>チームを形成する目的</p> <p>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。</p>
<p>チームによって得られる効果</p> <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
<p>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師（主治医）：在宅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。 ・医師（耳鼻科医）：嚥下内視鏡を実際に操作し、診断・評価を歯科医師とともに行う。 ・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。 ・訪問看護師：VE検査時に同席し、療養指導、訓練を行う。 ・歯科衛生士：居宅療養管理指導とともに間接訓練、口腔ケアを実施する。 ・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。 ・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。 ・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。 ・口腔保健センター：ケアマネー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。 ・ケアマネージャー：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</p> <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。
<p>具体的に取り組んでいる医療機関等</p> <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） 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り組み事例あり</p>

脳卒中患者は...

- 日常生活動作の低下

脳卒中患者(脳梗塞や脳出血など)は、運動機能、高次脳機能等に障害を生じ、ADLは低下

- 日常生活動作の再獲得

再び日常生活が可能になることを目的に、リハビリテーションを行う

- 活動量の確保

回復には、活動量の確保が必要であるが、それにより転倒のリスクが高まる

- 転倒のリスクをできる限り小さく

転倒は骨折等重症転帰に至ることがあり、可能な限り避けなければならない

活動量を確保しつつ転倒のリスクを小さくすることが、リハビリテーションの命題

片麻痺



高次脳機能障害

転倒対策の試み

— 病棟配属チームの強みを生かして —

船橋市立リハビリテーション病院

森田秋子

転倒の要因

1. 環境要因

物理的内的要因: 転倒が起きた場所の物理的環境要因

部屋が暗い、段差がある等

個体的内的要因: 転倒を起こした患者の内的な要因

服薬していた、疲れていた、心理的不安 等

2. 機能要因

運動的要因: 筋力低下、麻痺、運動失調、平衡機能低下 等

認知要因: 前提として視力、聴力。

高次脳機能障害(注意障害、半側無視の有無等

自己能力に対する病識の低下

* これらが複合的に絡まりあい、転倒が起きる!!!

転倒リスク回避の方策

- 環境対策

危険因子の排除

活動しやすい環境の整備

マットコール等福祉機器の活用

- 人的対策

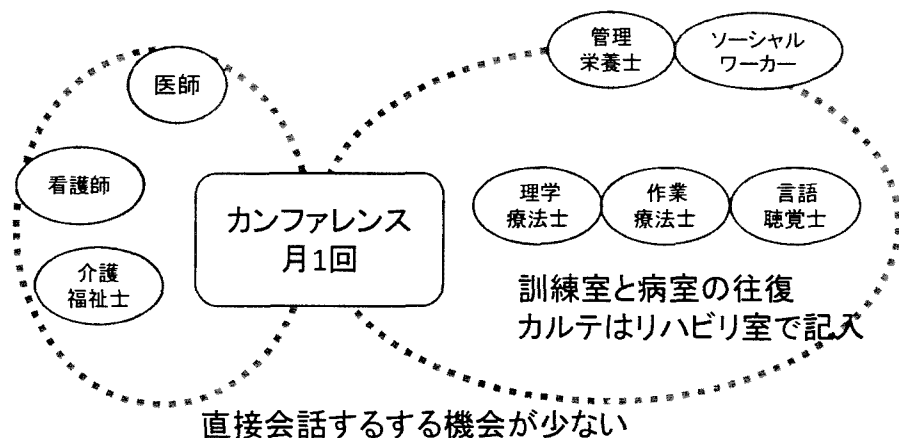
必要な人員(マンパワー)配置

転倒に対する教育と意識喚起

情報共有の徹底: 質的・量的

(例えば…)

リハビリスタッフがリハ室に張り付けの場合…



**情報共有の徹底と
転倒に対する教育と意識喚起が困難!!!**

当院の取り組み (回復期リハビリテーション病棟の場合)

(急性期の場合)

- 急性期では生命を守るための治療が優先され、転倒・転落の可能性のある患者は、それを防ぐ目的から、抑制措置がとられることが一般的である。

- 当院は病院の理念として、必要最低限の例外を除いて抑制は行わない。
- しかし急性期からの転院直後は、転倒・転落のリスクが高い。
- 同時に活動量を確保するため、積極的なリハビリテーションを行い、日々病棟生活の中で可能な活動の実施を目指す。
- そのため十分に自力で動作が可能になるまでの過程に、常に転倒のリスクが隣り合わせにある。

情報が伝達されないとうなる…？

PT:「だいぶ上手に歩けるようになりましたね。」

一人で歩けるようになるように頑張りましょう」

患者:一人で歩いていいんだ。

病識が低く、運動機能の低下を軽く思っている。

注意障害などで、相手の話を正確には聴き取れない。

直後、患者は病棟を一人で歩いている。

看護師:「一人で歩いたら危ないですよ」

患者:「担当のPTが、一人で歩いて
トイレに行って良いって言ったから…」

看護師:「そうですか、気をつけてくださいね」

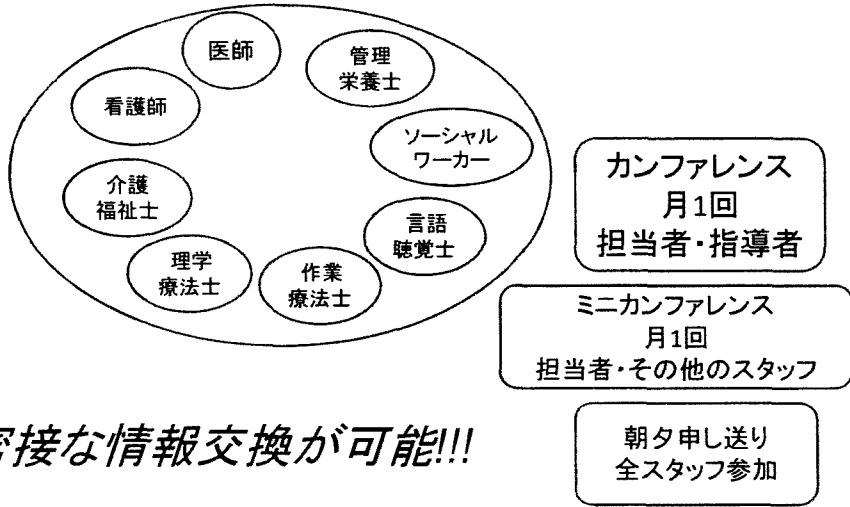
患者はトイレ前で、方向を変えようとして、
バランスを崩して転倒する..

当院の取り組み

転倒リスク回避の方策

- 環境対策
 - 危険の排除
 - 活動しやすい環境を整える
 - センサー、マットコール等福祉機器の使用
- 人的対策
 - 必要な人員配置(病棟配置)
 - ➡転倒に対する教育と意識喚起
 - ➡情報共有の徹底:質的・量的

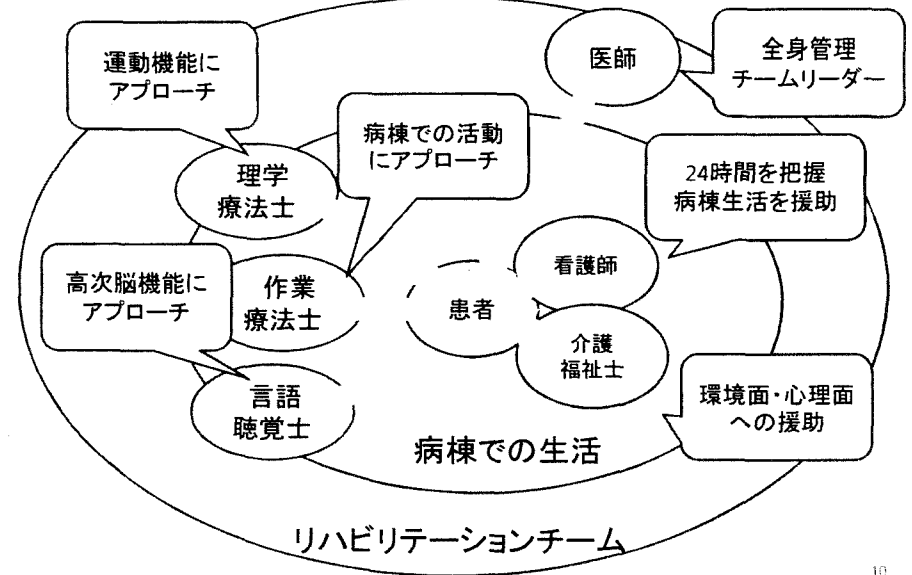
スタッフはすべて病棟配置



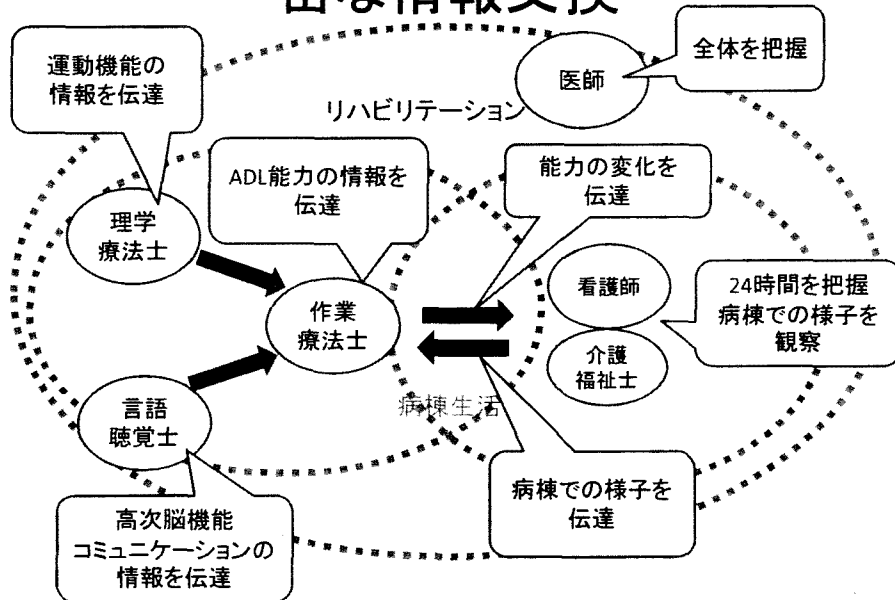
密接な情報交換が可能!!!

