

## ～チーム医療推進のためのガイドライン（仮称）策定に向けて～

## 1. チーム医療を推進するための基本的な考え方

- 我が国の医療は非常に厳しい状況に直面しており、医学の進歩、高齢化の進行等により医師や看護師の許容量を超えた医学的な視点のみならず患者の社会的・心理的な観点にも配慮した医療が求められる中、チーム医療の推進は必須である。
- チーム医療を推進する目的は、専門職の積極的な活用、職種間の有機的な連携を図ること等により医療の質的な改善を図ることであり、そのためには、①コミュニケーション、②情報の共有化、③チームマネジメントの3つの視点が重要である。
- チームアプローチの質を向上するためには、互いに他職種を尊重し、明確な目標に向かってそれぞれの見地から評価を行い、専門的技術を効率良く提供することが重要である。そのためには、カンファレンスを充実させることが必要であり、カンファレンスが単なる情報交換の場ではなく議論・調整の場であることを認識し、ファシリテーターを中心に他職種を尊重した議論をすることが重要である。
- 医療スタッフ間における情報の共有のための手段としては、定型化した書式による情報の共有化や電子カルテを活用した情報の一元管理などが有効であり、そのための診療情報管理体制の整備等は重要である。
- 患者もチーム医療の一員という視点も重要であり、患者に対して最高の医療を提供するために患者の生活面や心理面のサポートを含めて各職種がどのように協力するかを考える必要がある。また、患者もチームに参加することによって医療者に全てを任せるのではなく、自分の治療の選択等に参加することが必要である。
- より良い医療を実践するためには、医師に全面的に依存するのではなく、医療チームがお互いに協働し、信頼しあいながら医療を進める必要があり、医師はチームの中でリーダーとしてチームワークを保つことが必要である。
- チーム医療を展開する中で、医師、歯科医師が個々の医療従事者の能力等を勘案して「包括的指示」を積極的に活用することも重要な手段であるが、「包括的指示」の要件等をあまり定型化しすぎると医療現場の負担増になる可能性に注意が必要である。
- チームの質を向上させるためには卒前・卒後の教育が重要であり、専門職としての知識や技術に関する縦の教育と、チームの一員として他職種を理解することやチームリーダー・マネージャーとしての能力を含めた横の教育が必要である。

## 例) チーム医療の教育（昭和大学）

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

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

## 2. 急性期・救急医療の場面におけるチーム医療

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

## 例1) 急性期における栄養サポートチーム（近森病院）の取組

管理栄養士を病棟に配属し、患者の身体所見等の確認を直接行ったり、業務の標準化や電子カルテによる書式の標準化を通じた情報共有を図ったりすると共に、24時間（夜間は呼び出し）365日（休・祝日出勤）の対応ができる体制整備や院内PHSの活用により、どこでも連絡をとれる状態にし、必要な時に必要な症例全てに対して必要な対応を専門職種が行うことを可能にしている。

## 例2-1) 病棟における医薬品の安全管理（東住吉森本病院）

2病棟に3名の薬剤師を配置することにより病棟への常駐体制を実現し、患者の状況や検査結果等をリアルタイムで把握しつつ、薬歴管理を行うことにより、積極的な処方提案や持参薬を継続使用する際のリスク軽減などを行うとともに、他の医療スタッフへの助言及び相談へ対応している。

## 例2-2) 手術室における薬剤師の取組（広島大学附属病院）

医師、看護師等とともに安全な手術のためのチームを構成し、手術中に使用される医薬品管理を手術室に常駐された薬剤師が担当している。具体的には、麻薬・毒薬をはじめとする手術部内の全ての医薬品管理や手術時の使用薬剤のセット、注射剤混合調製、麻薬記録監査、各職種への医薬品情報提供等の業務を実施している。

## 例3) 入院患者の状態に応じたきめ細やかな栄養管理の効果

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

#### 例4) 急性期脳血管障害患者のリハビリテーションにおけるチーム医療（相澤病院）

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

### 3. 回復期・慢性期医療の場面におけるチーム医療

- 回復期のチーム医療においては、褥瘡対策や栄養管理、感染対策といった課題に対応することが求められており、そのためには病棟への様々な専門職の手厚い配置が求められている。回復期リハビリテーション病棟においては、診療報酬における配置基準よりも多くのリハビリスタッフやST、配置基準には規定されていない管理栄養士、社会福祉士等を配置している施設も多い。
- リハビリテーションにおいては、実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として、リハビリテーションチームによって全人的アプローチが行われており、リハビリ関係職種だけではなく様々な職種とカンファレンスを軸にした情報共有と連携を行っており、特に①関係職種間の情報共有②チームとしての共通目標③家族の参加④専門職が互いに尊重し合うことが重要である。

#### 例1) 回復期リハ専門病院におけるチーム医療（長崎リハビリテーション病院）の取組

専門職間の縦割りを解消するため、医師を含めた医療職は全て臨床部の所属としたほか、ナースステーションをスタッフステーションと、ナースコールをスタッフコールと変更するなどの工夫を行っている。

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

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

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

### 4. 在宅医療の場面におけるチーム医療（医療・介護・福祉の連携）

- 在宅医療において、質の高い医療を効率よく提供するためには、①チームの統合性、②チームのスピード性、③チームの効率性の3つの要素が必要である。
- 在宅医療における医師と看護師の連携については、患者対応のスピードが求められるとともに実施する医療行為には様々なものがあることから、在宅医療を担う医療機関と訪問看護を担う機関が提供する医療に関する哲学や実際のやり方を共有することが重要である。
- 入院から在宅への移行支援については、在宅チームが主導して在宅への移行準備、試験外泊等を実施する仕組みを構築することが必要である。
- 在宅医療では訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーション及び訪問介護のチームアプローチが必要であり、医療だけでなく自宅へのベッド導入など介護との連携が重要である。
- 在宅医療において、患者・家族の不安を取り除くために24時間対応は非常に重要であり、確実な連絡体制を確保する必要がある。

#### 例1) 在宅医療におけるチーム医療（クリニック川越）の取組

医師と看護師の一体化したチームで提供する医療の哲学・実施方法を共有するとともに、電子カルテを活用してリアルタイムに情報共有を行っている。医療機関と訪問看護機関の緊密な連携を前提に、医師の指示を工夫するとともに、看護師の臨床能力評価に応じて実施可能な医行為を決めることにより看護師の裁量権を拡大している。在宅緩和ケアにおいては、薬剤師が関わるケースが増加しており、麻薬等の薬剤の配送や服薬指導、中心静脈栄養の調剤等の役割を担っている。

#### 例2) 地域緩和ケアを支える病院薬剤部と保険薬局等との連携（国立がんセンター東病院）

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

#### 例3) 入院から在宅までの切れ目のない栄養管理の取組

在宅医療において、管理栄養士、看護師、薬剤師等の関係職種が協働し、病状や栄養状態を安定させ疾病の重症化を防ぎ再入院等を防止するために、入院・退院時から在宅まで切れ目のない栄養管理や食事・生活支援を行う。その際に管理栄養士は、患者・家族やヘルパーに栄養食事管理の必要性を説明し、食材の選択や補給方法等の具体的支援を行い、看護師やケアマネジャー等と連携しながら栄養補給法・経腸栄養製品・食材・調理済み食品・宅配食の適正な活用等の調整を担っている。

## 5. 医科・歯科の連携

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

域歯科医師会等との病診連携も含めた医科・歯科連携のチーム医療を推進していく必要がある。そのため、歯科医療関係職種が配置されていない病院に歯科医師を、あるいは、歯科医師及び歯科衛生士の両者をともに配置することが必要であり、そのための総合的な施策の整備が望まれる。

- また、歯科医療関係職種が配置されている病院においても、医科・歯科連携によるチーム医療が十分に実施されていない場合が認められるため、口腔ケアのみならずNSTや摂食嚥下チーム、感染制御チームなど歯科医療関係職種の関与が望まれるチームへの参加など更なる医科・歯科連携を強化・推進していくことが必要である。
- 病院における口腔ケア、NST、摂食・嚥下、感染制御、糖尿病、緩和ケア等のチーム医療において、医科・歯科連携を強化・推進し、それぞれの専門性を最大限に活かすことで、患者中心の質の高い医療を提供することが可能となる。
  - 例) 医科歯科連携におけるチーム医療（長崎リハビリテーション病院）の取組  
歯科診療オープンシステムを活用して非常勤歯科医師と歯科衛生士が、口腔機能向上を目的とした義歯調整等の歯科医療、摂食や咀嚼等の機能評価の実施、また、カンファレンスへ参加する等の医科・歯科連携を行っている。
  - 例) 医科歯科連携におけるチーム医療（昭和大学病院）の取組  
チーム医療の実践、チーム医療教育、地域医療連携を3本柱とした口腔ケアセンターを設置している。歯科のある病院においては、歯科を通してチーム医療に参加し、歯科のない病院においては、病棟へチームが直接に参加して医科・歯科連携を行っている。

## 6. 特定の診療領域等におけるチーム医療

- 特定の診療領域や課題に応じて、様々な職種による治療チームを施設内外で構成してチーム医療を実践することにより、各職種がそれぞれの専門性を発揮した業務に取り組むことが可能になり、医療の質と効率性の向上といった効果が期待される。
  - 例) 特定の診療領域等におけるチーム医療の取組
    - ・褥瘡対策チーム（脳血管研究所美原記念病院の例）  
看護師が褥瘡発生リスクを随時評価し、医師・薬剤師・看護師がベッドサイドにて薬剤選択及び治療方針の決定を行い、ハイリスク患者に対して積極的な体位変換を実施する取組により、ハイリスク患者が多い中で褥瘡発生率を低く抑え、治癒率も良好な水準となっている。
    - ・リハビリチーム（脳血管研究所美原記念病院の例）  
医師及びリハビリスタッフがリハビリの適応の確認を行い、リハビリスタッフと看護師が連携して、超早期からのリハビリを実施するとともに、日常生活援助にリハビリ的看護ケアを導入するなどの取組によりADLの改善度合いが向上している。
- リハビリテーションは、急性期、回復期、生活期のどの時期においても隔たりなく行われ、従来から、患者を中心に職種間を越えたメンバーでチームが構成されている。そのため、それぞれの病期によってその目的も変化する中で、患者を中心とした多様なメンバーで構成するチーム医療には、リハビリテーションの理解が必須である。

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

例1) 認知症医療におけるチーム医療の取組（浅香山病院の例）

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

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

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

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

例) 助産所のような診療所と高次医療チームの連携（聖路加産科クリニックの例）

必要時には迅速に転院・搬送ができる高次医療機関の門前に診療所を開設し、助産所のように時間をかけて心身の準備を整え、必要最低限の医薬品の使用による分娩を実施している。助産師チームが家族構成等も視野に入れつつエビデンスに基づいたケアを継続的に提供することにより、妊産婦・家族の満足度が向上している。

## 7. 医療スタッフの業務の効率化・業務負担の軽減

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

例1) 薬剤師の病棟配置による薬剤管理の取組

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

薬剤に関するインシデント報告件数が減少する効果が現れている。

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

例2) 管理栄養士の病棟配置による栄養管理の取組

病棟配置により、患者の日々の栄養食事摂取状況・身体状況・病状から栄養状態の変化等を随時把握・確認することが可能となり、医師、看護師、薬剤師等との連携により、的確かつ迅速に適正栄養量及び食事・栄養補給法に関する医師への提言、栄養管理計画書を管理栄養士が担うことによりスタッフの業務の効率化と治療効果の向上を図ることができる。また、介入後のモニタリングの実施により、栄養不良・栄養過剰リスクの回避のための即時調整、さらに患者、家族への治療食の必要性の説明・指導、他職種への助言・相談等に関する業務を担うことにより、治療効果や患者のQOLを向上させることもできる。

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

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

例) 医療クラーク導入による医師の勤務環境改善の取組（済生会栗橋病院）

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

# チーム活動の実際と 今後の課題

昭和大学統括看護部  
市川幾恵

# 紹介チーム

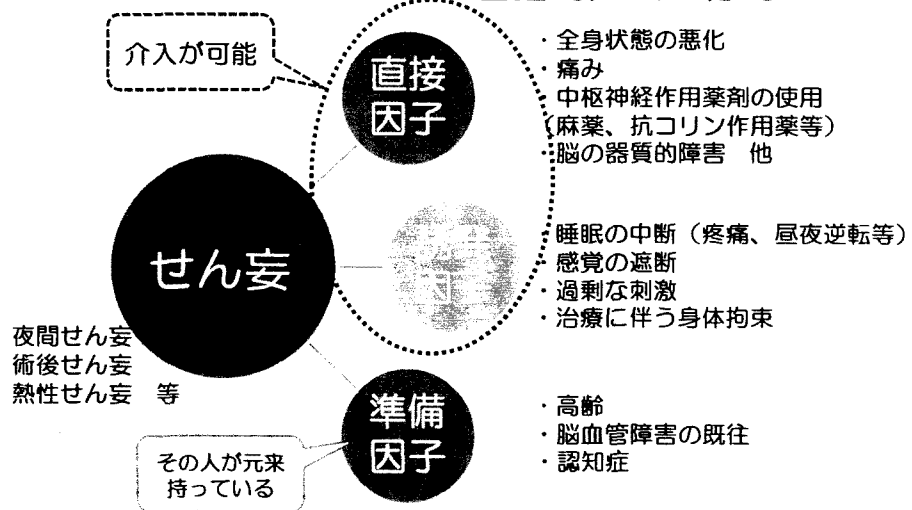
- 実践事例1 せん妄対策チーム
- 実践事例2 子どもの入院支援チーム
- 実践事例3 呼吸ケアチーム
- 実践事例4 糖尿病チーム

## 実践事例1

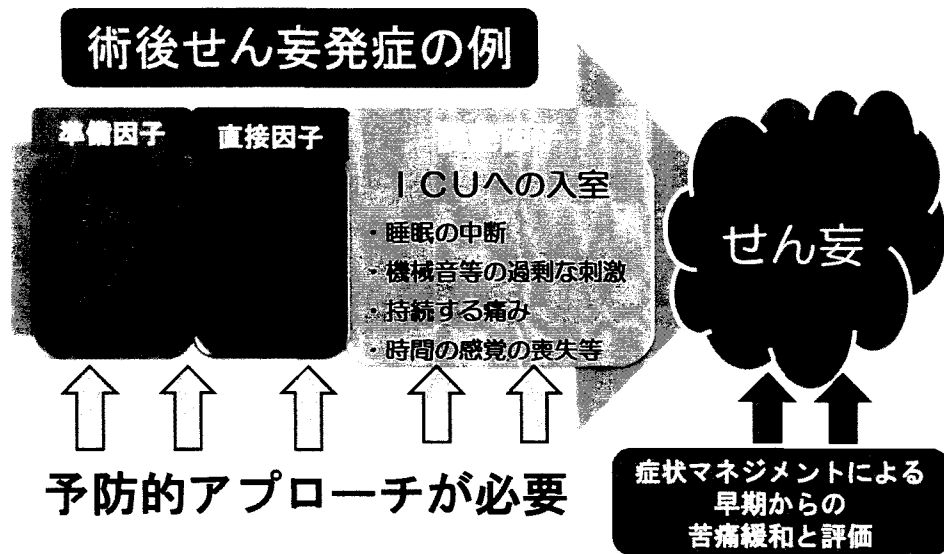
## せん妄対策チーム

### せん妄を引き起こす要因

複数要因により発生⇒多要因に対しチームによる  
包括的介入が有効



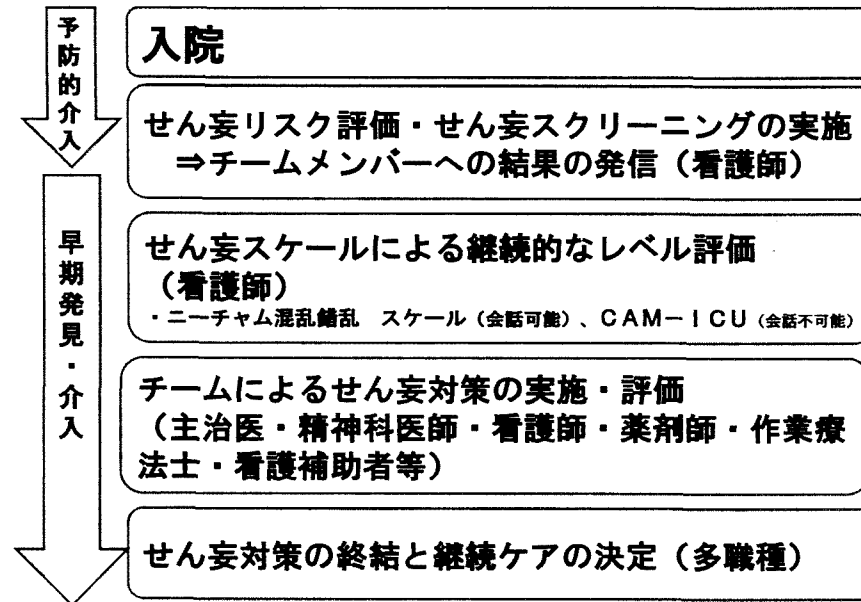
# せん妄が起こる過程とケア



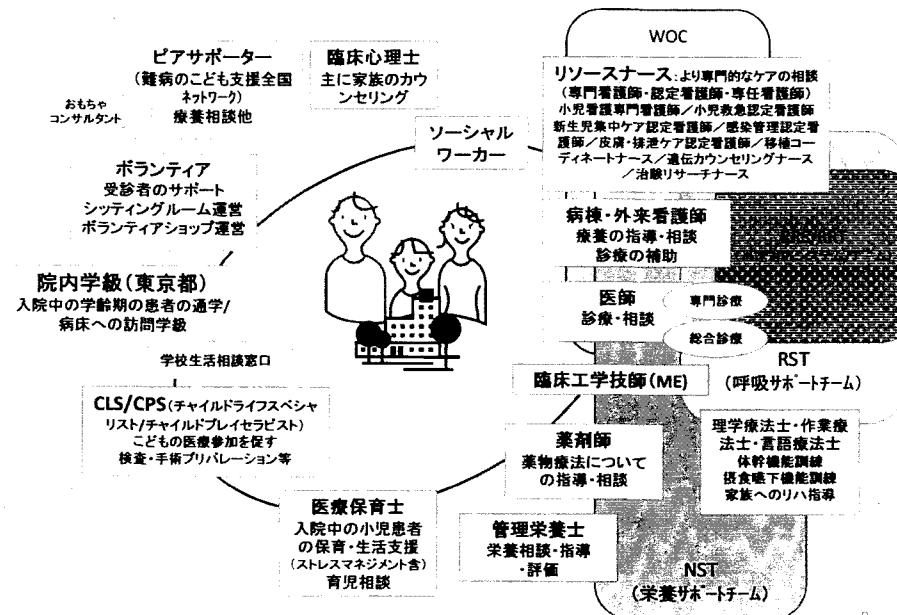
## 実践事例2

### 子ども入院支援チーム

# チームによるせん妄対策の流れ



## 小児専門病院での多職種協働・チーム医療



## 平成21年度昭和大学病院での院内学級

品川区特別支援学級

さいかち学級

本人・保護者が希望し医師が許可した入院児童

小学生

中学生

高校生

129名

15名

役割

1. 規則正しい生活
2. 学び・楽しむ時間と場を提供しQOLの向上
3. 子供同士の交流
4. 退院後の学習の遅れや学校に戻る不安を軽減

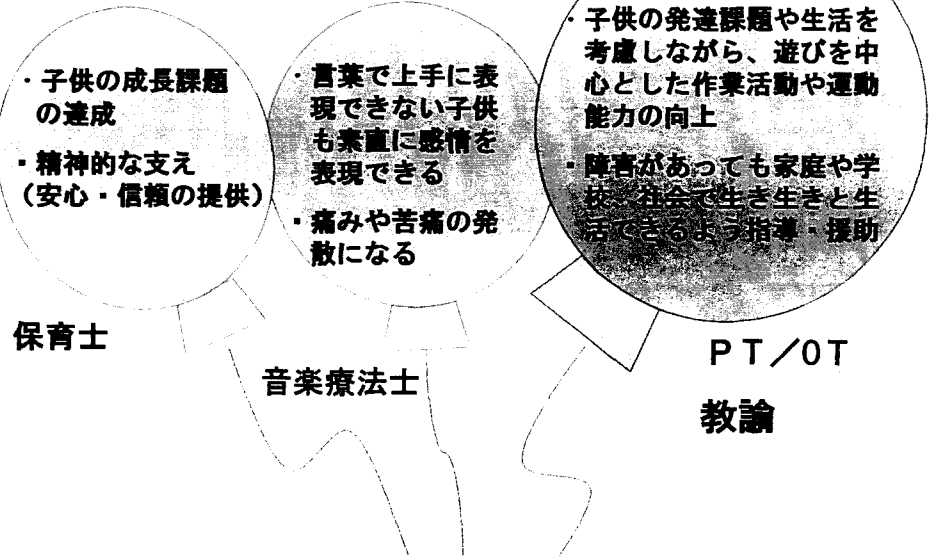
活動：授業(国語・算数・英語・社会・理科・音楽・家庭科)  
病棟カンファレンス  
保護者・教育委員会・病院スタッフとの連携

