

チーム医療推進のための基本的な考え方と 実践的事例集（案）

平成23年3月
チーム医療推進方策検討WG

はじめに	3
1. チーム医療を推進するための基本的な考え方	3
2. 急性期・救急医療の場面におけるチーム医療	2
3. 回復期・慢性期医療の場面におけるチーム医療（医療・介護の連携）	4
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）	5
5. 医科・歯科の連携	6
6. 特定の診療領域等におけるチーム医療	8
7. 医療スタッフの業務の効率化・業務負担の軽減	10
終わりに	11
実践的事例集	13
栄養サポートチームの取組例	13
薬剤師病棟配置の取組例	15
周術期（集中治療）におけるチーム医療の取組例	17
入院患者の状態に応じたきめ細やかな栄養管理	19
急性期リハビリテーションチームの取組例	21
救命救急センターにおける社会福祉士の取組	22
回復期リハビリテーションチームの取組例	24
回復期リハビリテーションチームの取組例（歯科）	26
回復期リハ病棟における転倒対策	28
医療療養病床におけるチーム医療	29
退院支援調整チーム	30
病院薬剤師と薬局薬剤師の連携の取組例	32
入院から在宅までの切れ目のない栄養管理	33
地域関係機関と連携した在宅療養生活支援チームの取組例	34
在宅療養支援診療所における社会福祉士の活用	36
口腔ケアチームの取組例	38
医科・歯科連携の取組例（病院内における医科・歯科連携）	39
医科・歯科連携の取組例（在宅における医科・歯科連携）	40
せん妄対策チームの取組例	41
子どもの入院支援チームの取組例	42
外来化学療法におけるチーム医療の取組例	43
医療安全に関するチーム医療の取組例	45
認知症医療におけるチーム医療	46
緩和ケアチームの取組	47
周産期におけるチーム医療の取組例	49
周産期における虐待予防チーム	50
社会福祉士の病棟配置による患者・家族支援の取組	51
医師事務作業補助者（医療クラーク）の活用の例	53

はじめに

近年、医療の質や安全性の向上や高度化・複雑化に伴う業務の増大に対応するため、多種多様なスタッフが各々の高い専門性を前提とし、目的と情報を共有し、業務を分担するとともに互いに連携・補完しあい、患者の状況に的確に対応した医療を提供する「チーム医療」が様々な医療現場で実践されている。

このため、厚生労働省では平成21年8月から「チーム医療の推進に関する検討会」を開催し、平成22年3月に報告書「チーム医療の推進について」を取りまとめた。さらに、報告書の内容を踏まえて「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」（平成22年4月30日付け医政発第0430第1号厚生労働省医政局長通知）を発出し、医師以外の各医療スタッフが実施することができる業務の内容について整理した。

このような流れを踏まえ、報告書において提言のあったチーム医療を推進するための具体的な方策の実現に向けて平成22年5月に「チーム医療推進会議」を立ち上げ、同年10月にその下にチーム医療推進方策検討ワーキンググループを立ち上げ、以来〇回にわたり検討を重ねてきた。

今般、チーム医療を推進するための方策について取りまとめを行ったので、医療関係者がチーム医療を推進していく上で参考とすることを期待したい。

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等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・心理的な観点及び生活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、専門職種の積極的な活用、多職種間協働を図ること等により医療の質を高めるとともに、効率的な医療サービスを提供することにある。医療の質的な改善を図るためには、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り、効率的な医療サービスを提供するためには、①情報の共有、②業務の標準化が必要である。
- 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。
- チームアプローチを実践するためには、様々な業務について特定の職種に実施を限定するのではなく、関係する複数の職種が共有する業務も多く存在することを認識し、患者の状態や医療提供体制などに応じて臨機応変に対応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。