(特に...)

転倒リスクのある患者へのアプローチ



密な情報交換



事例

症例: 54歳, 男性

診断: 右被殻出血, 中等度左片麻痺, 注意障害

現病歴: 夕食中突然倒れ救急搬送, 保存的治療後,

発病30日で当院回復期リハ病棟に転院

入院時評価:

軽度意識障害残存, 中等度左片麻痺, 注意障害, 病識低下を認め, ADLは重度に介助を要す 衝動的に突然立ち上がることがあり, 転倒, 転落のリスクが高いと判断された。ベッドサイドにマットコイルを敷き, 突然の行動に対処する方針を立てた

経過

- PT : 歩行能力拡大にアプローチ
OT : 病棟での応用動作練習
ST : 注意障害へのアプローチ
Ns・CW: 病棟での24時間の様子を把握
できるようになった動作は積極的に行う



見守りで歩行ができるようになる

経過の中で行われていること...

能力・気づきの向上, 経験の拡大

運動能力: バランス改善
認知能力: 注意機能向上
歩行能力向上: 話しながら歩いても, 注意をおこたらない
ドアの開閉, 段差移動なども安定性が増す
気づきの向上: 平らな道なら大丈夫だが, 暗い所, 狭い所,
物を運搬しながらの移動は気をつけないと危険で
あることへの認識が高まる

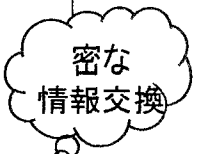


転倒リスクの少ない病棟歩行が可能となる!!!

転倒を防ぐために

経過の中で行われていること...

PTは応用歩行練習(話しながら歩くなど)
OTは病棟での応用動作練習
(ドアの開閉, ベッドまわり移動など)
STは本人の振り返りを誘導, 障害認識を高める
Ns・CWは病棟での様子を把握, 生活の中で練習



多職種 of 病棟配置により, 転倒リスクの高い患者の
情報を共有し, 転倒を防止する



患者の最大能力を引き出す

より質の高いリハビリテーション実施のために
(まとめ)

病棟チームに必要職種が配置されていること
それぞれが専門性を備えていること
質的に有効な情報交換がされていること
情報交換を行う環境が整備されていること



適切な人員配置の促進
スタッフ教育

チーム医療の具体的実践事例

提出委員名 森田 秋子 委員

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）

<p>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、大塚功）</p>
<p>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。</p>
<p>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。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を可能にしている。</p>
<p>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。</p>
<p>チームの運営に関する事項</p> <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図る

チーム医療の具体的な実践事例

提出委員名 森田 秋子 委員

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。

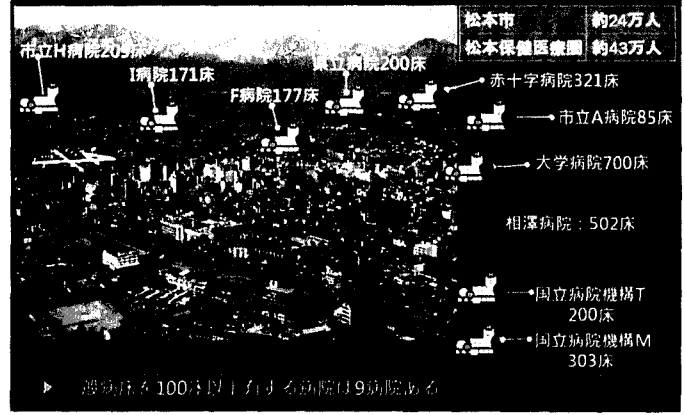
具体的に取り組んでいる医療機関等
船橋市立リハビリテーション病院

チーム医療の具体的な実践例3

提出委員名 市川幾恵 委員

チームの名称
呼吸ケアチーム
チームを形成する目的
人工呼吸器装着患者に対して、各専門的な視点でアセスメントし介入することで、合併症を予防し、早期に離脱ができる。
チームによって得られる効果
<ul style="list-style-type: none"> 呼吸ケアチーム加算 150点/週に1回（1か月以内） 呼吸器離脱困難事例に、指導を行うことで適正な呼吸器管理が可能となり、離脱の方向に向かうことができる 医師や看護師は、ラウンド時に不安や疑問点などを呼吸ケアチームに確認できる
関係する職種とチームにおける役割・業務内容
<p>医師（麻酔科医）：患者の病状および呼吸状態をアセスメントし、離脱可能な人工呼吸モードが患者に適切か判断し主治医または看護師に指導する。</p> <p>看護師（集中ケア認定看護師・救急看護認定看護師）：体位ドレナージ（排痰ケア、体位）、離床状況、吸引方法、感染、環境面の確認と指導する。</p> <p>歯科医師：口腔内の状況を点検し、治療の必要性や問題点をチェックする。</p> <p>歯科衛生士：口腔内観察を行い清掃、看護師へのケア指導をする。</p> <p>臨床工学技士：人工呼吸器本体の管理状況を確認し、医師とモードの調整をする。</p> <p>理学療法士：全身的な運動の可能域や筋力低下の問題点や呼吸器離脱に関する呼吸筋に対するアセスメントをする。</p>
チーム運営に関する事項
<ul style="list-style-type: none"> *2003年より認定看護師、歯科医師、歯科衛生士、臨床工学技士でラウンド開始、2010年の診療報酬加算開始に伴い、医師、理学療法士が加わる。 *毎週金曜日、14：30から集中治療部門以外の患者5～10名程度をラウンドする。 *ラウンド用紙に各職種が項目ごとにチェックし、必要に応じてコメントを記載する。記載内容を担当者に説明し、最終的に主治医がサインシカルテに関じる。
具体的に取り組んでいる医療機関
昭和大学病院

松本保健医療圏周辺病院



相澤病院における 急性期リハビリテーションとチーム医療の実践

2011.Feb.7 Mon.

社会医療法人財団 慈泉会 相澤病院
(救急救命センター・地域医療支援病院・臨床研修指定病院)

<http://www.ai-hosp.or.jp>

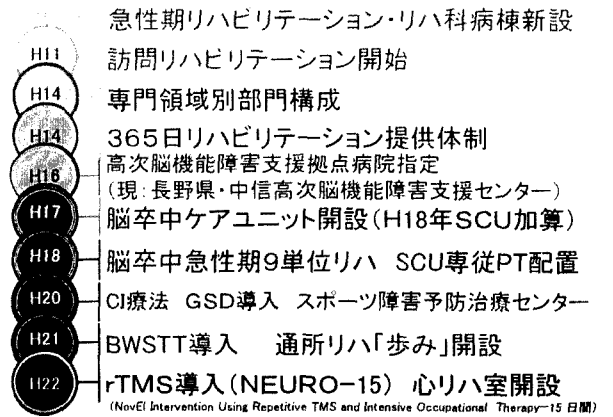
リハビリテーションセンター
脳卒中理学療法部門 部門長 大塚 功

慈泉会相澤病院の概要

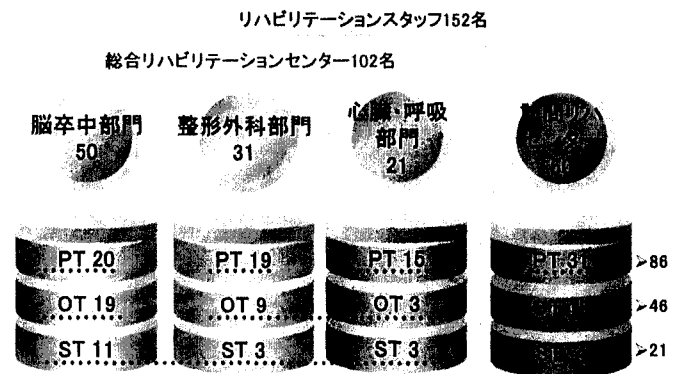
所在地 長野県松本市本庄2-5-1
 病院開設日 昭和27年1月26日
 病院長 相澤 孝夫
 病床数 502床
 病院職員 1,610名
 常勤医師 137 助産師 28 看護師 516
 准看護師 33 看護アシスタント 50 手術アシスタント 5
 診療アシスタント 30 カメラアシスタント 13 検査アシスタント 2
 放射線技師 34 理学療法士 54 作業療法士 31 言語聴覚士 17
 訪問：理学療法士 31 作業療法士 15 言語聴覚士 4
 社会福祉士 8 管理栄養士 11 介護福祉士 37
 救命救急士 5 医療心理士 2 臨床工学技士 25
 歯科衛生士 4 事務職員 230

▶ 2011年1月1日現在

相澤病院リハビリテーションの取組み



リハビリテーションスタッフ部門別配置図 (平成23年1月)

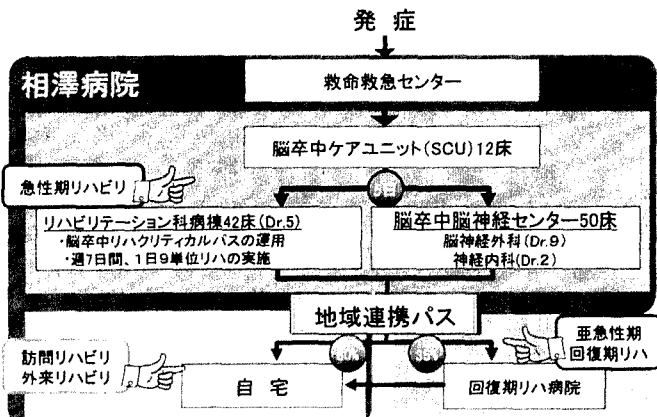


脳卒中リハビリテーション病棟 (SU)



