

## 目次

○特定機能病院に係る基準について・・・・・・・・・・・・・・・・	1
○特定機能病院一覧・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	16
○地域医療支援病院に係る基準について・・・・・・・・・・・・	17
○地域医療支援病院一覧・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	25
○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（平成23年 6月チーム医療推進方策検討ワーキンググループ（チーム医療推進会 議））・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	31

## 特定機能病院に係る基準について

法：医療法（昭和 23 年法律第 205 号）

令：医療法施行令（昭和 23 年政令第 326 号）

規則：医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）

通知：医療法の一部を改正する法律の一部の施行について（平成 5 年 2 月 15 日健政発第 98 号厚生省健康政策局長通知）

項 目	基 準
<p>(1) 高度の医療の提供 (規則九の二〇Iイ・ロ)</p>	<p>○特定機能病院以外の病院では通常提供することが難しい診療の提供を行うこと</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「特定機能病院以外の病院では通常提供することが難しい診療」とは、以下を主に想定したものであること。 <ul style="list-style-type: none"> <li>① 先進医療(厚生労働大臣が定める評価療養及び選定療養（平成18年厚生労働省告示第495号）1条1号に規定するものをいう。以下同じ。)</li> <li>② 特定疾患治療研究事業(昭和48年4月17日衛発第242号厚生省公衆衛生局長通知に規定するものをいう。)の対象とされている疾患についての診療</li> </ul> </li> <li>・①の先進医療の提供は必須。</li> <li>・①の先進医療の数が1件の場合には、②の特定疾患治療研究事業に係る診療を年間500人以上の患者に対して行うものであること。（通知）</li> <li>・既に特定機能病院に係る承認を受けている病院について、その提供する先進医療が、健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法（平成6年厚生省告示第54号）に規定する医療技術に採り入れられたことにより、前記の要件に適合しなくなった場合には、おおむね3年以内を目途に、適合するようにすべきものであること。（通知）</li> <li>・「高度の医療」を①・②に限定する趣旨ではなく、また、これらの医療の提供機能、開発及び評価機能並びに研修機能を特定機能病院に限定する趣旨ではないこと。（通知）</li> </ul> <p>○臨床検査及び病理診断を適切に実施する体制を確保すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「臨床検査及び病理診断を適切に実施する体制を確保すること」とは、病院内に臨床検査及び病理診断を実施する部門を設けることを意味するものであること。なお、臨床検査を実施する部門と病理診断を実施する部門は別々のものである必要はなく、また、その従業者は、業務が適切に実施されていれば、必ずしも専任の者でなくとも差し支えないものであること。（通知）</li> </ul> <p>○第1条の11第1項各号及び第9条の23第1項第1号に掲げる体制を確保すること。（11）参照）</p> <p>○第9条の23第1項第2号に規定する報告書を作成すること。（12）参照）</p>

<p>(2) 高度の医療技術の開 発及び評価 (規則九の二〇Ⅱイ・ロ)</p>	<p>○特定機能病院以外の病院では通常提供することが難しい診療に係る技術の研究及び開発を行うこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「特定機能病院以外の病院では通常提供することが難しい診療に係る技術の研究及び開発を行うこと」とは、当該特定機能病院に所属する医師等の行う研究が、国、地方公共団体、特例民法法人、一般社団・財団法人又は公益社団・財団法人から補助金の交付又は委託を受けたものであること。 (通知)</li> <li>・当該特定機能病院に所属する医師等が発表した論文の数が年間100件以上であること。(通知)</li> </ul> <p>○医療技術の有効性及び安全性を適切に評価すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療技術による治療の効果、患者の侵襲の程度等を勘案し、当該技術を実際に用いることの是非等を判定することを意味するものであること。(通知)</li> </ul>
<p>(3) 高度の医療に関する 研修 (規則九の二〇Ⅲ)</p>	<p>○高度の医療に関する臨床研修（医師法第16条の2第1項及び歯科医師法第16条の2第1項の規定によるものを除く。）を適切に行わせること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師法及び歯科医師法の規定による臨床研修を修了した医師及び歯科医師に対する専門的な研修を実施することを意味するものであり、当該専門的な研修を受ける医師及び歯科医師の数が、年間平均30人以上であること。 (通知)</li> </ul>
<p>(4) 診療科目 (規則六の四)</p>	<p>○次のうち10以上の診療科名を含むこと</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・内科、外科、精神科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、産科、婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、放射線科</li> </ul> <p>※令第3条の2第1項第1号ハ又はニ（2）の規定によりこれらの診療科名と組み合わせた名称を診療科名とする場合を除く。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・脳神経外科、整形外科</li> <li>・歯科</li> </ul> <p>※令第3条の2第1項第2号ロの規定により歯科と組み合わせた名称を診療科名とする場合を除く。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・麻酔科</li> </ul>
<p>(5) 病床数 (規則六の五)</p>	<p>○400床以上</p>
<p>(6) 人員配置</p>	
<p>①医師 (規則二二の二1Ⅰ)</p>	<p>○<math>(\text{入院患者数} + \text{外来患者数} / 2.5) / 8</math>以上</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院患者、外来患者のいずれについても、歯科、矯正歯科、小児歯科、歯科口腔外科の患者を除く。</li> <li>・医師免許取得後2年以上経過していない医師の員数は含めないものであること。(通知)</li> </ul>

<p>②歯科医師 (規則二二の二IⅡ)</p>	<p>○次の2つの数を加えた数以上</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院患者数／8 (端数は切り上げ)</li> <li>・外来患者についての病院の実状に応じて必要と認められる数</li> </ul> <p>※入院患者、外来患者のいずれについても、歯科、矯正歯科、小児歯科、歯科口腔外科の患者に限る。</p> <p>※「外来患者についての病院の実状に応じて必要と認められる数」とは、歯科の外来患者がいる場合には最低限度として1名の歯科医師の配置が必要との趣旨であること。(通知)</p>
<p>③薬剤師 (規則二二の二IⅢ)</p>	<p>○入院患者数／30 (端数は切り上げ) 以上</p> <p>○調剤数／80 (端数は切り上げ) を標準</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・これらは、それぞれの員数を加算する趣旨ではなく、員数について二つの尺度を示したものであること。(通知)</li> <li>・薬剤師の員数として調剤数80又はその端数を増すごとに1を標準としていることについては、特定機能病院以外の病院と同様の取り扱いとする趣旨であること。</li> <li>・標準の員数を満たしていない病院にあっては、改善に向けた考え方を厚生労働大臣に提出するものであること。(通知)</li> </ul>
<p>④看護師・准看護師 (規則二二の二IⅣ)</p>	<p>○次の2つの数を加えた数以上</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院患者数／2 (端数は切り上げ)</li> <li>・外来患者数／30 (端数は切り上げ)</li> </ul> <p>※入院患者には、入院している新生児を含む。</p> <p>※産婦人科又は産科においては、そのうちの相当数を助産師とすること</p> <p>※歯科、矯正歯科、小児歯科又は歯科口腔外科においては、そのうちの相当数を歯科衛生士とすることができる。</p>
<p>⑤管理栄養士 (規則二二の二IⅤ)</p>	<p>○1人以上</p>
<p>⑥診療放射線技師、 事務員その他の従業者 (規則二二の二IⅥ)</p>	<p>○病院の実状に応じた相当数</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「病院の実状に応じた相当数」とは、具体的な数は定まっていないものであること。(通知)</li> </ul>
<p>(7)算定方法 (規則二二の二2)</p>	<p>○入院患者数、外来患者数は前年度の平均値とする。ただし、再開の場合は、推定数による。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・従業者の員数の算定に当たっては、非常勤の者は、当該病院の常勤の従業者の通常の勤務時間により常勤換算するものであること。(通知)</li> <li>・従業者の員数の算定に当たっては、当該病院と雇用関係にない者の員数は含めないものであること。(通知)</li> <li>・従業者の員数の算定に当たっては、同一組織における他の施設の職員を兼任している者については、勤務の実態、当該病院において果たしている役割等を総合的に勘案して評価するものであること。(通知)</li> </ul>
<p>(8)構造設備</p>	<p>法第21条第1項の規定により病院が有しなければならない施設その他、以下の施設を有すること。</p>
<p>①集中治療室</p>	<p>○集中治療管理を行うにふさわしい広さを有すること。</p>

<p>(法二二の二II、規則二二の三I)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「集中治療管理を行うにふさわしい広さ」とは、1病床当たり15㎡程度を意味するものであること。(通知)</li> <li>○人工呼吸装置その他の集中治療に必要な機器を備えていること。</li> <li>・「人工呼吸装置その他の集中治療に必要な機器」とは、人工呼吸装置のほか、人工呼吸装置以外の救急蘇生装置、心電計、心細動除去装置、ペースメーカー等を想定しているものであること。(通知)</li> </ul>
<p>②無菌状態の維持された病室 (法二二の二VI、規則二二の四)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「無菌状態の維持された病室」とは、免疫状態の低下した患者が細菌感染を起こさないよう、細菌が非常に少ない環境で診療を行うことができる病室を意味するものであること。なお、病室全体がいわゆる無菌病室になっているものでなくとも、無菌状態を維持するための機器(無菌テント等)を備えていれば差し支えないものであること。(通知)</li> <li>・細菌が非常に少ない環境とは、空気清浄度がクラス1万以下程度の環境を想定しているものであること。(通知)</li> </ul>
<p>③医薬品情報管理室 (法二二の二VI、規則二二の四)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医薬品に関する情報の収集、分類、評価及び提供を行うための室のことをいう。</li> <li>・「医薬品情報管理室」は、医薬品に関する情報の収集、分類、評価及び提供を行う機能を備えていれば、他の用途の室と共用することは差し支えないものであること。(通知)</li> </ul>
<p>(9) 諸記録</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○診療に関する諸記録、病院の管理及び運営に関する諸記録を備えて置くこと。</li> </ul>
<p>①保存・管理 (法一六の三IⅣ、規則九の二〇Ⅳ、同二二の三II・III)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○診療に関する諸記録は、過去二年間の病院日誌、各科診療日誌、処方せん、手術記録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、紹介状、退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約及び入院診療計画書とする。</li> <li>○病院の管理及び運営に関する諸記録は、過去二年間の従業者数を明らかにする帳簿、高度の医療の提供の実績、高度の医療技術の開発及び評価の実績、高度の医療の研修の実績、閲覧実績、紹介患者に対する医療提供の実績、入院患者、外来患者及び調剤の数並びに安全管理体制(規則第9条の23第1項第1号、第1条の11第1項)の確保及び安全管理のための措置(規則第1条の11第2項)の状況を明らかにする帳簿とする。</li> <li>・病院日誌、各科診療日誌、処方せん、手術記録、検査所見記録及びエックス線写真並びに入院患者及び外来患者の数を明らかにする帳簿については、規則20条10号に規定する諸記録と同じものであること。(通知)</li> <li>○診療並びに病院の管理及び運営に関する諸記録の管理に関する責任者及び担当者を定め、諸記録を適切に分類して管理すること。</li> <li>・当該責任者及び担当者は、業務が適切に実施されていれば、必ずしも専任の者でなくとも差し支えないものであること。(通知)</li> <li>・諸記録の管理方法は、病院の実情に照らし適切なものであれば、必ずしも病院全体で集中管理する方法でなくとも差し支えないものであること。また、分類方法についても、病院の実情に照らし、適切なものであれば差し支えないものであること。(通知)</li> </ul>
<p>②閲覧 (法一六の三IⅤ、規則九の二〇Ⅴ、同九の二一、同九の二二)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○特定機能病院に患者を紹介しようとする医師及び歯科医師並びに国及び地方公共団体から①の諸記録の閲覧を求められたときは、正当の理由がある場合を除き、従業者数を明らかにする帳簿、高度の医療の提供の実績、高</li> </ul>