- 電子カルテによる情報共有にあたっては、職種毎の記載内容をどのように共有するか、各職種にどこまでの内容についての記載権限を与えるか、他の医療機関等との共有方法など、関係者間でルールを決めておく必要がある。
- 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従事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、歯科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、歯科医師はチーム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、歯科医師が個別具体的な指示のみならず、個々の医療従事者の能力等を勘案して「包括的指示」も積極的かつ柔軟に活用することも重要な手段であるが、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、専門職種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型PBL (Problem Based Learning) チュートリアルにおいて模擬カルテを使用してそれぞれの専門の観点からチーム医療に関する学習の基盤作りを行い、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・救急医療におけるチーム医療については、病院内におけるチームにとどまらず、地域において共に救急医療を担う医療機関や回復期・慢性期の治療を担う医療機関、在宅医療を担う医療機関、地域の診療所や患者搬送を担う救急隊等の関係者を含めたチームを構築することが必要である。
- 急性期病院におけるチーム医療については、手術や集中治療などの治療の根幹部分において高い能力を持った専門職種が課題に応じてチームを編成し、カンファレンス等ですりあわせして情報共有する「専門部隊型チーム医療」が主に行われている。「専門部隊型チ

ム医療」は、リスクの高い患者に対して質の高い医療の提供が可能であることから、手術室やICUなどの場面におけるチーム医療に適している。

- また、高齢者や合併症患者の増加に伴い、病棟において栄養サポートやリハビリテーション等を実施する必要性が高い患者が増えており、専門職種を病棟に配置して多くの患者に直接サポートを行う「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配属型チームと専門部隊型チームが協働し補完しあうことが重要である。

例1) 急性期における栄養サポートチーム（近森病院）(P13 参照)

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専門職種が対応を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）(P15 参照)

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）(P17 参照)

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（P19 参照） 医師、看護師等と協働し、入院時に栄養アセスメントを実施し、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により術後の在院日数が有意に低下するとともに QOL の向上につながっている。 術前に限らず種々の疾患において、多職種で患者の症状や検査値について情報を共有し、病棟で管理栄養士が食事内容及び形態、経管栄養（静脈栄養）投与プランの医師への提案等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）(P21 参照)

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。

例5) 救命救急センターにおける社会福祉士の取組（北里大学病院）(P22 参照)

重症かつ社会背景が複雑な入院患者・家族に対応するため、社会福祉士・管理栄養士・薬剤師を病棟配置している。 管理栄養士や薬剤師がそれぞれの専門性を活かして病棟で迅速に対応することにより医療の質や安全の向上に寄与している。 また、社会福祉士が病棟配置されていることにより患者・家族への直接援助回数が増加し、様々な不安の軽減、生活につながる支援、援助困難事例の退院援助が行われ、平均在院日数も短縮されている。

3. 回復期・慢性期医療の場面におけるチーム医療（医療・介護の連携）

- 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（理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（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、リハビリスタッフ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専門職種が互いに尊重し合うことが重要である。
- 回復期の医療においては、どこまで障害が改善するか、どのような障害を抱えて生活を再建するか、短時間で検討・解決する必要があるため、患者・家族が正確に状況を把握することが難しい。 このため、家庭訪問や在宅サービス利用時の相談に同席するなど、経済状態、家族・家庭環境を十分に把握して患者・家族からの相談に対応することにより円滑な家庭復帰につながることを期待される。

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）(P24 参照)

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屬としたほか、ナースステーションをスタッフステーション、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）(P28 参照)

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。

例3) 医療療養病床におけるチーム医療（霞ヶ関南病院）(P29 参照)

医療療養病床においては、自宅退院が困難な事例の比較的長期の入院に対応しており、患者・家族が入院後の治療環境に納得する事が重要である。 このため、入院前から社会

福祉士による入院相談を行うと共に、入院後の相談支援、自宅訪問や在宅サービス利用の支援を行うことにより、地域移行の支援を行っている。

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、訪問歯科診療、訪問服薬指導、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。
- また、使用される医療機器の種類が増加しており、高度な機種も在宅医療で使用されていることから、臨床工学技士等が患者や家族等に対する適正使用方法の教育や運転状況の確認、保守点検などを行うことが必要である。
- 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）

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) 退院支援調整チーム（独立行政法人神奈川県子ども医療センター）（P30参照）