出版 読売新聞社 (2008/10/7)

相澤病院脳卒中診療・リハシステムの概要

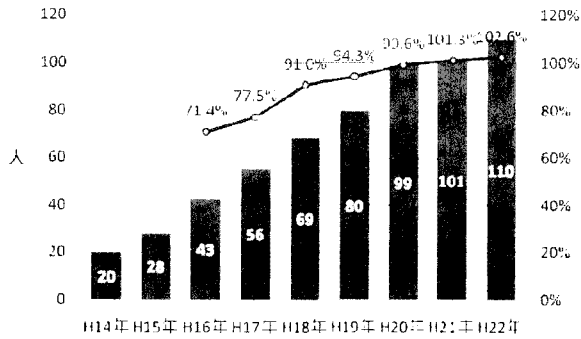


セラピスト数と生産性の関係

セラピスト数	生産性				
	1 (18:1)	3 (6:1)	6 (3:1)	9 (2:1)	
セラピスト (3名)	担当患者数 (18人/セラピスト数)	6	3	2	
経営シフト	1日の実施単位合計 (セラピスト数 × 18単位)	18	54	108	162
患者	患者1人あたり実施単位数	1	3	6	9

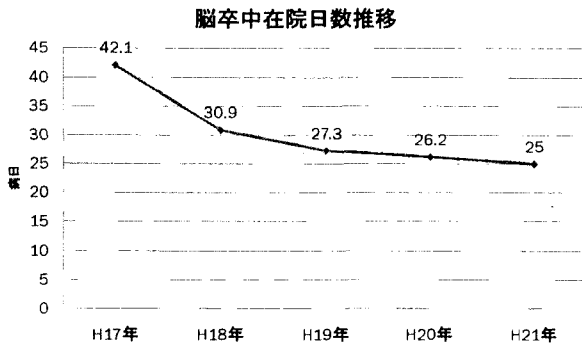
多患者・少単位 → 少患者・多単位

院内リハセラピスト数と入院患者リハ実施率推移



資料: 理事長報告

相澤病院脳卒中患者在院日数推移



資料: 相澤病院脳卒中データ

SUと一般病棟における治療の相違

	脳卒中専門病棟 (SU)	一般病棟 (GW)
チームアプローチ (Team approach)	+++	+
組織的チームワーク (Systematic team work)	+++	-
組織的観察 (Systematic observation)	+++	+
標準化された評価 (Standardized evaluation)	+++	+
脳卒中治療におけるスタッフ教育 (Staff education in stroke care)	+++	+
脳卒中リハビリにおけるスタッフ教育 (Staff education in stroke rehabilitation)	+++	+
病棟で理学療法を実施する (Physiotherapy performed in the unit/ward)	+++	+
理学療法 (Physiotherapy)		
運動再学習アプローチ (Motor relearning approach)	+++	-
ボバースアプローチ (Bobath approach)	-	++
看護師の関与 (Nursing integrated)	+++	+
家族の関わり (Involvement of relatives)	+++	+
豊かな環境の提供 ("Enriched environment")	+++	++

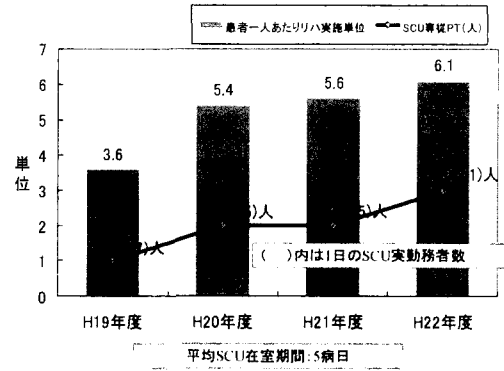
+++: 多い ++: 中等度 +: 少ない -: ない

Indredavik B. et al Treatment in a Combined Acute and Rehabilitation Stroke Unit Which Aspects Most Important? Stroke 1999; 30: 917-921

脳卒中治療ガイドライン

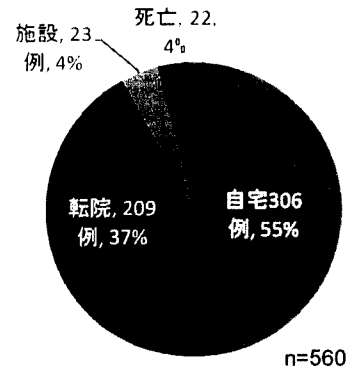
- American Heart Association (AHA)**
Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: A Clinical Practice Guideline
- The European Stroke Organisation (ESO)**
Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2008
- 脳卒中合同ガイドライン委員会**
脳卒中治療ガイドライン2009

SCU専任PT数と SCU患者一人あたりリハ実施単位 (1日あたり)



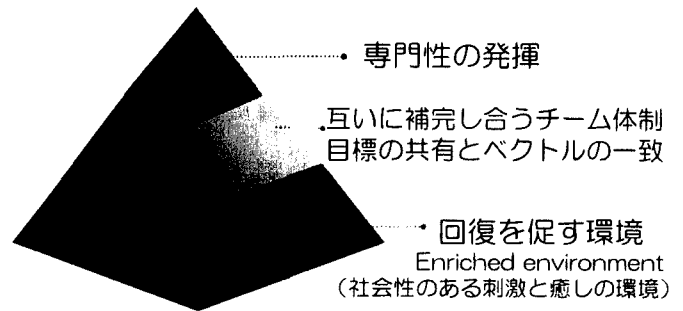
資料: 相澤病院SCUデータ

脳卒中患者退院先 (H21年度)



資料: 相澤病院年報2009

チーム医療とリハ環境



1日9単位のリハビリも重要だが、リハ以外の時間の活用と入院環境が重要と考える

Acute and Post-Acute Stroke Rehabilitation Setting

- Organized and coordinated post-acute inpatient care can improve outcome... Recommendation A
Langhorne and Duncan (2001), "organized inpatient multidisciplinary rehabilitation commencing at least 1 week after stroke"
- Interdisciplinary team approach: Recommendation B
- Early initiation of therapy: Recommendation A
- Intensity of therapy: Recommendation B
- Inpatient vs outpatient settings: Recommendation B
- Early Supported Discharge (ESD) Trialists (2000)
- 脳卒中後早期からの組織化されたチームアプローチ (A)
ランホーンとダンカン (2001): 「脳卒中入院後遅くとも1週以内に組織化された多くの専門スタッフ (多職種チーム) によるリハビリテーションが始まっていること」
- 学際的 (相互関係) チームアプローチ (B)
- Therapyの早期開始 (A)
- Therapyの強度 (B): リハ実施量、時間、下肢運動量
- 入院患者と外来患者を分ける → ESDモデルを推奨 (B)

Duncan et al Management of Adult Stroke Rehabilitation Care A Clinical Practice Guideline Stroke 36: 100-143, 2005より引用

- Setting for Rehabilitation
- Recommendations
- Admission to a stroke unit is recommended for acute stroke patients to receive coordinated multidisciplinary rehabilitation (Class I, Level A)
- Early initiation of rehabilitation is recommended (Class III, Level C)
- It is recommended that early discharge from stroke unit care is possible in medically stable patients with mild or moderate impairment providing that rehabilitation is delivered in the community by a multidisciplinary team with stroke expertise (Class I, Level A)
- It is recommended to continue rehabilitation after discharge during the first year after stroke (Class II, Level A)
- It is recommended to increase the duration and intensity of rehabilitation (Class II, Level B)

- 脳卒中急性期患者は連携した集学的なリハビリテーションが受けられるようSUに入院することが推奨される(レベルA)。
- 早期のリハビリテーション開始が推奨される(レベルC)。
- 脳卒中の専門知識を備えた、集学的チームによる地域リハビリテーションを実施するならば、機能障害が軽度から中等度で医学的に安定している患者をSUから早期に退院させることも可能である(レベルA)。
- 脳卒中発症後1年間は退院後もリハビリテーションを継続することが推奨される(レベルA)。
- リハビリテーションの期間を延長し、頻度を増やすことが推奨される(レベルB)

Cerebrovasc Dis 2008;25:457-507

1-4. 急性期リハビリテーション

推 奨

- 1 患者の病状を予後し、早期にADL向上と社会復帰を図るために、十分なリハビリテーションを受けることが重要である。急性期から積極的なリハビリテーションを行うことが強く勧められる(レベルA)。その内容には、早期座位・立位・歩行訓練を用いた早期歩行訓練、摂食・嚥下訓練、上肢マニピュレーションなどが含まれる。
- 2 脳卒中ユニット、脳卒中リハビリテーションユニットなどの組織化された施設で、リハビリテーションチームによる集中的なリハビリテーションを行い、早期の退院に向けた積極的な指導を行うことが強く勧められる(レベルA)。
- 3 急性期リハビリテーションにおいては、高血圧、低酸素、呼吸不全、中枢性興奮、深部静脈血栓症、血圧の変動、不整脈、心不全、誤嚥、両側の無意識性閉鎖、便秘、尿閉、出血、尿路感染症などの合併症に注意することが勧められる(レベルA)。

2. 主な障害・問題点に対するリハビリテーション

2-1. 運動障害・ADLに対するリハビリテーション

推 奨

- 1 脳卒中後遺症に対しては、機能障害および能力低下の回復を促進するために早期から、積極的なリハビリテーションを行うことが強く勧められる(レベルA)。
- 2 発症後早期の患者では、より効果的な能力低下の回復を促すために、訓練室や病室を病室とするが推奨される(レベルA)。
- 3 フロントリハビリテーション(神経発達療法 (Bobath法)、neurodevelopmental exercise (Davis)、Proprioceptive neuromuscular facilitation (PNF)、Brunstrom法など)は、行っても良いが、伝統的なリハビリテーションよりも有効であると科学的な根拠はない(レベルC)。
- 4 下肢麻痺に対する機能的電気刺激やエクササイズ運動は歩行能力の向上や、筋再教育に有効であり、通常のリハビリテーションに加えて行うことが勧められる(レベルC)。