	<p>度の医療技術の開発及び評価の実績、高度の医療の研修の実績、閲覧実績、紹介患者に対する医療提供の実績、入院患者、外来患者及び調剤の数並びに安全管理体制（規則第9条の23条第1項第1号、第1条の11第1項）の確保の状況を明らかにする帳簿を閲覧させること。</p> <p>○診療並びに病院の管理及び運営に関する諸記録の閲覧に関する責任者、担当者及び閲覧の求めに応じる場所を定め、当該場所を見やすいよう掲示すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当該責任者及び担当者は、業務が適切に実施されていれば、必ずしも専任の者でなくとも差し支えないものであること。（通知）</li> <li>・閲覧の求めに応じる場所は、閲覧に支障がなければ、必ずしも閲覧専用の場所でもなくとも差し支えないものであること。（通知）</li> <li>・閲覧に供することによって諸記録が散逸することのないよう、十分に留意する必要があるものであること。（通知）</li> </ul>
<p>(10) 紹介率 (法一六の三IⅥ)</p>	<p>○他の病院又は診療所から紹介された患者に対し、医療を提供すること (法)</p>
<p>①算定式 (規則九の二〇Ⅵイ)</p>	<p>○次の式により算定した数（以下「紹介率」という。）を維持し、当該維持された紹介率を高めようと努めること。</p> $(A + B + C) / (B + D)$ <p>A：紹介患者の数 B：他の病院又は診療所に紹介した患者の数 C：救急用自動車によって搬入された患者の数 D：初診の患者の数</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「A：紹介患者の数」とは、初診患者のうち、他の病院又は診療所から紹介状により紹介されたものの数(次の①及び②の場合を含む。)（通知）</li> <li>①紹介元である他の病院又は診療所の医師からの電話情報により、特定機能病院の医師が紹介状に転記する場合</li> <li>②他の病院、診療所等における検診の結果、精密検診を必要とされた患者の精密検診のための受診で、紹介状又は検査票等に、紹介目的、検査結果等についての記載がなされている場合(①と同様、電話情報を特定機能病院の医師が転記する場合を含む。)</li> <li>・「B：他の病院又は診療所に紹介した患者の数」とは、特定機能病院の医師が、紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数(次の①及び②の場合を含む。)（通知）</li> <li>①当該特定機能病院での診療を終えた患者を、電話情報により他の病院又は診療所に紹介し、紹介した特定機能病院の医師において、紹介目的等を診療録等に記載する場合</li> <li>②他の病院又は診療所から紹介され、当該特定機能病院での診療を終えた患者を紹介元である他の病院又は診療所に返書により紹介する場合(①と同様、電話情報による場合を含む。)</li> <li>・「C：救急用自動車によって搬入された患者の数」とは、地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬入された初診患者の数（通知）</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「D：初診患者の数」とは、初診患者の総数（通知）</li> <li>○「初診患者」とは、診療報酬点数表において初診時基本診療料若しくは紹介患者初診時基本診療料又は初診料若しくは紹介患者初診料を算定することができる患者及び社会保険診療以外の患者のうちこれに相当する患者をいうものであること。（通知）</li> <li>○紹介状には、紹介患者の氏名、年齢、性別、傷病名又は紹介目的、紹介元医療機関名、紹介元医師名、その他紹介を行う医師において必要と認める事項を記載しなければならないものであること。</li> </ul>
<p>②率 (規則九の二〇VIロ及びハ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○30%以上であること</li> <li>○紹介率が30%を下回る病院にあっては、紹介率を30%まで高めるよう努めるものとし、そのための具体的な年次計画を作成し、厚生労働大臣に提出すること。</li> <li>○年次計画を策定するに当たっては、おおむね5年間に10%紹介率を高める内容のものとする。</li> <li>・紹介率に係る年次計画については、計画期間経過後になお紹介率が30%に達していない場合は、30%に達するまで、引き続きおおむね5年間に10%引き上げる年次計画を作成し、前の年次計画の計画期間終了後速やかに厚生労働大臣に提出しなければならないものであること。（通知）</li> <li>・承認当初において紹介率が30%以上であった病院が、その後に紹介率が30%に満たなくなった場合にあっては、30%に満たなくなった年度の次年度からの年次計画を作成し、厚生労働大臣に提出しなければならないものであること。（通知）</li> <li>・紹介率に係る年次計画書は、正本1通、副本1通を厚生労働省医政局総務課に送付するものであること。（通知）</li> <li>・仮に、紹介率に係る5年間の年次計画が達成されない場合であっても、紹介率を向上させるために合理的な努力を行ったものと認められる場合には直ちに特定機能病院の承認の取り消しを行うことは想定されていないものであること。（通知）</li> <li>・その場合には、引き続き3年間を計画期間とする年次計画を作成して厚生労働大臣に提出しなければならないものであること。（通知）</li> <li>・その際の具体的な取り扱いについては、社会保障審議会の意見を聴いて定めるものであること。（通知）</li> </ul>
<p>(11)安全管理</p> <p>①安全管理体制 (規則一の十一、九の二三II)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○専任の医療に係る安全管理を行う者を配置すること。</li> <li>・「専任の医療に係る安全管理を行う者」は、当該病院における医療に係る安全管理を行う部門の業務に関する企画立案及び評価、病院内における医療安全に関する職員の安全管理に関する意識の向上や指導等の業務を行うものであり、次に掲げる基準を満たす必要があること。（通知）</li> <li>ア医師、歯科医師、薬剤師又は看護師のうちのいずれかの資格を有していること。</li> </ul>

イ医療安全に関する必要な知識を有していること。  
ウ当該病院の医療安全に関する管理を行う部門に所属していること。  
エ当該病院の医療に係る安全管理のための委員会の構成員に含まれていること。  
オ医療安全対策の推進に関する業務に専ら従事していること。

○医療に係る安全管理を行う部門を設置すること。

・「医療に係る安全管理を行う部門」とは、専任の医療に係る安全管理を行う者及びその他必要な職員で構成され、医療に係る安全管理のための委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に当該病院内の安全管理を担う部門であって、次に掲げる業務を行うものであること。（通知）

ア医療に係る安全管理のための委員会で用いられる資料及び議事録の作成及び保存、その他医療に係る安全管理のための委員会の庶務に関すること。

イ事故等に関する診療録や看護記録等への記載が正確かつ十分になされていることの確認を行うとともに、必要な指導を行うこと。

ウ患者や家族への説明など事故発生時の対応状況について確認を行うとともに、必要な指導を行うこと。

エ事故等の原因究明が適切に実施されていることを確認するとともに、必要な指導を行うこと。

オ医療安全に係る連絡調整に関すること。

カ医療安全対策の推進に関すること。

○当該病院内に患者からの安全管理に係る相談に適切に応じる体制を確保すること。

・「患者からの安全管理に係る相談に適切に応じる体制を確保すること」とは、当該病院内に患者相談窓口を常設し、患者等からの苦情、相談に応じられる体制を確保するものであり、次に掲げる基準を満たす必要があること。（通知）

ア患者相談窓口の活動の趣旨、設置場所、担当者及びその責任者、対応時間等について、患者等に明示されていること。

イ患者相談窓口の活動に関し、相談に対応する職員、相談後の取扱、相談情報の秘密保護、管理者への報告等に関する規約が整備されていること。

ウ相談により、患者や家族等が不利益を受けないよう適切な配慮がなされていること。

・これらの苦情や相談は医療機関の安全対策等の見直しにも活用されるものであること。（通知）

○医療に係る安全管理のための指針を整備すること。

・医療に係る安全管理のための指針は、次に掲げる事項を文書化したものであること。（通知）

・本指針は、医療に係る安全管理のための委員会において策定及び変更することとし、従業者に対して周知徹底を図ること。

ア当該病院における安全管理に関する基本的考え方



イ医療に係る安全管理のための委員会その他の当該病院の組織に関する基本的事項

ウ医療に係る安全管理のための従業者に対する研修に関する基本方針

エ当該病院における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針

オ医療事故等発生時の対応に関する基本方針

カ医療従事者と患者との間の情報の共有に関する基本方針(患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針を含む。)

キ患者からの相談への対応に関する基本方針

クその他医療安全の推進のために必要な基本方針

○医療に係る安全管理のための委員会(以下「安全管理委員会」という。)を開催すること

- ・安全管理委員会とは、当該病院における安全管理の体制の確保及び推進のために設けるものであり、次に掲げる基準を満たす必要があること。(通知)

ア安全管理委員会の管理及び運営に関する規程が定められていること。

イ重要な検討内容について、患者への対応状況を含め管理者へ報告すること。

ウ重大な問題が発生した場合は、速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び実施並びに従業者への周知を図ること。

エ安全管理委員会で立案された改善策の実施状況を必要に応じて調査し、見直しを行うこと。

オ月1回程度開催するとともに、重大な問題が発生した場合は適宜開催すること。

カ各部門の安全管理のための責任者等で構成されること。

○医療に係る安全管理のための職員研修を実施すること。

- ・医療に係る安全管理のための職員研修は、医療に係る安全管理のための基本的考え方及び具体的方策について、当該研修を実施する病院等の従業者に周知徹底を行うことで、個々の従業者の安全に対する意識、安全に業務を遂行するための技能やチームの一員としての意識の向上等を図るためのものであること。(通知)

- ・研修では、当該病院の具体的な事例等を取り上げ、職種横断的に行うものであることが望ましいものであること。(通知)

- ・本研修は、当該病院全体に共通する安全管理に関する内容について、年2回程度定期的で開催するほか、必要に応じて開催すること。(通知)

- ・研修の実施内容(開催又は受講日時、出席者、研修項目)について記録すること。(通知)

	<p>○事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講ずること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に係る措置は、以下のようなものとする。 (通知) <ul style="list-style-type: none"> <li>ア当該病院において発生した事故の安全管理委員会への報告等を行うこと</li> <li>イあらかじめ定められた手順、事故収集の範囲等に関する規定に従い事例を収集、分析すること。これにより当該病院における問題点を把握して、当該病院の組織としての改善策の企画立案及びその実施状況を評価し、当該病院においてこれらの情報を共有すること。</li> <li>ウ重大な事故の発生時には、速やかに管理者へ報告すること。また、改善策については、背景要因及び根本原因を分析し検討された効果的な再発防止策等を含むものであること。</li> </ul> </li> <li>・事故の報告は診療録、看護記録等に基づき作成すること。 (通知)</li> </ul>
<p>②院内感染 (規則一の十一2 I、九の二三1 I)</p>	<p>○専任の院内感染対策を行う者を配置すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「専任の院内感染対策を行う者」は、当該病院における院内感染対策を行う部門の業務に関する企画立案及び評価、病院内における職員の院内感染対策に関する意識の向上や指導等の業務を行うものであり、次に該当するものであること。 (通知) <ul style="list-style-type: none"> <li>ア医師、歯科医師、薬剤師又は看護師のうちのいずれかの資格を有していること。</li> <li>イ院内感染対策に関する必要な知識を有していること。</li> </ul> </li> </ul> <p>○院内感染対策のための指針の策定</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・院内感染対策のための指針は、次に掲げる事項を文書化したものであること。</li> <li>・この指針は、院内感染対策のための委員会の議を経て策定及び変更するものであることとし、当該指針は従業者へ周知徹底すること。 (通知) <ul style="list-style-type: none"> <li>ア院内感染対策に関する基本的考え方</li> <li>イ院内感染対策のための委員会その他の当該病院の組織に関する基本的事項</li> <li>ウ院内感染対策のための従業者に対する研修に関する基本方針</li> <li>エ感染症の発生状況の報告に関する基本方針</li> <li>オ院内感染発生時の対応に関する基本方針</li> <li>カ患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針</li> <li>キその他の当該病院における院内感染対策の推進のために必要な基本方針</li> </ul> </li> </ul> <p>○院内感染対策のための委員会（以下「院内感染対策委員会という。」）の開催</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当該病院における院内感染対策の推進のために設けるものであ</li> </ul>

り、次に掲げる基準を満たす必要があること。（通知）  
ア管理及び運営に関する規程が定められていること。  
イ重要な検討内容について、院内感染発生時及び発生が疑われる際の患者への対応状況を含め、管理者へ報告すること。  
ウ院内感染が発生した場合は、速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び実施並びに従業者への周知を図ること。  
エ院内感染対策委員会で立案された改善策の実施状況を必要に応じて調査し、見直しを行うこと。  
オ月1回程度開催するとともに、重大な問題が発生した場合は適宜開催すること。  
カ委員会の委員は職種横断的に構成されること。

- 従業者に対する院内感染対策のための研修の実施
  - ・従業者に対する院内感染対策のための研修は、院内感染対策のための基本的考え方及び具体的方策について、当該研修を実施する病院等の従業者に周知徹底を行うことで、個々の従業者の院内感染に対する意識を高め、業務を遂行する上での技能やチームの一員としての意識の向上等を図るものであること。（通知）
  - ・当該病院の実情に即した内容で、職種横断的な参加の下に行われるものであること。（通知）
  - ・本研修は、病院全体に共通する院内感染に関する内容について、年2回程度定期的で開催するほか、必要に応じて開催すること。（通知）
  - ・研修の実施内容（開催又は受講日時、出席者、研修項目）について記録すること。（通知）
  
- 病院における感染症の発生状況の報告その他の院内感染対策の推進を目的とした改善のための方策の実施
  - ・病院における感染症の発生状況の報告その他の院内感染対策の推進を目的とした改善のための方策は、院内感染の発生状況を把握するため、当該病院における感染症の発生動向の情報を共有することで、院内感染の発生の予防及びまん延の防止を図るものであること。（通知）
  - ・重大な院内感染等が発生し、院内のみでの対応が困難な事態が発生した場合、又は発生したことが疑われる場合には、地域の専門家等に相談が行われる体制を確保することが望ましいものであること。（通知）
  - ・「院内感染対策のための指針」に即した院内感染対策マニュアルを整備する等、その他の院内感染対策の推進のために必要な改善策を図るとともに、それらを定期的に見直すことが望ましいものであること。（通知）

※これらの措置は、①の医療の安全を確保するための措置と一体的に実施しても差し支えないが、専任の院内感染対策を行

<p>③医薬品 (規則一の十一・二II、九の二三1 I)</p>	<p>う者を配置するものとする。</p> <p>次に掲げる体制を確保し、医薬品に係る安全管理のための体制を確保しなければならないものであること。</p> <p>○医薬品の安全使用のための責任者の配置</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医薬品の安全使用のための責任者(以下「医薬品安全管理責任者」という。)を配置すること。(通知)</li> <li>・管理者との兼務は不可とすること。(通知)</li> <li>・医薬品安全管理責任者は、医薬品に関する十分な知識を有する常勤職員であり、医師、歯科医師、薬剤師又は看護師のいずれかの資格を有していること。(通知)</li> <li>・医薬品安全管理責任者は、病院等の管理者の指示の下に、次に掲げる業務を行うものとする。(通知)</li> <li>・においては、安全管理委員会との連携の下、実施体制を確保すること。(通知)</li> </ul> <p>①医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成</p> <p>②従業者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施</p> <p>③医薬品の業務手順書に基づく業務の実施</p> <p>④医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医薬品の安全確保を目的とした改善のための方策の実施</p> <p>○従業者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・従業者に対する医薬品の安全使用のための研修の内容については、具体的には次に掲げる事項が考えられること。(通知)</li> <li>・研修の実施については必要に応じて行うこととし、他の医療安全に係る研修と併せて実施しても差し支えないこととすること。(通知)</li> </ul> <p>①医薬品の有効性・安全性に関する情報、使用方法に関する事項</p> <p>②医薬品の安全使用のための業務に関する手順書に関する事項</p> <p>③医薬品による副作用等が発生した場合の対応(施設内での報告、行政機関への報告等)に関する事項</p> <p>○医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医薬品の安全使用のための業務に関する手順書(以下「医薬品業務手順書」という。)については、医薬品の取扱いに係る業務の手順を文書化したものであること。(通知)</li> <li>・医薬品業務手順書の作成又は変更は、安全管理委員会において協議した上で行うこと。(通知)</li> <li>・医薬品業務手順書には、病院の規模や特徴に応じて、次に掲げる事項を含むものであること。(通知)</li> </ul> <p>①病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項</p> <p>②医薬品の管理に関する事項(例＝医薬品の保管場所、薬事法(昭和35年法律第145号)などの法令で適切な管理が求められている医薬品(麻薬・向精神薬、覚せい剤原料、毒薬・劇薬、特定生物由来製品等)の管理方法)</p>
--	---