病院等で医療を受けた患者・家族に、退院後も切れ目なく在宅療養生活に必要な医療の提供と支援を提供することは、今後の在院日数の更なる短縮に向けて重要となる。

医師、看護師、薬剤師、MSW、保健師などの職種からなる退院支援調整チームが入院時から、退院に向けての視野を持ち、チーム目標を共有し、連携強化をはかることにより、退院後の環境調整が可能であり、早期に在宅生活に復帰に寄与している。

例3) 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3-2) 病院薬剤師と薬局薬剤師の連携（P32参照）

（県立下呂温泉病院、下呂谷敷病院、下呂市医師会・歯科医師会・薬剤師会）（P26参照）

医師・歯科医師と協働しながら、病院・薬局の双方の薬剤師の連携を円滑にして入退院後の薬剤師業務を切れ目なく適性かつ安全に実施しており、効果的な薬物療法の提供が図られている。

例4) 入院から在宅までの切れ目のない栄養管理（P33参照）

在宅医療において、管理栄養士、看護師、薬剤師、ケアマネジャー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の防止のために、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・家族やヘルパー等の他職種より食事に関する相談を積極的に受け、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（薬剤と食品の相互作用、インスリンの投与等による食事摂取のタイミング等）を行い、栄養補給法・経腸栄養製剤・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。

例5) 地域関係機関と連携した在宅療養生活支援チーム（神奈川県保健福祉事務所）

（P34参照）

開業医・往診医・病院との情報交換・連携強化し、保健師・訪問看護ステーション、ケアマネジャーや介護保険施設等の地域福祉関係者等が環境調整や関係者理解を支援する方策を検討することで、地域関係機関の役割機能を発揮し、必要な在宅療養生活の支援の提供が可能となり、患者が在宅での療養生活を継続できる効果がある。

例6) 在宅療養支援診療所における社会福祉士の活用（狭山クリニック）（P36参照）

在宅療養支援診療所において、診療情報提供書における患者情報の共有だけでなく、社会福祉士が患者・家族や地域のあらゆる関係者からの情報収集を行い、患者の病状および患者・家族の希望に合った適切なケア・リハビリテーションの提供につなげている。

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わからないという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合わせることで、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。
- 歯科医師等の歯科医療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パスに繋ぎ、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える一面もある。
- 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。しかし、現行の法体系下において、歯科衛生士の業務は診療の補助ではなく歯科診療の補助に限定されているため、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となっているが、更なる医科・歯科連携を推進していくためには、現場のニーズに対応できる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1) 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) (P38 参照)

歯科診療オープンシステムを活用して訪問歯科医師と院内歯科衛生士が、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2) 医科歯科連携におけるチーム医療 (昭和大学病院) (P39 参照)

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

・褥瘡対策チーム (脳血管研究所美原記念病院)

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)

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。

・せん妄対策チーム (千葉大学医学部附属病院 長浜赤十字病院) (P41 参照)

せん妄は全患者の10~30%に起こるといわれており、発生すると必要な治療やケアの実施が困難となるだけでなく、患者の安全や安楽が脅かされ重篤な状態であるといえる。せん妄患者やせん妄リスク患者に対して、主治医、精神科医、看護師、薬剤師、作業療法士等がスクリーニングや危険因子の除去等の予防的アプローチと早期介入、継続的な評価を実施することにより、せん妄の発生率の低下や重症化予防となり、有害事象の発生防止や入院期間の短縮に効果がある。

・子どもの入院支援チーム (昭和大学病院等) (P42 参照)

小児医療については、療養生活の中で子どもの発達課題を考慮することが重要となる。医師、看護師、作業療法士、管理栄養士等や子どもを支えるその他職種の協働により、子どもが納得し安心して治療を受けることが可能となっている。保育士や院内学級教諭は、療養中でも年齢・病状に応じた遊びと教育を提供し、チャイルドライフスペシャリストは病気や治療への年齢や発達に応じた理解を促すのに活躍し、音楽療法士は感情表出による心理的支援を行っている。各職種が治療方針等を共有・連携することで、子どもが処置や検査、手術等に対して心の準備ができ治療に臨める等により円滑な治療提供、患者の安全、家族の安心につながっている。