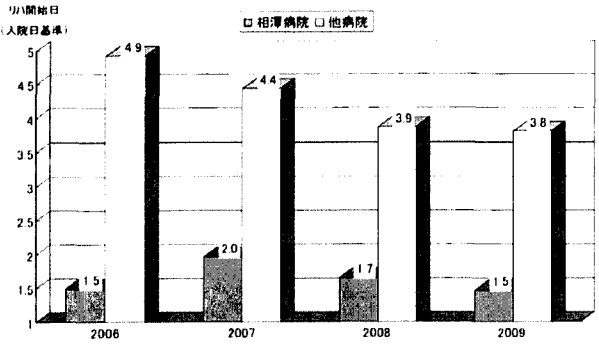
全国のDPC病院における早期リハの現状

010060x099x3xx
脳梗塞 (JCS30未満) 手術なし 手術・処置等2,3あり
10病院 1,968症例

- データ期間 2006年～2009年各年における7月～9月退院症例
- 上記期間全ての年のDPCデータが存在し、かつ、当該コードの症例が各年7月～9月に10症例以上存在する施設のみを対象

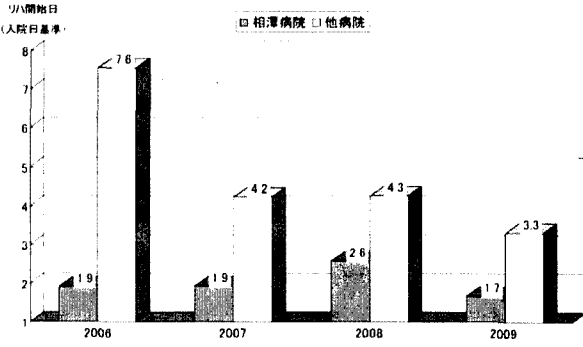
各年度におけるリハビリテーション開始日(入院日基準)
40病院 4,968症例

010060x099x3xx 脳梗塞(JCS30未満) 手術なし 手術・処置等2,3あり



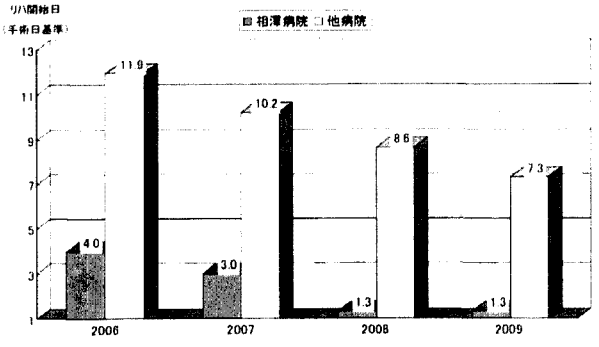
各年度におけるリハビリテーション開始日(入院日基準)
30病院 627症例

010040x099x01x 非外傷性頭蓋内血腫 非外傷性硬膜下血腫以外 JCS30未満 手術なし 手術・処置等2なし 制置病あり



各年度におけるリハビリテーション開始日(手術日基準)
29病院 444症例

010020x001x 脳出血・硬膜下血腫・硬膜外血腫・脳動脈瘤破裂 JCS30未満 脳動脈瘤破裂 脳動脈瘤破裂 脳動脈瘤破裂 脳動脈瘤破裂 手術あり 手術あり 手術あり 手術あり



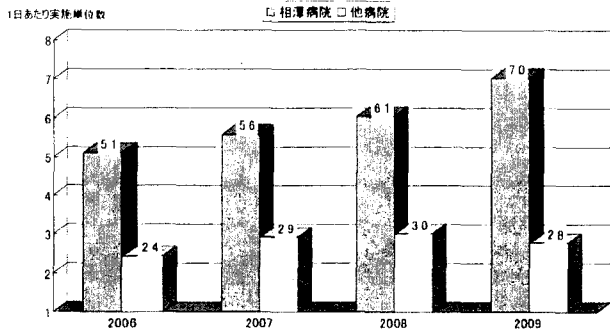
集中的早期リハ(高頻度の9単位リハ)

- ▶ 1日あたりリハ量(3時間リハビリ)
- ▶ 高頻度提供リハ(365日リハ提供体制)
- ▶ 患者スケジュール管理(コラボレーション)

▶ マンパワーの確保
▶ 教育体制

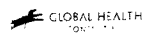
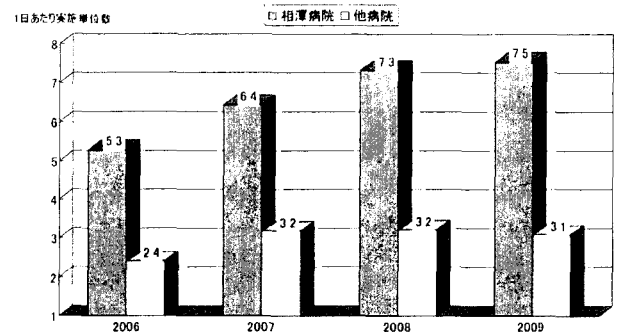
各年度における1日あたりリハビリテーション実施単位数
40病院 4,968症例

010060*099*3** 脳梗塞(JCS30未満・手術なし手術・処置等23あり)



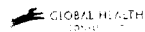
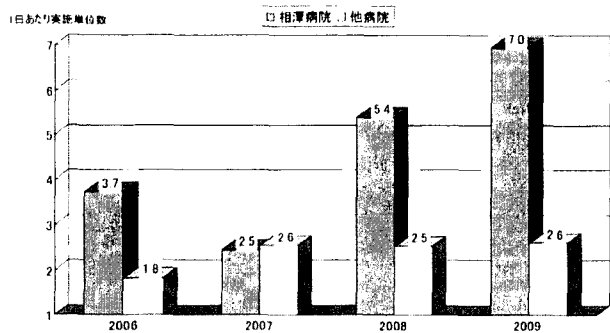
各年度における1日あたりリハビリテーション実施単位数
30病院 627症例

010040*099*01* 非外傷性脳室内血腫(非外傷性硬膜下血腫以外)(JCS30未満・手術なし手術・処置等25なし脳腫瘍あり)



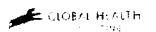
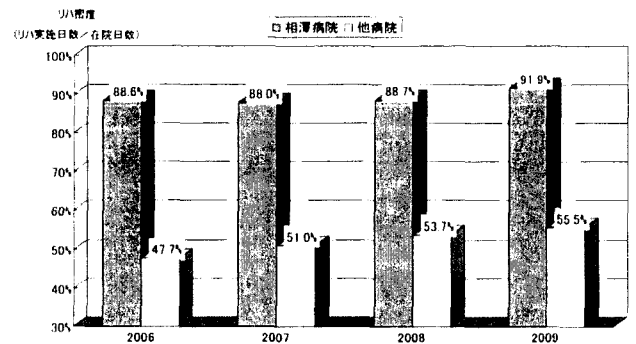
各年度における1日あたりリハビリテーション実施単位数
29病院 444症例

010020*001 (7.腫下出血、硬膜脳動脈瘤 JCS30未満・脳動脈瘤流入血管ワゾンク 閉鎖して行つたの等手術・処置等2ありなし)



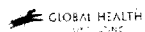
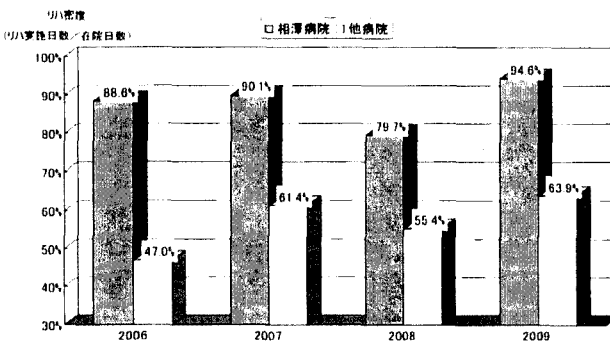
各年度におけるリハビリテーション密度(在院日数に占めるリハ実施日の割合)
40病院 4,968症例

010060*099*3** 脳梗塞・JCS30未満・手術なし手術・処置等23あり



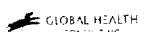
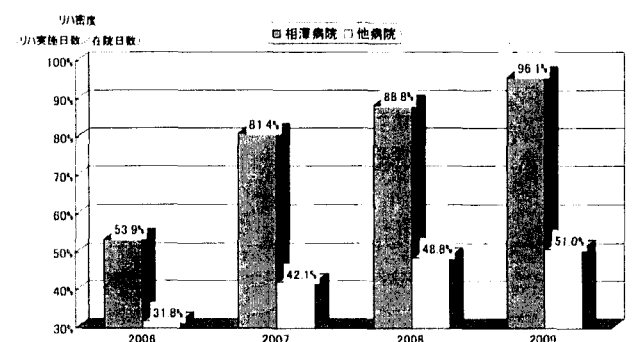
各年度におけるリハビリテーション密度(在院日数に占めるリハ実施日の割合)
30病院 627症例

010040*099*01* 非外傷性脳室内血腫(非外傷性硬膜下血腫以外)(JCS30未満・手術なし手術・処置等25なし脳腫瘍あり)



各年度におけるリハビリテーション密度(在院日数に占めるリハ実施日の割合)
29病院 444症例

010020*001 (7.腫下出血、硬膜脳動脈瘤 JCS30未満・脳動脈瘤流入血管ワゾンク 閉鎖して行つたの等手術・処置等2ありなし)



土日祝日リハ(365日リハ)の効果

- ▶ 早期リハ介入(入院曜日による開始日の遅延が防止)
- ▶ リハ介入量・頻度増加
- ▶ 高頻度介入により廃用症候群が予防
- ▶ 患者家族を中心とした家族指導・退院前訪問指導のタイミングを逃さない
- ▶ 会議・カンファレンス・外来リハのない土日こそ訓練充実

相澤病院の早期リハシステム

- ▶ 早期リハビリテーションのシステム: クリニカルパスとオーダーリングシステムの連結によりリハビリオーダーを標準化
- ▶ 早期リハ実施基準は、医師・看護師・セラピストのコンセンサスに基づくコラボレーション
- ▶ 365日リハ提供体制

脳卒中急性期患者のリハビリテーション治療時間の増加が退院時の運動機能および日常生活動作能力に与える影響

Effects of rehabilitation training intensity on motor function and activity Of daily living among in acute stroke patients.