	<p>③患者に対する医薬品の投薬指示から調剤に関する事項(例＝患者情報(薬剤の服用歴、入院時に持参してきた薬剤等)の収集、処方せんの記載方法、調剤方法、処方せんや調剤薬の鑑査方法)</p> <p>④患者に対する与薬や服薬指導に関する事項</p> <p>⑤医薬品の安全使用に係る情報の取扱い(収集、提供等)に関する事項</p> <p>⑥他施設(病院等、薬局等)との連携に関する事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医薬品業務手順書は、作成後も必要に応じて見直しを行う必要があること。(通知)</li> <li>・医薬品業務手順書を策定する際には、「医薬品の安全使用のための業務手順書作成マニュアル」(平成19年3月30日付け医政総発第0330001号・医薬総発第0330002号)を参照のこと。(通知)</li> </ul> <p>○医薬品業務手順書に基づく業務の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・手順書に基づく業務の実施については、医薬品安全管理責任者に対して、従業者の業務が医薬品業務手順書に基づき行われているか定期的に確認させ、確認内容を記録させること。(通知)</li> </ul> <p>○医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策の実施については、医薬品安全管理責任者に対して、医薬品の添付文書の情報のほか、医薬品製造販売業者、行政機関、学術誌等からの情報を広く収集し、管理させるとともに、得られた情報のうち必要なものは当該情報に係る医薬品を取り扱う従業者に迅速かつ確実に周知徹底を図らせること。(通知)</li> <li>・情報の収集等に当たっては、薬事法において、①製造販売業者等が行う医薬品の適正な使用のために必要な情報の収集に対して病院等が協力するよう努める必要があること等(薬事法第77条の3第2項及び第3項)、②病院若しくは診療所の開設者又は医師、歯科医師、薬剤師その他の医薬関係者は、医薬品について、当該品目の副作用等の発生を知った場合において、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止するため必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対して副作用等を報告することが義務付けられていること(薬事法第77条の4の2第2項)に留意する必要があること。(通知)</li> </ul>
<p>④医療機器 (規則一の十一-2Ⅲ、九の二三1 I)</p>	<p>医療機器に係る安全管理のための体制を確保しなければならないものであること。</p> <p>医療機器には病院において医学管理を行っている患者の自宅その他病院等以外の場所で使用される医療機器も含まれること。(通知)</p>

- 医療機器の安全使用のための責任者の配置
  - ・医療機器の安全使用のための責任者(以下「医療機器安全管理責任者」という。)を配置すること。
  - ・管理者との兼務は不可とすること。(通知)
  - ・医療機器安全管理責任者は、医療機器に関する十分な知識を有する常勤職員であり、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、診療放射線技師、臨床検査技師又は臨床工学技士のいずれかの資格を有していること。(通知)
  - ・医療機器安全管理責任者は、病院の管理者の指示の下に、次に掲げる業務を行うものとする。(通知)
  - ・安全管理委員会との連携の下、実施体制を確保すること。
    - ①従業者に対する医療機器の安全使用のための研修の実施
    - ②医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の適切な実施
    - ③医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施
  
- 従業者に対する医療機器の安全使用のための研修の実施
  - ・医療機器安全管理責任者は、以下に掲げる従業者に対する医療機器の安全使用のための研修を行うこと。(通知)
    - ①新しい医療機器の導入時の研修：病院において使用した経験のない新しい医療機器を導入する際には、当該医療機器を使用する予定の者に対する研修を行い、その実施内容について記録すること。
    - ②特定機能病院における定期研修：特定機能病院においては、特に安全使用に際して技術の習熟が必要と考えられる医療機器に関しての研修を定期的に行い、その実施内容について記録すること。
  - ・研修の内容については、次に掲げる事項とすること。(通知)
    - ア医療機器の有効性・安全性に関する事項
    - イ医療機器の使用方法に関する事項
    - ウ医療機器の保守点検に関する事項
    - エ医療機器の不具合等が発生した場合の対応(施設内での報告、行政機関への報告等)に関する事項
    - オ医療機器の使用に関して特に法令上遵守すべき事項
  - ・他の医療安全に係る研修と併せて実施しても差し支えないこととすること。(通知)
  - ・①・②以外の研修については必要に応じて開催すること。(通知)
  
- 医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の適切な実施
  - ・医療機器安全管理責任者は、医療機器の特性等にかんがみ、保守点検が必要と考えられる医療機器については保守点検計画の

策定等を行うこと。(通知)

①保守点検計画の策定

ア保守点検に関する計画の策定に当たっては、薬事法の規定に基づき添付文書に記載されている保守点検に関する事項を参照すること。また、必要に応じて当該医療機器の製造販売業者に対して情報提供を求めること。

イ保守点検計画には、機種別に保守点検の時期等を記載すること。

②保守点検の適切な実施

ア保守点検の実施状況、使用状況、修理状況、購入年等を把握し、記録すること。

イ保守点検の実施状況等を評価し、医療安全の観点から、必要に応じて安全面に十分配慮した医療機器の採用に関する助言を行うとともに、保守点検計画の見直しを行うこと。

ウ医療機器の保守点検を外部に委託する場合も、法第15条の2に規定する基準を遵守すること。なお、外部に委託する際も保守点検の実施状況等の記録を保存すること。

○医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施

・医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医療機器の安全確保を目的とした改善のための方策の実施については、次の要件を満たすものとする。(通知)

①添付文書等の管理：医療機器安全管理責任者は、医療機器の添付文書、取扱説明書等の医療機器の安全使用・保守点検等に関する情報を整理し、その管理を行うこと。

②医療機器に係る安全性情報等の収集：医療機器安全管理責任者は、医療機器の不具合情報や安全性情報等の安全使用のために必要な情報を製造販売業者等から一元的に収集するとともに、得られた情報を当該医療機器に携わる者に対して適切に提供すること。

③病院の管理者への報告：医療機器安全管理責任者は、管理している医療機器の不具合や健康被害等に関する内外の情報収集に努めるとともに、当該病院の管理者への報告等を行うこと。また、情報の収集等に当たっては、薬事法において、①製造販売業者等が行う医療機器の適正な使用のために必要な情報の収集に対して病院等が協力するよう努める必要があること等(薬事法第77条の3第2項及び第3項)、②病院若しくは診療所の開設者又は医師、歯科医師、薬剤師その他の医薬関係者は、医療機器について、当該品目の副作用等の発生を知った場合において、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止するため必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対して副作用等を報告することが義務付けられていること(薬事法第77条の4の2第2項)に留意する必要があること。

(12) 事故等事案の報告

○①に掲げる事故等事案が発生した場合には、当該事案が発生した日から2

<p>(規則九の二三1二・2、同十二)</p>	<p>週間以内に、②に掲げる事項を記載した事故等報告書を作成し、当該事故等事案が発生した日から原則として2週間以内に、事故等分析事業を行う者であって、厚生労働大臣の登録を受けたもの（財団法人日本医療機能評価機構）に提出すること。</p> <p>①事故等の範囲</p> <p>ア誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事案</p> <p>イ誤った医療又は管理を行ったことが明らかではないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事案（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事案の発生を予期しなかったものに限る。）</p> <p>ウア及びイに掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事案</p> <p>②報告を求める項目</p> <p>ア当該事案が発生した日時、場所及び診療科名</p> <p>イ性別、年齢、病名その他の当該事案に係る患者に関する情報</p> <p>ウ職種その他の当該事案に係る医療関係者に関する情報</p> <p>エ当該事案の内容に関する情報</p> <p>オアからエに掲げるもののほか、当該事案に関し必要な情報</p>
<p>(13) その他</p>	<p>○紹介患者に係る医療を円滑に実施するため、病院内に地域医療の連携推進のための委員会等（病院内の関係者を構成員とすることも可）を設けることが望ましいものであること。（通知）</p> <p>○救急患者に対して必要な医療を提供する体制が確保されていることが望ましいものであること。（通知）</p> <p>○救急用又は患者輸送用自動車を備えていることが望ましいものであること（通知）</p>



# 特定機能病院の承認状況

(平成23年7月1日現在)

	医療機関名		医療機関名
1	国立がん研究センター中央病院	43	国立大学法人岐阜大学医学部附属病院
2	国立循環器病研究センター	44	広島大学病院
3	順天堂大学医学部附属順天堂医院	45	琉球大学医学部附属病院
4	日本医科大学付属病院	46	北海道大学病院
5	日本大学医学部附属板橋病院	47	旭川医科大学病院
6	東邦大学医療センター大森病院	48	鳥取大学医学部附属病院
7	関西医科大学附属枚方病院	49	愛媛大学医学部附属病院
8	久留米大学病院	50	宮崎大学医学部附属病院
9	北里大学病院	51	鹿児島大学病院
10	聖マリアンナ医科大学病院	52	山形大学医学部附属病院
11	東海大学医学部付属病院	53	三重大学医学部附属病院
12	近畿大学医学部附属病院	54	大阪大学医学部附属病院
13	自治医科大学附属病院	55	岡山大学病院
14	長崎大学医学部・歯学部附属病院	56	大分大学医学部附属病院
15	山口大学医学部附属病院	57	福井大学医学部附属病院
16	高知大学医学部附属病院	58	新潟大学医歯学総合病院
17	秋田大学医学部附属病院	59	国立大学法人金沢大学附属病院
18	東京慈恵会医科大学附属病院	60	熊本大学医学部附属病院
19	大阪医科大学附属病院	61	名古屋大学医学部附属病院
20	慶應義塾大学病院	62	滋賀医科大学医学部附属病院
21	福岡大学病院	63	京都大学医学部附属病院
22	愛知医科大学病院	64	島根大学医学部附属病院
23	岩手医科大学附属病院	65	山梨大学医学部附属病院
24	獨協医科大学病院	66	浜松医科大学医学部附属病院
25	埼玉医科大学病院	67	群馬大学医学部附属病院
26	昭和大学病院	68	佐賀大学医学部附属病院
27	兵庫医科大学病院	69	公立大学法人福島県立医科大学附属病院
28	金沢医科大学病院	70	和歌山県立医科大学附属病院
29	杏林大学医学部付属病院	71	筑波大学附属病院
30	川崎医科大学附属病院	72	東京大学医学部附属病院
31	帝京大学医学部附属病院	73	九州大学病院
32	産業医科大学病院	74	名古屋市立大学病院
33	藤田保健衛生大学病院	75	公立大学法人奈良県立医科大学附属病院
34	東京医科歯科大学医学部附属病院	76	札幌医科大学附属病院
35	千葉大学医学部附属病院	77	公立大学法人横浜市立大学附属病院
36	信州大学医学部附属病院	78	京都府立医科大学附属病院
37	富山大学附属病院	79	防衛医科大学校病院
38	神戸大学医学部附属病院	80	大阪市立大学医学部附属病院
39	香川大学医学部附属病院	81	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
40	徳島大学病院	82	東京女子医科大学病院
41	弘前大学医学部附属病院	83	東京医科大学病院
42	東北大学病院		

## 地域医療支援病院に係る基準について

法：医療法（昭和 23 年法律第 205 号）

令：医療法施行令（昭和 23 年政令第 326 号）

規則：医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）

告示：厚生労働大臣の定める地域医療支援病院の開設者  
（平成 10 年厚生労働省告示 105 号）

通知：医療法の一部を改正する法律の施行について（平成 10 年 5 月 19 日健政  
発第 639 号厚生省健康政策局長通知）

項 目	基 準
(1) 開設者 (法四①本文、告示)	<p>○国、都道府県、市町村、社会医療法人、法第 7 条の 2 第 1 項各号に掲げる者（都道府県、市町村及び次に掲げる者を除く。）、医療法人（特別医療法人を除く。）、一般社団・財団法人（特例民法法人を含む。）、公益社団・財団法人、学校法人、社会福祉法人、独立行政法人労働者健康福祉機構</p> <p>○次の①及び②のいずれにも該当し、かつ、地域における医療の確保のために必要な支援について相当の実績を有する病院の開設者</p> <p>①エイズ治療の拠点病院（平成 5 年 7 月 28 日健医発第 825 号厚生省保健医療局長通知「エイズ治療の拠点病院の整備について」による）又は地域がん診療拠点病院（平成 13 年 8 月 30 日健発第 865 号厚生労働省健康局長通知「がん診療連携拠点病院の整備について」による）であること</p> <p>②保険医療機関の指定を受けていること</p>
(2) 紹介率 (法四①I、法十六の二①VI、規則九の十六VI)	<p>○他の病院又は診療所から紹介された患者に対し医療を提供し、（中略）体制が整備されていること（法）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・いわゆる紹介外来制を原則としていることを意味するものであり、具体的には、次のいずれかの場合に該当することを求める趣旨であること。（通知）</li> </ul> <p>ア次の式により算定した数（以下「紹介率」という。）が 80% を上回っていること</p> $\text{紹介率} = ((\text{紹介患者の数} + \text{救急患者の数}) / \text{初診患者の数}) \times 100$ <p>イ紹介率が 60% を上回り、かつ、次の式により算定した数（以下「逆紹介率」という。）が 30% を上回ること</p> $\text{逆紹介率} = (\text{逆紹介患者の数} / \text{初診患者の数}) \times 100$ <p>ウ紹介率が 40% を上回り、かつ、逆紹介率が 60% を上回ること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「紹介患者の数」、「救急患者の数」、「初診患者の数」、「逆紹介患者の数」とはそれぞれ次の値の申請を行う年度の前年度の数を用いるものであること。（通知）</li> <li>・紹介患者の数：開設者と直接関係のない他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診の患者に限る。また、紹介元である他の病院又は診療所の医師から電話情報により地域医療支援病院の医師が紹介状に転記する場合及び他の病院又は診療所等における検診の結果、精密検診を必要とされた患者の精密検診のための受診で、紹介状又は検査票等に、紹介目的、検査結果等についてその</li> </ul>

記載がなされている場合を含む。)