・周術期 (集中治療) におけるチーム医療 (長崎大学病院) (P17 参照)

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、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、患者の状態に応じた時間単位のきめ細かな投与薬剤・投与量の設定などが必要。そこで、医師のリーダーシップの下、看護師、薬剤師、臨床工学士等がスムーズに連携し、チーム専従型多職種チームを構築することで、ICU在室日数の短縮や副作用の未然回避などの効果が得られている。

・外来化学療法におけるチーム医療（岐阜大学医学部附属病院）（P43 参照）

抗がん剤治療を病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るとともに、継続治療を行っている患者に対しては副作用対策を実施する必要がある。そこで、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い、がん治療における安全性を確保している。

・医療安全に関するチーム医療（山形大学医学部附属病院）（P45 参照）

医療の高度化・複雑化のため、注意喚起しても事故防止には限界がある。そこで、多職種によるチームを組織し、医療事故やインシデントに関する情報の収集、事故の起こりにくいシステムの検討、医療現場へのフィードバック、組織欠陥是正のためのリスクマネジメントを実施している。

○ 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医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士、理学療法士等の多職種協働によるチーム医療の提供が重要である。また、身体面と精神面の両方に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体制整備が必要である。

○ また、精神科領域における課題である長期入院患者の地域移行、地域定着の促進を実現するためには、医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士等によるチームによる取組の推進やそのための医療環境の整備、地域社会の資源活用も含めた連携が必要である。

例 1) 認知症医療におけるチーム医療（浅香山病院）（P46 参照）

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（横浜市立大学附属市民総合医療センター）

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当すること

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 1) 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）（P49 参照）

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。

例 2) 周産期における虐待予防チーム（東海大学八王子病院）（P50 参照）

近年、社会的・経済的問題を抱える妊婦が増加しており、社会福祉士が医師や助産師と連携して望まない妊娠や若い妊婦など出産・育児に不安を抱える妊婦への早期介入から出産後の関係機関との連携調整を行い、家族の精神的不安の軽減や虐待予防につなげている。

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」と協働・補完し合いながら実施されることが望ましい。

例 1) 薬剤師の病棟配置による薬剤管理（P15 参照）

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

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、的確かつ迅速に治療食（経腸栄養を含む）内容の決定・変更や食事の開始・中止の決定等に関する医師への提言、栄養管理計画書の作成を管理栄養士が担うことにより多職種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、食事形態（とろみ付け等）の調整による誤嚥防止等、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管理栄養士が担うことにより、治療効果や患者の QOL を向上させることもできる。

例 3) 社会福祉士の病棟配置による患者・家族支援の取組（相澤病院）（P51 参照）

在院日数の短い急性期病院において、脳外科や整形外科病棟などに社会福祉士を配置し、入院当初から経済的・心理社会的問題に対し即時に介入し早期にソーシャルワーク援助を提供することにより社会的制度の活用や地域支援機関との連携が必要な患者に対

し、早期に家族関係などの調整を図り適切な生活環境を整え、納得いく退院に至ることができる。

- 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。
- 専門職種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 (済生会栗橋病院) (P53 参照)

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。

終わりに

- 本検討会では、医療現場で活躍する委員によりチーム医療を推進するための具体的方策について実践事例の提示を含めて検討を重ね、本報告書を取りまとめたところであるが、これは現時点で考えられるチーム医療の一例を示したものである。
- 今後、医学や医療技術の進歩や教育環境の変化に伴い、医療関係職種に求められる能力や専門性が変化していることを念頭に置き、業務範囲について関係法令等の見直しを含めて検討する必要がある。
- また、医療現場でチーム医療を実践するためには、医療関係職種を十分に配置できるだけの医療機関等の経営的な基盤が必要であり、各医療機関においてはその状況に応じた取組を行うとともに、診療報酬等における評価を行うことも重要である。
- さらに、本報告書の提言内容を医療現場で具体的に検証し、その成果を評価し、チーム医療の更なる推進方策につながることを期待したい。