## 実践事例3

### 呼吸ケアチーム

## 子どもの入院支援チームの効果

<一例>



## 呼吸ケアチーム加算 150点(週1回)

一般病棟において医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士などからなるチームにより、人工呼吸器の離脱に向け、適切な呼吸器設定や口腔状態の管理等を総合的に行う場合の評価を新設する。

<施設基準>

- ①人工呼吸器管理等について十分な経験のある医師
- ②人工呼吸器管理等について6カ月以上の専門の研修を受けた看護師
- ③人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する臨床工学技士
- ④呼吸リハビリテーションを含め5年以上の経験を有する理学療法士

## 実践事例4

### 糖尿病チーム

#### チーム医療が生み出す成果

- ・ 患者の安全が保障されることで、安心して治療に専念し入院・療養生活を送ることができる。
- ・ 患者・家族を多角的に捉え理解が深まるため、よりフィットした介入と苦痛緩和が提供できる。
- ・ 医療者、患者・家族が情報を共有し理解し合うことにより、必要な医療・ケアへの価値観が共有される。
- ・ チームで活動することにより、総和以上の成果が得られ、メンバーの専門性に基づく能力が発揮される。
- ・ 多職種がお互いの専門性を尊重し合うことによりチーム力が高まるとともに、チームメンバーの能力も向上する。

#### 今後の課題

##### 戦略的マネジメント



##### 顧客満足 of 獲得

- ・ チーム医療のデザイン → 組織や機能に対応
  - ・ チームの質の向上 → 問題・課題の取り組み
  - ・ 人的・物的資源の有効活用 → ネットワーク
  - ・ 定量的評価の強化 → アウトカム指標  
臨床指標の開発
    - ・ 臨床的アウトカム
    - ・ 患者報告アウトカム
    - ・ 経済的アウトカム
- ・ プロセス指標
  - ・ ストラクチャー指標

#### 看護職の課題

- ・ 現任教育：教育プログラム  
(新採用者・中途採用者・復職者)
- ・ 情報の共有化：目標(看護目標・患者目標)  
ケア計画立案・実施・評価
- ・ 看護職業務：他職種との連携と共有業務
- ・ 人員配置：看護基準・専門性・経営方針



## チーム医療の具体的実践例

提出委員名 市川幾恵 委員

<b>チームの名称</b> せん妄対策チーム
<b>チームを形成する目的</b> せん妄患者やせん妄リスク患者に対する適切な予防や初期介入により、QOLの向上や入院期間の短縮、不要な薬剤使用の回避を図る。
<b>チームによって得られる効果</b> ・せん妄の発症率が低下する ・せん妄持続期間の短縮や重症化を予防できる ・せん妄の原因となる苦痛の除去や適切な治療が継続できる
<b>関係する職種とチームにおける役割・業務内容</b> 主治医：発生予防に、必要最低限の点滴ルートやドレーンの選択をする。 家族への説明やせん妄発生時の対応・対策について合意を得る。 鎮痛剤・睡眠剤の処方や精神科医と相談して向精神薬を検討する。 精神科医：医師や看護師と情報交換し、せん妄の診断や向精神薬を処方。 看護師：事前スクリーニング等による予防的介入と早期発見、 発症時のレベルや症状の観察、チームでの情報共有、 症状コントロールの薬剤効果、日常生活の評価、環境調整。 薬剤師：処方内容や薬効の評価、病態に応じた処方の提案。 作業療法士：日中の日常生活動作における安全確保と生活リズムの構築。 看護補助者：看護師の指示業務の実施や患者の見守り、情報の提供。
<b>チーム運営に関する事項</b> ・主治医・看護師が中心となり入院時にせん妄スクリーニングを実施 ・チームによるせん妄対策計画の立案・実施・評価 ・チームカンファレンスの開催で情報共有
<b>具体的に取り組んでいる医療機関</b> 千葉大学医学部附属病院 長浜赤十字病院

## チーム医療の具体的実践事例 2

提出委員 市川幾恵 委員

<b>チームの名称</b> 子どもの入院支援チーム
<b>チームを形成する目的</b> 入院中の子どもの教育を受ける権利を保障し、病気を抱えながらも規則正しい生活を送り、子どもの成長に合わせて学びや楽しむ場を提供することで、QOLの向上を図る。
<b>チームによって得られる効果</b> ・安定した環境で療養生活を送ることができる ・年齢・病状に応じた遊びと教育を受けることで、成長発達課題の達成につながる ・年齢や理解度に応じた説明を受け、治療に参加できる ・両親やきょうだいなども支援を受けられる ・退院後の療養生活が継続できる
<b>関係する職種とチームにおける役割・業務内容</b> 医師：診断・治療過程で、院内学級への通級または訪問の許可をする。 看護師：子どもを中心としたチームがスムーズに連携できるようにコーディネートする。 PT・OT・ST：子どもの発達課題や生活を考慮しながら、遊びを中心とした作業活動や運動能力を向上させる。 管理栄養士：食事摂取困難児には、摂取方法や時間帯の検討等、個別対応を行う。 医療保育士：遊び・学習・レクリエーション・食事等に関わりながら、子どもの様子や両親の面会時の様子等を把握し情報提供する。 院内学級教諭：学び、楽しむ時間と場を提供しQOLの向上を図る。 臨床心理士：子どもの発達を評価し、効果的な支援方法を提案する。 MSW：入院生活や退院後の生活や経済的な相談に応じ、社会資源を円滑に導入する。 音楽療法士：音楽療法によって、子どもの感情表現や苦痛の発散を支援する。 チャイルドライフスペシャリスト：検査・手術プリパレーション、検査、 処置中の心理的支援、感情の支援遊び、きょうだい支援 など。 ピアサポーター：病気や障害のある子どもを育てた経験者としての精神的支援。
<b>チームの運営に関する事項</b> ・看護師は子どもの成長・発達、病状をアセスメントし、医師と相談しながら、効果的なチーム員の支援体制をコーディネートする。 ・家族・教諭を含めたミーティングを持ち、患者情報の共有や、評価を行う。 ・チーム員は、それぞれの活動状況を理解し、スキルアップしたチーム作りにつなげる。
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b> 昭和大学病院、独立行政法人 国立成育医療研究センター病院、 聖路加国際病院、神奈川県立こども医療センター

チーム医療の具体的実践例3

提出委員名 市川幾恵 委員

<p><b>チームの名称</b> 呼吸ケアチーム</p>
<p><b>チームを形成する目的</b> 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。</p>
<p><b>チームによって得られる効果</b> ・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</p>
<p><b>関係する職種とチームにおける役割・業務内容</b> 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、離脱可能か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。 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。 歯科医師：口腔内の状況を診察し、治療の必要性や問題点をチェックする。 歯科衛生士：口腔内観察、清掃、看護師へのケア指導をする。 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。 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人工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>
<p><b>チーム運営に関する事項</b> *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しカルテに閉じる。</p>
<p><b>具体的に取り組んでいる医療機関</b> 昭和大学病院</p>

チーム医療の具体的実践例4

提出委員名 市川幾恵 委員

<p><b>チームの名称</b> 糖尿病チーム</p>
<p><b>チームを形成する目的</b> 糖尿病センターとして、患者を中心とするチーム医療を推進する。</p>
<p><b>チームによって得られる効果</b> 糖尿病を持ちながら、他の疾患で受診・入院される患者に対して、生活指導・薬剤管理・注射手技獲得などが困難な状況に各専門職が協働することで、患者の問題解決が効果的で効率的になる。</p>
<p><b>関係する職種とチームにおける役割・業務内容</b> 医師：診断・治療方針の決定後に、必要なケアや支援を各職種に依頼し経過を評価する。 看護師：初診患者の情報収集をして、必要情報を各職種メンバーに伝える。診察時間の合い間に患者・家族と面談し、教育入院(1ヵ月)のフォローや自己管理の強化をする。医師の指示に基づくインスリン自己注射の指導やSMBG (self-Monitoring of Blood Glucose)の指導は臨床検査技師が対応できない場合には、看護師が実施するなど各職種間の調整役となる。 栄養士：診察前に栄養管理状況のアセスメントをし、医師に情報提供する。 臨床検査技師：医師の依頼で、自己血糖測定のためのSMBG導入の指導をして、記録をセンターに送る。 薬剤師：必要に応じて、入院患者の服薬指導を行う。 MSW：経済的問題や介護に問題がある場合は、主治医から依頼書が出され対応する。 クラーク：診察前の情報確認や各職種の連絡窓口となり、診察時に必要な情報やデータを揃えてスムーズな診察にする。</p>
<p><b>チーム運営に関する事項</b> 外来の活動以外にも、入院患者への支援は、病棟から医師や看護師の依頼で対応している。個々が対応できない、あるいは大きな問題は糖尿病カンファレンスに議題として提出し、チームメンバーで検討する。</p>
<p><b>具体的に取り組んでいる医療機関</b> 東京都済生会向島病院</p>

## チーム医療の具体的実践事例

提出委員名 遠藤 康弘 委員

チーム（取組）の名称	チーム医療の一員としての医師事務作業補助者（医療クラーク）の活用
チームを形成する目的	煩雑な事務作業が勤務医の疲弊を増幅し、地域における勤務医の立ち去りの要因の一つと考えられている状況を打開するため、医師事務作業補助者（医療クラーク）を導入し、その効果を検証した
チームによって得られる効果	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 勤務医の煩雑な事務作業をサポートしその負担を軽減することで、時間外労働や休日労働を削減し、勤務医の疲弊感を取り除く効果がある。</li> <li>2. 診断書など書類作成時間が短縮され、患者サービスにもつながる。</li> <li>3. 医師本来の診療業務に専念でき、医師の生産性や医療の質の向上につながる可能性。</li> </ol>
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 主として関係する職種は医師であるが、従来看護師になっていた医師の事務的サポートも、医療クラークの業務にとってかわったため、間接的ではあるが看護師の業務負担にもつながり、看護師本来の患者ケアに対応できる効果も期待できる</li> <li>2. 配置： 外来診療補助（内科、小児科、泌尿器科、外科、放射線科等）、 文書補助、医局、手術室、麻酔科</li> <li>3. 仕事内容： <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院・退院書類作成：入院・退院治療計画</li> <li>・検査、入院説明：大腸内視鏡検査説明、心臓カテーテル・パス、ペースメーカー・パス、TBLB 入院予約、SAS 画以来準備</li> <li>・逆紹介などの紹介状の作成：紹介・逆紹介状作成・説明</li> <li>・オーダーリグ 代行入力</li> <li>・手術関係準備（外科系）：手術カンファ準備、手術台帳入力、合併症台帳入力、手術日調整、手術申込、承諾書、麻酔科診察（術前）</li> <li>・文書作成補助：各種保険入院証明書、介護保険意見書、傷病手当金、生活保護等の記入カルテサマリ作成補助</li> <li>・放射線科（読影室）：レポート作成補助</li> <li>・学会資料準備、がん登録作業など</li> </ul> </li> </ol>
チームの運営に関する事項	<p>人材育成・教育体制</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 座学講習の32 時間については、日本病院会主催の“医師事務補助者コース”を受講。</li> <li>② 院内における教育は、OJT による教育を中心にそのた作成したプログラムを併用し、可能な範囲において実施している。</li> </ol> <p>医師と他職種あるいは医師と患者・家族をつなぐ、重要なパイプ役としても活躍</p>
具体的に取り組んでいる医療機関等	埼玉県済生会栗橋病院

在宅緩和ケアにおける、Team Careの問題 ー目次ー

問題点	問題テーマ・問題点	
I-1 治療病院とのチームワーク・治療病院の医師との連携	患者・家族が在宅を希望しているのに、なぜ、治療病院は最初から診療所とチームを組まないのか？ 病院の都合を優先し、患者のことを全く考えていない 在宅医の医療レベル、チームレベルの問題も大きい	
	困難事例の受け入れ "一般病院が受け入れない患者をどうすればよいか" 現在の地域におけるチームケアでは不可能 困難事例を受け入れる在宅緩和ケアチームが必要	
	成功例 併診の問題 "重要なのは、治療方針の共有、責任分担の明確化"	
	病院医師の、在宅緩和ケアに関する知識不足の問題 この病院の医師は在宅緩和ケアについての知識、地域の状況などについて知ろうとしない。	
	患者・家族の在宅希望を、治療病院の医師が真摯に受け止めていない問題 "病院主治医は患者の希望すら聞いていない"	
	がん治療医と、緩和ケア医の併診の問題 治療中止に至るまでの経過についての、治療病院の医師の説明はあいまいで、患者は不安が強かった。	
	I-2 他の在宅医との連携	主治医・副主治医制度(いわゆるドクターネット)のチームは本当に機能するのか "残念ながら、このシステムがうまく機能しているという地域の話聞いたことがない"
	病院と連携する診療所の要件の問題 在宅看取りができない診療所を地域緩和ケアの担い手として、行政は支援しなければならないのか？	
	I-3 チーム内の統合性の問題	問題が生じた時、すぐチームで対応することに対する問題 本ケースは成功事例(日常的にこのような対応をしている) 外部の訪看ステーションとの連携の問題。 考えが徹底していないうろ、詳細かつ迅速な患者情報交換、きめ細かな患者対応を行うことが困難
		高品質のケアを提供するためには、チーム内の意思統一が重要であることを示す事例 このケースでは、治療目標の共有がチーム内で出来ておらず、患者に不要の不安を与えてしまった
看板に偽りのある24時間ケアの問題 一体化していない医療機関と訪問看護ステーションの連携の問題 0:状態が安定している時だけの24時間対応？ 1:緊急対応ができない24時間体制？ 2:在宅がん患者に対応できるステーションが少ない？		
I-4 薬剤師、その他の医療者との統合性	在宅緩和ケアにおける薬剤師の関わり方	
	在宅緩和ケアに関わる薬局の条件とは？ 何処の薬局もが麻薬処方やコミュニケーション技術に習熟しているわけではない。 ケアマネ独走の問題 患者の希望、主治医の意向を無視した発言が、患者を不安に陥れる。 チーム内でケアの哲学、具体的なやり方を共有していないために起こる問題。	
I-5 福祉との連携	ケアマネは在宅緩和ケアのコーディネーターとして適当か？ 独居、認知症の最後の砦は在宅か？もしそうだとすれば、それを実現するための専門的なチームを地域に育てなければならない	
	ケアマネ独走の問題 ケアマネに末期がん患者の在宅ケアのアレンジが可能か？ 患末期の利用者の対応ができるケアマネは少ない。	
	介護職がチームに入る問題。 ヘルパーとも医療チームが直接的な情報交換を行い、連携ができるようなシステムが必要。	
	医療職(看護職など)のケアマネの独走問題 治療目標の共有が出来ていないまま、個人の考えを述べると、それだけで患者は不安に陥る	
	医療の重要性が高い末期がん患者を医師抜きで、福祉職だけで対応しようとする問題 食事が直接・間接の原因で腸閉塞を発生あるいは増悪させた場合の責任は？	
I-6 その他	医療職(看護職など)のケアマネの独走問題 治療目標の共有が出来ていないまま、個人の考えを述べると、それだけで患者は不安に陥る	
	他職種との種な連携の問題 生存中の本人の意志を福祉に託すことは出来ないのか	

問題点	問題テーマ・問題点
II-1 治療病院との連携に時間がかったケース	なぜ、初診時死亡診断というようなことになったか？ 0:Ptサイド、病理解の問題 1.治療病院とPCUとの連携 2.PCUはなぜ2ヶ月も放置？ 3.PCUとPとの連携をなぜ利用しなかったか
	治療病院が患者を引きずり、在宅医と連携を組まない問題 なぜ、治療病院は在宅医とチームを組まないのか？ 自分たちの都合を優先し、患者のことを全く考えていない
II-2 地域の別の主治医が関わっていて、適切な診療所への紹介時期が遅れたケース	在宅とERとのチームワーク ERに担ぎ込まれた末期がん患者をどうするか 緩和ケアに習熟していない医師の診療により、患者は苦痛を味わうことになる。
	治療病院から在宅医療機関への連携の問題 逆紹介のタブー問題 なぜM病院は、遠院困難になり、逆紹介したK医院が受け入れないとわかった段階で、直ちに、在宅緩和ケアのできる医療機関、あるいはチームに紹介しなかったのか？ 拠点病院を中心とした、ネットワーク作りの問題。 NW作りは難しい問題である。その不備のため患者は彷徨い、貴重な時間を浪費することになる。逆紹介タブーの問題、NWが患者視点に立ったものでない問題などのため、適切な医療機関へつながるまでに時間がかかる場合が多々ある。 なぜ、緩和ケアに精通している適切な医療機関あるいはチームに紹介しないのか？
II-3 地域の福祉(ケアマネなど)からの紹介で対応が遅れた	医療が必要になると、病院や他の医療機関へ投げ出す在宅医の問題 症状が安定している間だけ関わる在宅医、緩和ケア専門の診療所の働きを妨げている。
	医療を理解していない福祉(この場合は地域包括)が医療連携に介在し、医療の実施が遅れる問題 末期がん患者は必ず医療につなぐ、ということ病院と診療所の間に入る可能性の高い福祉職徹底しないと、同様の問題が起きる 福祉系の専門員に、はたして医療内容、診療報酬等の説明ができるかどうかという問題 在宅の複雑な医療費や、高額療養費などの情報も正確に理解したコーディネーターが必要
II-4 チーム内の連携が遅れたケース	連携する調剤薬局の問題。 休日、夜間対応の必要あり きめ細かく、迅速対応が難しい介護保険制度の問題 医療に理解が薄い介護職との連携の問題 7月下旬、病状変化にあわせて看護師がケアマネにサービスの変更を依頼。 「またですか、こんなにしょっちゅう言われたことはない」 「休みなで週明けに対応する」と対応が遅かった。 またヘルパーも、「入院させなくてよいのか」と不安げであった。
	がん治療病院の地域連携の問題 「家で過ごしたい患者」を何故PCUに紹介するのか？ G病院は、がん診療拠点病院の中心的存在である！ 決して例外的ケースではない
II-5 専門チームが関わり、迅速に対応でき	がん治療病院の地域連携の問題 「家で過ごしたい患者」を何故PCUに紹介するのか？ G病院は、がん診療拠点病院の中心的存在である！ 決して例外的ケースではない
II-6 専門チームが関わり、行き違	病院でも弄ぶ末期がん患者をどうすればよいか、という問題 ①病院のルールを守らない、スタッフに暴言を吐くなどのため入院継続が難しい ②同一法人で患者宅近くの訪問ステーション、在宅診療があったが、そこでは受け入れを拒否