- ・救急患者の数：緊急的に入院し治療を必要とした救急患者の数(初診の患者に限る。以下同じ。)
- ・初診患者の数：初診患者の総数(当該地域医療支援病院が法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置付けられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者の数(初診の患者に限る。また、緊急的に入院し治療を必要とした救急患者の数を除く。)を除く。)
- ・逆紹介患者の数：地域医療支援病院から他の病院又は診療所に紹介した者の数
- ・「初診患者」とは、診療報酬点数表において初診時基本診療料若しくは紹介患者初診時基本診療料又は初診料若しくは紹介患者初診料を算定することができる患者及び社会保険診療以外の患者のうちこれに相当する患者をいうものであること。(通知)
- ・「逆紹介患者」とは、診療報酬点数表において診療情報提供料を算定した患者及び社会保険診療以外の患者のうちこれに相当する患者をいうものであること。  
また、地域連携診療計画管理料を算定した患者であって、診療情報提供料(I)算定の要件を満たすものについても、「逆紹介患者」として取り扱って差し支えないこと。(通知)
- ・紹介状には、紹介患者の氏名、年齢、性別、傷病名又は紹介目的、紹介元医療機関名、紹介元医師名、その他紹介を行う医師において必要と認める事項を記載しなければならないものであること。(通知)
- ・紹介率が60%以上であって、承認後2年間で当該紹介率が80%を達成することが見込まれる病院については、都道府県知事が地域の実状に応じて、具体的な年次計画の提出を求めた上で、承認して差し支えないこと。(通知)
- ・なお、この場合において、承認後、2年間の年次計画が達成されない場合は、地域医療支援病院の承認の取消しを行うこととなるが、合理的な努力を行ったものと認められる場合には、都道府県知事は都道府県医療審議会の意見を聴いて、1年に限り計画期間の延長を認めて差し支えないものであること。(通知)
- ・ただし、承認後3年を経過してなお年次計画が達成されない場合においては、都道府県医療審議会の意見を聴いた上で、その承認の取扱いを決定されたいこと。(通知)
- ・紹介率又は逆紹介率の算定に当たって、紹介元又は逆紹介先が特定の医療機関に偏っている場合は、地域における医療の確保のために必要な支援を行うという地域医療支援病院の趣旨に反することから、法第16条の2第7号及び省令第9条の19第1項の規定に基づき当該地域医療支援病院内に設置される委員会において対応策を審議させること。この場合において、対応策の進捗状況等によっては、必要に応じ、都道府県医療審議会で審議することとされたいこと。(通知)

○他の病院又は診療所から紹介された患者に対し、医療を提供すること

- ・その管理する病院における医療の提供は、原則として紹介患者に対

	<p>するものであること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・必要な医療を提供した紹介患者に対し、その病床に応じて、当該紹介を行った医療機関その他の適切な医療機関を紹介すること。</li> <li>・「その管理する病院における医療の提供は、原則として紹介患者に対するものであること」とは、いわゆる紹介外来制を原則としていることを意味するものであり、具体的には、紹介率が80%を上回っていることを求める趣旨であること。（通知）</li> <li>・紹介率が80%を下回っていて承認を受けた病院については、承認後2年間で紹介率80%を達成するための改善計画の実施状況を併せて提出すべきものであること。（通知）</li> <li>・「必要な医療を提供した紹介患者に対し、その病状に応じて、当該紹介を行った医療機関その他の適切な医療機関を紹介すること」とは、具体的な数値を示すものではないが、地域医療支援病院における紹介患者に対する医療提供に当たっては、その経過等について紹介元医師等に対し随時適切な情報提供を行い、患者の病状が軽快した場合等においては、患者の住み慣れた身近な地域で医療を提供するという観点から、当該患者の意思を確認した上で、当該紹介元医師等に対して当該患者を紹介すること等を意味するものであること。また、紹介によらず直接受診した患者に対しても、紹介患者の取扱いに準じて対応すること。（通知）</li> </ul>
<p>(3) 共同利用 (法四①I、法十六の二①I、規則九の十六I)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○当該病院の建物の全部若しくは一部、設備、器械又は器具を、当該病院に勤務しない医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の診療、研究又は研修のために利用させるための体制が整備されていること（法）</li> <li>・「当該病院の建物の全部若しくは一部、設備、器械又は器具を、当該病院に勤務しない医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の診療、研究又は研修のために利用させるための体制が整備されていること」とは、 <ul style="list-style-type: none"> <li>ア当該病院の施設・設備が当該病院の存する地域の全ての医師又は歯科医師の利用のために開放されており、そのための共同利用に関わる規定が病院の運営規定等に明示されていること。</li> <li>イ共同利用を行おうとする当該二次医療圏に所在する医療機関の登録制度(以下「利用医師等登録制度」という。)を設け、当該地域医療支援病院の開設者と直接関係のない医療機関が現に共同利用を行っている全医療機関の5割以上であること。</li> <li>ウ利用医師等登録制度の実施にあたる担当者を定め、登録された医療機関等との協議、共同利用に関する情報の提供等連絡・調整の業務を行わせること。</li> <li>エ共同利用のための専用の病床として、共同利用の実績を踏まえつつ、他医療機関の利用の申し出に適切かつ速やかに対応できる病床数が確保されていること。</li> </ul> </li> <li>をいうものであること。（通知）</li> <li>○当該病院の建物の全部若しくは一部、設備、器械又は器具を、当該病院に勤務しない医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の診療、研究又は研修のために利用させること（法）</li> <li>○共同利用の円滑な実施のための体制を確保すること。（規則）</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「共同利用の円滑な実施のための体制」とは、 <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 当該病院の施設・設備が当該病院の存する地域の全ての医師又は歯科医師の利用のために開放されており、そのための開放利用に関わる規定が病院の運営規定等に明示されていること。</li> <li>イ 利用医師等登録制度を設け、当該地域医療支援病院の開設者と直接関係のない医療機関が現に共同利用を行っている全医療機関の5割以上であること。</li> <li>ウ 利用医師等登録制度の実施にあたる担当者を定め、登録された医療機関等との協議、共同利用に関する情報の提供等連絡・調整の業務を行わせること。</li> </ul> </li> </ul> <p>をいうものであること。（通知）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○共同利用に係る医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者と協議の上、共同利用の対象となる当該病院の建物、設備、器械又は器具の範囲をあらかじめ定めること。（規則）</li> <li>○共同利用の対象となる当該病院の建物、設備、器械又は器具の範囲その他の共同利用に関する情報を、当該地域の医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者に対し提供すること。（規則）</li> <li>○共同利用のための専用の病床を常に確保すること。（規則） <ul style="list-style-type: none"> <li>・「専用の病床」については、共同利用の実績を踏まえつつ、他医療機関の利用の申し出に適切かつ速やかに対応できる病床数が確保されていること。また、他の病床の利用状況等の事情からやむを得ず共同利用に係る患者以外の患者を一時的に収容することは差し支えないものであること。（通知）</li> </ul> </li> </ul>
<p>(4)救急医療  (法四①Ⅱ、法十六の二①Ⅱ、規則九の十六Ⅱ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○救急医療を提供する能力を有すること（法） <ul style="list-style-type: none"> <li>・「救急医療を提供する能力を有すること」とは、 <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 24時間体制で入院治療を必要とする重症救急患者に必要な検査、治療ができるよう、通常の当直体制の外に重症救急患者の受入れに対応できる医師等医療従事者が確保されているとともに、重症救急患者のために優先的に使用できる病床又は専用病床が確保されていること。</li> <li>なお、特定の診療科において24時間体制で重症救急患者の受入れに対応できる体制が確保されていれば差し支えないものであること。</li> <li>イ入院治療を必要とする重症救急患者に必要な検査、治療を行うために必要な診療施設(診察室、処置室、検査室等)を有し、24時間使用可能な体制が確保されていること。</li> <li>ウ救急自動車による傷病者の搬入に適した構造設備を有していること。</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p>をいうものであること。（通知）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○救急医療を提供すること（法）</li> <li>○重傷の救急患者に対し医療を提供する体制を常に確保すること（規則）</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「重症の救急患者に対し医療を提供する体制」とは、 <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 24 時間体制で入院治療を必要とする重症救急患者に必要な検査、治療ができるよう、通常の当直体制の外に重症救急患者の受入れに対応できる医師等医療従事者が確保されているとともに、重症救急患者のために優先的に使用できる病床又は専用病床が確保されていること。</li> <li>なお、特定の診療科において 24 時間体制で重症救急患者の受入れに対応できる体制が確保されていれば差し支えないものであること。</li> <li>イ入院治療を必要とする重症救急患者に必要な検査、治療を行うために必要な診療施設(診察室、処置室、検査室等)を有し、24 時間使用可能な体制が確保されていること。</li> <li>をいうものであること。(通知)</li> </ul> </li> <li>○他の病院、診療所等からの救急患者を円滑に受け入れる体制を確保すること(規則)</li> <li>・「他の病院、診療所等からの救急患者を円滑に受け入れる体制」とは、救急自動車による傷病者の搬入に適した構造設備を有していることをいうものであること。(通知)</li> <li>・救急医療の提供は、必ずしも当該病院が標榜する診療科全てにおいて行うことを求めるものではないが、一部の診療科について実施する場合には、予め都道府県担当部局、消防機関等関係機関に対してその旨を通知しておくこと。(通知)</li> </ul>
<p>(5) 研修 (法四①Ⅲ、法十六の二①Ⅲ、規則九の十六Ⅲ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を行わせる能力を有すること(法)</li> <li>・「地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を行わせる能力を有すること」とは、 <ul style="list-style-type: none"> <li>ア必要な図書等を整備し、以下のような研修を定期的に行う体制が整備されていること。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の医師等を含めた症例検討会</li> <li>・医学・医療に関する講習会</li> </ul> </li> <li>イ研修目標、研修計画、研修指導体制その他研修の実施のために必要な事項を定めた研修プログラムを作成していること。</li> <li>ウ研修プログラムの管理及び評価を行うために、病院内に研修全体についての教育責任者及び研修委員会が設置されていること。</li> <li>エ研修の実施のために必要な施設及び設備を有していること。</li> <li>をいうものであること。(通知)</li> </ul> </li> <li>○地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を行わせること(法)</li> <li>○地域の医療従事者の資質の向上を図るために、これらの者に対する生涯教育その他の研修を適切に行わせること(規則)</li> <li>・「生涯教育その他の研修を適切に行わせること」とは、 <ul style="list-style-type: none"> <li>ア必要な図書等を整備し、以下のような研修を定期的に行う体制が整備されていること。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の医師等を含めた症例検討会</li> <li>・医学・医療に関する講習会</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

	<p>イ研修目標、研修計画、研修指導体制その他研修の実施のために必要な事項を定めた研修プログラムを作成していること。</p> <p>ウ研修プログラムの管理及び評価を行うために、病院内に研修全体についての教育責任者及び研修委員会が設置されていること。</p> <p>エ研修の実施のために必要な施設及び設備を有していること。</p> <p>をいうものであること。（通知）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・研修は、医師法第16条の2に規定する臨床研修を念頭においているものではなく、主として既に地域において開業している又は勤務している医師、歯科医師、薬剤師及び看護師等に対する、これらの者の資質の向上を図るための研修を指すものであること。（通知）</li> <li>・当該病院においては、地域の医療従事者の資質の一層の向上を図るため、研修の実施とともに、地域の医師等が行う地域医療に関する研究、保健医療活動への援助を行うほか、疾病や医薬品情報等の保健医療情報を収集検討し、地域の医師等に提供することが望ましいものであること。（通知）</li> </ul>
<p>(6) 病床数 (法四①Ⅳ、規則六の二)</p>	<p>○厚生労働省令で定める数以上の患者を入院させるための施設を有すること（法）</p> <p>○法第4条第1項第4号に規定する厚生労働省令で定める数は200とする。ただし、都道府県知事が、地域における医療の確保のために必要であると認めたときは、この限りではない。（規則）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「厚生労働省令で定める数」とは、原則200床であること。その場合において、病床の種別は問わないものであること（通知）</li> <li>・「都道府県知事が、地域における医療の確保のために必要であると認めたとき」とは、他の承認要件を満たしていることを前提として、以下の場合を念頭に置いているものであること（通知）</li> </ul> <p>①当該病院が所在する二次医療圏について定められた医療計画を踏まえ、地域医療の確保の観点から、当該病院に対して承認を与えることが適当と認めた場合</p> <p>②精神科等単科の病院であって、当該診療科に関して地域における医療の確保の観点から、承認を与えることが適当と認めた場合</p>
<p>(7) 構造設備</p>	<p>法第21条第1項の規定により病院が有しなければならない施設その他、以下の施設を有すること。</p>
<p>①集中治療室 (法二二Ⅰ、規則二一の五Ⅰ)</p>	<p>○病院の実状に応じて適当な構造設備を有すること。（規則）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「病院の実状に応じて適当な構造設備」とは、具体的な面積基準、有すべき設備を定めるものではなく、当該病院の病床規模、病床の種別等に応じて、必要と認められる構造設備を有していれば差し支えない趣旨であること。（通知）</li> </ul>
<p>②化学、細菌及び病理の検査施設 (法二二Ⅳ、規則二一の五Ⅰ)</p>	<p>○病院の実状に応じて適当な構造設備を有すること。（規則）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「病院の実状に応じて適当な構造設備」とは、具体的な面積基準、有すべき設備を定めるものではなく、当該病院の病床規模、病床の種別等に応じて、必要と認められる構造設備を有していれば差し支えない趣旨であること。（通知）</li> </ul>
<p>③病理解剖室 (法二二Ⅴ、規則二一の五Ⅰ)</p>	<p>○病院の実状に応じて適当な構造設備を有すること。（規則）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「病院の実状に応じて適当な構造設備」とは、具体的な面積基準、有すべき設備を定めるものではなく、当該病院の病床規模、病床の種別等に応じて、必要と認められる構造設備を有していれば差し支えない趣旨であること。（通知）</li> </ul>
<p>④研究室 (法二二Ⅵ)</p>	
<p>⑤講義室 (法二二Ⅶ)</p>	