社会医療法人財団 慈泉会 相澤病院
(救急救命センター・地域医療支援病院・臨床研修指定病院)

http://www.ai-hosp.or.jp

リハビリテーションセンター
脳卒中理学療法部門 部門長 大塚 功

- ▶ American Heart Association(AHA)2005
発症後遅くとも1週間以内には組織的なリハがデザインされ開始すること、急性期からのリハ強度(運動量・運動時間)を増加させることにより良い帰結をもたらす。“the three hour rule”と称して、本格的な脳卒中リハプログラムの適応は最低3時間の訓練に耐えることであるともいわれている。
- ▶ 脳卒中治療ガイドライン2009
発症後早期の患者では、より効果的な能力低下の回復を促すために、リハ量や頻度を増やすことが推奨される。

Effects of rehabilitation training intensity on motor function and activity Of daily living among in acute stroke patients.

背景(続き)

- ▶ また、我が国では2006年の診療報酬改定を機に、リハ実施時間の上限が1日あたり6単位(120分)から9単位(180分)となった。しかし、これまでに急性期脳卒中患者に対する1日あたり180分リハの効果を検証した研究は見当たらない。
- ▶ 2005年以前より脳卒中患者に対し、急性期に特化したリハを実施している、相澤病院では、2006年度から9単位リハを実施してきました。

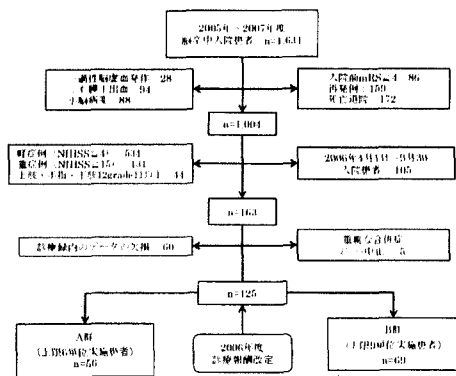
Effects of rehabilitation training intensity on motor function and activity Of daily living among in acute stroke patients.

目的

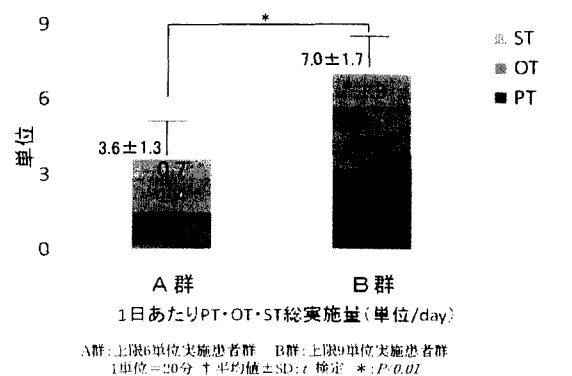
- ▶ 急性期脳卒中患者に対するリハ実施量を9単位(180分)に増加したとき、退院時の運動機能とADLに与える影響について検証する。

Effects of rehabilitation training intensity on motor function and activity Of daily living among in acute stroke patients.

対象

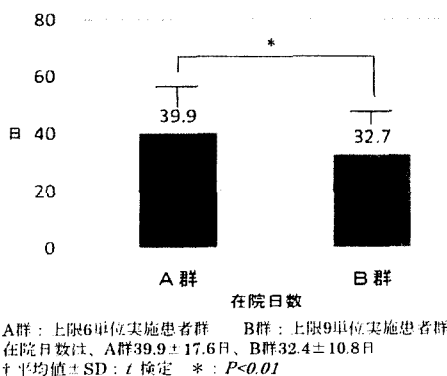


1日あたりリハ実施単位数



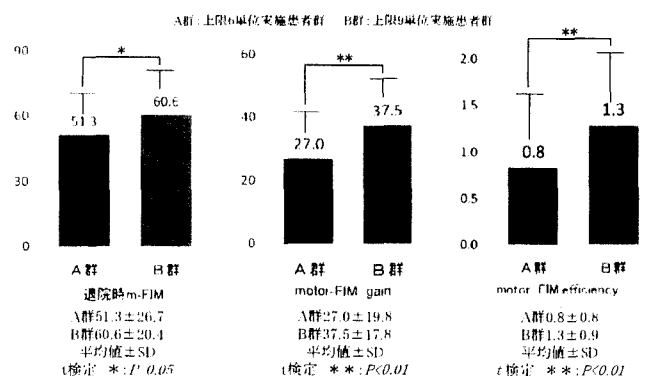
Effects of rehabilitation training intensity on motor function and activity Of daily living among in acute stroke patients.

在院日数



Effects of rehabilitation training intensity on motor function and activity Of daily living among in acute stroke patients.

退院時motor-FIM



Effects of rehabilitation training intensity on motor function and activity Of daily living among in acute stroke patients.

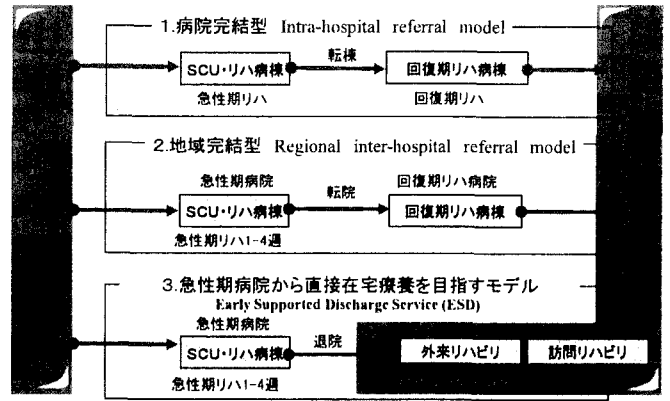
相澤病院における 回復期・地域生活期リハの実践

2011.Feb. 7 Mon.

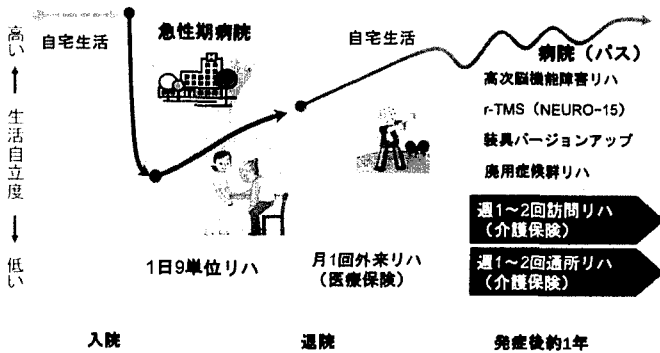
社会医療法人財団 慈泉会 相澤病院
(救急救命センター・地域医療支援病院・臨床研修指定病院)

<http://www.ai-hosp.or.jp>

リハビリテーションセンター
脳卒中理学療法部門 部門長 大塚 功

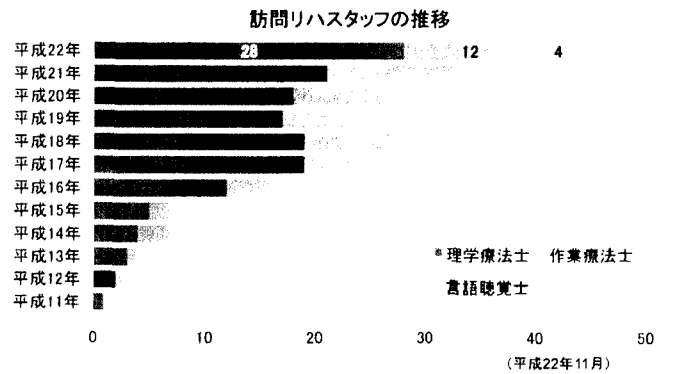


相澤病院におけるESDモデル

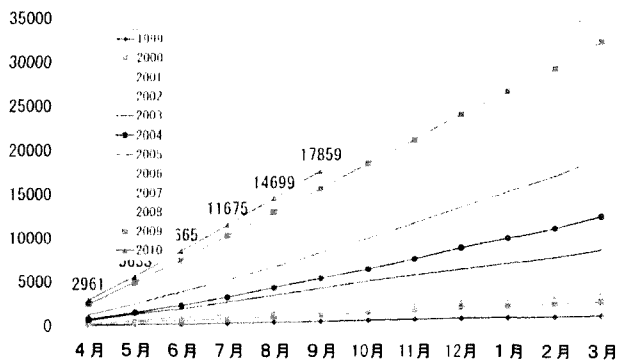


相澤病院が実践する、急性期リハから地域生活期リハ

訪問リハビリテーションスタッフ(専属)の推移



訪問リハ累計訪問件数



ひまわり、訪問リハセンターの訪問件数累計

松本市の訪問リハ実施状況

松本市における訪問リハシェア(H20.10月分)