資料4

問題点		問題テーマ・問題点
III チームの 効率 (Efficacy) の問題	III-1 病院での 退院調整 が無駄 だったと いうケース	病院医師が在宅医の力を理解していない問題。 在宅緩和ケアを担う医療チームに要求される力とは何か。 退院指導で時間をかけすぎ
		病院での退院指導の問題 退院に向けての家族指導の在り方の問題。 在宅にあった適切かつ、時間浪費をしない指導が求められる
		在宅移行の準備を病院が行い、そのために貴重な時間を費やす問題
	III-2 よせ集め 型のチ ームで 効率が 悪かつ たケー ス	病院連携窓口が在宅支援をする問題 病院連携窓口が中途半端な在宅支援をしたため、在宅開始後に混乱を来したケース
		医療的に一定レベルに達していない看護師との連携の問題 医師は指導、問題対応などでかなり時間が取られ、しかもそれが後につながらない恐れがある。
他の訪看ステーションと連携する問題 地域医療、緩和ケアの理解がない医療者によるサービス提供には問題が多い。 そのような医療者とチームを組む場合、非効率性である		
III-3 その他	ターミナル期に対応できないケアマネが関わる問題 毎月の訪問も本人に会っておらず、連携会議もできず、緩和ケアチームとして機能しなかった。 当チームではTHP(Total Health Promotor)がキーパーソンとなることをケアマネに伝えることが出来なかつた。 訪問入浴同行看護師との連携問題 本質的な訪問の目的を理解していない看護職が過剰な対応をすることで、かえって患者・家族の不安を助長	
IV その他 1専門医 とのチ ームを 組ま なけれ ばな らな い場 合	III-3 その他	複数の同一専門職が同時に関わる問題 この場合は、病院の訪問看護と在宅の訪問看護 緩和ケアに習熟し、情報交換が十分にできる、理念の統一されたチームが対応しないと患者サービスの質が落ちる
	4-1-1) 統合失調 症の家族	経過中、死後における専門医との連携、役割分担
	4-1-2) 統合失調 症の患 者、統 合失調 症の 4-1-3) ポ ート挿 入に 関す る、病 院の 支 援	統合失調症の家族ケアなど、専門医や保険師などの協力をどのように得るか 統合失調症などの精神疾患患者の地域ケア専門家とのチームワークが今後の重要な課題と考えられる
		病院とのチームワーク

番号	年齢 性別 原発	関係機関 ST=ステーション	問題の経過	経過の補足	問題テーマ 問題点	事例報告者コメント	患者と家族の声など
<b>I. チームの統合性 (Integration) の問題</b>							
<b>I-1 治療病院とのチームワーク・治療病院の医師との連携</b>							
1	83 F 肺	A 大学病院 B 病院・B 診療所	①A 大学病院が B 病院を紹介。 ②B 病院は B 診療所を紹介 ③B 診療所は診療開始したが、家族が断る ④当院へ SOS 発信 (未受診のため A 病院へ行くようアドバイス)。A 病院当直医対応 ⑤再度 A 病院受診 ⑥A 病院の PCT の担当医師怒る (患者と当院に！ 対して)	A 病院は大学病院。B 病院は一般病院で、B 診療所とは同一法人。 ①A 病院連携室は B 病院の受け入れ拒否がないので(?)、積極的に紹介 ②B 病院が B 診療所を紹介したのは、患者・家族の意向のため。そもそも在宅希望。病院は遠方、実際の病院を見て断った。 ③患者・家族は在宅希望だが、B 診療所医師は薬を置いていだけで、不安になり断った。 ④当院に SOS を出してきたのは親戚の紹介、長男が HP を見て当院を選択した。ただし未受診の状態だったので、A 病院へ、とアドバイスした。 ⑤A 病院再受診の理由は当院未受診のため。 ⑥担当医は事情を説明し、納得	治療病院と在宅医療機関との連携の問題 在宅希望の患者・家族に、医療機関が在宅医療機関を紹介しない問題 在宅医療機関が、治療病院に後方支援を必ず要求? する問題 なぜ、治療病院は最初から診療所につなげないのか? 病院の都合を優先し、患者のことを全く考えていない 在宅医の医療レベル、チームレベルの問題も大きい	A 病院が診療所を紹介しないのは、診療所に紹介すると必ず後方支援の保証 (入院) と何かあった時の対応 (自宅に対応できるはずではないか、というのが病院医師の主張) を求められるから。 A 病院は末期がん患者を入院させるだけの余裕がないので、末期がん患者を積極的に受け入れる一般病院を紹介している。 (以上、A 病院の PCT の医師から電話確認したこと)	A 病院の対応 (患者を無視した心ない紹介、あとは知らない) に対する強い怒り。 やっと自宅で安心して過ごせる、と (初回往診時の長男の言葉)。
2	72 M 舌	G 病院 (がん専門病院) A 一般病院	妻予約・紹介状無しで当院外来受診。急を要すと判断し、同日往診。 A 病院を退院する際、連携室の SWI に当院を紹介されたとのこと。 アナル中、認知症 (?) の診断あり。	G 病院 (がん専門病院) の治療が終了し、A 病院 (一般病院) へ転院した。 G 病院の連携室医師に「なぜ、最初から我々 (在宅診療所) を紹介しなかったのか?」という質問をした。返事は「状況が悪くなったら自宅は無理。認知症があったら一般病院での受け入れは難しい。この状況で受け容れる病院を探さなければならぬ。やっと見つけた病院だ」	困難事例の問題 “一般病院が受け入れない患者をどうすればよいか” 現在の地域におけるレベルでは、確かに在宅は不可能 困難事例を受け入れる在宅緩和ケアチームが必要	①G 病院は在宅希望の患者を病院へ紹介 ②転院先の病院も対応に苦慮 (夜間抑制あり) ③自宅ではまったく普通の意識状態。疼痛緩和 (最終的に CSI 使用) のみ、開始 9 日目に死亡	最初から受け入れてくれるクリニックが地域にあるならば、なぜ紹介してくれなかったのかと、患者の妻は憤っていた。 心配していたことも起きず、大変喜び、感謝 (床に頭をつけて! )。
3	76 F 悪性リンパ腫	C 病院血液内科	骨髄を involve して貧血あり。輸血関係は B 病院が受け持った。 10/18 最後の輸血、以後当院一本で在宅ケアを続行 (11/1 死亡)。	B 病院は地域の 3 次医療を担う基幹病院。 本人、家族の決断で 10/18 の血小板輸血を最後に B 病院の治療は終了	治療病院と診療所の併診の問題 (成功例) “重要なのは、治療方針の共有、責任分担の明確化”	B 病院とは非常によい連携ができています。 病院の力が必要な時は、治療方針の共有、責任分担 (退院後の在宅継続) の明確化などを図っている。	9/21 B 病院で幹部職員出席のもと (約 100 人)、当院の在宅ケアと連携に関する講演を持たせて頂いた

番号	年齢 性別 原発	関係機関 ST=ステーション	問題の経過	経過の補足	問題テーマ 問題点	事例報告者コメント	患者と家族の声など
4	● F 肺	D 病院 E 診療所	肺癌末期で退院困難。 本人・夫は家での最期を希望し病院主治医に相談した。「家で死ぬわけがない。入院しなさい」と強要。約 2 週間後、病院で死亡。	病院主治医に相談する前、夫は当院を受診。 「自宅で最期まで過ごすことは十分に可能である」と説明していた。	病院医師の、在宅緩和ケアに関する知識不足の問題 この病院の医師は在宅緩和ケアについての知識、地域の状況などについて知ろうとしない。	残念ながら、これがわが国の現状。次の例 (No.5) も同一地域 (川越コメント)	夫より電話あり。 「希望が叶わず残念。病院の医師に従わざるをえなかった。」
5	74 M 胃	D 病院 E 診療所	胃癌末期で本人・家族は家での最期を希望し病院主治医に相談したところ「家で死ぬわけがない」と取り合わず。 ケアマネに相談して在宅移行した。	病院主治医に紹介状を求めたところ、一年前の入院サマリーと「患者・家族は在宅を希望していない」というコメントの紹介状のみ。 最近の状況については不明。	患者・家族の在宅希望を、治療病院の医師が真摯に受け止めていない問題 “病院主治医は患者の希望すら聞いていない”	病院自体も病院で最期を迎えさせるのは「良いこと」と認識している。最終的に在宅死を実現できたが、これが現状 (川越コメント)	妻より「病院主治医には全く話を聞いてもらえなかった。」「この人は幸せだった。最期を自宅で迎えられる本当に良かった。」「もっと早くからお願いできれば良かった。」
6	77 F 肺	M 病院	20XX/5 本人には家族なく、親族とも疎遠なので頼りたくないで早めの緩和ケア手配を希望。 入所中の介護施設施設の看護師から当院を紹介されたが、M 病院医師は緩和ケアは必要ないと情報提供せず	M 病院治療医に情報提供を求めながら、呼吸症状や不安に対し通院にて緩和ケア併診。 20XX+2/5 抗がん剤治療は副作用がつらく、主治医から逃れるように中止。 親族も集まって相談。 5/29 緩和ケア病棟入院、7/2 永眠	がん治療医と、緩和ケア医の併診の問題 治療中止に至るまでの経過についての、治療病院の医師の説明はあいまいで、患者は不安が強かった。	「入所施設 (介護系施設) では療養したくない」との希望は確認していたので、緩和ケア病棟の手配をしつつ通院管理で支援した症例	自分で見つけて行かないと緩和ケア施設は紹介してもらえないのか

番号	年齢 性別 原発	関係機関 ST=ステーション	問題の経過	経過の補足	問題テーマ 問題点	事例報告者コメント	患者と家族の声など
<b>I-2 他の在宅医との連携</b>							
7	60 F 肝	N県Drネットの診療所 A訪問看護 ST	死亡前日：ナース訪問。臨死期であることを主治医にメール連絡。 死亡当日：呼吸停止。しかし家族は主治医に連絡がつかず。 →ナースへ連絡。N「救急車を呼ばないように」と言って、すぐ駆けつける。一やっとのことで医師の所在を探り当てた(その間約1時間、副主治医は最初から連絡とれず)。	A県の担当ナースより川越が直接ヒアリングした事例。 ケースは主治医と共に訪問ステーションのナースが約3週間関わっていた。 副主治医は病院の退院前カンファに出席していただい。連絡先も電話も教えてもらえず。最初から「夜呼ばれてもいけない。家がわからないから」と言われていた。(看護師談)	主治医・副主治医制度(いわゆるドクターネット)のチームは本当に機能するのか “残念ながら、このシステムがうまく機能しているという地域の話は聞いたことがない”	問題例よりもうまくいっているところがあればその実情を聞くべき。インセンティブをつけて誘導するには慎重でなければならない。 患者のためよりも、医師のためのシステムだと理解すべきではないか	呼吸停止しても連絡が取れない主治医に家族は不安、無責任だとひどく憤る。 ナースや他の家族が慰めることになった。一生懸命やってきたナースも無力感を感じた。
8	82 F 肺	F病院 Gクリニック	病院主治医からの紹介で訪問診療を開始。 前かかりつけ医に連絡すると、診療を中止して欲しいと言われ中断。 一月後に救急車で入院し、病院から再度訪問の依頼を受け診療を開始した。	Gクリニックの医師は『最後まで診ます。最後はA病院に頼んでありますから』と「最後まで」が在宅看護取りではなく、入院の手配まで」という理解であった。	病院と連携する診療所の要件の問題 在宅看護取りができない診療所を地域緩和ケアの担い手として、行政は支援しなければいけないのか?		

3

番号	年齢 性別 原発	関係機関 ST=ステーション	問題の経過	経過の補足	問題テーマ 問題点	事例報告者コメント	患者と家族の声など
<b>I-3 チーム内の統合性の問題</b>							
9	84 F 肺	在宅診療所 訪問看護 ST	XX年10/18相談、往診。オキシン開始 /10/27 訪問の際、制吐座薬使用を家族にやってもらうことを勧めたら、「それは看護師の仕事、すぐ来てやってくれるのが約束しよう」と反論され、帰って所長に報告。二人で医師に相談しアドバイスを受ける。 /10/29 訪問時、娘の前で座薬挿入実施。要領を教えた。	患者は53歳独身の娘と二人暮らし 看護師は訪問バリアン就職後6M。臨床経験は10年あるが、在宅は初めて。 「吐物の処理は全く苦にしないのに、なぜ座薬を入れてくれないか」が看護師の疑問。 医師の指摘は、①相手は未経験の素人、やったことのないことに不安を持つのは当然②その不安をとるために…(略)。	問題が生じた時、すぐチームで対応することに対する問題 本ケースは成功事例(日常的にこのような対応をしている)	バリアンでは、家族の不安などが強く、在宅ケアの存続にかかわるような場合には、その都度関係するスタッフ(主に医師、看護師)でミニカンファレンスを開いている	座薬の件はその後問題とならず。 ただし病状の急激な進行に対する娘の不安は強く、些細なことで戸惑っている。
10	65 F 肝	F外部訪問看護ST、F肝Z診療所	普段チームを組んでいない訪問看護ステーションと連携して診療。 看護師訪問からの報告内容が不十分な上に力量も不明なため、医師の訪問が増えてしまう。	緩和ケアの基本理念が理解されていないため、看護から家族に状況や対応法の説明などが難しい。 看護師への教育を同時進行で行った。	外部の訪問ステーションとの連携の問題。 考えが徹底していないうえ、詳細かつ迅速な患者情報交換、きめ細かな患者対応を行うことが困難	末期がんのように病状変化の早い疾患の場合、院内訪問と力量が同程度だったとしても、外部訪問と組むと医療サービスの質は落ちてしまう。	
11	44 F 大腸	N訪問看護ST S病院	20XX/4/6 訪問診療開始。 腹膜播種、亜膈閉塞、腹水貯留あり。 連携訪問看護ステーションの看護師が「なぜ先生は腹水を抜いてくれないのでしょうか」と発言。 チームの対応不一致で、患者・家族の不安が増幅。夫の仕事のやりくりがつかないこともあり 5/10 S病院緩和ケア病棟入院。6/16永眠。	腹水貯留はごく軽度であったが、若いことも有りbody imageの変化に過敏であった。 穿刺という手技の話を提示する以上に、精神的サポートが重要と在宅主治医は考えていた。 医療者間で対応に対する有効なカンファレンスができないまま、患者に不適切な助言が伝わった	高品質のケアを提供するためには、チーム内の意思統一が重要であることを示す事例 このケースでは、治療目標の共有がチーム内で出来ておらず、患者に不要の不安を与えてしまった	患者の訴えをすべて医療技術で解決するという短絡的な考えは、緩和ケアの現場にそぐわない。 絶対的な方法が確立しているわけではないので、さまざまな要素を勘案しての治療方針決定となる。その共有を徹底するため、カンファレンスが重要。	看護師さんには抜いてもらえば楽になると言われたのですが…

4

番号	年齢 性別 原発	関係機関 ST=ステーション	問題の経過	経過の補足	問題テーマ 問題点	事例報告者コメント	患者と家族の声など
12	37 F 胃	S病院 Z訪問看護 ST O医院	XX/6/7家族より在宅療養希望の電話連絡 6/9地域の訪問STに依頼し、協働で在宅ケア開始。 6/11脳梗塞様症状出現。往診後、訪問に緊急訪問を指示。対応困難とのこと。やむをえず当法人の訪問STの訪問を調整し対応。その後訪問より、「今後の緊急対応が困難のため撤退したい」と連絡あり。 6/12永眠。	初回訪問時より、肝障害があり、シビアな状態。患者・家族とも覚悟あり、在宅死を希望。 訪問STは24時間対応体制を取っている。 当初、日頃チームを組む同一法人の訪問看護ステーションで受け入れなかったのは、患者数満員のため	看板上の偽りのある24時間ケアの問題 一体化していない医療機関と訪問看護ステーションの連携の問題 0:状態が安定している時だけの24時間対応? 1:緊急対応ができない24時間体制? 2:在宅がん患者に対応できるステーションが少ない?	0:在宅支援診療所と訪問看護ステーションの連携がとれていない。 1:がんの終末期に対応できるステーションが少ない。 2:介護保険枠で時間の縛りがあるために緊急対応を行いにくい。	夫の声 「訪問STとO医院に一体感がないのが、どうしても垣間見えてしまう。不安だ。O医院の訪問STが空き次第、ぜひ変更して欲しい」
<b>I-4 薬剤師、その他の医療者との統合性の問題</b>							
13			訪問服薬指導の内容	処方された薬、患者・家族への説明など共通理解あり。看護師がそのつど、Fax連絡している	在宅緩和ケアにおける薬剤師の関わり方	薬剤師も哲学、具体的なやり方を共有し、情報交換を密接に行うことが重要	
14	71 M 肺	U薬局、FZ 診療所	患者家族の希望により、在宅緩和ケアに慣れていない薬局と連携した。麻薬の知識が少なく、間違った指導をしたり、処方量のチェック機能などの役割が果たされない。		在宅緩和ケアに関わる薬局の条件とは? 何処の薬局もが麻薬処方やコミュニケーション技術に習熟しているわけではない。	訪問薬剤管理指導を全ての薬局が行うように、という方針は無理がある	
15	76 M 胃	Y調剤薬局	訪問診療中で独居でもあり、一人では外出が困難になったため自宅に薬を薬剤師に届けてもらうことにした。 患者から『食べられなくなった』という話を聞いた薬剤師は、訪問する度に入院を勧めていた。	訪問薬剤師は、ケアマネジャーの資格もあり、患者の心配をした対応であった。 患者は「入院しないと迷惑をかけることになるのか」と、いらぬ心配をすることになった。	ケアマネ独走の問題 患者の希望、主治医の意向を無視した発言が、患者を不安に陥れる。 チーム内でケアの哲学、具体的なやり方を共有していないために起こる問題。	統合性をとるために必要なエネルギーは非常に大きい 運用面の問題として片付けてよいのか、検討を要する(KKコメント)	