⑥図書室 (法二二Ⅶ)	
⑦救急用又は患者輸送用自動車 (法二二Ⅸ、規則二二)	
⑧医薬品情報 管理室 (法二二Ⅸ、規則二二)	○医薬品に関する情報の収集、分類、評価及び提供を行うための室のことをいう。 ・医薬品に関する情報の収集、分類、評価及び提供を行う機能を備えていれば、他の用途の室と共用することは差し支えないものであること。(通知)
(8) 諸記録	
①保存・管理 (法一六の二④Ⅳ、規則九の十六Ⅳ、規則二十一の五Ⅱ・Ⅲ)	○診療に関する諸記録及び病院の管理及び運営に関する諸記録を体系的に管理すること(法) ○診療に関する諸記録は、過去2年間の病院日誌、各科診療日誌、処方せん、手術記録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、紹介状、退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約及び入院診療計画書とする。(規則) ○病院の管理及び運営に関する諸記録は、共同利用の実績、救急医療の提供の実績、地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修の実績、閲覧実績並びに紹介患者に対する医療提供及び他の病院又は診療所に対する患者紹介の実績を明らかにする帳簿とする。(規則) ○診療並びに病院の管理及び運営に関する諸記録の管理に関する責任者及び担当者を定め、諸記録を適切に分類して管理すること(規則) ・「診療並びに病院の管理及び運営に関する諸記録の管理に関する責任者及び担当者」は、業務が適切に実施されていれば、必ずしも専任の者でなくとも差し支えないものであること。(通知) ・諸記録の管理方法は、病院の実状に照らし適切なものであれば、必ずしも病院全体で集中管理する方法でなくとも差し支えないものであること。また、分類方法についても、病院の実状に照らし、適切なものであれば差し支えないものであること。(通知)
②閲覧 (法一六の二④Ⅴ、規則九の十六Ⅴ、同九の十七、同九の十八)	○当該病院に患者を紹介しようとする医師及び歯科医師並びに地方公共団体から診療に関する諸記録及び病院の管理及び運営に関する諸記録の閲覧を求められたときは、正当の理由がある場合を除き、当該諸記録のうち患者の秘密を害するおそれのないものとして厚生労働省令で定めるものを閲覧させること。(法) ○法第16条の2第5号に規定する厚生労働省令で定めるものは、共同利用の実績、救急医療の提供の実績、地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修の実績、閲覧実績並びに紹介患者に対する医療提供及び他の病院又は診療所に対する患者紹介の実績の数を明らかにする帳簿とする。(規則) ○診療並びに病院の管理及び運営に関する諸記録の閲覧に関する責任者、担当者及び閲覧の求めに応じる場所を定め、当該場所を見やすいように掲示すること。(規則) ・「診療並びに病院の管理及び運営に関する諸記録の閲覧に関する責任者、担当者」は、業務が適切に実施されていれば、必ずしも専任の者でなくとも差し支えないものであること。(通知) ・「閲覧の求めに応じる場所」は、閲覧に支障がなければ、必ずしも閲覧専用の場所でもなくとも差し支えないものであること。なお、閲覧に供することによって諸記録が散逸することのないよう、十分に留意する必要があるものであること。(通知)
(9) 委員会	○当該病院に勤務しない学識経験者等をもって主として構成される委員会を当該病



<p>(法十六の二①Ⅶ、規則九の十九)</p>	<p>院内に設置すること（規則）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・同委員会は、当該地域医療支援病院の所在する地域の医療を確保する上で重要な関係を有する者を中心に構成されるべきものであり、例えば、当該地域の医師会等医療関係団体の代表、当該病院が所在する都道府県・市町村の代表、学識経験者等により構成することが適当であること。（通知）</li> <li>・委員として、当該病院の関係者が就任することを妨げるものではないが、その場合にあっても、関係者以外の者が大半を占めるよう留意すること。（通知）</li> </ul> <p>○同委員会は、地域における医療の確保のために必要な支援に係る業務に関し、当該業務が適切に行われるために必要な事項を審議し、必要に応じて当該病院の管理者に意見を述べるものとする。（規則）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・同委員会においては、当該地域医療支援病院が、地域のかかりつけ医、かかりつけ歯科医等からの要請に適切に対応し、地域における医療の確保のために必要な支援を行うよう、主として共同利用の実施、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施、諸記録の管理、諸記録の閲覧、紹介患者に対する医療提供、患者に対する相談体制その他に関する管理者の業務遂行状況について審議し、当該病院の管理者に意見を述べるものであること。（通知）</li> <li>・委員会は、定期的(最低四半期に1回程度)に開催することを原則とし、そのほか、必要に応じて不定期に開催することを妨げないものであること。（通知）</li> <li>・当該病院の管理者は、委員会から意見が提出された時は、最大限それを尊重するものであること。（通知）</li> </ul>
<p>(10) 患者相談 (法十六の二①Ⅶ、規則九の十九①)</p>	<p>○当該病院内に患者からの相談に適切に応じる体制を確保すること（規則）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院内に患者相談窓口及び担当者を設け、患者及び家族等からの苦情、相談に応じられる体制を確保することを意味するものであること。</li> </ul>
<p>(11) その他</p>	<p>○上記の業務を行うに当たっては、病院内に専用室、担当者を設け、これらの業務が総合的に行われ、地域の他の診療所等との連携が円滑に行われる体制が確保されていることが望ましいこと。（通知）</p>
<p>(12) 居宅等 (法十六の二②)</p>	<p>○居宅等における医療を提供する医療提供施設、介護保険法第8条第4項に規定する訪問看護を行う同法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者その他の居宅等における医療を提供する者（以下「居宅等医療提供施設等」という。）における連携の緊密化のための支援、医療を受ける者又は地域の医療提供施設に対する居宅等医療提供施設等に関する情報の提供その他の居宅等医療提供施設等による居宅等における医療の提供の推進に関し必要な支援を行わなければならない。</p>

地域医療支援病院一覧

(平成23年3月31日現在)

都道府県名	医療機関名	病床数(床)	承認年月日	二次医療圏名
1	北海道 函館市医師会病院	240	平成11年3月18日	南渡島
2	北海道 旭川赤十字病院	657	平成16年5月17日	上川中部
3	北海道 北見赤十字病院	680	平成17年4月28日	北網
4	北海道 札幌社会保険総合病院	276	平成18年10月3日	札幌
5	北海道 KKR 札幌医療センター斗南病院	243	平成22年8月30日	札幌
6	北海道 KKR 札幌医療センター	450	平成22年8月30日	札幌
7	北海道 社会医療法人北斗 北斗病院	400	平成22年8月30日	十勝
8	青森県 八戸市立市民病院	584	平成14年11月29日	八戸
9	青森県 独立行政法人労働者健康福祉機構青森労災病院	474	平成16年9月22日	八戸
10	岩手県 岩手県立中央病院	685	平成19年7月18日	盛岡
11	岩手県 岩手県立中部病院	434	平成22年9月28日	岩手中部
12	宮城県 財団法人仙台市医療センター仙台オープン病院	330	平成10年9月1日	仙台
13	宮城県 仙台厚生病院	383	平成14年11月14日	仙台
14	宮城県 みやぎ県南中核病院	300	平成16年11月19日	仙南
15	宮城県 独立行政法人国立病院機構仙台医療センター	698	平成17年11月25日	仙台
16	宮城県 宮城県立こども病院	160	平成18年11月15日	仙台
17	宮城県 東北厚生年金病院	466	平成18年11月15日	仙台
18	宮城県 財団法人宮城厚生協会坂総合病院	357	平成19年12月25日	仙台
19	宮城県 石巻赤十字病院	392	平成20年5月23日	石巻
20	宮城県 独立行政法人労働者健康福祉機構東北労災病院	553	平成21年11月24日	仙台
21	秋田県 秋田県成人病医療センター	127	平成12年2月23日	秋田周辺
22	秋田県 能代山本医師会病院	200	平成12年2月23日	能代・山本
23	山形県 山形市立病院済生館	585	平成15年11月25日	村山
24	山形県 鶴岡市立荘内病院	520	平成20年12月19日	庄内
25	福島県 財団法人竹田総合病院	1,097	平成14年2月22日	会津
26	福島県 労働者健康福祉機構福島労災病院	428	平成15年5月18日	いわき
27	福島県 財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院	430	平成18年3月1日	県中
28	福島県 財団法人星総合病院	480	平成19年3月30日	県中
29	福島県 財団法人 大原総合病院	429	平成20年9月26日	県北
30	福島県 北福島医療センター(正式名:財団法人仁泉会医学研究所北福島医療センター)	226	平成21年9月8日	県北
31	福島県 いわき市立総合磐城立病院	889	平成21年9月8日	いわき
32	茨城県 筑波メディカルセンター病院	409	平成11年3月25日	つくば
33	茨城県 独立行政法人国立病院機構水戸医療センター	500	平成18年8月11日	水戸
34	茨城県 取手北相馬保健医療センター医師会病院	215	平成18年8月11日	取手・竜ヶ崎
35	茨城県 独立行政法人国立病院機構茨城東病院	428	平成19年7月13日	常陸太田・ひたちなか
36	茨城県 水戸済生会総合病院	513	平成20年5月30日	水戸
37	茨城県 独立行政法人国立病院機構 霞ヶ浦医療センター	250	平成20年5月30日	土浦
38	茨城県 総合病院取手協同病院	414	平成20年5月30日	取手・竜ヶ崎
39	栃木県 佐野医師会病院	153	平成12年3月24日	両毛
40	栃木県 大田原赤十字病院	556	平成18年12月14日	県北
41	栃木県 独立行政法人国立病院機構栃木病院	462	平成21年6月12日	県東・央
42	栃木県 栃木県済生会宇都宮病院	644	平成21年11月27日	県東・央
43	栃木県 下都賀総合病院	467	平成22年7月30日	県南
44	群馬県 社団法人伊勢崎佐波医師会病院	255	平成11年6月1日	伊勢崎
45	群馬県 前橋赤十字病院	592	平成13年12月27日	前橋
46	群馬県 独立行政法人国立病院機構高崎病院(2009.10.1独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センターに名称変更)	451	平成17年2月28日	高崎・安中
47	群馬県 医療法人社団日高会日高病院	259	平成17年4月1日	高崎・安中
48	群馬県 公立藤岡総合病院	395	平成18年4月1日	藤岡
49	群馬県 群馬県立心臓血管センター	240	平成19年10月25日	前橋
50	群馬県 社会福祉法人恩賜財団済生会支部群馬県済生会前橋病院	337	平成21年3月31日	前橋
51	埼玉県 埼玉県立小児医療センター	300	平成10年10月1日	中央
52	埼玉県 社団法人東松山医師会病院	269	平成14年2月18日	比企
53	埼玉県 北里研究所メディカルセンター病院	440	平成15年7月29日	中央
54	埼玉県 医療法人財団石心会狭山病院	349	平成16年7月28日	西部第一
55	埼玉県 医療法人社幸会行田総合病院	408	平成16年11月5日	利根
56	埼玉県 社会福祉法人恩賜財団済生会埼玉県済生会栗橋病院	314	平成19年8月17日	利根
57	埼玉県 深谷赤十字病院	506	平成19年8月17日	大里
58	埼玉県 独立行政法人国立病院機構埼玉病院	350	平成19年11月2日	西部第一
59	埼玉県 社会福祉法人恩賜財団済生会埼玉県済生会川口総合病院	400	平成20年8月29日	中央

地域医療支援病院一覧

(平成23年3月31日現在)

都道府県名	医療機関名	病床数(床)	承認年月日	二次医療圏名
60	埼玉県 埼玉県立循環器・呼吸器病センター	319	平成21年1月30日	大里
61	千葉県 医療法人鉄蕉会亀田総合病院	862	平成16年12月20日	安房
62	千葉県 千葉県こども病院	203	平成16年12月24日	千葉
63	千葉県 成田赤十字病院	719	平成18年8月30日	印旛山武
64	千葉県 独立行政法人労働者健康福祉機構千葉労災病院	400	平成19年3月30日	市原
65	千葉県 独立行政法人国立病院機構千葉医療センター	455	平成20年6月23日	千葉
66	千葉県 船橋市立医療センター	446	平成22年3月31日	東葛南部
67	千葉県 千葉県立佐原病院	241	平成23年1月25日	香取海匝
68	千葉県 国保直営総合病院君津中央病院	661	平成23年1月25日	君津
69	東京都 (財)東京都保健医療公社多摩南部地域病院	318	平成10年9月4日	南多摩
70	東京都 (財)東京都保健医療公社東部地域病院	313	平成10年9月4日	区東北部
71	東京都 医療法人財団河北総合病院	315	平成18年5月9日	区西部
72	東京都 日本赤十字社東京都支部武蔵野赤十字病院	611	平成18年5月9日	北多摩南部
73	東京都 財団法人日本心臓血管研究振興会附属榊原記念病院	320	平成18年5月9日	北多摩南部
74	東京都 財団法人東京都保健医療公社多摩北部医療センター	344	平成18年5月9日	北多摩北部
75	東京都 国家公務員共済組合連合会立川病院	500	平成20年7月23日	北多摩西部
76	東京都 独立行政法人国立病院機構災害医療センター	455	平成20年7月23日	北多摩西部
77	東京都 財団法人東京都保健医療公社荏原病院	506	平成18年4月1日	区南部
78	東京都 財団法人東京都保健医療公社大久保病院	304	平成16年4月1日	区西南部
79	東京都 社会福祉法人仁生社江戸川病院	368	平成21年10月30日	区東部
80	東京都 独立行政法人労働者健康福祉機構東京労災病院	400	平成22年8月25日	区南部
81	東京都 国家公務員共済組合連合会東京共済病院	380	平成22年8月25日	区西南部
82	東京都 独立行政法人国立病院機構東京医療センター	780	平成22年8月25日	区西南部
83	東京都 財団法人東京都保健医療公社豊島病院	472	平成22年8月25日	区西北部
84	東京都 公立昭和病院	518	平成22年8月25日	北多摩北部
85	神奈川県 藤沢市民病院	536	平成12年4月21日	湘南東部
86	神奈川県 恩賜財団済生会横浜市南部病院	500	平成15年9月29日	横浜南部
87	神奈川県 国家公務員共済組合連合会平塚共済病院	489	平成15年10月6日	湘南西部
88	神奈川県 神奈川県厚生農業協同組合連合会相模原協同病院	437	平成15年10月24日	相模原
89	神奈川県 国家公務員共済組合連合会総合病院横須賀共済病院	735	平成16年3月31日	横須賀・三浦
90	神奈川県 神奈川県立こども医療センター	419	平成16年11月8日	横浜南部
91	神奈川県 財団法人神奈川県警友会けいゆう病院	410	平成16年11月8日	横浜西部
92	神奈川県 横須賀市立市民病院	482	平成18年9月21日	横須賀・三浦
93	神奈川県 横浜市立市民病院	650	平成18年9月22日	横浜西部
94	神奈川県 独立行政法人労働者健康福祉機構関東労災病院	610	平成18年9月27日	川崎南部
95	神奈川県 公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター	720	平成19年9月26日	横浜南部
96	神奈川県 独立行政法人労働者健康福祉機構横浜労災病院	650	平成19年9月26日	横浜北部
97	神奈川県 独立行政法人国立病院機構横浜医療センター	552	平成19年9月26日	横浜西部
98	神奈川県 医療法人社団ジャパンメディカルアライアンス海老名総合病院	469	平成20年2月27日	県央
99	神奈川県 恩賜財団済生会横浜市東部病院	554	平成20年9月24日	横浜北部
100	神奈川県 神奈川県立循環器呼吸器病センター	239	平成20年9月24日	横浜南部
101	神奈川県 横浜市立みなと赤十字病院	634	平成21年2月23日	横浜南部
102	神奈川県 国家公務員共済組合連合会横浜共済病院	430	平成21年10月19日	横浜西部
103	神奈川県 横須賀市立うわまち病院	417	平成21年10月28日	横須賀・三浦
104	神奈川県 独立行政法人国立病院機構神奈川病院	370	平成21年10月21日	湘南西部
105	神奈川県 小田原市立病院	417	平成21年10月21日	県西
106	神奈川県 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院	518	平成22年10月26日	横浜西部
107	神奈川県 菊名記念病院	218	平成22年10月26日	横浜西部
108	神奈川県 東名厚木病院	267	平成23年2月15日	県央
109	神奈川県 川崎市立多摩病院	376	平成23年2月16日	川崎北部
110	新潟県 済生会新潟第二病院	427	平成14年8月27日	新潟
111	新潟県 新潟市民病院	660	平成19年10月31日	新潟
112	新潟県 独立行政法人労働者健康福祉機構新潟労災病院	361	平成20年5月14日	上越
113	新潟県 新潟県立新発田病院	478	平成20年5月14日	下越
114	新潟県 独立行政法人労働者健康福祉機構燕労災病院	300	平成21年7月29日	県央
115	新潟県 新潟県立中央病院	534	平成22年5月24日	上越
116	富山県 富山市立富山市民病院	626	平成20年10月3日	富山
117	富山県 富山県立中央病院	765	平成21年8月6日	富山
118	富山県 富山赤十字病院	435	平成22年8月26日	富山