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

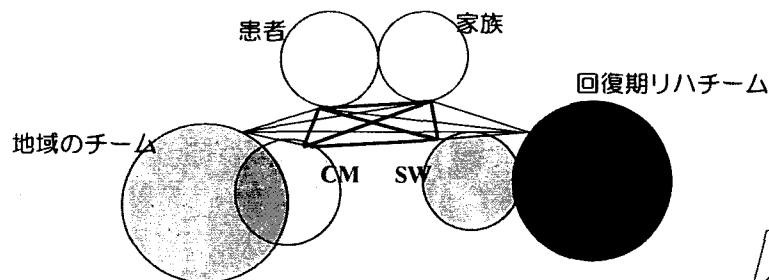
- ・ 配属病棟スタッフとの信頼関係の構築
- ・ 適切な時期の介入が可能
- ・ 患者・家族と病棟の仲介、調整が可能

10

3) 患者家族と地域・病棟と地域をつなぐ

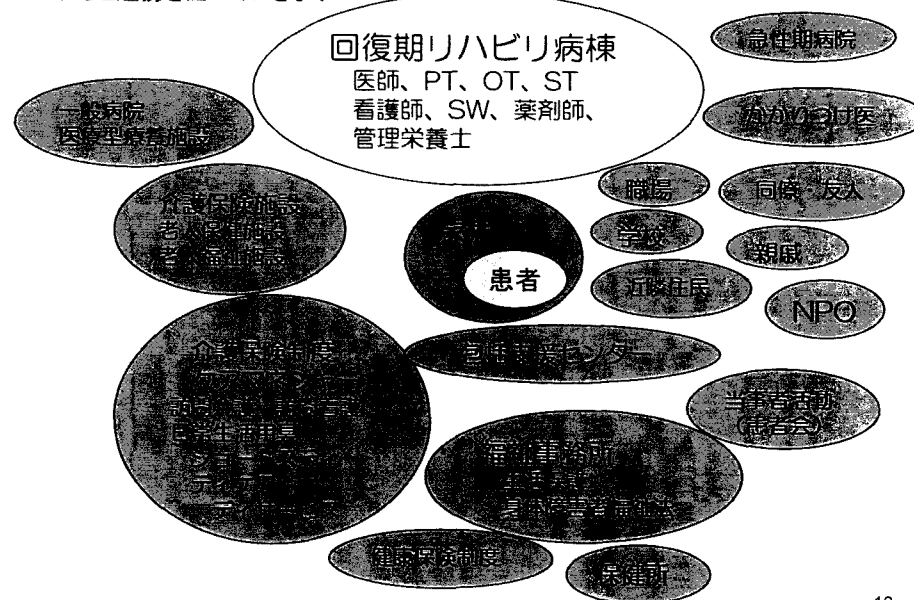
- ・ 適切な時期に社会資源を紹介
- ・ 患者家族・病棟・地域を相互につなぐ
- ・ 入院中期から、患者家族と地域の関係構築を重視して徐々に移管

⇒ 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

医療機関名
四谷メディカルキューブ、東京都千代田区2番町7-7
チーム(取組)の名称
肥満外科治療チーム
<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
チームの目的・ミッション・ビジョン・ゴールなど
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
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… 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。
<O>患者自身の最良の医療の選択が促進されている。 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。
<O>医療が患者の「生活」につながっている。 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。
チーム構成職種と役割
■チームA(診療チーム) 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

■チームB(サポートチーム) → 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。
■チームC(患者会・マスコミ・市民等) 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)
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。 <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 週1回(木曜日)のカンファレンス。及び、各専門職がEBMEBPに基づいた発言、実践を行うことを心がけている。 <O>患者がチームの一員となっている 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。 <O>各メディカルスタッフは情報が共有されている。 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。 <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) 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つてもらっている。 <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 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。 <O>治療自体が生活につながっている 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。 <O>家族のサポートやケア 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。
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。 ■達成度の評価方法、結果の抽出 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、非常に大切な事であると考えております。(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

医療機関名 東京都
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 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
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。 <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(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)
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。 <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 <O>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

<O>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

医療機関名 兵庫県
チーム（取組）の名称 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
チームの目的・ミッション・ビジョン・ゴールなど 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。
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。 ＜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) 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)

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) ＜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
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 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

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 ＜○＞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) ＜○＞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 ＜○＞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

＜○＞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(サインをしていただく)

<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の情報収集、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）

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

カンファレンスによる合意形成と情報の共有が基本となり、多職種で協働・連携を取る体制を構築している。

<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

カンファレンスによる合意形成と情報の共有が基本となり、多職種で協働・連携を取る体制を構築している。

<O>患者がチームの一員となっている

カンファレンスによる合意形成と情報の共有が基本となり、多職種で協働・連携を取る体制を構築している。

<O>各メディカルスタッフは情報が共有されている。

カンファレンスによる合意形成と情報の共有が基本となり、多職種で協働・連携を取る体制を構築している。

<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）

カンファレンスによる合意形成と情報の共有が基本となり、多職種で協働・連携を取る体制を構築している。

<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

カンファレンスによる合意形成と情報の共有が基本となり、多職種で協働・連携を取る体制を構築している。

< >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

電子カルテなどの情報共有はもちろん、チームの基本的合意の形成は定期的なカンファレンスにより行われる。

■業務範囲や役割分担の方法、その他に参考になる事象

カンファレンスによる方針に沿って、各職種の役割を分担する。

■達成度の評価方法、結果の抽出・

各科などにより行われていることもあるが、一括して把握はできていない（現状では、把握するシステムがない）。

■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 {がん}、 心筋梗塞、 糖尿病、 脳卒中、 その他()

時期: 急性期 [回復期] [維持期・生活期]

医療機関名

東京都中央区

チーム（取組）の名称

<O>病棟配置型チーム <O>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

1. 「患者との協働医療」を実現するため、患者の価値観に配慮した医療を行う。
2. 医療の質を高めるため、「根拠に基づいた医療」を実践する。
3. 全人的医療を行うため、全職員の専門性を結集する。
4. 地域住民の医療・介護・保健・福祉に貢献するため、地域の医療者・施設との連携を強める。
5. 国内外の医療の発展に資するため、優れた医療人を育成する。
6. 医療の発展に寄与するため、現場に根ざした研究を行う。
7. 国際病院としての役割をはたすため、海外からの患者の受入態勢を整える。
8. 上記 7 項目を実現し継続するため、健全な病院経営を行う。

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

<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:

< >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・医療ソーシャルワーカー・理学療法士・言語聴覚士・作業療法士

■チームB（サポートチーム）

MSW

臨床心理士

■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）
具体的に

- <○>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

カンファレンス開催（1/週） 随時病棟、リハ室での情報交換

■業務範囲や役割分担の方法、その他に参考になる事象

あくまでそれぞれの専門領域の範囲にて業務を行うが、他職種知識、技術、業務を把握しておく。また医療安全の観点から、臨機応変にお互いの業務を共有しあう文化が存在すること。

■達成度の評価方法、結果の抽出

チームメンバーの満足度調査、患者アウトカムの測定（入院日数、リハ日数、NIHSS、mRS、FIM。）

■該当施設からのアドバイスや意見など参考になる事項

チームの目的、目標が明確であること。リーダーシップが存在すること。情報共有ができるコミュニケーションが成立していること。チームメンバーが目標達成のため積極的に関わっていること。患者アウトカムがすぐれていること。チーム医療を通してメンバーが成長していくプロセスが存在すること。

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: **がん**、**心筋梗塞**、**糖尿病**、**脳卒中**、その他()
時期: **急性期** **回復期** **維持期・生活期**

医療機関名

西国がんセンター(愛媛県松山市)

チーム(取組)の名称

<○>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

理念: 患者の立場にたち、人格を尊重し、科学と信頼に基づいた最良のがん医療を提供する

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。

< >その他:

< >その他:

チーム構成職種と役割

■チームA(診療チーム)

医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師、放射線技師、栄養士、理学療法士、臨床心理士、SMW、診療情報管理士、メディカルクラーク、事務職員

■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）
- <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
- <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。
- <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）
- <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

各診療科カンファレンス（毎週）、がんTVカンファレンス（毎週）、各種医療者向け勉強会（ほぼ毎週）、クリニカルパスの活用

■業務範囲や役割分担の方法、その他に参考になる事象

チームで実施する業務は各専門分野の職員が一堂に会して定例ミーティングまたは定例会議を開催し、役割分担を決める。会議議事はイントラネットで全職員に情報共有する。

■達成度の評価方法、結果の抽出・

- 費用効果、入院日数などは、毎月月末に、幹部会議、管理診療会議で報告後に、イントラネットで全職員に情報共有する。
- 院内に投書箱を設置して患者・家族の意見を聴取し、回答を外来に掲示する。イントラネットで全職員にも情報共有する。

■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」は、医療現場のみに存在するのではなく、サポートを行うチームや社会資源からなるチームにも存在するという考え方が米国MDAのがん医療チームにあります。米国の考えが全て良いとは言えませんが大変参考になっています。

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: がん、心筋梗塞、糖尿病、脳卒中、その他()
時期: 急性期 回復期 維持期・生活期

医療機関名

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立成人病センター

チーム(取組)の名称

リンパ浮腫ケアチーム

<O>病棟配置型チーム <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

リンパ浮腫治療外来を以前より運営してきたが、2009年4月、外科的療法(リンパ管静脈吻合術:LVA)を含め、リンパ浮腫治療を積極的に進めるとの病院長の方針により、医師を含めた他職種のリンパ浮腫ケアチームが立ち上げられた。また、外来治療では症状の改善ができない症例に対して、入院治療を行うためのリンパ浮腫治療病床が開設された。更にリンパ浮腫予防教室、リンパ浮腫相談室を開設した。リンパ浮腫ケアチームが発足したことで、看護師と理学療法士がペアでリンパ浮腫外来での治療を行う体制となった。2009年9月からはLVAを導入した。