5

番号	年齢 性別 原発	関係機関 ST=ステーション	問題の経過	経過の補足	問題テーマ 問題点	事例報告者コメント	患者と家族の声など
<b>I-5 福祉との連携の問題</b>							
16	78 F 肺	居宅介護 F支援事業 所	XX/5/18死亡(在宅期間284)。独居1b、認知症。死亡約2週間前に夜間転倒、尿にまみれることがあり(朝のヘルパー発見)、在宅の限界と判断。医師を除いてケア会議を開き、その席で「家族がいるの」と長男を責め、施設を探すことにした。医師へは事後報告。	ケアマネは独自の価値観(独居でかわいそう、家族がいるのになぜお金も出さない)で家族を責め、施設を探した。 ①患者は入院中拘束された経験があり、転院に際して家族も拘束の同意。②子供(男、女)は各家庭の事情があり経済的な援助もできない③死亡時傍に人がいないことがあることも同意していた。	ケアマネは在宅緩和ケアのコーディネートとして適当か? 独居、認知症の最後の砦は在宅か?もしそうだとすれば、それを実現するための専門的なチームを地域に育てなければならぬ	ケアマネは診療所の外部組織に属する。チームの方針、これまでの家族とのやり取りを理解していない。また日々の細かな情報を共有していない。 このようなケースは少なくなった(チームケアを理解せずに勝手に動くケアマネはリストアップして、チームを組まないようにしている)	二人の子供は自宅で安らかに逝ったことを大変喜んだ。 後日、わざわざクリニックにまで感謝の挨拶に来られた。
17	88 F 肺	HI居宅介護 F支援、FZ 診療所	まだ座位を保つことは可能であるため、本人の楽しみのためと家族のレスパイト目的にデイサービス利用を計画した。 ケアマネは医師に相談もなく、患者家族に現状では無理であると説明した。	ケアマネには、患者のQOLの意味や、現状でも引き受けてくれるデイサービス事業所があることを説明した。 しかし聞く耳を持たず、やむをえず、診療所のスタッフでレクリエーションに連れて行った。	ケアマネ独走の問題 ケアマネに末期がん患者の在宅ケアのアレンジが可能か? 癌末期の利用者の対応ができるケアマネは少ない。	癌末期の病態変化の早さや、時間の大切さ、QOLの意味などについての十分な知識、経験がないと癌末期のケアマネは務まらない。	
18	65 M 前立腺	LL居宅介護 F支援、LL 訪問介護、FZ 診療所	ヘルパーが患者の病状変化に気づき、ケアマネに連絡。それからしばらくして、ケアマネから診療所に連絡が来た。 結果的に、対応の遅れが出てしまった。	ケアマネが休みの日であったため、特に連絡が遅れた。	介護職がチームに入る問題。 ヘルパーとも医療チームが直接的な情報交換を行い、連携ができるようなシステムが必要。	ヘルパーはケアマネに連絡をし、その指示に従うような指導がなされている? 運用の問題で片付けてよいのか?(川越コメント)	
19	69 M 脳	M居宅介護 F支援事業 所	脳腫瘍の患者。在宅看取りを家族は希望していた。衰弱の進行に伴い摂食量が徐々に減少傾向にあったが、看取りも近くなっており、不安に対応しつつ、誤嚥しにくいものを選択して摂取してもらっていた。担当のケアマネが不適切な発言を行い、妻の不安が増大し入院となった。	ケアマネージャーは看護師資格を持っていた。 彼女の不適切な発言とは、「1日の飲水は1500ml確保しなければ生命維持ができないから、飲めないなら点滴が必要」と言うこと。 在宅主治医の考えを聞かないで、勝手にこのような発言をした。	医療職(看護師など)のケアマネの独走問題 治療目標の共有が出来ていないまま、個人の考えを述べると、それだけで患者は不安に陥る	看護師は院内所属看護師が訪問し、目標共有ができていた。 在宅では、出入りする全ての職種が発する一つ一つの言葉が、患者と家族に大きな影響を与える。 医療職だけではなく、全メンバーに治療目標の共有が欠かせない	「水は1日1500ml飲まないでダメって言われました...このままだとすぐ死んでしまうのですか?」

6



番号	年齢 性別 原発	関係機関 ST=ステーション	問題の経過	経過の補足	問題テーマ 問題点	事例報告者コメント	患者と家族の声など
20	88 M S状 結腸	居宅介護 支援事業 所	医師が訪問を開始した時、すでに介護支援専門員が決まっていた。ケアマネのアレンジ(指揮?)で食事の手配、ヘルパーの手配などが行なわれていた。	S状結腸の狭窄が強く、食事は医療の問題。しかし、ケアマネジャー、ヘルパーだけで対応していた。	医療の重要性が高い末期がん患者を医師抜きで、福祉職だけで対応しようとする問題 食事が直接・間接の原因で腸閉塞を発生あるいは増悪させた場合の責任は？	がん終末期は生活支援一つとっても医療的な関わりが大きい。この症例は特に病態として食事の問題は医療そのものである。このような患者に介護と医療が独立して動いていることが問題	
I-6 その他							
21	80 M 腎	社会福祉 士	患者には子供がいなく、91歳の認知症の姉と二人暮らし。姉は施設入所を希望しない。自分が死んだ後も、自宅での生活を継続することができるようにするため、後見人をたてて金銭管理を依頼した。しかし、後見人は甥に連絡し、施設入所の手続きを進めた。	経過中に姪に通帳を預けていたが、姪がそれを使い込んでしまった。そのことがあって、他の親類も信頼できない、という理由で患者は後見人を立てた。 91歳の認知症の姉は心不全で通院困難な状況であったが、家での生活は保たれていたため、訪問診療を継続していた	他職種との稀な連携の問題 生存中の本人の意志を福祉に託すことは出来ないのか		

7

番号	年齢 性別 原発	関係機関 ST=ステーション	問題の経過	経過の補足	問題テーマ 問題点	事例報告者コメント	患者と家族の声など
<b>II 対応の迅速性 (Quickness) の問題</b>							
<b>II-1 治療病院との連携に時間がかかったケース</b>							
22	71 F 肝	A病院	10/13 家族から電話で訪問の依頼あり 2週間前に退院したが、外来通院ができず、主治医に相談したとのこと。 10/14 診療開始する前に自宅で死亡、検死となった	夫と二人暮らしであったが、夫は脳梗後遺症による要介護状態。本人が通院できない状況になり、長男に連絡した。 長男はケアマネジャーに連絡し(10/12)、ケアマネジャーが当診療所を紹介した。 10/13に病院主治医に相談に行っている。	治療病院が患者を引きずり、在宅医と連携を組まない問題 なぜ、治療病院は在宅医とチームを組まないのか？ 自分たちの都合を優先し、患者のことを全く考えていない	このようなケースは最近少なくなっただけに思うが、地方にはまだあるのであろうか。東京では、大学病院の患者がこのような傾向にある。大学病院からの紹介患者は在院日数が有意に短い。(川越コメント)	
23	53 M 肉腫	K病院 S病院	XX/7/15 K病院相談支援センターから紹介あり。当院相談外来 XX/8/7 退院 /9/1 S病院PCUI入院 /10/1 S病院にて永眠	相談外来受診から退院までの時間的ロスは、嘔気のコントロール、精神科受診などに時間がかかったため さらに、本人と家族は在宅の自信を失い、S病院転院予定となった。 在宅を開始したのは、「やはり自宅に戻りたい」という言葉があったから。 S病院入院は既定路線	在宅移行ラグの問題 症状コントロールは病院でという御認識を患者・家族が持つことになる。 在宅での穏やかな時間が短くなる	緩和ケアを専門とする在宅医が関われば、退院までの時間的ロスを最小にすることが可能	
<b>II-2 地域の別の主治医が関わっていて、適切な診療所への紹介時期が遅れたケース</b>							
24	63 M 食道	X診療所 (かかりつけ医) B病院ER	XX/9/28 夕刻B病院ERより電話一家族相談外来受診(18:30頃)一往診(20:00)。10/4 死亡	XX/05/ 食道癌の診断。放射線化学療法(済生会中央)。以後紹介元の荒木医師が診察。 /09/28(本日)B病院ER受診(本人が治療を受けたいと言って)。	在宅とERとのチームワーク ERIに担ぎ込まれた末期がん患者をどうするか	食道癌で当初から胃浸潤、肝転移があり根治不能。	
25	71 M 大腸	G医院、F 診療所	大学病院の外来と、近医で適宜点滴など受けていた。 体動困難になって当院在宅ケア開始。腹水著明に貯留した状況。 輸液の中止と利尿剤投与など緩和ケアを提供。 12日間で亡くなった。	もう数週間早くから関わっていただければ、著明な腹水貯留による苦痛を回避することが可能であった。	緩和ケアに習熟していない医師の診療により、患者は苦痛を味わうことになる。	緩和ケアに習熟した専門チームに任せるべき。 「もっと早くから先生方に診てもらえば良かった。」	

8

番号	年齢 性別 原発	関係機関 ST=ステーション	問題の経過	経過の補足	問題テーマ 問題点	事例報告者コメント	患者と家族の声など
26	72 F 乳	M病院、 K病院	手術を受けたM病院外来に通院していたが、病状進行のため1ヶ月間通院できない状態が続いた。病院の医師はK診療所へ紹介したが、そこでは「麻薬処方ができない」と診療を拒否した。半月後何も食べず動けなくなり、病院医師から当院に往診依頼があった。	緊急往診時、下顎呼吸、血圧測定不能。 1ヶ月以上インシュリン使用をせずに、血糖値は599mg/dlだった。当院の在宅緩和ケアを受けて在宅死した。	治療病院から在宅医療機関への連携の問題 逆紹介のタブー問題 なぜM病院は、通院困難になり、逆紹介したK病院が受け入れないとかかった段階で、直ちに、在宅緩和ケアのできる医療機関、あるいはチームに紹介しなかったのか？	当チームが行っている教育的在宅緩和ケア(緩和ケアに慣れない診療所を指導し、その診療所と協働で在宅緩和ケアを行うこと:川越注)をすれば、麻薬の使用経験のないK病院でも穏やかな取り扱いの成功体験をすることができたはず。	「在宅緩和ケアのできる医療機関を早く知りたかった。とても不安だった。現在の状態を説明してくれる身近な医療者を求めている。自宅で旅立たのがよかった。」
27	75 M 甲状腺	AC病院 Y病院	Y病院からTC病院を紹介し、そこで手術。しかし、両側肺転移・胸椎転移があり、TC病院はY病院に逆紹介した。Y病院では訪問診療がなく、患者が通院できないため月一回家族が薬をもらいに往診していた。痛みはあったが、1年以上上モルヒネの増量もなく、患者は痛みで苦しんだ。見かねた家族が当院を独自に探して往診を依頼してきた。	TC病院はがん診療拠点病院。基本的に診療後は紹介元に自動的に返す(逆紹介タブー:川越注)。紹介元がない時は、診療拠点病院を中心に作成したネットワークを用い、自宅近くの診療所を探してそこへ紹介する方式を採用している。その場合、その診療所が緩和ケアに精通しているかどうかは考慮していない。	拠点病院を中心とした、ネットワーク作りの問題。 NW作りは難しい問題である。その不備のため患者は彷徨い、貴重な時間を浪費することになる。逆紹介タブーの問題、NWが患者視点に立ったものでない問題などのため、適切な医療機関へつながるまでに時間がかかる場合が多々ある。 なぜ、緩和ケアに精通している適切な医療機関あるいはチームに紹介しないのか？	この地域では、拠点病院が地域の診療所に呼びかけ、手を挙げた診療所をリストアップし、それをNW化する方式をとっている。 そこには、患者に対する高品質のケア提供という視点はなく、各地域の医療施設の意向(都合)を重視している。 地域の医療機関も患者が少ないため、引き受けている。(このような事情は、日本全国の共通現象と言ってしまうではない:川越注)	「緩和ケアに精通し、在宅での療養を支援する診療所、連携する訪問看護ステーションがあるなら、なぜそういった情報を私たちに提供しないのか!」
28	● ● 肺	N診療所	XX年Y月 地域のN診療所から、当院へのSOSがあった。当院の受け入れ能力が限界に達していたため、受け入れられなかった。	SOSの理由は、状態が不安定となり、緊急対応が難しくなってきたため。病状が安定している間(医療は不要?)だけ、N診療所は訪問診療を行ってきた。	医療が必要になると、病院や他の医療機関へ投げ出す在宅医の問題 症状が安定している間だけ関わる在宅医。緩和ケア専門の診療所の働きを妨げている。	看取りまで支えるにあたり、患者、家族との人間関係を築く期間も必要である。 N診療所が在宅ケアを行うことは、患者にとって大きなデメリットとなる。 在宅看取り率が低い診療所は、診療報酬上の区別が必要だ。	

番号	年齢 性別 原発	関係機関 ST=ステーション	問題の経過	経過の補足	問題テーマ 問題点	事例報告者コメント	患者と家族の声など
<b>II-3 地域の福祉(ケアマネなど)からの紹介で対応が遅れたケース</b>							
29	61 M 肝	地域包括 支援セン ター	XX/8/18相談依頼、19日を予約。 /19 長女より断りの電話。心配した当院の相談員が家族、包括へ電話。母が明かないので医師がB病院主治医、包括担当者へ連絡。 /9/6 長女来院、往診開始。疼痛5/10! XY/1/31現在生存中。MTパッチ84mg(経口モヒ換算1200mg)で疼痛緩和	①混乱、遅延の原因は包括の相談員の勝手な判断(まだ外出できるから医療は必要ない) ②包括相談員は医療職でない ③当院の相談員(看護師)では母があかないので、医師が事情聴取。B病院医師に確認後、至急相談に来よう家族へ勧めた ④元の主治医(病院医師)はケアマネの勝手な判断に驚いていた!	医療を理解していない福祉(この場合は地域包括)が医療連携に介在し、医療の実施が遅れる問題 末期がん患者は必ず医療につなぐ、ということを病院と診療所の間に入る可能性の高い福祉職徹底しないと、同様の問題が起きる	患者は妻(60代肺気腫障害4級車椅子生活)と二人暮らし、生保。 構造的な制度問題もあるが、相談員のPersonalityの問題もある	お世話になっているケアマネから、「まだ在宅診療所にかかる必要がない」と言われた。 当初妻は「病院が安心」。娘は「父が家にいたいといっているのだからやわらしたい」。在宅ケアが始まって安心し、現在は落ち着いた良い時を持っている
30	不明	地域包括 支援セン ター	在宅医療に詳しくない診療所の医師が、地域包括のケアマネに末期がん患者の医療費について問い合わせを行った。 ケアマネは費用などの説明を行う際、患者からの質問をケアマネを通して間接的に答えたが、結局ケースに結びつかなかった。 患者や家族からの直接の問い合わせや、医療機関からの情報提供書などは最後までなかった。	医療費などの制度は、福祉関係者も正確に理解しておらず、患者や家族にも正確な情報が伝わらない。調整の仲介を申し出るのはいやが、医療情報も曖昧な調整でかえって時間を費やしている。	福祉系の専門員に、はたして医療内容、診療報酬等の説明ができるかどうかという問題 在宅の複雑な医療費や、高額療養費などの情報も正確に理解したコーディネートが必要	昨今の不況状況下で、医療費に対する患者の不安は大きい。 提供される医療の内容、疾患特性を踏まえての説明は、地域包括支援センターでは無理である	

番号	年齢 性別 原発	関係機関 ST=ステーション	問題の経過	経過の補足	問題テーマ 問題点	事例報告者コメント	患者と家族の声など
<b>II-4 チーム内の連携が悪く、対応が遅れたケース</b>							
31			モルヒネの使用量が急激に増え、手持ちがなくなった(土曜日の午後)	同様のことは、経口摂取不能のためDDSの変更などでもあり	連携する調剤薬局の問題。 休日、夜間対応の必要あり		
82 M O 血 液 Aケアマネ	S病院 O医院 O看護 Aケアマネ		<p>独自の男性。要介護1、ヘルパー(ケアマネと同事業所)利用。</p> <p>4月下旬より当方で介入、7月中旬まで安定して経過。</p> <p>7月下旬より状態増悪、せん妄、転倒など介護の手が多く必要になった。</p> <p>介護保険区分変更をAケアマネに依頼、ベッドやエアマットなどの手配等諸々看護師から伝えた8月中旬永眠</p>	<p>長女は仕事があり近所に在住。ケア会議を行った際、ケアマネは介入に積極的ではなかった。</p> <p>長女、ヘルパー、看護師間でケアノートをつくり情報交換を行っていた。しかし、ヘルパーと同事業所のケアマネに情報が伝わっていなかった模様。</p>	<p>きめ細かく、迅速対応が難しい介護保険制度の問題</p> <p>医療に理解が薄い介護職との連携の問題</p> <p>7月下旬、病状変化にあわせて看護師がケアマネにサービスの変更を依頼。</p> <p>「またですか、こんなにしょっちゅう言われたことはない」</p> <p>「休みなので週明けに対応する」と対応が遅かった。</p> <p>またヘルパーも、「入院させなくてよいのか」と不安げであった。</p>	<p>がん患者には時間がないことをチームメンバーが認識していない</p> <p>がん患者の介護調整に慣れていないケアマネは、対応が後手後手になることが多々ある。介護度が出るまで、介護環境の調整に着手しないことが多い。</p> <p>ヘルパーも看取りの経験がない場合が多く、ヘルパー自身が不安になっている</p>	<p>長女、看取り時</p> <p>「昨日要介護5と連絡を受けたばかり。訪問のお風呂に入れてあげたかったが、結局叶わなかった」</p>
<b>II-5 専門チームが関わり、迅速に対応できたケース</b>							
81 M 食 道	G(がん専門病院)、S病院のPCU、クリニック		<p>10/10/13 S病院のPCUより緊急電話(19時)。「どうしても家に帰りたいという患者がいて、退院を強行しようとしている。家で診てほしい。」</p> <p>10/14 往診・訪看開始</p>	<p>G病院は、家で過ごしたいと切望する患者をPCUに紹介。</p> <p>入院となった患者は我慢できなくなって、夜半にS病院のPCUを強行退院した。</p>	<p>がん治療病院の地域連携の問題</p> <p>「家で過ごしたい患者」を何故PCUに紹介するのか?</p> <p>G病院は、<b>がん診療拠点病院の中心的存在である!</b></p> <p>決して例外的ケースではない</p>	<p>在宅切望の患者を病院へ紹介する。これが残念ながら病診連携の実態。そのために、在宅開始が遅れてしまう。</p>	<p>初回往診時、「もう入院の必要はない」と言うと、破顔でVサイン。家族も安心したと</p>
<b>II-6 専門チームが関わり、行き場のない患者に対応したケース</b>							
84 M 咽 頭 ニックK	?→Y病院(一般病)→クリニック		<p>10/10/19 午後電話、夕相談</p> <p>/10/20 初回往診、訪看</p> <p>Opioid開始</p> <p>/11/19 在宅死</p>	<p>病院、在宅でもこの患者の療養が困難な理由は</p> <p>①アル中、②経度認知症、③夜中に抜け出す(煙草を買いに?)、④未告知(娘達の反対)故のEmotional pain、⑤呼吸苦、⑥老々世帯、妻病弱。妻を怒鳴る、など</p>	<p>病院でも弄ぶ末期がん患者をどうすればよいか、という問題</p> <p>①病院のルールを守らない、スタッフに暴言を吐くなどのため入院継続が難しい</p> <p>②同一法人で患者宅近くの訪看ステーション、在宅支診があったが、そこでは受け入れを拒否</p>	<p>入院も難しい、在宅も専門チームが関わらないと困難。</p> <p>在宅の専門チームを育てないで、このような困難ケースに対応できるだろうか?</p>	<p>娘の話:「昨日(相談日)より患者の表情が大変穏やかになり、落ち着いた。私たちもこのまま在宅を希望します」</p>

11

番号	年齢 性別 原発	関係機関 ST=ステーション	問題の経過	経過の補足	問題テーマ 問題点	事例報告者コメント	患者と家族の声など
<b>III チームの効率(Efficacy)の問題</b>							
<b>III-1 病院での退院調整が無駄だったというケース</b>							
82 M 白 血 病	Q病院		<p>10/4/14 Q病院連携室より電話</p> <p>16日 相談、往診</p> <p>26日 死亡(在宅ケア11日)</p>	<p>Q病院担当者の話では、指導にまだ数日かかるので退院は(かなり)あとになるとのこと。</p> <p>「それはこちらでやるからできるだけ早く返してください」、と伝えた。</p> <p>それに依って退院を早めてくれた。</p>	<p>病院での退院指導の問題</p> <p>退院に向けての家族指導の在り方の問題。</p> <p>在宅にあった適切かつ、時間浪費をしない指導が求められる</p>	<p>病院では胃ろう管理、吸引器の使用法など、時間をかけて細かく指導を受けた</p> <p>家族はかえって不安を持つことになった。実際的な方法を在宅で指導</p>	<p>御家族と一緒にお酒やTVを楽しみ、良き時を過ごされた(クリニックK副院長談)</p>
71 M 脳腫瘍	G病院		<p>9月27日(入院中)、退院後の診療依頼あり。</p> <p>9月30日、家族と面談。病状は落ち着いており、退院前に家族指導(中心静脈栄養や呼吸管理など)をしていた。</p> <p>10月1日、自宅に酸素機器やベッドを揃え、退院の準備をしていた。病状が急変し、退院はできなかった。</p>	<p>病院で準備したことは家族に指導をするよりも退院後に自宅で</p>	<p>在宅移行の準備を病院が行い、そのために貴重な時間を費やす問題</p>	<p>生活支援を主目的とした在宅医療は、単純な病院医療の延長ではない。</p> <p>家族に対する在宅医療の指導は、在宅サイドが行うべき。それが無駄なく、Speedyに在宅ケアを開始する秘訣である。</p>	
70 M 腎	J病院 A地域包括支援センター		<p>20XX/9 J病院にて手術、化学療法不応腎癌の診断</p> <p>J病院は、介護ベッドのみを勝手に手配した。</p> <p>患者家族が在宅医を探しに、地域包括支援センターへ行った。</p> <p>地域包括から当院を紹介。</p>	<p>J病院看護師は在宅医やケアマネジャーに引き継がないまま、直接福祉用具業者にベッドを手配した。</p> <p>後日介護保険上の手続きが行われていないことが判明し、自費負担となった</p>	<p>病院連携窓口が在宅支援をする問題</p> <p>病院連携窓口が中途半端な在宅支援をしたため、在宅開始後に混乱を来したケース</p>	<p>退院後の介護連携なども含めて、在宅緩和ケア医は地域連携ができる。</p> <p>病院で行う個別の手配は、非効率</p>	<p>介護保険で借りれると聞いたのに、自費になるのは納得できない</p>