地域医療支援病院一覧

(平成23年3月31日現在)

都道府県名	医療機関名	病床数(床)	承認年月日	二次医療圏名
119	石川県 独立行政法人国立病院機構金沢医療センター	650	平成20年4月1日	石川中央
120	福井県 福井県済生会病院	466	平成16年3月29日	福井・坂井
121	福井県 福井県立病院	1082	平成19年6月11日	福井・坂井
122	福井県 福井赤十字病院	616	平成19年6月11日	福井・坂井
123	福井県 医療法人福井心臓血圧センター福井循環器病院	199	平成21年3月31日	福井・坂井
124	長野県 社会医療法人慈泉会相澤病院	471	平成13年8月2日	松本
125	長野県 独立行政法人国立病院機構長野病院	416	平成14年11月14日	上小
126	長野県 諏訪赤十字病院	425	平成14年11月14日	諏訪
127	長野県 長野赤十字病院	655	平成15年8月5日	長野
128	長野県 飯田市立病院	403	平成16年7月30日	飯伊
129	長野県 独立行政法人国立病院機構まつもと医療センター松本病院	243	平成21年10月14日	松本
130	長野県 伊那中央病院	394	平成23年3月30日	上伊那
131	岐阜県 岐阜市民病院	609	平成19年2月9日	岐阜
132	岐阜県 社会医療法人厚生会 木沢記念病院	452	平成20年9月22日	中濃
133	岐阜県 岐阜県総合医療センター	590	平成22年4月1日	岐阜
134	岐阜県 岐阜赤十字病院	352	平成21年9月8日	岐阜
135	岐阜県 岐阜県立多治見病院	681	平成22年4月1日	東濃
136	岐阜県 大垣市民病院	888	平成23年2月25日	西濃
137	静岡県 静岡県立こども病院	279	平成21年4月1日	静岡
138	静岡県 県西部浜松医療センター	606	平成13年2月23日	西部
139	静岡県 社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院	744	平成16年6月29日	西部
140	静岡県 社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷三方原病院	874	平成16年6月29日	西部
141	静岡県 静岡市立静岡病院	506	平成18年9月21日	静岡
142	静岡県 静岡県立総合病院	720	平成21年4月1日	静岡
143	静岡県 沼津市立病院	500	平成20年7月8日	駿東田方
144	静岡県 浜松赤十字病院	312	平成21年9月18日	西部
145	静岡県 焼津市立総合病院	486	平成22年9月14日	志太榛原
146	静岡県 藤枝市立総合病院	594	平成22年9月14日	志太榛原
147	静岡県 静岡赤十字病院	517	平成22年9月16日	静岡
148	静岡県 静岡済生会総合病院	666	平成22年9月16日	静岡
149	静岡県 独立行政法人労働者健康福祉機構浜松労災病院	312	平成22年9月17日	西部
150	愛知県 名古屋第二赤十字病院	812	平成17年9月30日	名古屋
151	愛知県 名古屋第一赤十字病院	852	平成18年9月29日	名古屋
152	愛知県 名古屋共立病院	156	平成18年9月29日	名古屋
153	愛知県 社会保険中京病院	683	平成18年9月29日	名古屋
154	愛知県 独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター	804	平成19年9月26日	名古屋
155	愛知県 名古屋掖済会病院	662	平成19年9月26日	名古屋
156	愛知県 愛知県立循環器呼吸器病センター	286	平成19年10月1日	尾張西部
157	愛知県 名古屋記念病院	464	平成21年3月25日	名古屋
158	愛知県 岡崎市民病院	650	平成21年9月11日	西三河南部
159	愛知県 愛知県厚生農業協同組合連合会安城更生病院	717	平成22年9月27日	西三河南部
160	愛知県 総合大雄会病院	322	平成23年3月22日	尾張西部
161	三重県 厚生連鈴鹿中央総合病院	460	平成16年3月8日	北勢
162	三重県 厚生連松坂中央総合病院	440	平成16年3月8日	南勢志摩
163	三重県 山田赤十字病院	655	平成16年3月8日	南勢志摩
164	三重県 恩賜財団済生会松阪総合病院	430	平成21年7月14日	南勢志摩
165	三重県 独立行政法人国立病院機構三重中央医療センター	500	平成22年8月26日	中勢伊賀
166	滋賀県 大津赤十字病院	824	平成15年6月26日	大津
167	滋賀県 大津市民病院	506	平成15年6月26日	大津
168	滋賀県 済生会滋賀県病院	393	平成21年6月17日	湖南
169	滋賀県 長浜赤十字病院	549	平成21年6月17日	湖北
170	滋賀県 近江八幡市立総合医療センター	407	平成21年6月17日	東近江
171	京都府 京都第二赤十字病院	680	平成18年4月1日	京都・乙訓
172	京都府 京都第一赤十字病院	745	平成18年12月27日	京都・乙訓
173	京都府 武田病院	300	平成18年12月27日	京都・乙訓
174	京都府 京都府立与謝の海病院	295	平成18年12月27日	丹後
175	京都府 独立行政法人国立病院機構京都医療センター	600	平成20年8月19日	京都・乙訓
176	京都府 済生会京都府病院	350	平成20年8月19日	京都・乙訓
177	京都府 独立行政法人国立病院機構舞鶴医療センター	550	平成20年8月19日	中丹

地域医療支援病院一覧

(平成23年3月31日現在)

都道府県名	医療機関名	病床数(床)	承認年月日	二次医療圏名
178	京都府 京都市立病院	548	平成21年9月1日	京都・乙訓
179	大阪府 医)橋会東住吉森本病院	329	平成15年2月28日	大阪市
180	大阪府 社医)ペガサス馬場記念病院	392	平成15年2月28日	堺市
181	大阪府 ベルランド 総合病院	522	平成20年11月21日	堺市
182	大阪府 社医)愛仁会高槻病院	477	平成17年12月28日	三島
183	大阪府 宗)在日本南ブレスビテリアミッション淀川初教病院	487	平成17年12月28日	大阪市
184	大阪府 医療法人若弘会若草第一病院	230	平成18年12月28日	中河内
185	大阪府 厚生年金事業振興団大阪厚生年金病院	565	平成19年12月28日	大阪市
186	大阪府 府中病院	380	平成19年12月28日	泉州
187	大阪府 社団法人全国社会保険協会連合会星ヶ丘厚生年金病院	580	平成19年12月28日	北河内
188	大阪府 医療法人仙養会 北摂総合病院	217	平成20年11月21日	三島
189	大阪府 地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立急性期・総合医療センター	768	平成20年11月21日	大阪市
190	大阪府 独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター	698	平成20年11月21日	大阪市
191	大阪府 独立行政法人国立病院機構 大阪南医療センター	520	平成20年11月21日	南河内
192	大阪府 市立池田病院	364	平成21年11月30日	豊能
193	大阪府 社会福祉法人恩賜財団大阪府済生会吹田病院	500	平成21年11月30日	豊能
194	大阪府 松下記念病院	359	平成21年11月30日	北河内
195	大阪府 大阪赤十字病院	1021	平成21年11月30日	大阪市
196	大阪府 大阪府立総合医療センター	1063	平成21年11月30日	大阪市
197	大阪府 財団法人田附興風会医学研究所北野病院	707	平成21年11月30日	大阪市
198	大阪府 箕面市立病院	317	平成22年11月19日	豊能
199	大阪府 大阪府立豊中病院	599	平成22年11月19日	豊能
200	大阪府 財団法人大阪府警察協会 大阪警察病院	580	平成22年11月19日	大阪市
201	大阪府 岸和田市立岸和田市民病院	400	平成22年11月19日	泉州
202	兵庫県 兵庫県立淡路病院	452	平成13年10月22日	淡路
203	兵庫県 神戸赤十字病院	310	平成19年3月27日	神戸
204	兵庫県 社団法人明石医師会立明石医療センター(平成23年4月1日より、明石医療セン	247	平成21年3月18日	東播磨
205	兵庫県 神戸市立医療センター中央市民病院	912	平成21年12月16日	神戸
206	兵庫県 兵庫県立こども病院	290	平成21年12月16日	神戸
207	兵庫県 兵庫県立西宮病院	400	平成21年12月16日	阪神南
208	兵庫県 兵庫県立尼崎病院	500	平成21年12月16日	阪神南
209	兵庫県 独立行政法人労働者健康福祉機構関西労災病院	642	平成21年12月16日	阪神南
210	兵庫県 兵庫県立加古川医療センター	350	平成23年3月1日	東播磨
211	兵庫県 加古川市民病院(平成23年4月1日より、地方独立行政法人加古川市民病院機構	405	平成23年3月1日	東播磨
212	兵庫県 兵庫県立姫路循環器病センター	350	平成23年3月1日	中播磨
213	和歌山県 独立行政法人労働者健康福祉機構和歌山労災病院	303	平成16年5月24日	和歌山
214	和歌山県 独立行政法人国立病院機構和歌山病院	375	平成18年6月12日	御坊
215	和歌山県 日本赤十字社和歌山医療センター	865	平成18年12月13日	和歌山
216	和歌山県 独立行政法人国立病院機構南和歌山医療センター	316	平成19年6月7日	田辺
217	鳥取県 独立行政法人労働者健康福祉機構山陰労災病院	383	平成20年7月15日	西部
218	鳥取県 鳥取赤十字病院	438	平成20年7月15日	東部
219	鳥取県 鳥取県立中央病院	431	平成21年7月28日	東部
220	鳥取県 独立行政法人国立病院機構米子医療センター	250	平成22年8月18日	西部
221	鳥根県 益田地域医療センター医師会病院	343	平成10年10月30日	益田
222	鳥根県 独立行政法人国立病院機構浜田医療センター	354	平成21年10月27日	浜田
223	鳥根県 松江赤十字病院	730	平成21年10月27日	松江
224	鳥根県 益田赤十字病院	327	平成19年8月7日	益田
225	岡山県 岡山中央病院	162	平成13年3月30日	県南東部
226	岡山県 赤磐医師会病院	196	平成16年7月1日	県南東部
227	岡山県 独立行政法人国立病院機構岡山医療センター	580	平成19年10月2日	県南東部
228	岡山県 独立行政法人労働者健康福祉機構岡山労災病院	418	平成19年10月2日	県南東部
229	岡山県 心臓病センター一神原病院	243	平成19年10月2日	県南東部
230	岡山県 倉敷中央病院	1135	平成20年6月5日	県南西部
231	広島県 呉市医師会病院	207	平成11年11月17日	呉
232	広島県 三原市医師会病院	200	平成11年11月17日	尾三
233	広島県 厚生連広島総合病院	570	平成16年8月12日	広島西
234	広島県 独立行政法人国立病院機構福山医療センター	410	平成18年8月31日	福山・府中
235	広島県 広島赤十字・原爆病院	666	平成19年8月27日	広島
236	広島県 県立広島病院	750	平成19年8月27日	広島

地域医療支援病院一覧

(平成23年3月31日現在)