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

<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:

< >その他:

チーム構成職種と役割

■チームA(診療チーム)

医師(乳腺外科・婦人科・整形外科・形成外科・心臓血管外科)、乳がん看護認定看護師、看護師、理学療法士、認定超音波検査技師(血管)、事務職員

■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)

<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。

<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)

<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

リンパ浮腫外来は、毎週水曜日と木曜日の午後に行っており、看護師・理学療法士共に兼務体制で行っている。水曜日は看護師セラピスト1名、木曜日は看護師セラピスト2名が担当で、それぞれ理学療法士とペアで行っている。

■業務範囲や役割分担の方法、その他に参考になる事象

リンパ浮腫外来は、看護師・理学療法士とペアで行っている。現在、当院のセラピストの人数は看護師6名、理学療法士3名である。ペアで行う利点は、理学療法士の立場で運動療法や日常生活動作の指導をより専門的に行えることや、現在、理学療法士は男性で、看護師は女性であることから、患者の性別によって対応できることである。

■達成度の評価方法、結果の抽出

職種間で医療連携し、治療期間を運動療法が運動器リハビリテーションで算定できる最長5ヶ月間としている。浮腫の状態が重度の場合は、主治医により、再度治療の依頼が出され、5ヶ月間延長となる。治療終了後もリンパ浮腫相談室で相談を受け入れ、弾性着衣の更新日を日途にリンパ浮腫外来で浮腫の状態をチェックしフォローできる体制としている。

■該当施設からのアドバイスや意見など参考になる事項

原発巣手術時の入院中の予防指導は、リンパ浮腫指導管理料で算定している。外来でのリンパ浮腫予防教室と相談室は無料である。外来と入院での複合的理学療法は、自費診療とはせず、運動療法の部分のみを外来では運動器リハビリテーション、入院ではがんリハビリテーションとして保険診療で算定している。

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: がん、心筋梗塞、糖尿病、脳卒中、その他()
時期: 急性期 回復期 維持期・生活期

医療機関名

東京歯科大学市川総合病院 歯科・口腔外科 (匿名希望), 千葉県
東京歯科大学口腔がんセンター (匿名希望), 千葉県
所在地は同じですが、組織は別です

チーム(取組)の名称

食道がんチームアプローチ

<O>病棟配置型チーム <O>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

<理念>愛と科学で済世を
<基本方針>

1. 地域の中核病院として、常に良質で高度な全人的医療を提供します。
2. 歯科医学および一般医学の発展のため、診療、教育、研究で貢献します。
3. 病める人の立場を尊重し、個人情報を守秘するとともに、医療の透明性を堅持します。
4. 医療事故の防止に組織および個人として最大限の努力を払います。
5. 関連する他の医療、保健、福祉機関との円滑な連携を図ります。
6. 医療を通じて、自己を研鑽し向上に努めます。

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

<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:

< >その他:

チーム構成職種と役割

■チームA (診療チーム)

医師 (外科、麻酔科、リハビリテーション科)、歯科医師、ICU 病棟看護師、一般病棟看護師、
歯科衛生士、PT、ST、

■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）

<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。

<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）

<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

< >家族のサポートやケア

備考

■情報の共有化の方法や特徴

口腔がんセンター単独では、特定の患者に関しては、共有する申し送り帳を活用することもあります。が、主としては、電子カルテにて情報を共有化しています。口腔外科と他科・病棟との情報の共有は、全て電子カルテです。本年1月より、新しい電子カルテシステムが運用され、医科・歯科一体型の電子カルテになりました。当院のオリジナルの電子カルテであり、他の職種からも歯科電子カルテが見やすく、見落とされることが少なくなりました。また、歯科電子カルテから、医科で行っている内容が、同時進行で見られるため、情報の共有が行いやすく改善されました。口腔がんセンターは、関連職種も含めて、1回/週の外来カンファレンスを行っています。食道がんチームは、3回/年が定例のカンファレンスですが、症例に応じて、メンバーが招集されます。チームで関わる該当患者に関しては、患者毎に、医師から歯科医師に依頼があり、歯科医師から指示を受けて実施しています。

■業務範囲や役割分担の方法、その他に参考になる事象

各職種の専門性を尊重するとともに、お互いの職能を理解するように努めています。また、歯科衛生士養成校の学生に、臨床実習時（選択実習）から、NSTの構成メンバーの下で見学を主とした実習を行っています。

各職種間では、専門性を生かした役割分担をしていますが、部分部分では重複しながら行う事が、チームレスなチーム医療になると考えています。

■達成度の評価方法、結果の抽出

食道がんチームでは、術後肺炎の評価（血液データ、画像所見、痰の培養、発熱の有無 etc.）、在院日数の比較などを行っています。口腔がんセンターでは、患者本人と家族に対してのアンケート調査。病院として、入院患者、外来患者に対する満足度アンケート調査を毎年行い、改善を図っている。

■該当施設からのアドバイスや意見など参考になる事項

各職種が業務内容を明示し、専門性を相互に理解し、尊重し合う事が肝要と考えます。

歯科衛生士が、消化器の入り口である口腔を専門的口腔清掃により清潔に保持し、口腔内の環境を良好に保つ事が、経口感染予防の決め手になります。また、口から食べることができるように、口腔内を清潔にし、摂食・嚥下の訓練も行います。患者が、周りの人と一緒に、楽しく食べることができるようになるためには、歯科医師との連携による歯科衛生士のサポートが不可欠であると考えます。

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 がん、心筋梗塞、糖尿病、脳卒中、その他()

時期: 急性期 回復期 維持期・生活期

医療機関名

金沢医療センター

チーム(取組)の名称

ISARC キャンサーボード

<O>病棟配置型チーム <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

進行、再発がんに対する総合的な治療戦略を構築して患者に最適な医療を提供する

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

<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:

< >その他:

チーム構成職種と役割

■チームA(診療チーム)

各診療科医師、病理医、研修医、看護師、薬剤師、臨床検査技師、診療情報管理士、
地域医療機関の医師

■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)

<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。

<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)

<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

がん登録の際に、カルテ上の記載で曖昧な場合が多く迷うことがあった。しかし、キャンサーボードに参加することにより、主治医から電子カルテを使っての症例報告を聞くことで参考になっている。また、多くの医師が参加するので医師とコミュニケーションがよりスムーズになりがん登録作業の充実が図られた。がん登録を行って疑問に思うことや解らないことをこのキャンサーボードで主治医に聞くようにしている。キャンサーボードでは、症例報告のほかに主治医から他科の医師に治療方針の相談が行われることもある。放射線科医師の意見、外科医師の意見、内科系医師の意見を参考に、相談があった症例に最善と思われる治療方針を決定する。後日、その症例の結果報告も行われる。別に、薬剤師から抗がん剤についての情報提供が行われることもある。診療情報管理士からはスライドを使い、がん登録シートの記載方法についての説明やがん登録項目の解釈について説明、さらに、登録がもれやすいがんの登録啓蒙、がん登録件数の報告を行っている。このようにキャンサーボードに参加することで一方通行であった医師と診療情報管理士がつながり、双方向で情報提供できるようになった。また、今までは医師が個別に行っていた予後調査を診療情報管理士が行うこととなり、胃癌、大腸癌、乳癌などの予後調査を行ったが、乳癌に関しては追跡率100%という結果で協力することができた。

■業務範囲や役割分担の方法、その他に参考になる事象

■該当施設からのアドバイスや意見など参考になる事項

院内がん登録の目的は、当院を受診されたがん患者の情報を収集、整理することである。キャンサーボードで医師ががん登録の啓蒙を行うことで外来、入院を含む院内がん登録の情報がまとまってきた。がん登録することにより、当院はどのがん種が多いのかなど、今まで収集、提供できなかった情報を病院全体の情報として発信していく事が可能となった。このがん登録の情報は、国はもとより、地方自治体および当院のがん医療を考えていく上で重要な資料となる。今後は収集したがん情報を医師だけではなく患者にフィードバックできるようにさらにはがん登録データの質の向上に努める必要があると考える。

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: がん、心筋梗塞、糖尿病、脳卒中、その他()

時期: 急性期 回復期 維持期・生活期

チーム(取組)の名称

埼玉社会保険病院 埼玉県さいたま市

<O>病棟配置型チーム <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

病院理念 1, 生命倫理の尊重 2, 真実の追求 3, 誠心誠意

- ① 適切で良質な医療の提供
- ② 個人の人格、価値観を最大限に尊重した医療
- ③ 詳しい医療情報の提供と十分な説明
- ④ プライバシーの保護
- ⑤ 検査、治療法などに対する自己決定権の尊重

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

<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:

< >その他:

チーム構成職種と役割

■チームA(診療チーム)

医師(外科、内科、麻酔科、精神科) 看護師、薬剤師、栄養士、ソーシャルワーカー、臨床心理士、事務員

■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)

<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。

<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)

<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

カンファレンスは週1回の病棟ラウンド時に症例ごとに病棟スタッフを交えながら行う。話し合われた内容はカルテに残す。ラウンド時の様子は緩和ケアチームノートに1冊用意し、看護局長室に保管、閲覧可能。チームの運営、院内教育などに関しては月1回の定例会議で取り上げる。がん、緩和に関する学会に参加した場合も報告し、広く措報を共有する。急な会議や連絡事項などは院内メールを用いて情報を流している。