12

番号	年齢 性別 原発	関係機関 ST=ステーション	問題の経過	経過の補足	問題テーマ 問題点	事例報告者コメント	患者と家族の声など
<b>III-2 よせ集め型のチームで効率が悪かったケース</b>							
38	58 M 虫垂	地域の訪問看護ST	XX/5/29在宅開始。疼痛緩和のために、ポートを用いたクモ膜下モルヒネ持続注入 /7/29ポート刺入部の針が外れ、激痛で苦しむ。 /8/3死亡。塩モヒ使用量384mg/日(経口モルヒネ換算57600mg/日！)	たまたま常時連携を組む訪問STが一杯。医療レベルは高いと評判の地域の訪問STと協働 クモ膜下持続注入はレベル的に高過ぎた面もあるが、非常に医師としてはやりにくかった。トラブル(針が自然抜きし激痛で苦しむ)への対応が遅れた	医療的に一定レベルに達していない看護師との連携の問題 医師は指導、問題対処などかなり時間が取られ、しかもそれが後につながらない恐れがある。	シリジポンプ、ポートの使用 方法、トラブル対処法、塩モヒの経口換算など、指導に時間を取られた。 同じステーションと再度協働する機会あり。最初からの指導を繰り返すことになり、空しい思いであった。	看護師はよくやってくれ、在宅を選択してよかったが、看護師が質問に答えられなかったり説明が十分でなく、不安だった(妻談)
39	63 F 大腸	NS訪問、NS居宅介護支援、FZ診療所	病院からの退院時に病院の訪問とケアマネが退院後も対応することが決められていた。 緩和ケアの知識、技術、経験がなく、緩和ケアの質が低下した。 物品や採血献体の搬送のため、在宅医師や事務員が動員されることもあった。	当院看護師が、無償で患者宅に訪問し、現場で外部訪問に技術指導を行った。 訪問の24時間体制加算は一家所のステーションしか申請できないので、完全な無料奉仕となった。	他の訪問ステーションと連携する問題 地域医療、緩和ケアの理解がない医療者によるサービス提供には問題が多い。 そのような医療者とチームを組む場合、非効率性である	緩和ケアに習熟し、情報交換が十分にできる、理念の統一されたチームが対応しないと患者サービスの質が落ちる	
40	89 F 肺	G病院 O内科 O訪問ST S居宅支援 事業所 G病院緩和病棟	認知症があり日中独居の肺癌末期。 トイレに行けなくなった時、ケアマネが初めて患者を見てびっくり。 家族がヘルパーと入浴を依頼するも、自分の事務所のヘルパーは手配できないので入院を勧めた。	それまでケアマネはいつも患者に会わず、玄関で家族と話し合っていた。 動けるうちはデイスサービス、動けなくなったらヘルパーと、ケアマネは考えていたが、ヘルパーがすぐに手配できなかった。	ターミナル期に対応できないケアマネが関わる問題 毎月の訪問も本人に会っておらず、連携会議もできず、緩和ケアチームとして機能しなかった。 当チームではTHP(Total Health Promotor)がキーパーソンとなることをケアマネに伝えることが出来なかった。	在宅緩和ケアを理解できていないケアマネとチームを組むのは難しい。 初めてチームの一員として動く場合、在宅でのケアの本質について説明する機会が必要だと思った。	ケアマネの話聞いて、在宅はもう無理と思った。 膀胱留置カテは入れてほしくなかったが、入院したらすぐにバルーンを入れられてしまった。ショックだった。
41	77 M 大腸	I訪問看護ST	20XX/12 直腸癌、脊椎転移、肺転移 I訪問看護STとの連携で訪問開始 20XX+1/1 自宅で看取り	患者の家族の求めがなくても、訪問入浴の前後はバイタル確認が必要と頻回の訪問を繰り返す。 医師の指示も確認せず、必要だからと家族に説明。 訪問看護師から医師への報告はバイタルのみで、会話内容などは皆無。	訪問入浴同行看護師との連携問題 本質的な訪問の目的を理解していない看護職が過剰な対応をすることで、かえって患者・家族の不安を助長。	癌末期という診断のみで、指示を確認せず明らかに過剰な訪問を繰り返す。 結果的に家族にとっては安心どころか、かえって不安を助長し、緊急電話対応も頻回となった。	

13

番号	年齢 性別 原発	関係機関 ST=ステーション	問題の経過	経過の補足	問題テーマ 問題点	事例報告者コメント	患者と家族の声など
<b>III-3 その他</b>							
42	63 F 大腸	NS訪問、NS居宅介護支援、FZ診療所	病院からの退院時に病院の訪問とケアマネが退院後も対応することが決められていた。 緩和ケアの知識、技術、経験がなく、緩和ケア提供の質は落ちてしまった。 物品や採血献体の搬送目的に医師や事務員が患者宅を訪問することもあった。	在宅診療所の看護師が、無償で患者宅に訪問し、現場で他機関の訪問に技術指導を行った。 訪問の24時間体制加算は一家所のステーションしか申請できない。	複数の同一専門職が同時に関わる問題 この場合は、在宅の訪問看護と病院(他機関)の訪問看護 緩和ケアに習熟し、情報交換が十分にできる、理念の統一されたチームが対応しないと患者サービスの質が落ちる	二つの訪問看護が関わる必要性は全くない。 緩和ケア専門チームに所属する訪問看護にすべてをゆだねる方が効率的	
<b>IVその他 専門医とのチームを組まなければならない場合</b>							
43	70 M 肺	医師、看護師	09/6/4在宅死(42日間の経過)。死後のケアの時、「辛い時、何かあったらこちらに連絡を下さい」と看護師が長男を慰めた。 その後担当看護師へ長男が頻りに電話し、事務所まで面会に来ることが数回あった。	患者は長男と二人暮らし。長男は独身、統合失調症 死後の息子のケアのために、必要なチームを組まなかった失敗例である カンファで今後の対策を協議した	専門医、専門職との連携の問題1(失敗例) 経過中、死後における専門医との連携、役割分担を行わなかった問題例である。特に患者の死後における息子のケアを考えていなかった。	最終的には精神科の主治医に事情を説明し、そちらに任せてくれた。 それ以後は電話をかけてきたり、ステーションに姿を現すことはなくなった。	「父がお世話になった看護師にお礼を言いたかったので、合わせてください」
44	67 F 肺	在宅医、看護師、保健師、精神科医師	経過中、在宅医が精神科医へ、訪問看護師が担当保険師へ連絡を取り、相談しながらケアにあたった。患者は統合失調症 10/10/28在宅死(経過24日) 患者の死後直ちに医師、保険師へ連絡し、患者にはそちらの診察、ケアを受けるように伝えた	患者は長男との二人暮らし。患者、長男、長男の彼女全てが統合失調症。その彼女も患者宅へ出入りしていた。 統合失調症でない二男が遠くないところに住んでいたが、ほとんど姿をみせなかった。 上記ケースの失敗を踏んだ、成功例	専門医、専門職との連携の問題2(成功例) 統合失調症の家族ケアなど、専門医や保険師などの協力をどのように得るか 統合失調症などの精神疾患患者の地域ケア専門家とのチームワークが今後の重要な課題と考えられる	患者の統合失調症の状態は、比較的よい。 本人、家族の在宅希望は強い。 入院先の問題もあり(通常の精神病院は受け入れ不可)、また病院受診を勧めても全く聞く耳を持っていなかった。	金銭を巡っての長男、次男の確執があったようだ。 しかし、死亡直後は落ち着いた様子で、次男も大変感謝していた
45	60 M 肺	病院	10/31進行中のケース 呼吸苦緩和のための塩モヒ投与DDS(CSI-ポート) 塩モヒ投与DDS(CSI-ポート)の変更に、ポート設置のため1泊2日の入院	疼痛緩和に要する塩モヒ量がやや多く(現在5760mg/日)なり、皮下注での投与が困難となったため	病院とのチームワークの問題(成功例) ポート挿入に関する、病院の支援	このような場合、病院側は「開業医がひきとらないのでは」と心配するようだ	療養を息子にバトンタッチするため、在宅を選択。本人フレンチ、息子和食

14

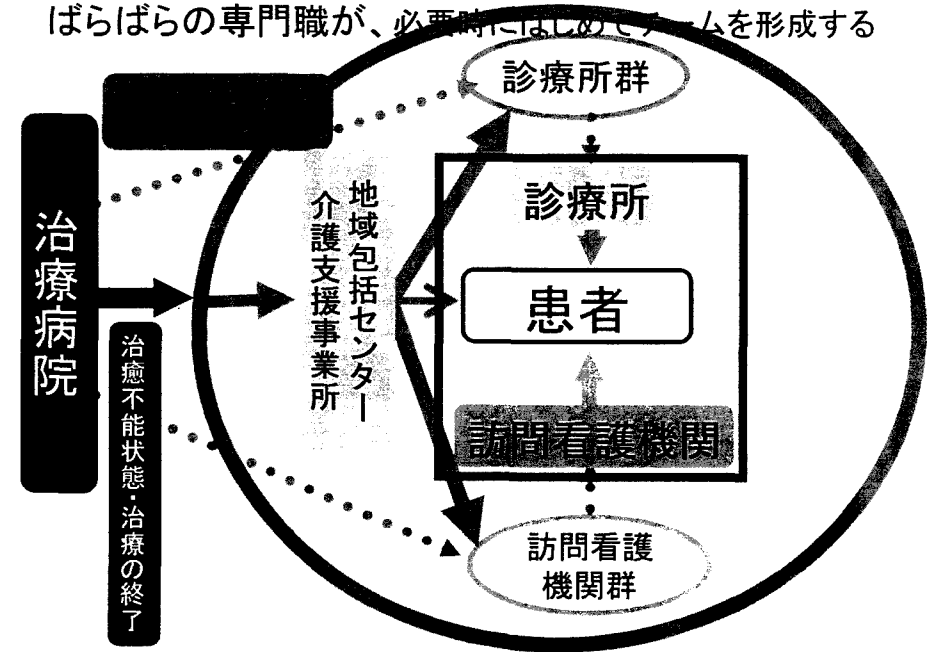
# 在宅緩和ケアにおける チームケアの問題

—事例を通して、これからを考える—

緩和ケア診療所(PCC) 連絡協議会  
14診療所

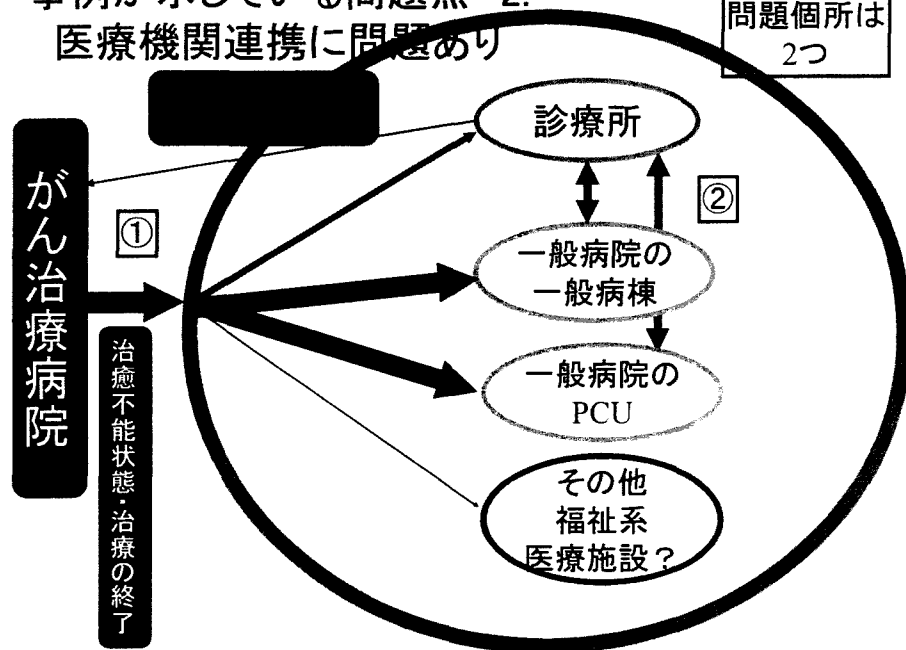
クリニック川越・院長 川越 厚

事例が示している問題点 1.  
ばらばらの専門職が、必要時にはじめてチームを形成する



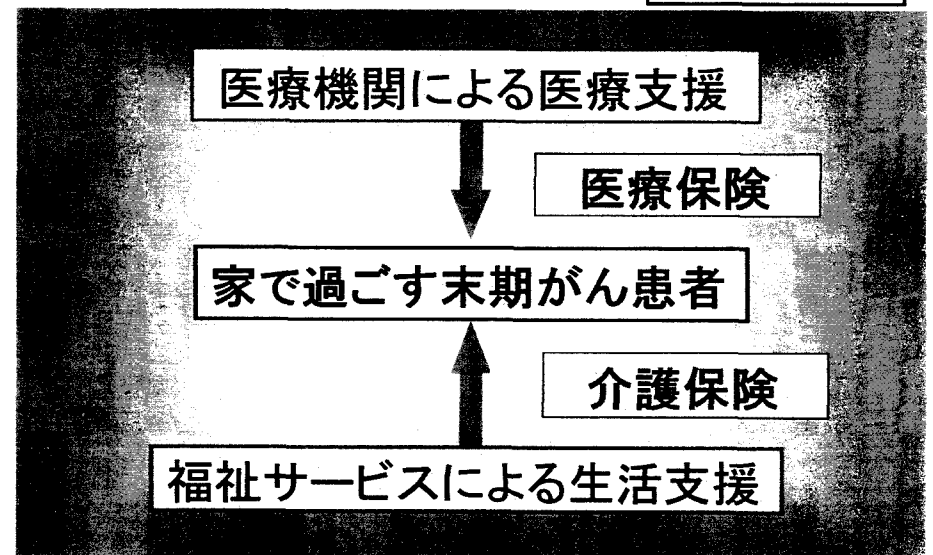
事例が示している問題点 2.  
医療機関連携に問題あり

問題箇所は  
2つ



事例が示している問題点 3.  
医療と福祉の連携の問題

問題は  
制度的に  
別建てだということ



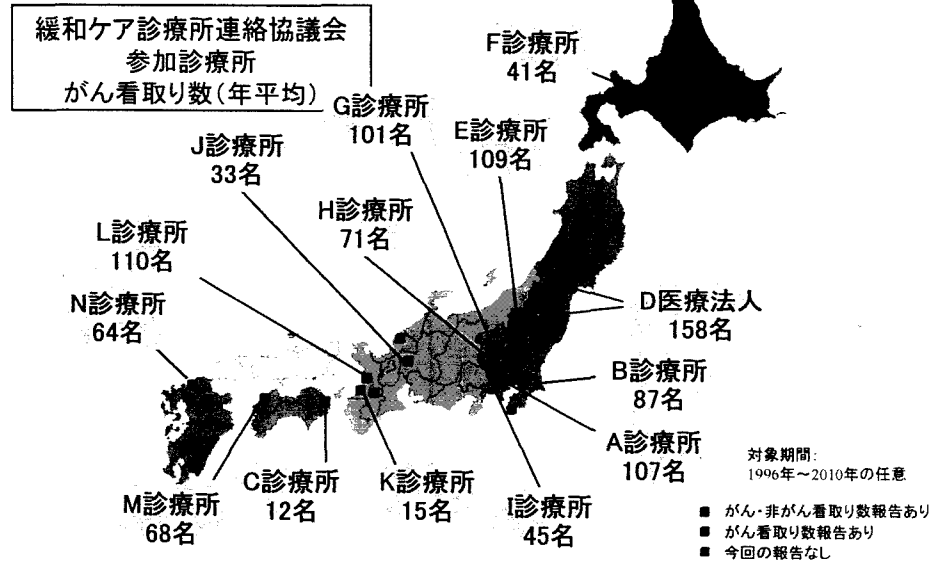
事例が示している問題点 4.  
 困難事例の増加: 現在のままの Team Approach  
 では、在宅はますます難しくなる



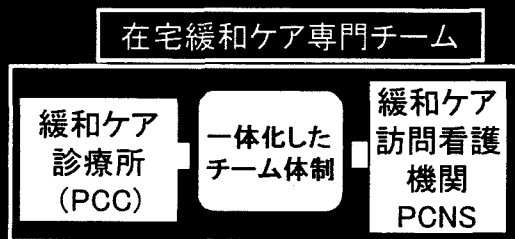
67歳 女性 胃がん 独居

困難事例への  
 対応は、  
 現在の  
 Team Approach  
 のままでは  
 今後  
 不可能になる  
 可能性が高い

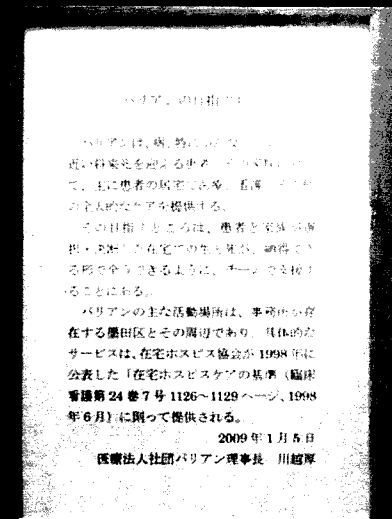
TCの在り方からみた、これからの方向性を探る  
 専門チームで在宅緩和ケアを提供する



在宅緩和ケア専門チームの  
 基本的枠組み



一体化したチーム体制とは 1  
 チーム理念を共有していること



医療法人ハリアンの場合

## 一体化したチーム体制とは 2 看護師・医師でパスを共有していること

末期がん患者に対する  
医療行為に関する指示書

訪問看護パリアンへの  
事前約束指示

クリニック川越院長  
川越 厚  
(2007年7月20日作成)