都道府県名	医療機関名	病床数(床)	承認年月日	二次医療圏名
237	広島県 独立行政法人国立病院機構呉医療センター	700	平成19年8月27日	呉
238	広島県 尾道市立市民病院	330	平成20年1月30日	尾三
239	広島県 厚生連尾道総合病院	442	平成20年2月20日	尾三
240	広島県 広島市立広島市民病院	743	平成20年9月11日	広島
241	広島県 広島市立安佐市民病院	527	平成20年9月11日	広島
242	広島県 独立行政法人労働者健康福祉機構中国労災病院	410	平成20年9月11日	呉
243	広島県 国会公務員共済組合連合会 広島記念病院	250	平成21年2月13日	広島
244	広島県 国家公務員共済組合連合会 呉共済病院	440	平成21年8月12日	呉
245	広島県 独立行政法人国立病院機構東広島医療センター	481	平成21年8月12日	広島中央
246	広島県 福山市市民病院	400	平成21年8月12日	福山・府中
247	山口県 岩国市医療センター医師会病院	201	平成10年12月21日	岩国
248	山口県 徳山医師会病院	391	平成13年12月3日	周南
249	山口県 独立行政法人国立病院機構岩国医療センター	580	平成20年4月30日	岩国
250	山口県 独立行政法人労働者健康福祉機構 山口労災病院	313	平成21年4月30日	宇部・小野田
251	山口県 社会福祉法人恩賜財団済生会支部山口県済生会山口総合病院	310	平成23年3月23日	山口・防府
252	徳島県 徳島赤十字病院	405	平成13年10月1日	南部 I
253	徳島県 阿南医師会中央病院	240	平成13年10月1日	南部 I
254	徳島県 徳島県立中央病院	500	平成18年3月6日	東部 I
255	徳島県 麻植協同病院	323	平成22年11月1日	東部 II
256	徳島県 徳島市民病院	339	平成20年11月27日	東部 I
257	香川県 医療法人財団大樹会総合病院回生病院	402	平成18年7月25日	中讃
258	香川県 独立行政法人労働者健康福祉機構香川労災病院	394	平成19年7月24日	中讃
259	香川県 高松赤十字病院	589	平成19年11月22日	高松
260	香川県 香川県立中央病院	631	平成22年7月29日	高松
261	愛媛県 喜多医師会病院	215	平成11年8月11日	八幡浜・大洲
262	愛媛県 松山赤十字病院	745	平成17年5月23日	松山
263	愛媛県 松山県立中央病院	864	平成22年10月29日	松山
264	高知県 社会医療法人近森会 近森病院	338	平成15年2月25日	中央
265	高知県 高知赤十字病院	482	平成17年8月16日	中央
266	高知県 高知県・高知市病院企業団立高知医療センター	632	平成19年4月25日	中央
267	福岡県 宗像医師会病院	164	平成12年3月31日	宗像
268	福岡県 朝倉医師会病院	300	平成12年3月31日	朝倉
269	福岡県 糸島医師会病院	150	平成15年3月13日	福岡・糸島
270	福岡県 独立行政法人国立病院機構九州医療センター	700	平成16年2月27日	福岡・糸島
271	福岡県 社会保険小倉記念病院	658	平成17年4月1日	北九州
272	福岡県 新日鐵八幡記念病院	453	平成17年4月1日	北九州
273	福岡県 戸畑共立病院	199	平成17年4月1日	北九州
274	福岡県 飯塚病院	1116	平成17年4月1日	飯塚
275	福岡県 公立学校共済組合九州中央病院	330	平成18年4月1日	福岡・糸島
276	福岡県 福岡市立こども病院・感染症センター	214	平成19年9月1日	福岡・糸島
277	福岡県 独立行政法人国立病院機構福岡東医療センター	591	平成19年4月19日	粕屋
278	福岡県 福岡大学筑紫病院	345	平成19年4月19日	筑紫
279	福岡県 九州厚生年金病院	575	平成19年4月19日	北九州
280	福岡県 独立行政法人国立病院機構小倉病院(2008.10.1独立行政法人国立病院機構小倉医療センターへ名称変更)	400	平成20年4月1日	北九州
281	福岡県 医療法人徳洲会福岡徳洲会病院	600	平成20年4月1日	筑紫
282	福岡県 聖マリア病院	1354	平成20年4月1日	久留米
283	福岡県 国家公務員共済組合連合会浜の町病院	520	平成21年4月1日	福岡・糸島
284	福岡県 独立行政法人労働者健康福祉機構九州労災病院	535	平成21年4月1日	北九州
285	福岡県 財団法人健和会健和会大手町病院	638	平成21年4月1日	北九州
286	福岡県 医療法人天神会新古賀病院	202	平成22年4月1日	久留米
287	福岡県 新行橋病院	246	平成22年4月1日	京築
288	福岡県 福岡県済生会福岡総合病院	380	平成22年4月1日	福岡・糸島
289	佐賀県 独立行政法人国立病院機構嬉野医療センター	424	平成18年10月31日	南部
290	佐賀県 唐津赤十字病院	337	平成19年7月31日	北部
291	佐賀県 地方独立行政法人佐賀県立病院好生館	541	平成22年4月1日	中部
292	佐賀県 独立行政法人国立病院機構東佐賀病院	414	平成22年11月16日	東部
293	佐賀県 独立行政法人国立病院機構佐賀病院	292	平成23年3月9日	中部
294	長崎県 独立行政法人国立病院機構長崎医療センター	650	平成15年3月25日	県央
295	長崎県 長崎県島原病院	330	平成16年4月22日	県南

地域医療支援病院一覧

(平成23年3月31日現在)

都道府県名	医療機関名	病床数(床)	承認年月日	二次医療圏名
296	長崎県 独立行政法人国立病院機構長崎川棚医療センター	254	平成16年6月15日	県央
297	長崎県 長崎市立市民病院	414	平成17年10月1日	長崎
298	長崎県 医療法人白十字会佐世保中央病院	312	平成20年2月22日	佐世保
299	長崎県 健康保険諫早総合病院	333	平成20年10月22日	県央
300	長崎県 佐世保市立総合病院	594	平成22年2月23日	佐世保
301	長崎県 社会福祉法人恩賜財団済生会長崎県済生会支部済生会長崎病院	205	平成22年10月19日	長崎
302	熊本県 天草地域医療センター	210	平成11年3月29日	天草
303	熊本県 熊本地域医療センター	227	平成12年7月28日	熊本
304	熊本県 独立行政法人国立病院機構熊本医療センター	550	平成14年3月28日	熊本
305	熊本県 健康保険人吉総合病院	274	平成17年10月12日	球磨
306	熊本県 社会福祉法人恩賜財団済生会熊本病院	400	平成18年12月27日	熊本
307	熊本県 熊本労災病院	410	平成20年1月21日	八代
308	熊本県 荒尾市民病院	274	平成21年7月28日	有明
309	熊本県 熊本赤十字病院	480	平成22年11月4日	熊本
310	熊本県 山鹿市立病院	201	平成22年11月4日	鹿本
311	大分県 大分市医師会立アルメイダ病院	385	平成10年12月25日	中部
312	大分県 臼杵市医師会立コスモス病院	202	平成12年7月1日	中部
313	大分県 医療法人敬和会大分岡病院	231	平成18年10月5日	中部
314	大分県 独立行政法人国立病院機構別府医療センター	550	平成18年10月5日	東部
315	大分県 大分県立病院	582	平成21年4月28日	中部
316	大分県 独立行政法人国立病院機構大分医療センター	300	平成21年10月28日	中部
317	宮崎県 宮崎市郡医師会病院	248	平成10年12月1日	宮崎東諸県
318	宮崎県 都城市郡医師会病院	166	平成13年1月10日	都城北諸県
319	宮崎県 県立延岡病院	460	平成18年11月28日	宮崎県北部
320	宮崎県 宮崎社会保険病院(2009.1.1社会保険宮崎江南病院へ名称変更)	269	平成18年11月28日	宮崎東諸県
321	宮崎県 独立行政法人国立病院機構都城病院	307	平成21年3月27日	都城北諸県
322	鹿児島県 鹿児島市医師会病院	255	平成10年10月27日	鹿児島
323	鹿児島県 川内市医師会立市民病院	220	平成11年1月31日	川薩
324	鹿児島県 出水郡医師会立阿久根市民病院	261	平成17年8月25日	出水
325	鹿児島県 霧島市医師会医療センター	254	平成18年2月28日	始良・伊佐
326	鹿児島県 肝属郡医師会立病院	213	平成17年8月25日	肝属
327	鹿児島県 曾於郡医師会立病院	203	平成19年8月25日	曾於
328	鹿児島県 南風病院	338	平成17年8月25日	鹿児島
329	鹿児島県 独立行政法人国立病院機構鹿児島医療センター	370	平成18年2月28日	鹿児島
330	鹿児島県 県民健康プラザ鹿屋医療センター	186	平成18年9月12日	肝属
331	鹿児島県 県立大島病院	400	平成19年8月31日	奄美
332	鹿児島県 独立行政法人国立病院機構指宿病院	271	平成20年3月25日	南薩
333	鹿児島県 県立薩南病院	175	平成21年3月31日	南薩
334	沖縄県 医療法人仁愛会浦添総合病院	302	平成13年6月26日	南部
335	沖縄県 医療法人敬愛会中頭病院	326	平成16年11月18日	中部
336	沖縄県 沖縄県立中部病院	550	平成17年2月14日	中部
337	沖縄県 (社)北部地区医師会病院	236	平成17年8月30日	北部
338	沖縄県 医療法人友愛会豊見城中央病院	356	平成18年9月4日	南部
339	沖縄県 医療法人かりゆし会ハートライフ病院	300	平成19年10月5日	中部
340	沖縄県 地方独立行政法人那覇市立病院	470	平成22年10月12日	南部

# 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

平成23年6月

チーム医療推進方策検討ワーキンググループ

(チーム医療推進会議)

## 目次

はじめに	1
1. チーム医療を推進するための基本的な考え方	1
2. 急性期・救急医療の場面におけるチーム医療	3
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）	5
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）	6
5. 医科・歯科の連携	7
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	11
終わりに	13
チーム医療の評価方法について	14
実践的事例集	16
診療記録管理による診療情報共有の取組	17
栄養サポートチームの取組例	19
質の高い薬物療法提供等のための薬剤師病棟配置の取組例	20
周術期（集中治療）におけるチーム医療の取組例	23
入院患者の状態に応じたきめ細やかな栄養管理	25
急性期リハビリテーションチームの取組例	27
救命救急センターでの円滑な治療提供等のための社会福祉士配置の取組	28
心臓血管外科における早期離床チームの取組	30
医療機器管理・選定に関するチーム医療の取組	31
抗菌薬適正使用推進チーム	32
救急患者お断り解消チーム	34
心臓カテーテルチーム	35
回復期リハビリテーションチームの取組例	36
医療療養病床におけるチーム医療	38
在宅緩和ケア専門チームによる医療の取組	39
退院支援調整チーム	40
入院から在宅までの切れ目ない薬物療法提供	42
入院から在宅までの切れ目ない栄養管理	43
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	44
総合的な在宅医療提供のための社会福祉士活用	46
歯科標榜のない回復期病院と地域歯科医師会との連携	48
口腔ケアチームの取組例	50
医科・歯科連携の取組例（病院内における医科・歯科連携）	51
医科・歯科連携の取組例（在宅における医科・歯科連携）	52
褥瘡対策チーム	53
急性期リハビリテーションチーム	55
せん妄対策チームの取組例	57
子どもの入院支援チームの取組例	58



外来化学療法におけるチーム医療の取組例.....	59
暴力被害者支援チーム.....	61
生殖補助医療支援チーム.....	62
他機関との連携による虐待予防・支援チーム.....	63
臨床倫理コンサルテーションチーム.....	64
認知症医療におけるチーム医療.....	65
自殺未遂者ケアにおける精神科チーム医療.....	66
総合病院における精神科コンサルテーション・リエゾンチーム.....	67
緩和ケアチームの取組.....	69
周産期におけるチーム医療の取組例.....	71
围産期における虐待予防チーム.....	72
入退院時等の患者・家族支援のための社会福祉士病棟配置の取組.....	73
病棟・外来等のクラーク配置.....	75
煩雑な医療事務等をサポートする医師事務作業補助者（医療クラーク）の活用.....	76

## はじめに

近年、医療の質や安全性の向上及び高度化・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）を发出し、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8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、高齢化の進行等に加えて患者の社会的・心理的な観点及び生活への十分な配慮も求められており、医師や看護師等の許容量を超え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、互いに他の職種を尊重し、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。

### 例) 診療記録管理による診療情報共有の取組（昭和大学病院）(P17参照)

病院長や各部門の責任者を含む多職種によりチームを構成し、診療記録の記載を体系的にチェックすることにより、必要な情報の記載漏れを防ぎ、診療情報記録の質の向上及び情報共有の推進を

行っている。

- 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。
- チーム医療を推進するためには、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という視点を持つことが重要である。また、患者も自らの治療等の選択について医療従事者に全てを任せるのではなく、医療従事者からの十分な説明を踏まえて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る、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が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があること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の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。特に多職種が参加するカンファレンスにおいて、他の職種を尊重するファシリテーション能力を発揮できるように卒後も継続的に教育することも重要である。

#### 例1) チーム医療の教育 (昭和大学)

医学部、歯学部、薬学部、保健医療学部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視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。

#### 例2) 院内研修によるチーム医療の教育 (初台リハビリテーション病院)

院内に教育研修を担当する専任の多職種から成る教育研修局を設置し、他の職種に関する理解や連携の方法、コミュニケーション能力の獲得などのチームアプローチの教育を実施している。また、各職種がそれぞれの専門性を向上させるための研修や、研究成果発表の機会を設けるなどの教育も実施している。

- チーム医療の基本的な考え方は、様々な医療現場で共通するものであるが、具体的な取組内容については急性期、回復期、維持期、在宅期において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を推進するための具体的な方策を考えると、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。

- 現在医療現場において取り組まれているチーム医療については、職種間の情報共有の方法と各職種の配置方法によって分類することができ、それぞれの医療現場の特性に応じた取組が行われている。

表 情報共有方法と職種の配置方法によるチーム医療の分類

	(1) 必要に応じて専門性の高い各職種がチームを形成	(2) 必要な職種を病棟に配置
(A) 多職種がカンファレンス等においてすりあわせを行って情報を共有する	例) 急性期医療の中核部分など	例) 回復期リハビリテーション病棟など
(B) 電子カルテやクリニックバス等を通じて情報を共有する	例) 在宅医療など	例) 急性期医療の周辺部分など

- チーム医療の取組を進めるにあたり、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タイプのチーム医療 (表の A-1 に該当する所謂「専門部隊型チーム医療」) が主に行われている。このタイプのチーム医療は、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 などの場面上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タイプのチーム医療 (表の B-2 に該当する所謂「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、リハビリテーション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) (P19 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) (P20 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) (P23 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 (P25 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、管理栄養士が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。手術患者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)

(P27 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、理学療法士 3 名、作業療法士 1 名、言語聴覚士 1 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協働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) (P28 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テーションスタッフ(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)、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、リハビリテーション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、短期間で検討・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が期待される。

#### 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) (P36 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属としたほか、ナー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、リハビリテーション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の職種を尊重し、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)

回復期リハ病棟において、医師、看護師、リハビリテーションスタッフ、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) (P38 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）（P39参照）