■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、当該病棟スタッフを中心に置き、コンサルテーションを行うチームとして存在。治療の中心はあくまでも主治医である。
- 「話を聞いて欲しい」という方がおられた場合、認定看護師、ソーシャルワーカー、臨床心理士が赴く場合があるが、その方のニーズに合いそうな職種が担当し、場合によっては他職種に引き継ぐ。
- 患者さんが亡くなられたあとのデスクカンファレンスを主催し、関わりの振りかえりを行う。デスクカンファレンスはスタッフの残された思いを語る場でもあるので、臨床心理士がなるべく入るようになっている。
- 院内緩和ケアマニュアルを執筆し、より各職種が担う部分の役割分担を明確にした。地域に対する講演会も行い、医師会のDrからの紹介などを受け、地域連携がスムーズに行われる
- ための橋渡しを緩和ケアチームの講演会が担った。特に精神科医が常駐し、カウンセリングも行われている施設であることはポイントとしてあげられている。「緩和ケアチームがある」ということでの紹介や、自らまたは家族が選んでの受診もある。
- がんに関する診療報酬点数の新設などがあると、事務担当者が説明を定例会議で行い、それに沿った保険請求を行うべく、研修体制などを整備する。

■達成度の評価方法、結果の抽出

- 現在のところはっきりした指標、評価方法は使えていないが、さまざまな職種が関わることで家族が「出来る限りのことをしてやれた」と思って頂けるようで、退院後に挨拶にお見えになる場

合にそのようなことをおっしゃってくださることが多い。(こういう方に対してアンケートは取りにくいのが現状) 病棟スタッフが自分たちだけで抱え込むのではなく、他に頼るべきチームがあるということで、病棟スタッフの安定に繋がる。(アンケート計画中)

- 緩和ケアチームによる院内研修会を年1回設けているが、終了後に内容についてわかりやすかったかどうかなどのアンケートを行う。

■ 該当施設からのアドバイスや意見など参考になる事項

- 遺族ケアがどうしても後手になるので、ソーシャルワーカーが相談を必要とする家族の相談を受け入れ、精神科依頼やカウンセリングが必要な方がおられたら紹介するシステムとなっている。
- 緩和ケア専従の医師看護師がいるわけではなく、緩和ケア病棟もない病院として出来る限りのことを努力していく。

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：がん、心筋梗塞、糖尿病、脳卒中、その他()

時期：急性期 回復期 維持期・生活期

医療機関名

九州大学病院 (福岡県福岡市東区)

チーム(取組)の名称

<O>病棟配置型チーム <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

理念：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します。

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

<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：

< >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、理学療法士、作業療法士、栄養士、臨床検査技師、歯科衛生士、薬剤師、精神保健福祉士、社会福祉士

なお、開催カンファにより適宜参加スタッフ変更あり

■ 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）
- <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。
- <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）
- <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

緩和ケア委員会：月1

- ・カンファレンス：心臓リハビリテーション（1/週）
- ・腫瘍カンファ：毎週2回、脳外科カンファ

■業務範囲や役割分担の方法、その他に参考になる事象

- ・乳がん術後患者に関する、看護師（病棟・外来）と作業療法士での情報共有・役割分担

■達成度の評価方法、結果の抽出・

患者・家族：科によってアンケート実施

満足度：科により、行っている科があるかもしれないが、把握していない。

費用効果：把握してない。

入院日数：DPCにおいては、ある程度調査可能

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：がん、心筋梗塞、糖尿病、脳卒中、その他（ ）
時期：急性期 回復期 維持期・生活期

医療機関名

松阪中央総合病院 三重県松阪市

チーム（取組）の名称

<O>病棟配置型チーム <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

病院の理念：地域の期待に応え、安全で安心な医療の提供

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

<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：

< >その他：

チーム構成職種と役割

■チームA（診療チーム）

医師（精神神経科・麻酔科・リハビリテーション科）、専門看護師、各病棟担当看護師、薬剤師、臨床心理士、社会福祉士、精神保健福祉士、管理栄養士、理学療法士、作業療法士

■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）

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）

<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。

<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）

<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

- ①緩和ケア委員会での情報交換、症例検討会（月1回） ②専門看護師によるラウンド（随時）
③がん相談窓口での相談業務（随時）と内容報告（月1回） ④緩和ケア勉強会（月1回） ⑤カルテ

■業務範囲や役割分担の方法、その他に参考になる事象

- ①がん相談窓口からの要請に対しては、相談内容により各専門職種が対応を行う。内容の選別は、社会福祉士が窓口となり関係部門へ振り分ける ②入院患者さまからの要請は、専門看護師が中心に対応策を検討し、必要に応じ各専門職に振り分ける ③治療に関しては、治療目的により麻酔科・精神神経科・リハビリテーション科医師が対応し、主治医と連携し進めていく
・緩和ケアマニュアルにより、一般的な業務分担はあるが、細部まで記載されているものではなく概念的なものに留まっています。

- ・チームのメンバーを固定することにより、職種間の相互理解は進んできていますが、致半間固定にする必要があり、相互の役割理解ができるメンバーを育成するためには、時間を要します。

■達成度の評価方法、結果の抽出・

- ・年2回の患者様アンケートの実施
・入院日数は、データを取っていますが、疾患別のデータは不十分
・DPC疾患群でのデータ調査は可能
・費用効果は不明

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: がん、心筋梗塞、糖尿病、脳卒中、その他()
時期: 急性期 回復期 維持期・生活期

医療機関名

静岡県立静岡がんセンター

チーム(取組)の名称

<O>病棟配置型チーム <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

【理念】

がんを上手に治す
患者さんと家族を徹底支援する
成長を進化を継続する

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

<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:

< >その他:

チーム構成職種と役割

■チームA(診療チーム)

総長、院長、医師、看護師、コメディカル(治療・診断系の技師、心理療法士、臨床心理士、MSW、栄養士、臨床工学技士、PT、OT、ST、CLSなど)、ボランティアさん

■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）
- <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。
- <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）
- <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

各種カンファレンス（頭頸科カンファレンス、整形外科カンファレンス、呼吸器カンファレンス、症例カンファレンス、デスカンファレンスなど）委員会（リハスタッフがかかわっている会議では、病院管理会議、転倒転落会議、外来ナースミーティング、栄養委員会、チーム医療推進委員会、感染対策委員会、レジデント委員会、電子カルテ委員会などなど）
 科内新患カンファレンス、職員会議、部門内カンファレンス、外科系カンファレンスなど
 定期的な業務報告会、
 電子カルテ、電子カルテ掲示板、電子カルテに搭載されたメッセージツール、院内メールにて

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：がん、心筋梗塞、糖尿病、脳卒中、その他（ ）
 時期：急性期 回復期 維持期・生活期

医療機関名

東札幌病院 北海道札幌市

チーム（取組）の名称

<O>病棟配置型チーム <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

①患者さんのQOLを尊重した医療、②チーム医療、③根治的医療から終末期医療までの総合的癌医療、④施設から在宅まで総合的な医療、を提供するということになっています。

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
- <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：

< >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・薬剤師・管理栄養士・MSW・作業療法士・音楽療法士・チャプレン・ボランティア
 コーディネーター・ボランティアスタッフ・事務職員・放射線技師・各専門認定看護師・訪問看護師・
 ケアマネージャー・ホームヘルパー

■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）

<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。

<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）

<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

電子化はされていないが、カルテの一元化の徹底。入院時や在宅支援、その他定期的な多職種でのカンファレンスが、各病棟で毎日のように行なわれています。週1回の院長回診時には、他職種が共に回診し、患者さんに迅速に対応できるように努めています。ツールはSTAS-J、臨床倫理検討シート（当院のもの）、糖尿病では糖尿病ピリフ質問表が使用されています。

■業務範囲や役割分担の方法、その他に参考になる事象

業務範囲などは、明確ではない気がします。患者さんとの関わりなどで、問題が生じればその都度共有、話し合い、それぞれに出来るアプローチをしています。

■達成度の評価方法、結果の抽出・

十分に評価出来ていないと思います。定期的に、患者さん・看護師の満足度調査は行なわれています。入院日数に関して、糖尿病では糖尿病専門看護委員会（多職種で構成）があり、パスのバリエーションの調査。

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：がん、心筋梗塞、糖尿病、脳卒中、その他（ ）

時期：急性期 回復期 維持期・生活期

医療機関名

施設名：約500床の総合病院

所在地：栃木県

チーム（取組）の名称

<O>病棟配置型チーム <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

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務め、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

<O>患者の望むことを把握し、治療方針に取り入れている

<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：

< >その他：

チーム構成職種と役割

■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。

■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)

<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。

<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)

<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

- ・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。

■業務範囲や役割分担の方法、その他に参考になる事象

チーム医療に対する新たな考え方は当院ではあまり馴染みがなく、試み自体が開始されたばかりのため、各職種の業務範囲や役割などは明確になっておらず、手探りの状態にあります。

■達成度の評価方法、結果の抽出・

満足度に関しては妥当な評価方法がなく、行われていません。

- ・病院の上層部 (経営陣) は費用効果のみに目がいきってしまうようです。

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: がん、心筋梗塞、糖尿病、脳卒中、その他 ()
 時期: 急性期 回復期 維持期・生活期

医療機関名
富山県

チーム (取組) の名称

<O>病棟配置型チーム <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

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。

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

<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:

< >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、管理栄養士、放射線技師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、ケアマネージャー

■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）

<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

<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。

<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）

<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

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。

また、腎不全の患者会の忘年会や旅行に医師や看護師、検査技師、理学療法士、作業療法士、臨床工学士、医療事務など様々な職種が参加し、患者さんを交えて様々な職種間の本音や意見を語り合うことでコミュニケーションをとっていた。

■業務範囲や役割分担の方法、その他に参考になる事象

在宅の糖尿病患者や褥瘡患者、末期がん患者、透析患者の栄養管理に対しては、実際の食事を訪問リハビリ時に確認し、利用者やその家族の認知機能や栄養管理に対する理解状況などを医師や管理栄養士・看護師に報告・連携し、できる限り在宅生活が継続できるよう総合的なアプローチ方針の再検討を行なった。

■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。