医療法人パリアンの場合

## 一体化したチーム体制とは 3 看護師・医師との協働による24時間対応

患者・家族

①

②

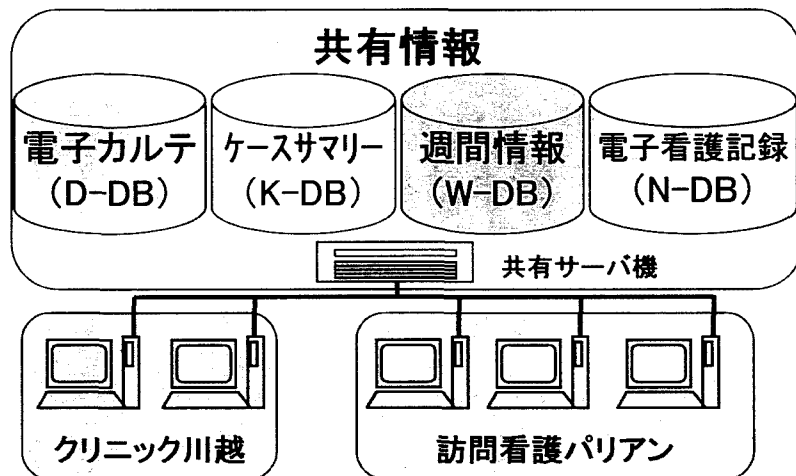
③

医師

⇒ 確実・迅速な「24時間ケア」を提供する

医療法人パリアンの場合

## 一体化したチーム体制とは 4 診療情報を看護師・医師で共有していること



医療法人パリアンの場合

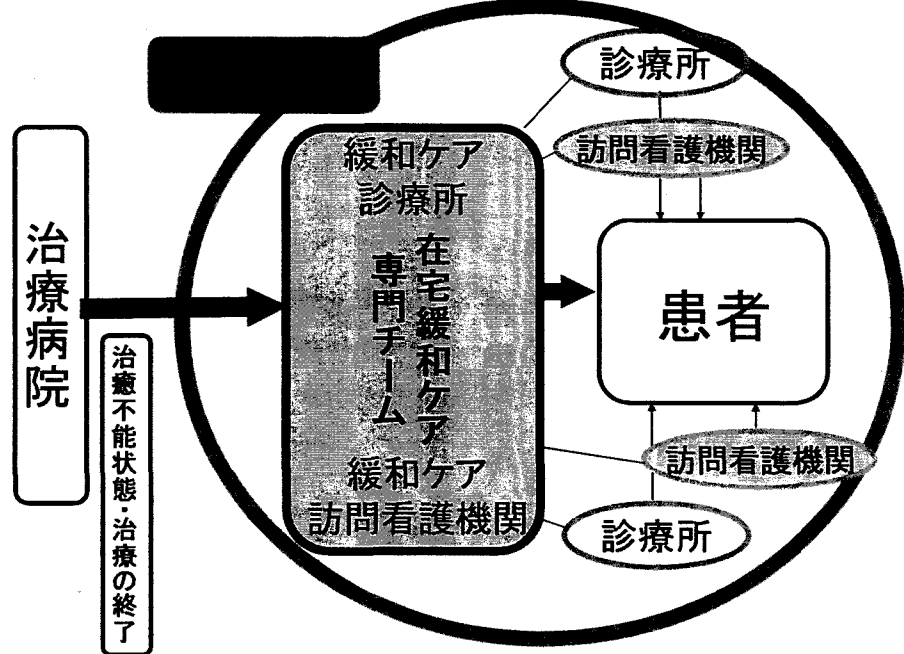
## 一体化したチーム体制とは 5 定期的にケースカンファレンスを開いていること



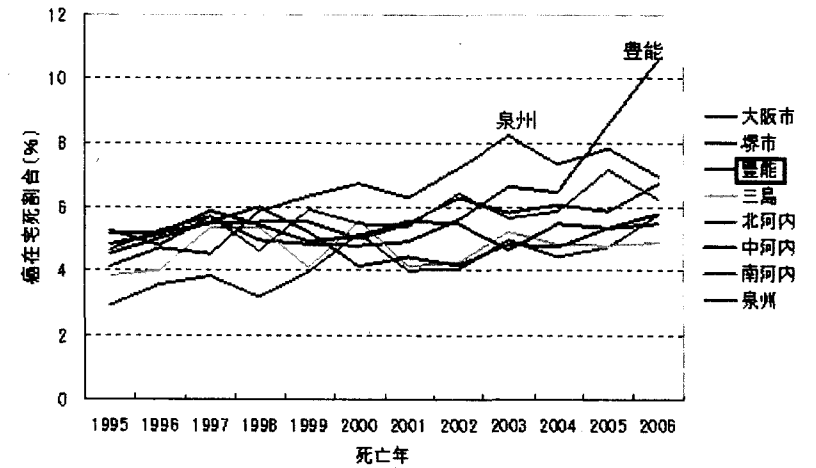
医療法人パリアンの場合

# 在宅緩和ケアチームの働き

一体化した効率性の高いチームとは

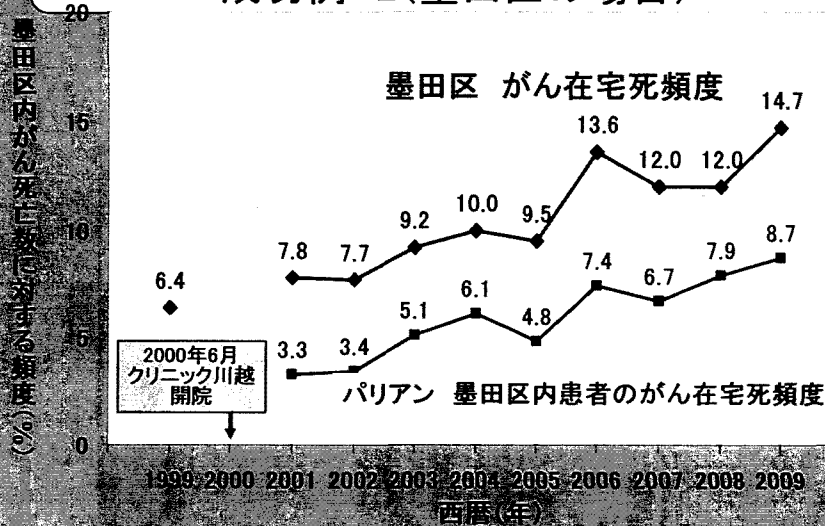


# 在宅緩和ケア専門チームの成果 成功例1 大阪府二次医療圏別に見た 癌在宅死割合の推移



千里ペインクリニック(豊中市)は2004年に開業、豊能地区を中心に活動を行っている

# 在宅緩和ケア専門チームの成果 成功例 2(墨田区の場合)



※2009年の墨田区データは暫定数

まとめ： 事例を通して、  
これからの在宅緩和ケアチームを考える

- 緩和ケアにおける在宅の目的の明確化  
目的を実現するための、チームケアの推進  
成果を尺度とした、チーム評価の推進
- パラダイムの変換・制度改革をも視野に入れる
  - 1) 一体型在宅緩和ケアチームの推進
  - 2) 医療と福祉の、より実効性ある連携の推進
  - 3) TCをやりやすくする介護保険の見直し
  - 4) 病院と在宅の連携の見直し
- 結語：緩和ケア専門チームを地域に育てていく



チーム医療の具体的実践事例

提出委員名 川島 由起子

チーム（取組）の名称 在宅栄養サポートチーム
チームを形成（地域の中核病院管理栄養士による在宅介入）する目的 入院中に行った的確な栄養管理の方法を在宅生活に応用するために、在宅での療養を支援する職種（ケアマネジャー、看護師、ホームヘルパーなど）や本人・家族に対し、在宅訪問栄養食事指導を行う。これにより、患者の生活の質の向上、原疾患の治癒促進および感染症等の合併症の予防、再入院予防に結びつくことができる。
チームによって得られる効果 ・肺炎等の合併症が減少し、原疾患の悪化防止や再入院の減少など医療の質の向上。 ・輸液、抗生剤等の使用量が減少し、物的コストが削減。 ・家族や在宅チームの栄養問題に関する不安軽減。 ・経口摂取維持による患者満足度の向上。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 医師：医師はチームリーダーとして治療方針を決定する。ケアマネジャーと協議して訪問看護師、訪問介護士、訪問管理栄養士、訪問薬剤師、訪問リハビリスタッフ等に指示を行う。病院に在籍している管理栄養士に治療方針を伝え、在宅の情報を聞き取る。 看護師：訪問看護師が毎回、患者の栄養スクリーニングを実施、訪問看護師はそれらを取りまとめ、医師に報告する。医師に承認された栄養計画に基づいて、栄養サポートを行う。地域担当者会議に参加。 管理栄養士：在宅に訪問し、栄養状態の評価を行い、栄養計画を作成し、他の職種や本人・家族の栄養・食事問題（食材や栄養剤購入、食事形態の調整、誤嚥予防、口腔ケア、食品の保管、調理方法など）の相談に応じる。地域担当者会議に参加して、医師の治療方針を在宅スタッフに説明する。在宅スタッフの意向を聞き在宅での患者の状態と共に医師に伝える。 リハビリスタッフ：訪問リハビリを行うことにより、廃用を予防し、骨格筋をすることで栄養状態の改善を図る。その他、摂食嚥下障害などに対するサポートを行う。地域担当者会議に参加。 ホームヘルパー：食材の購入のサポート、食材の保管や食事作りを支援する。地域担当者会議に出席。
チームの運営に関する事項 ・看護師が訪問時に、患者の栄養状態や摂食状況のスクリーニングを実施。 ・リスク患者を医師に報告し、医師からの依頼で在宅訪問栄養食事指導を管理栄養士が行う。管理栄養士は栄養評価と栄養計画の作成、具体的な栄養サポートを行う。 ・栄養サポートは栄養計画に基づいて訪問看護師、ホームヘルパー、家族などが対応。 ・管理栄養士は栄養ケアプランを作成し、医師とケアマネジャーに栄養ケアプランと指導内容の報告を行う。
具体的に取り組んでいる医療機関等 緑風荘病院

チーム医療の具体的実践事例

提出委員名 川島 由起子委員

チーム（取組）の名称 栄養サポートチーム（周術期栄養管理～外来から入院・退院における栄養サポート）
チームを形成（病棟配置）する目的 ・消化管がんの手術予定患者について、術前に主観的包括的栄養評価（SGA）を実施し「中等度栄養障害」以上と評価された患者（術前ハイリスク患者）について、外来はもとより入院中においてもNSTによる栄養介入を実施することで、術後在院日数の短縮および転帰の改善を目指す。
チームによって得られる効果 ・術後在院日数低減 ・術後合併症発生率減少 ・術後の転帰の改善
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 医師：術前ハイリスク患者に対する術前・術後の栄養介入の指示。術前・術後患者に対するNSTミーティング・回診の実施（1回/週）及び栄養状態の把握。 看護師：外来看護師は消化管がんの手術予定患者に対しSGAを実施し、術前ハイリスク患者を抽出。病棟看護師は術前ハイリスク患者の状態を把握し、問題点に対しNSTミーティング及び回診において報告する。 管理栄養士：外来において、術前ハイリスク患者に対して免疫補助栄養剤の飲用指導を実施する。病棟に配属された管理栄養士が術前ハイリスク患者入院時に外来時の栄養摂取状況を把握、また直接患者から栄養管理上必要な情報を収集する。その情報をもとに食事内容及び形態、経管栄養（静脈栄養）投与プランの提案を医師に行う。一方、医師の指示のもとにオーダーシステム上での変更を行うことで看護師、医師の業務軽減を図っている。これらの内容について電子カルテ上の栄養管理計画書に記載し情報の共有化を図る。またNSTミーティング及び回診に参加し患者の状態に応じた食事提供に寄与する。また、患者の術後の食事に対する不安解消及び退院後のQOLの向上を目的に栄養食事指導を実施する。（入院中2回）以上の行為をスムーズに実施すべく病棟回診、病棟カンファランスへ参加する。該当患者が他施設へ転院する場合、退院時栄養サマリーを発行し、入院中の提供食事内容、栄養管理状況について情報提供、情報の共有化を図る。 薬剤師：病棟配属された薬剤師が薬物療法における提案や疑義照会時に、医師の同

意・指示に基づいて処方・注射・検査をオーダするなど医師オーダサポート業務を実施し医師の支援・業務軽減を図る。

リハビリスタッフ：

病棟担当のリハビリスタッフが、リハビリを行うことにより、摂食嚥下障害などに対するサポートを行う。また NST カンファレンス・回診に参加し情報提供を行う。

臨床検査技師：栄養管理に関わる検査データの提供および NST への参加による検査技師の立場からのアドバイスをを行う。

チームの運営に関する事項

- ・ 外来：手術日が決定した時点で、入院時に行われている SGA と同様の評価を外来看護師が施行。「中等度栄養障害」以上の症例に対して、NST による栄養介入を実施。
- ・ 入院：入院時に外来にて紹介の免疫補助栄養剤の飲用状況を把握するとともに、NST 回診にて、患者状況を把握し報告書への記載、電子カルテ上へ掲載することで情報の共有を図る。

具体的に取り組んでいる医療機関等

株式会社日立製作所日立総合病院

チーム医療の具体的実践事例

提出氏名 川島 由起子

チーム（取組）の名称	横断的・専門的チームの高度な栄養管理 (緩和ケアチーム、ストーマ・褥瘡ケアチーム)
チームを形成（病棟配置）する目的	全ての入院患者に対して栄養評価を行い、最もふさわしい栄養療法を提供する。また高度な栄養管理を要求される患者に対し、横断的・専門的チームとして治療に深く貢献する。
チームによって得られる効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者の予後の改善</li> <li>・ 専門チームからのアシストより、より質の高い治療効果へ繋げる。</li> <li>・ 早期栄養障害の発見と早期栄養療法の開始により重症化の抑制、在院日数の短縮と入院費の節減。</li> <li>・ 栄養に関する食材、輸液、抗生剤等の適正化による経費削減</li> </ul>
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容	<p>医師：担当医は、各チームのチームリーダーとしてカンファレンスを実施し回診を行っている。(カンファレンス回数、回診は各チームにより異なる)</p> <p>看護師：病棟担当看護師は各カンファレンスに参加し、<u>患者の身体状況や心理面の情報提供を適切に行い、ケアにあたる。</u>チームでは事例検討会等を行っている。</p> <p>管理栄養士：全病棟に配属され、直接患者からの情報と看護師からの情報を得て、全入院患者及び毎日担当病棟の入院患者の栄養評価と栄養計画を作成し、栄養サポートを実施。各担当のカンファレンスに参加。PHS 持参することにより各セクションからの連絡、相談、情報を漏れなく対応。転院時には <u>患者情報提供書を作成し転院先への患者栄養情報の提供を行っている。</u> <u>地域施設栄養士との連絡会を定期的に主催し症例検討、勉強会を開催している。またその中で栄養剤のマニュアルの作成を行い栄養に関する共通ツールの作成を行っている。</u></p> <p>薬剤師：全病棟担当制となっており、<u>薬剤の投与方法の管理、副作用情報の提供。</u>薬剤配合変化や誤投薬のチェック、薬剤の投与方法が実際に各症例に適しているか否かから見た栄養サポートを実施。全カンファレンスに参加。</p> <p>臨床検査技師：検査データから見た病態の把握や助言、毎日アルブミンデータの抽出を行い栄養部への連絡を通じて、栄養サポートを実施。NST カンファレンスに週 1 回（1 回 1 時間）、NST 回診（月 1 回）に参加。</p> <p>理学療法士：リハビリを行うことにより、廃用を予防し、骨格筋を作ることで栄養状態の改善を図る。その他、摂食嚥下障害などに対するサポートを行う。</p>

必要時カンファレンスに参加。

チームの運営に関する事項

・病棟担当管理栄養士が入院時および入院後週 1 回以上、全患者のスクリーニングを実施すると共に個別チームのカンファレンスに参加し、高度栄養管理が必要な患者への栄養サポートに対応している（例：褥瘡改善に向けての栄養剤の情報提供や適切な選択のアドバイス等）。

具体的に取り組んでいる医療機関等

札幌社会保険総合病院

## チーム医療の具体的実践事例

提出委員名 田口良子 委員

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

## ○退院計画の検討：

退院に向けて、現在の病状や治療方針・家族情報・地域資源等を共有する。

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

## 具体的に取り組んでいる医療機関等

独立行政法人神奈川県子ども医療センター

## チーム医療の具体的実践事例

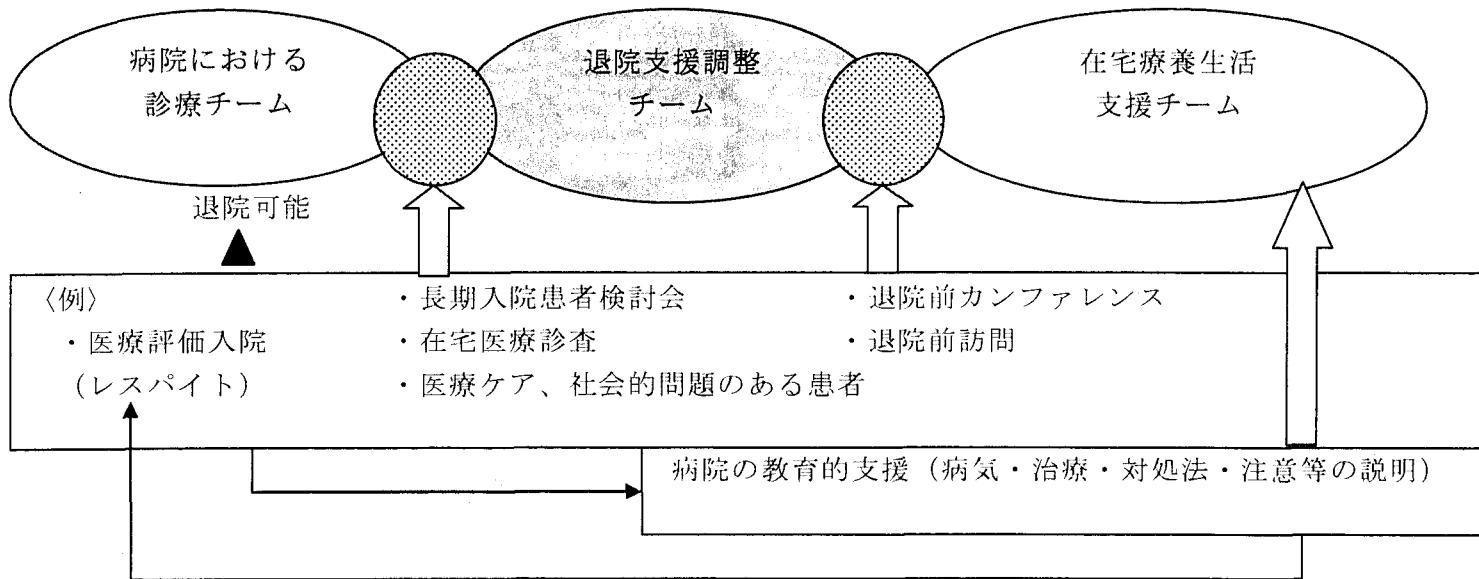
提出委員名 田口良子 委員

<p><b>チーム（取組）の名称</b> 地域関係機関と連携した在宅療養生活支援チーム</p>
<p><b>チームを形成する目的</b> 患者が在宅療養生活を継続するために、地域関係機関の役割機能を発揮し、ライフステージにおいて必要な在宅療養生活支援システムを構築する。</p>
<p><b>チームによって得られる効果</b> ・医師やその他関係職種による医療機関の支援を受けることで、一度退院した患者がその後も必要な医療の提供と在宅での療養生活を続けることができる。 ・開業医・往診医・病院との情報交換・連携強化を図り、保健・医療・福祉機関との連携と相談体制の確保をすることで、在宅での療養生活の支援強化につながる。</p>
<p><b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b> 医療機関を含んだ地域関連機関が主体となる在宅療養生活支援チームの構築</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○（病院）医師：             <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院中の病状や病気の経過および治療方針を地域関連機関へ情報提供を行い、医療の継続性と連携を促進する。</li> <li>・各方面、医療機関等に対する連携とリーダーシップを発揮する。</li> </ul> </li> <li>○（在宅）医師（開業医・往診医）：             <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院患者の在宅医療の中心者として、訪問看護ステーション看護師と連携し継続した治療を実施する。</li> <li>・患者家族の自己管理、予防意識の高揚と実践を支援する。</li> <li>・質の高い医療の提供と地域医療者におけるリーダーシップ機能をもつ。</li> </ul> </li> <li>○（地域）保健師：             <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関から退院患者の連絡を受けた場合、必要時には退院前カンファレンスに参加し、環境整備、かかりつけ医の確保、関係機関との連絡調整、家族調整等を行い、患者の退院受け入れ準備を行う。</li> <li>・在宅療養生活上の課題や問題が生じた場合には、情報の共有、支援方針の合意、問題・課題解決を図るためのケースカンファレンスを開催する。</li> <li>・在宅療養に必要な地域の情報を提供する。</li> </ul> </li> <li>○訪問看護ステーション看護師：             <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅ケア技術援助を通して、退院後の在宅療養生活で新たに加わったケア上の問題や患者・家族のニーズ・問題の早期発見と早期対応策の調整に努める。</li> <li>・患者が快適な療養生活を維持するため、主治医・関係機関との連携を図る。</li> </ul> </li> <li>○地域福祉関係者：             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネージャー、介護保険施設、福祉施設職員、福祉行政職等は、患者家族の療養生活に必要な関係者で情報提供、情報共有、役割分担・機能分担を図る。</li> </ul> </li> </ul>

<p><b>チームの運営に関する事項</b> ○在宅生活における医療上の問題を把握し、地域関係機関との調整を図る。医療上の連携が必要な場合は、病病連携、病診連携の再構築に努める。 ○在宅寝たきりによる医療ケアが必要な場合、診療報酬の棲み分けを検討する。（例えば、呼吸補助療法、栄養補助療法等の栄養チューブ、濃厚栄養剤、カニューレ、人工鼻などの診療材料等の提供、在宅医療指導管理料加算、訪問看護指示書等） ○入院中に計画された退院計画に沿って、患者にあった地域での支援チームを準備する。 ○病気や状態に対して、地域での対応困難等の問題が生じた場合、患者を取り巻く環境調整や関係者の理解を支援する方策を検討する。（患者を取り巻く地域関係者向けの研修会等の開催により理解を得る）</p>
<p><b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>  神奈川県域保健福祉事務所</p>

(キーワード：責任・機能・連携・発展)

病院〈緊急・急性期・精密検査〉	地域〈在宅〉
<ul style="list-style-type: none"> <li>○最良の医療を提供できる診療チーム</li> <li>○必要な時に必要な医療を受けることができる</li> <li>○退院後の生活を考慮して準備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ライフステージに応じた支援チーム</li> <li>○地域の中で安心安全な療養生活を支援できるチーム</li> <li>○患者家族のニーズ、QOLを保障できるチーム</li> <li>○自立・自己実現・予防</li> </ul>



チーム医療の具体的実践事例

<b>チーム（取組）の名称</b>	外来化学療法 チーム
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>	・抗がん剤の化学療法は今まで入院患者を対象に行っていたが、患者の QOL の向上、新しい治療法の開発、医療経済等から外来で化学療法を行うようになってきている。分子標的薬剤の発売によって、細胞障害性抗がん剤と異なる重篤な副作用が発現し、その副作用対策のためには複数の診療科の医師の関与が必要になってきている。また、高額な抗がん剤を使用することによる医療費の問題も生じており、医師がチームのリーダーとして薬剤師、看護師、社会福祉士がそれぞれの専門性を持って参加することによって適正に外来化学療法を行うことができる。
<b>チームによって得られる効果</b>	・医師ばかりでなく、薬剤師、看護師、社会福祉士等が外来でチームを組むことによって専門職種間の垣根がなくなり、日常的に情報交換・情報共有が迅速に行えると共に、専門的な視点に立って薬物療法、患者ケア、副作用の防止、アドヒアランスの向上に寄与できる。
<b>関連する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>	・外来化学療法担当医師 外来で化学療法が適正に実施できるように各職種に指示を与え、チームが有効に機能するようにリーダーシップを発揮する。 ・薬剤師 抗がん剤調製を実施し、通院治療センター、薬剤師外来（医師の診察前に患者と面談し、経口抗がん剤や医療用麻薬の使用に関し医師へ処方提案する）、診察時の同席において、患者に抗がん剤、麻薬、抗凝固薬等の薬効、副作用等を説明するとともに、副作用モニタリング、アドヒアランスを確認し、問題があれば医師にその情報を還元及び処方提案等を行って薬物治療の適正化を図っている。また、外来で化学療法を実施したことによる帰宅での副作用等の問題などに電話で対応するホットラインを看護師とともに担当し（8時30分から15時 薬剤師、15時から17時15分 看護師）、患者からの質問に対してその緊急対応の必要性のトリアージを行っている。重篤な事例の場合には担当医師に転送し、迅速な対応を図っている。また軽微な事例の場合には、薬剤師、看護師にて対応を指示し対応内容をカルテに記載して医師へ事後報告として情報伝達することで、適切ながん治療の提供と効率化を図っている。 ・看護師 医師の指示のもと通院治療センターの患者に対して、患者のセルフケアを提供している。また、がんなんでも相談ブースを設置して、がんについての色々な患者等からの相談事項に対応するとともに薬剤師と分担してホットラインを担当し、適切ながん治療の提供と効率化を図っている。 ・社会福祉士 患者とスタッフ間、患者と家族間・地域生活などとのつなぎ役としての役割を行いながら、レジメンや疾患ごとの医療費の問題等についても対応している。また、がんなんでも相談ブースで看護師とともにがんについての色々な患者等からの相談事項に対応している。
<b>チーム運営に関する事項</b>	チーム運営に関しては以下の項目が前提であり、教育が必要 ・電子カルテによる情報の共有化 ・定期的なカンファレンスの実施 ・チームマネジメント能力 それぞれの職種の専門的知識・技術力向上に向けた教育体制が前提となる
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>	独立行政法人国立がん研究センター東病院

チーム医療の具体的実践事例

<b>チーム（取組）の名称</b>	外来がん化学療法チーム
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>	抗がん剤治療を通院にて受ける患者では副作用の早期発見は難しく、また、副作用発現時の迅速な対応ができないことが問題である。このため、来院時に患者に対して起こりうる副作用内容、対処法を確実に伝えたとともに、継続治療を行っている患者に対しては副作用モニタリング、副作用対策を実施する必要がある。医師不足の状況で、外来がん化学療法室にて薬剤師が医師、看護師と連携をとりながら患者への治療内容の説明とともに副作用に関して指導を行うことは、がん治療における安全性を確保する上で必須である。
<b>チームによって得られる効果</b>	・登録レジメンに基づく用法・用量、適用基準の確認を行うことにより、がん化学療法における有効性と安全性が確保 ・薬剤師が患者状態の把握、副作用モニタリングを行い、支持療法の処方提案を行うことにより、医師の負担が軽減され、診療効率が向上し、より多くの患者の受け入れが可能 ・副作用を軽減することにより、患者 QOL の向上のみならず、副作用発現による抗がん剤の減量、中止が少なくなり、dose-intensity が維持されることにより治療効果が向上
<b>関連する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>	① 医師：病状・病期・病理所見などの説明、化学療法剤の選択、治療効果の判定、有害事象の確認と対策 ② 薬剤師：患者への治療説明、副作用と有効性のモニタリング、電子カルテへの患者指導内容の記録、副作用対策のための処方提案、抗がん剤レジメンの管理、レジメンに基づく処方鑑査、抗がん剤の無菌的混合調製、医師・看護師への情報提供 ③ 看護師：投与中のモニタリング、副作用に対する症状マネージメント、心身のサポート、家族へのサポート ④ 歯科医師：口腔衛生処置などの口腔ケア・口腔合併症のケア ⑤ 管理栄養士：食事指導 ⑥ ソーシャルワーカー：医療費のしくみ、活用できる制度の紹介・相談窓口
<b>チーム運営に関する事項</b>	・週に1度のカンファレンス ・受診時に医師・薬剤師・看護師が必ず患者の状態の観察を実施、問題があるときにははその都度、協議を行い治療法を決定 ・歯科医師、栄養士、ソーシャルワーカー等への介入依頼体制の確立
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>	岐阜大学医学部附属病院

<b>チーム（取組）の名称</b>
医療安全管理部チーム
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>
現在の医療は高度化・複雑化しており、いかに注意喚起しても事故防止には限界がある。そこで、病院全体で医療事故やインシデントに関する情報を収集し、事故の起こりにくいシステムを検討し、医療現場フィードバックし、組織の欠陥を是正することが有効なリスクマネジメントとなる。
<b>チームによって得られる効果</b>
全職種の医療人が医療安全管理部チームに参画することにより、インシデント事例を客観的に評価し、総合的に検討し、病院全体としてのシステムの改善が図られる。特に注意すべき事例は、医師、看護師、薬剤師等のスモールグループで事情聴取、原因説明、対策の提案を行い、その後、医療安全部会議で検討、実行される。また、医療安全部会議で検討された事例は、全診療科、全病棟等の代表者が参加する会議で、さらに検討され、周知徹底が図られる。他部署でのインシデント事例も、分析、評価、対策を立てることにより、自分の部署の改善点としてフィードバックされる。また、各部署からの連絡も積極的に行われ、情報の共有化が図られている。
<b>関連する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>
①医師：患者の医療の責任者としての立場から、広い視野に立った、鋭い検討を行う。アレルギー歴等の情報提供も行う。 ②看護師：医療行為、ケア等を数多く行い、転倒・転落事故、与薬、注射、チューブ等のインシデントが起こりやすい。また、入院、外来、中央診療部門等に配属されているため、多方面のインシデントに関与する可能性があり、積極的に医療安全に加わっている。 ③薬剤師：インシデントには薬剤に関わるものが多く、重篤になる可能性が高い。したがって、薬剤に関するインシデント事例では、薬剤師の情報提供、積極的な対策の立案が不可欠であり、ほとんどの医療安全部会議の議題に積極的に関与している。また、ヒューマンエラーを少なくするための機械化、バーコード利用等を積極的に推進している。病院全体でのオーダーリングの変更が有効と考えられれば、システムを構築し、マスターを変更している。また、運用が問題であれば、各部署と積極的に交渉し、運用方法を改善している。その他、院内の講習会での教育、研修も行っている。 ④臨床検査技師、放射線技師：患者、検体の取り違い防止、造影剤使用時の糖尿病薬チェック等に積極的に取り組んでいる。 ⑤管理栄養士：禁忌食物のチェック等に取り組んでいる。 ⑥事務：受付業務等での取り違い等防止や、施設、環境整備等に関与する。
<b>チーム運営に関する事項</b>
・毎月1回医療安全部会議、毎月1回サブリスクマネージャー会議（全診療科、病棟、外来、中央診療部、事務等が参加）を実施。 ・ジェネラルリスクマネージャー（GRM）と連携をとり、病棟でのカルテチェック、病棟ラウンド等を行う。 ・インシデント等発生時は、医師、GRMと連絡を取り、患者の健康を第一に考え、対策を検討し、対処する。
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>
山形大学医学部附属病院

<b>チーム（取組）の名称</b>
集中治療チーム
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>
集中治療の対象となる患者は、多種多様の重症疾患を抱えたうえ、心機能、腎機能、肝機能、呼吸機能など様々な臓器機能が低下している。年々治療法が進歩していく中で、作用が急激な注射剤の多種併用、患者の状態に応じた時間単位のきめ細かな投与薬剤・投与量の設定、様々な医療機器の使用など、各職種の医療スタッフがチームを組み、その専門性をもとに治療の質、安全性の向上を図ることは非常に重要である。このようなチーム病棟専従型他職種チームが構築されてはじめて質が高く安全な集中治療が可能となる。
<b>チームによって得られる効果</b>
・安全かつ効果的な治療による、ICU在室日数、病院在院日数の短縮 ・医療費の削減、物的コスト削減 ・副作用、合併症、原疾患の悪化などの早期対応、未然回避
<b>関連する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>
・医師：入院時、主疾患の治療・管理方針を決定し、合併疾患に関しては他診療科へコンサルト及び治療協力を依頼すると同時に、他職種に対しても方針に基づいた指示を与えチームが効率的に機能するようリーダーシップを発揮する。また、時間単位の病態変化に合わせて、治療・管理方針及びこれに基づく治療法見直しを家族への説明・同意をもとに行いながら、他職種とスムーズな連携を図る。 ・看護師：医師の指示の下、リスク管理を主とした問題点の抽出を行い、これに対する看護計画を立案する。また急激な病態変化や時間単位の指示変更に対応しながら、患者の安全で安楽な入院管理を行うため医師リーダーのもと他職種との連携を行う。 ・薬剤師：薬物療法の占める割合が大きいうえに、作用が急激な注射剤の多種併用、患者の状態に応じたきめ細かな投与薬剤・投与量の変更の必要性、劇薬・毒薬の使用頻度の高さなどから、薬剤師が病棟専従型のチームの一員として医師・看護師とともに安全かつ効果的な薬物療法のサポート、薬学的プロブレムに基づいた介入、医薬品管理を行う。 ・臨床工学士：人工呼吸器やPCPS、CHDF、シリンジポンプなど生命の危機に瀕した患者にとって安全な機器使用は非常に重要である。そのため、常に使用できるためのメンテナンス、前準備など機器管理全般や安全手順作成、使用者教育などを行う。 ・理学療法士：集中治療管理による運動性の低下に伴う廃用症候群の防止や早期離床を目指し障害の集中的改善を図る。 ・言語聴覚士：集中治療管理に付随する嚥下困難に対し、接触嚥下評価訓練を行う。
<b>チーム運営に関する事項</b>
・患者入室時、毎朝のカンファレンスによる情報や方針の共有化 ・電子カルテによる情報の共有化 ・各チームスタッフの病棟専従・常駐化（不在時は院内PHSの対応など）
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>
長崎大学病院



チーム医療の具体的実践事例

<b>チーム（取組）の名称</b>
周術期安全管理および感染管理チーム
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>
手術室は麻薬、向精神薬、毒薬、麻酔薬などの厳格な管理を必要とする薬品が頻繁に使用されるため医薬品の適正管理が最も必要な場である。常に生命に直結する現場であり、手術を安全に行い、かつ感染を起こさないようにするためには効率的な体制の整備と適切な感染管理が重要である。各職種が専門的な分野での役割を担い、チーム医療を実践している。
<b>チームによって得られる効果</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・安全かつ質の高い手術の提供</li> <li>・手術室で使用される医薬品や医療機器の情報提供によるリスクマネジメントの実践</li> <li>・使用薬品の適正管理によるコストの削減</li> <li>・感染対策の実施による患者手術部位感染予防および医療従事者防衛の強化</li> </ul>
<b>関連する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>
<p>執刀医：手術時の病態管理、患者に安心・安全な手術を提供するよう各スタッフに指示を出す。術後感染対策の徹底。</p> <p>麻酔科医：麻酔実施下に伴う手術時の全身管理を行い、呼吸機能、循環動態の把握を行っている。執刀医、ME、看護師と共に投薬指示を行い、薬剤師と共に使用薬品の確認を行っている。</p> <p>看護師：執刀医や麻酔科医の指示下、機器出しや投与薬剤の準備。</p> <p>薬剤師：手術室で使用される医薬品の管理、術前内服薬、術後感染予防抗菌薬のチェック、手術関連医薬品の適正使用に関する情報提供</p> <p>臨床工学技士（ME）：手術時に使用される機器のチェック、人工心肺の操作、手術関連医療機器の適正使用に関する情報提供</p> <p>医療技術者：患者搬送、手術で使用される物品の準備と片づけ、手術室内物品の片づけや整理</p>
<b>チーム運営に関する事項</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・安心・安全な業務を遂行するために各種マニュアル整備と各スタッフ教育の実施</li> <li>・状況に応じた感染対策の実施</li> <li>・症例検討やリスクマネジメントを重視したカンファレンスの実施</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>
北里大学病院

チーム医療の具体的実践事例

<b>チーム（取組）の名称</b>
病棟専任薬剤師による病棟常駐業務
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>
入院患者に対する薬物治療は必然である。そして、状態の変化に対応して薬物治療も変化していく。薬物治療が必要な患者に対して、必要な時に必要な対応を病棟常駐薬剤師が他の専門職種と連携を持ちながら実践していく必要がある。これにより、安心して適切な薬物治療が実践され、早期治療、早期退院に結びつき、患者のQOLを改善することができる。
<b>チームによって得られる効果</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・不必要な薬剤使用（重複投与、効果不十分な薬剤の継続使用など）が減少され、物的コスト削減効果</li> <li>・不適切な処方内容に対し、迅速に対応できることによるインシデント・アクシデントの軽減効果及び入院日数の短縮による医療費削減効果</li> <li>・他職種に対して、業務支援の実践による業務の効率化及び医療の質の向上</li> </ul>
<b>関連する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>
<p>医師：入院主治医として、必要な処置や処方などの患者に対する情報を各専門職種に提供し、情報の発信源としての役割を担っている。また、各職種からの提案を参考に治療を実践していく。</p> <p>看護師：入院患者の状態を把握し、他の医療専門職に対して、情報の提供を行う。</p> <p>薬剤師：全病棟に配置された薬剤師の業務内容は以下の通りである。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 全病棟の入院患者持参薬調査及び処方内容の医師への確認。</li> <li>② 全入院患者に対する薬剤情報の提供。</li> <li>③ 検査結果及び患者面談による副作用モニタリング。</li> <li>④ 患者状態の早期把握による、医師及び看護師への早期情報提供</li> <li>⑤ 適切な処方提案（不必要な薬剤に対する中止提案、患者の訴えによる必要な薬剤の処方提案など）。</li> <li>⑥ 他職種からの薬剤に関する相談の応需、適切な薬剤情報の提供。</li> <li>⑦ 処方された薬剤に対する早期監査、不明薬剤に関する疑義照会及び誤処方に対する早期修正。</li> <li>⑧ 薬物血中モニタリングが必要な薬剤に対して、検査依頼を実施。また、測定された血中濃度に対して、TDMを施行。</li> </ol> <p>薬剤管理業務として</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>⑨ 病棟内における向精神薬、毒薬の管理。</li> <li>⑩ ハイリスク薬の管理。</li> </ol> <p>看護業務支援として、</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>⑪ 全患者への内服薬配薬。</li> <li>⑫ 病院管理処方の配薬用ボックスに対する薬剤師の全面セッティング。</li> <li>⑬ 全薬剤に関する中止薬、追加薬に対する薬剤師の全面関与。</li> <li>⑭ 薬剤師による注射薬の全面混注。</li> </ol> <p>を行う。</p>
<b>チーム運営に関する事項</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤師は、24時間（夜間は夜勤対応または翌日対応）365日（休・祝日出勤）前記業務内容に対応している。</li> <li>・病棟の薬剤管理は、原則薬剤師が実施。</li> <li>・24時間、365日処方に対応する。</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>
名古屋共立病院

<p><b>チーム（取組）の名称</b> 2病棟3名の薬剤師病棟常駐体制</p>
<p><b>チームを形成（病棟配置）する目的</b> 薬剤師の病棟常駐により、薬剤管理指導の対象・対象外にかかわらず全ての入院患者の薬歴管理を実現する。常に薬剤師が病棟にいて患者情報（入退院情報、持参薬情報、術後経過、治療経過、薬の効果・副作用発生状況など）をリアルタイムで把握し、それらの情報を医師・看護師と共有しながら、安全で質の高い薬物治療を実現する。2病棟3名体制により薬剤師不在をなくすることで、日による偏りをなくし、常に一定の質を保つことができる。さらに、持参薬を含む全ての医薬品の使用・管理を薬剤師が日々チェックすることで、薬剤事故を未然に防ぎ、病棟内における医薬品の安全管理を徹底する。</p>
<p><b>チームによって得られる効果</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟内に滞在する薬剤管理上の問題を表出し、専門職としての建設的な助言、改善に向けた提案ができる</li> <li>・患者への薬剤投与前の最終チェックを病棟薬剤師が行うことにより薬剤事故を未然に防ぐことができる。（事故を減らすのではなく、事故を起こさない）</li> <li>・入院時、患者との初回面談により持参薬（現服用薬）をリアルタイムで把握し、医師・看護師に情報提供することで、持参薬を継続する際のリスクを軽減することができる。</li> <li>・薬剤師が常駐することで、医師・看護師その他の医療スタッフの薬剤に関する意識が波及的に向上する。</li> <li>・病棟常駐により、医師・看護師とより良いコミュニケーションを築くことができる。</li> <li>・日常的に医師・看護師からの相談に応じる体制を確立できる。</li> <li>・若手医師や新人看護師に対して、専門的立場から医薬品に関する教育や助言ができる。</li> <li>・薬剤師が患者の状況を常に把握することで、医師に対しより積極的な処方提案を行うことができる。</li> <li>・常に病棟にいて、突発的な状況にも即時対応できる。</li> <li>・医師・看護師をはじめとする医療スタッフや患者、患者家族から信頼と安心を得ることができる。</li> <li>・患者の服薬コンプライアンス、薬剤管理上の注意事項など、退院時に必要な情報を医師・看護師だけでなく、患者家族、転院先の医療施設、保険薬局、MSD等に情報提供し、退院後の適正な薬剤管理を推進することができる。</li> </ul>
<p><b>関連する職種とチームにおける役割・仕事内容</b></p> <p>医師・看護師だけでなく薬剤師からの専門的な情報提供を受けることで、より安全で質の高い薬物治療を行う。</p> <p>看護師 薬剤に関する指示受け・指示変更、患者への与薬、注射のミキシング・実施にあたり、薬剤師と連携しながら実施する。また看護師の業務手順に関して、薬剤師の助言を得ながら作成・改善を行う。</p> <p>薬剤師 病棟における与薬業務や注射のミキシング等の直接的な作業を行うために常駐配置をするのではなく、多職種による安全なプロセスを確立するための専門的助言、管理、チェックなどを日常的に行う。常に病棟内を安全な環境に保つことが薬剤師の役割である。</p> <p>その他の医療スタッフ 薬に関連する事項があれば、病棟に常駐する薬剤師に相談する。</p>
<p><b>チーム運営に関する事項</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「薬剤師の2病棟3名体制」を実現するに十分なマンパワーを病院として確保する。</li> <li>・1病棟に主担当1名と副担当1名を配置する。</li> <li>・副担当は2病棟を兼務する。</li> <li>・原則として、休日を除く日勤帯（9時～17時）は薬剤師が病棟に常駐する。</li> <li>・薬剤管理指導記録は診療録に一元化し、診療記事内に時系列記載する。</li> <li>・患者情報は、医師・看護師・薬剤師・その他医療スタッフ間で常に共有する。</li> </ul>
<p><b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b> 東住吉森本病院</p>

<p><b>チーム（取組）の名称</b> 慢性期病院（医療療養病棟・介護療養型病院）におけるチーム医療</p>
<p><b>チームを形成（病棟担当）する目的</b> 高齢者は、多くの疾患を有し多剤併用を余儀なくされている上に、薬物の代謝・排泄機能の低下や身体運動機能・精神機能の低下にともなう服薬能力等多数の問題を抱えている。そこで、医師や看護師のみならず多くの専門職が患者のそばに寄り添って患者の状態を確認し、各専門職のもつ評価やケアプラン等の情報をカンファレンスに持ち寄って情報共有しながら適切なケアおよびケアの方針を検討することで、よりよいケアを提供する事が出来る。</p>
<p><b>チームによって得られる効果</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師、看護師、介護福祉士のみならず薬剤師、管理栄養士、リハビリテーションスタッフ（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）や、社会福祉士などが各々の専門的視点で、患者の状態を観察し、カンファレンスにおいて情報交換することによって、ケアの方針を共有し、必要があれば協議し修正を繰り返すことで、より良いケアの提供および在宅復帰が可能となる。</li> </ul>
<p><b>関連する職種とチームにおける役割・仕事内容</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 医師 診断および患者の総合的評価にもとづいた治療計画の立案と治療、</li> <li>(2) 看護師 患者個々に応じた看護計画の立案と看護サービスの提供、</li> <li>(3) 介護福祉士 介護計画の立案と介護サービスの提供</li> <li>(4) 薬剤師 薬学的アセスメントに基づいた薬学的ケアの提供および指導をおこなう他職種の評価にもとづく患者情報を総合的に評価し薬物療法の向上に反映する</li> <li>(5) 管理栄養士 患者個々に応じた栄養ケア計画の立案と栄養ケアサービスの提供</li> <li>(6) 理学療法士 運動機能・呼吸機能等のリハビリテーションを提供</li> <li>(7) 作業療法士 運動機能・認知機能等のリハビリテーションを提供</li> <li>(8) 言語聴覚士 言語・聴覚・嚥下機能等のリハビリテーションを提供</li> <li>(9) 社会福祉士 患者やご家族の要望を実現するための社会的支援を調整</li> <li>(10) 介護支援専門員 患者やご家族の要望を実現するため公的・私的介護サービスを調整</li> <li>(11) 歯科衛生士 口腔機能の改善により咀嚼・嚥下機能の向上を図る</li> </ol>
<p><b>チーム運営に関する事項</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院初期から在宅復帰をふまえ、療養中も退院時まで、継続的に関わりをもつ</li> <li>・各専門職による患者アセスメントに基づいたチームカンファレンスの重視</li> <li>・それぞれの専門職が各々の分野で知識の向上を図る</li> <li>・コミュニケーションスキルを身につけ信頼関係を構築する。</li> </ul>
<p><b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b> ・総泉病院 ・三条東病院 ・鳴門山上病院</p>

チーム医療の具体的実践事例

<b>チーム（取組）の名称</b>
I・TAK(退院後も繋ぎます 貴方の心と身体)
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>
入院から在宅・施設への退院調整を含めた移行支援について、多くの病院職種が関わることによって様々な問題を提起し退院までに解決することが可能となる。また家庭における生活支援にも看護師・MSWのみならず多くの専門職が関わり援助することで質の高い生活を送ることも可能となる。
<b>チームによって得られる効果</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・様々な職種による早期からの退院調整が可能となる</li> <li>・患者の立場からも気になる部分に対応した専門職からの説明ができる</li> <li>・退院調整、介護教室（院内・出張）そしてI・TAK新聞（地域医療連携広報誌）を活動の3本柱として、患者、在宅医療を担う医療機関、訪問看護ステーション等との情報共有が可能となり、顔の見えるお付き合いができる</li> </ul>
<b>関連する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>
<p>医師：在宅医療を担う医療機関の医師間の情報共有、病院内施設紹介、介護教室における病態の講義</p> <p>看護師：退院調整並びに介護者への洗髪等実技指導 リハビリテーション：要介護者については寝たきりにならない為、また介護者が負担軽減できる要介護者移動技術の実技指導</p> <p>薬剤師：服薬説明 薬に対する日頃の疑問への回答。貼り薬の上手な貼り方説明</p> <p>管理栄養士：要介護者および介護者に対する栄養指導と食形態調理指導</p> <p>総務課：在宅医療を担う医療機関・訪問看護ステーション等への情報発信と収集、地域医療連携新着情報発行、介護教室運営、I・TAK新聞発行、</p> <p>MSW：退院調整</p>
<b>チーム運営に関する事項</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・月1回の会議</li> <li>・持ち回りによる介護教室設営</li> <li>・持ち回りによりI・TAK新聞原稿取材</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>
IHI 播磨病院

<b>チーム（取組）の名称</b>
転倒転落防止チーム
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>
精神科でのヒヤリハット・事故報告のうち、転倒事故は多く報告されている。転倒事故から骨折や寝たきりになることを防ぐため、転倒事故防止対策を講じる必要がある。転倒事故防止対策として、医師・薬剤師・看護師・作業療法士が参加する委員会を開催し、転倒事故報告の発生原因と対応策の検討を行い、また、複数回転倒する患者に対しては同職種にてラウンドを行い細部にわたる予防対策を講じることで、転倒患者の減少を目指すことが可能となる。
<b>チームによって得られる効果</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院患者全員に対して転倒事故につながる要因に関するスクリーニングの実施、委員会において各患者の症例を検討することにより、転倒事故に対する医療スタッフの意識の向上が考えられる。また、複数回転倒する患者へのラウンド介入を行うことで、介入前1年間と介入後1年間での患者1人当たりの転倒事故件数が有意に減少した。</li> </ul> <p>&lt;1人あたり転倒回数 介入前1年間：3.61回 介入後1年間：1.35回 (P&lt;0.05)&gt;</p>
<b>関連する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>
<p>委員会においては、各病棟の看護師より患者の転倒時の状況・原因・病棟で検討した対策の報告がなされ、各対策の妥当性、ソフト面やハード面の見直しなど多岐にわたる検討がなされる。また、複数回転倒している患者に対してのラウンドでは、以下にあげる職種がそれぞれの役割を担っている。</p> <p>①転倒ラウンド担当医師：患者の全身状態および精神状態の評価を行う。また、骨折の既往の確認や、患者の状態から必要に応じて骨密度測定等の検査の実施を主治医に変わり判断する。</p> <p>②薬剤師：現在服用している薬剤の妥当性の検討と転倒事故を誘発する可能性がある薬剤の検討を実施。さらに、薬剤が原因と考えられる場合には代替薬の提案及び変更のスケジュールの提案を行う。</p> <p>③看護師：履物などの生活状況の確認を行い、改善の必要があれば、患者や患者家族との相談を行う。</p> <p>④作業療法士：患者の歩行状態を確認し、リハビリテーションの必要性の判断を行う。</p> <p>⑤主治医：薬剤変更がある場合には引き続き薬剤変更を薬剤師とともに実施し、必要に応じてカンファレンスも実施する。</p>
<b>チーム運営に関する事項</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院患者に対する転倒事故の要因に関するスクリーニング</li> <li>・症例検討を行う委員会並びにラウンドの実施（月に各1回 1時間）</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>
静和会 浅井病院

チーム医療の具体的実践事例

<p><b>チーム（取組）の名称</b> 高齢者の誤嚥性肺炎予防におけるチーム医療</p>
<p><b>チームを形成（病棟担当）する目的</b> 嚥下機能の低下した高齢者は、食事形態の工夫や経管栄養をおこなっているが、誤嚥性肺炎を繰り返す患者は少なくない。医師と薬剤師で検討し抗菌薬を適正に使用するが長期間に及ぶ場合や耐性菌の出現、ADLの低下などの問題を抱えている。 そこで、誤嚥性肺炎の発症を少なくするために、「口腔ケアの取り組み」を看護師と介護福祉士のみならずリハビリスタッフの言語聴覚士も加わり患者の情報共有しながら行っている。</p>
<p><b>チームによって得られる効果</b> ・医師、看護師、介護福祉士のみならず薬剤師、管理栄養士、リハビリテーションスタッフ（言語聴覚士）が各々の専門的視点で、患者の状態を観察し、誤嚥性肺炎の予防を行うことで繰り返しの発症や耐性菌の出現が抑えられ、ADLの維持が図れる。 また、医療費の削減が図れる。</p>
<p><b>関連する職種とチームにおける役割・仕事内容</b></p> <p>(1) 医師 診断および患者の総合的評価にもとづいた治療計画の立案と治療、  (2) 看護師 患者個々に応じた口腔ケアの立案とケアの提供、  (3) 介護福祉士 " 口腔ケアの立案とケアの提供  (4) 薬剤師 抗菌薬治療の評価とこれまでの抗菌薬治療歴、検出細菌や保菌状況に基づいた誤嚥性肺炎を繰り返すリスクの高い患者の選出とそれらの情報提供  (5) 管理栄養士 患者個々に応じた栄養ケア計画の立案と栄養ケアサービスの提供  (6) 理学療法士 " 呼吸機能のリハビリテーションを提供  (7) 言語聴覚士 " 嚥下機能の評価とリハビリテーションを提供</p>
<p><b>チーム運営に関する事項</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院初期から初期カンファレンスで誤嚥のリスクについて検討し、未然回避を計る。</li> <li>・<span style="float: right;">誤</span> 嚥性肺炎発症後は、再検討し繰り返しの発症を予防する。退院まで、継続的に関わりをもつ</li> <li>・各専門職による患者アセスメントに基づいた対策の検討</li> <li>・それぞれの専門職が各々の分野で知識の向上を図る</li> <li>・コミュニケーションスキルを身につけ信頼関係を構築する・</li> </ul>
<p><b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b> ・松江生協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

<p><b>チーム（取組）の名称</b> 術後疼痛管理（PCA（Patient Controlled Analgesia））チーム</p>
<p><b>チームを形成（病棟配置）する目的</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・術後疼痛の管理の質を向上させる</li> <li>・術後疼痛管理にかかわる医療関係者の負担を軽減する</li> </ul>
<p><b>チームによって得られる効果</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・手術後の疼痛管理が良好になる。</li> <li>・外科病棟医師、麻酔科医師の負担軽減になる</li> </ul>
<p><b>関連する職種とチームにおける役割・仕事内容</b></p> <p>医師：① 外科医師がPCAオーダー（プロトコルかすれば薬剤師の代行も可） ④ 麻酔科医が硬膜外カテーテルを留置し、PCAをセット ⑤ 受け持ち医が病棟帰室後、医学的に効果と副作用、感染兆候をモニタリング</p> <p>薬剤師：②PCAのための基礎薬液を薬剤部が調製 ③手術の推移を確認した手術室サテライト勤務薬剤師がフェンタニルを混合調製 ⑤病棟薬剤師が、病棟帰室後、薬学的に効果と副作用、感染兆候をモニタリング</p> <p>看護師：病棟帰室後、看護の視点で効果と副作用、感染兆候をモニタリング</p>
<p><b>チーム運営に関する事項</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・PCA運営マニュアルの作成</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> </ul>
<p><b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b> 国家公務員共済組合連合会虎の門病院</p>

チーム医療の具体的実践事例

<p><b>チーム（取組）の名称</b> 母乳保育支援チーム</p>
<p><b>チームを形成（病棟配置）する目的</b></p> <p>合併症を有する妊娠は少なくない。このため妊娠・授乳期であっても薬物療法が必要になるが、母児の安全性に関する人のデータは限られているため、治療中断による健康上の問題が生じたり、母乳保育のメリットが得られない事態が発生している。</p> <p>母子の健康を科学的根拠に基づき支援するため、産婦人科医、小児科医、助産師、病棟薬剤師（妊婦・授乳婦専門薬剤師を含む）が、母乳保育のメリットを最大限に生かすチーム医療を構築する。</p>
<p><b>チームによって得られる効果</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・母乳保育のメリットを活かす</li> <li>・母体の健康管理に必要な薬物療法を可能とする</li> <li>・母乳を介して摂取した薬物による乳児の健康被害を防止する</li> </ul>
<p><b>関連する職種とチームにおける役割・仕事内容</b></p> <p>医師：産婦人科医：妊婦（近未来の授乳婦）が授乳した場合の、経母乳的な乳児への影響の評価を依頼 周産期カンファランスにて、産科的な評価とチームの対応を協議。</p> <p>小児科医：周産期カンファランスにて、小児科的な評価とチームの対応を協議。 乳児の経過を医学的に確認し方針決定</p> <p>薬剤師：病棟薬剤師・専門薬剤師。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・薬物療法中の妊婦（近未来の授乳婦）が授乳した場合の、経母乳的な乳児への影響を評価するための科学的根拠の調査</li> <li>・周産期カンファランスにて、調査結果を提示し評価とチームの対応を協議。</li> <li>・妊婦（授乳婦）に授乳のメリット乳児リスクの有無をカウンセリング</li> <li>・可能であれば授乳中の薬物濃度を測定し評価をフィードバック</li> </ul> <p>助産師：周産期カンファランスにて、助産師としての評価とチームの対応を協議。 産前・産後の授乳婦のケア。</p>
<p><b>チーム運営に関する事項</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・産婦人科医、小児科医、助産師、病棟薬剤師（妊婦・授乳婦専門薬剤師を含む）が、周産期カンファランス（月1回）で、薬物療法に必要な妊婦・授乳婦、胎児・乳児のリスク評価を共有し、多職種一貫した共通の方針の下、医学、薬学、看護ケアを実施する。</li> </ul>
<p><b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b> 国家公務員共済組合連合会虎の門病院</p>

## チーム医療の具体的実践事例

提出委員名 堀内 成子 委員

<b>チーム（取組）の名称</b> 院内助産所・助産師外来
<b>チームを形成（病棟を独立配置）する目的</b> 妊婦の多様なニーズに応え、地域における安全・安心・快適なお産の場を確保するとともに、産科病院・産科診療所において助産師を積極的に活用し、正常産を助産師が担うことで産科医師の負担を軽減する。
<b>チームによって得られる効果</b> 妊産婦 ・妊婦のニーズに合った対応が可能 ・待ち時間が減る 医師 ・ハイリスク患者の治療に専念できる 助産師 ・専門性を高めることができ、責任感とやり甲斐、喜びを感じる等職能を活かせる。
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b> 産科医師：産科外来での妊婦健康診査、分娩管理 助産師：助産師外来で妊婦健康診査と健康相談・支援、 産科外来で健康相談・支援、 院内助産所での分娩管理と産後支援、新生児の健康診査、母乳支援  (参考) 院内助産ガイドライン 医師と助産師の役割分担と協働（平成20年度厚生労働科学特別研究事業 助産師と産科医の協働の推進に関する研究 分担研究）
<b>チームの運営に関する事項</b> ・医師と助産師は、電子カルテや合同カンファレンスにより情報共有を行う。 ・産科外来で医師が妊婦健康診査、助産師が健康相談を行い、妊婦のニーズに基づき院内助産・助産師外来の適応を判定する。 ・助産師は助産師外来で妊婦の健康診査、院内助産所で分娩支援、助産師外来で産後の健康診査・母乳支援を行う。ただし、基準に従い、必要時、医師への診察依頼を行う。
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b> 深谷赤十字病院、咲花病院、葛飾赤十字産院、愛仁会千船病院、 諏訪マタニティクリニック、県西部浜松医療センター、大田原赤十字病院 山口赤十字病院、済生会宇都宮病院

## チーム医療の具体的実践事例

提出委員名 堀内 成子 委員

<b>チーム（取組）の名称</b> 助産所または診療所と高次医療機関
<b>チーム（連携強化）を形成する目的</b> 地域における安全・安心・快適なお産の場を確保するとともに、助産所または産科診療所で助産師を積極的に活用し、正常産を助産師が担うことによって、妊婦の多様なニーズに応え、家族の健康づくりに貢献する。
<b>チームによって得られる効果</b> 妊産婦 ・妊婦のニーズに合った対応が可能 ・正常経過であれば、顔なじみの助産師・医師からの診療・ケアが可能 ・異常に移行した場合、迅速に対応可能 医師（高次医療施設） ・ハイリスク患者の治療に専念できる 助産師 ・専門性を高めることができ、責任感とやり甲斐、喜びを感じる等職能を活かせる。
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b> 助産所の助産師：正常経過の妊婦健診・分娩介助・産後健診・母乳支援・新生児健康診査・家庭訪問、積極的な日常生活上の養生による異常の予防 嘱託医・嘱託医療機関：正常経過におけるポイント健診、異常発生時の診断と治療  診療所の助産師：正常経過の妊婦健診・分娩介助・産後健診・母乳支援・新生児健康診査・家庭訪問、積極的な日常生活上の養生による異常の予防 高次医療機関：異常発生時の転院・搬送の受入  (参考) 助産所業務ガイドライン（2009年改訂版 社団法人 日本助産師会）
<b>チームの運営に関する事項</b> ・医師と助産師は、電子カルテや合同カンファレンスにより情報共有を行う。 ・助産師は、正常経過であることを妊娠・分娩・産褥・新生児期を通じて助産診断する。異常を早期に発見し、速やかに嘱託医療機関へ転院・搬送の依頼を行う。 ・助産所および診療所は、あらかじめ高次医療機関との間で、転院・搬送に関する取り決めを行い、連絡・報告等の情報交換を円滑にする。

具体的に組み組んでいる医療機関等

毛利助産所・山本助産所・宮下助産所・豊倉助産所  
聖路加産科クリニック