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）（P40参照）

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、社会福祉士、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することに寄与している。

##### 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、他の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（速崩壊性錠剤、ゼリー剤等の選択、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

（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）（P42参照）

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、禁忌薬や相互作用、重複が避けられるなど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（P43参照）

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止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の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。

##### 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）

（P44参照）

開業医・往診医・病院との情報交換・連携強化を行い、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（在宅総合ケアセンター元浅草）

（P46参照）

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

- 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。
- 医科・歯科の連携において重要なポイントとなる口腔ケアについては、歯科医療関係職種が実施する専門的な処置からセルフケアに至るまで様々な内容が含まれ得るが、患者の状態に応じて必要な口腔に対する衛生処置等を実施することが重要である。
- 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。
- 口腔衛生処置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。

- 歯科医師等の歯科医療関係職種をチーム医療の一員とし、口腔の衛生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う一面もある。
- 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、医科と歯科連携がお互いの専門性を尊重し、それぞれの専門性を最大限に活かした連携を行うことで、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) (P48 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) (P50 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みることが可能になり、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) (P53 参照)

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。

#### ・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) (P57 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を行うことができ、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) (P58 参照)

小児医療においては、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。

#### ・術後期 (集中治療) におけるチーム医療 (長崎大学病院) (P23 参照)

集中治療の対象となる患者は、多種多様な重症疾患を抱え、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みめ細かな投与薬剤・投与量の設定などが必要となっている。そこで、医師のリーダーシップの下、看護師、薬剤師、臨床工学技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) (P59 参照)

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)

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、組織欠陥は正のためのリスクマネジメントを実施している。

・暴力被害者支援チーム（まつしま病院）（P61 参照）

被害者の意思を尊重した多様な支援を必要な時に迅速に提供できるように配慮することが重要である。被害者の保護を含む身体的・精神的・社会的な支援を医師、助産師、臨床心理士等の医療関係職種と、警察、女性センター、児童相談所等の公的機関の職員が連携して行うことにより、地域で継続して支援することができ、長期的な身体的・精神的健康を改善し、安全な生活を送ることが可能となる。

・他機関との連携による虐待予防・支援チーム

（神奈川県立子ども医療センター、兵庫県立子ども病院、筑波メディカルセンター病院）

（P62 参照）

小児や高齢者などの虐待に対応するために、医療機関の職員のみならず、児童相談所や自治体の関係職員を含めたチームを構成し、早期発見、保護、支援、再発予防をシームレスに行う体制を整えている。医療機関においては、医師や看護師、MSW 等が本人や保護者等から情報収集を行って判断・方針を共有し、その後、再発防止に向けて地域の関係者を交えた会議等で連絡・調整を行い、地域を主体としたサポート体制を確立する。

・臨床倫理コンサルテーションチーム（筑波メディカルセンター病院、長浜赤十字病院）

（P64 参照）

生死にかかわる治療方針の決定においては、延命治療や遺伝子治療の可否など倫理的に困難な問題を持つことが多く、担当医のみならず治療に直接関わらない医師等を含む多職種での検討が必要となる。主治医から依頼を受けた後、速やかに倫理的コンサルテーションを実施し、倫理的な視点から問題点を整理することにより、治療方針の決定に苦慮する医療者の負担を軽減するとともに、患者・家族の意向や QOL を考慮した最善の医療を提供することができる。

- 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、患者を中心に医師や看護師、リハビリテーションスタッフや義肢装具士など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。

例) リハビリチーム（脳血管研究所美原記念病院）（P55 参照）

医師及びリハビリテーションスタッフがリハビリテーション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テーション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。

- 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）（P65 参照）

外来においては、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を施行するなど診察時に必要な情報を整理することにより、医師の診察時間を有効に活用している。

入院においては、退院後の生活を視野に入れた入院時面接を精神保健福祉士が行い、日常生活機能回復訓練・回想法等の活動や定期的なケースカンファレンスを看護師・作業療法士・臨床心理士・精神保健福祉士等多職種で行い、課題の整理や問題解決に向けてチームで取り組んでいる。また、退院前には家族・地域の介護関係者等を含めたケア会議を実施し情報を共有化し、スムーズに退院後の生活へと移行が可能となっている。

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）

（P66 参照）

救命センターに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・助産師外来においては、助産師が正常産を担うことにより産科医師の負担軽減をはかりつつ、緊急時の迅速な連携を行っている。さらに、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）（P71 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）（P72 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、夜間や休日も含めて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（P20 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、他の職種への助言・相談、薬物療法のプロトコル管理などの薬剤師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、摂食・嚥下機能に応じた食事形態（ゼリー状、プリン状、ヨーグルト状、ペースト状等）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、他の職種への助言・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（近森病院）（P73 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、臨床工学技士や事務職員などの他の職種との業務分担等による業務の見直しが必要である。
- 医療機関における事務部門は、院内や地域の関係者が参加する委員会等のコーディネイトなどの役割や、病棟や手術部門などにおける管理業務や他部門との連携業務など様々な役割が期待されている。

#### 例) 病棟・外来等のクラーク配置（昭和大学病院）（P75 参照）

病棟や外来、手術室などの中央部門にクラークを配置し、増加している事務的業務を担うことにより医師や看護師等が診療業務に専念できる環境を整えている。また、患者・家族にクラークが速やかに対応することや、当該部署に関係する各職種が連携するために必要なサポートを行うことなどにより、医療関係職種間や患者・家族を含めたつなぎ役としての役割を果たしている。

- 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、例えば医師事務作業補助者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) 医師事務作業補助者導入による医師の勤務環境改善（済生会栗橋病院）（P76 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師事務作業補助者を17名導入している。医師事務作業補助者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。医師事務作業補助者の育成については、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これまでに取り組まれてきたチーム医療に加えて、先進的な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。
- 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り、チーム医療の構成メンバーや役割を定型化するものではなく、個々の医療機関の置かれている状況に応じた取組や地域における人材確保が必要である。
- 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、業務独占範囲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や人材確保が必要であり、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や地域における人材養成の支援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。

(別添)

## チーム医療の評価方法について

### 1. 基本的考え方

今後、チーム医療を推進する上で、チーム医療を導入した場合の効果を評価・検証する必要がある。チーム医療の効果については、昨年度取りまとめられた検討会報告書「チーム医療の推進について」において、①医療・生活の質の向上、②医療従事者の負担軽減、③医療安全の向上があげられている。チーム医療の最終的な評価に当たっては、特に、医療を受ける患者の満足度が重要な要素であるが、客観的・定量的に評価することは難しい。また、個別具体的なチーム医療の取組に対する評価については、実施する取組の内容によって評価すべき内容が異なること、及び評価の対象となるチーム医療以外の要素も評価項目に影響し得ることから、一律に評価項目を設定することは困難である。

チーム医療の評価方法について、評価の視点と評価方法の考え方を示し、個別のチーム医療の具体的な評価項目については、各取組の内容に応じて設定することが適当である。各医療機関においては、個々の状況に応じて取り組む内容の選択及び評価項目の設定を行う際の参考として活用していただくため、その一例を示す。

### 2. 評価の視点

チーム医療の評価に当たっては、例えば以下の4つの視点を考慮することが考えられる。

- ① 医療の質  
例) 治療効果、合併症減少、医療安全向上 等
- ② 患者の視点  
例) 早期社会復帰、治療への理解、患者満足度 等
- ③ 医療スタッフの視点  
例) 労働生産性の向上、負担軽減効果、スタッフの満足度 等
- ④ 経済的視点  
例) 労働生産性向上、費用対効果(増収・コスト削減効果) 等

### 3. 評価方法

チーム医療の評価に当たっては、客観的・定量的なアウトカム評価が望ましいが、アウトカムについては評価困難な内容も多いことから、プロセス評価やストラクチャー評価も併用することが必要である。

- ① アウトカム評価  
例) 平均在院日数短縮、合併症減少、コスト減少 等
- ② プロセス評価  
例) 推奨される治療の実践割合 等
- ③ ストラクチャー評価  
例) 専門職種の配置、電子カルテ等の導入の有無 等

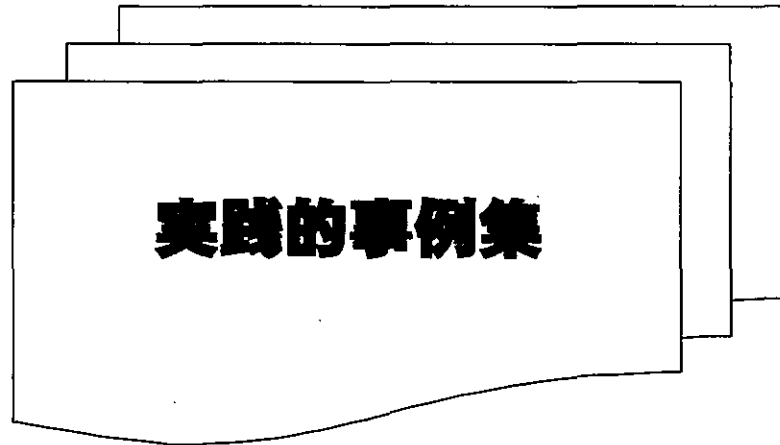
## 4. 具体的な評価項目の例

○ NST の場合

医療の質	アウトカム評価	早期治癒率(在院日数又は術後在院日数) 感染症の発生率 褥瘡発生率 血液学的検査値
	プロセス評価	経腸栄養実施率 口腔衛生処置実施率 食事提供回数
	ストラクチャー評価	専門職種の配置 電子カルテ等の導入の有無 カンファレンスの実施
患者の視点	アウトカム評価	早期治癒率(在院日数の減少) 使用薬剤数及び用量 合併症の発生率
	プロセス評価	専門スタッフによる回診回数 食事摂取回数 治療内容の理解
	ストラクチャー評価	1床当たりの医療従事者数
従事者の視点	アウトカム評価	1人あたりの担当患者数 各専門職種の専門性向上
	プロセス評価	各職種からの相談回数 カンファレンス、勉強会への参加回数
	ストラクチャー評価	専門職の365日24時間対応体制の有無 カンファレンス、勉強会の実施 治療方針の共有
経済的視点	アウトカム評価	病院収益 人員配置の変化
	プロセス評価	輸液使用金額 抗生剤使用金額 食事提供金額
	ストラクチャー評価	DPG導入 後発品使用 医師・看護師以外のスタッフの導入



診療記録管理による診療情報共有の取組



**実践的事例集**

<b>チームの名称</b>	院内監査システム（院内巡視）
<b>チームを形成する目的</b>	「院内巡視」と称する独自の病棟総合監査体制。診療を構成する多職種の実務者とともに診療情報管理士が巡視チームの一員となり、病棟において、診療記録の記載を体系的に監査（チェック）することで、医療スタッフ間の情報共有を推進する。
<b>チームによって得られる効果</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 情報共有化の推進</li> <li>・ 診療情報の記録の質的向上</li> <li>・ 効率的な医療の提供と業務の標準化</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>毎週金曜日の9:00～10:30の約1.5時間で、1回2～3病棟を対象に全病棟を巡回する。</p> <p><b>【入院診療記録のチェック項目】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 入院診療計画書は適切に作成されているか</li> <li>● 臨床研修医の指導は適切に行われているか</li> <li>● 薬剤管理指導依頼書、指導記録が適切に行われているか</li> <li>● 輸血、手術、処置等の同意書は適切に行われているか</li> <li>● 初期記録の適切な記載があり、記載者のサインはあるか</li> </ul> <p><b>【医療安全のチェック項目】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療安全管理対策ポケットマニュアルを携帯しているか</li> <li>● 在庫管理が適切に行われ整理されているか</li> <li>● 救急カートが適切に管理されているか</li> </ul> <p><b>【感染管理のチェック項目】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 感染防止対策の「回覧」の閲覧状況が100%かどうか</li> <li>● 感染性廃棄物の分別が適切にされているか</li> <li>● 消毒薬の開封日が記載され、使用期限の管理が適切か</li> </ul>
<b>チーム運営に関する事項</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ チーム構成メンバーは診療情報管理士のほか、病院長、副院長、事務長、事務次長、看護部長、薬剤部長、医療安全管理室専任看護師、感染管理室感染認定看護師、医事課長、薬剤師、医事課入院担当者、施設部長により構成。</li> <li>・ 診療情報管理士の育成は、日本病院会、日本診療情報管理学会、日本診療情報管理士会により確保。</li> </ul> <p><b>【具体的な手順】</b></p> <p>診療記録の監査は、標準的な診療記録の質を定めた当院規定の「入院診療記録 記載基準」を遵守し、適切な記録となっているかを確認する。また、記載義務のある項目では、基準が満たされた記載となっているかを確認する。特に入院時の初期記録の項目は、記載漏れが多いため、念入りに細かなチェックが行われる。一通りのチェックが終了すると、監査結果を当該病棟の責任医師および病棟看護師長の立会いのもと、監査を実施した病棟で病院長へ行う。基準が遵守されていない点や不備・不足は、その場で責任医師、病棟看護師長に指導が</p>

行われる。最終報告書は、診療情報管理士がまとめて巡視メンバーに連絡を行う。この報告書は、病院運営委員会および病院連絡会に提出され全職員に周知される。

具体的に取り組んでいる医療機関等

昭和大学病院

## 栄養サポートチームの取組例

<b>チーム（取組）の名称</b>	栄養サポートチーム
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>	栄養障害の状態にある患者またはそのハイリスク患者すべてに対して、必要な時に必要な対応を専門職種が行うことができる。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を予防し、早期退院に結びつけることができる。
<b>チームによって得られる効果</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 肺炎等の合併症が減少し、在院日数が短縮するなど医療の質の向上</li> <li>・ マンパワーを充実しても労働生産性の向上により、相対的に人的コストが削減</li> <li>・ 輸液、抗生剤等の使用量が減少し、物的コストが削減</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><b>医師</b>：担当医は1日30～40人の栄養計画を承認し、栄養サポートを実施。チームリーダーとして週5日、14回のカンファレンス（1回2時間）に参加。</p> <p><b>看護師</b>：担当看護師が週1回、全入院患者の栄養スクリーニングを実施、栄養看護師はそれらを取りまとめ、リスク患者のリストアップを行う。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。全カンファレンスに参加。</p> <p><b>管理栄養士</b>：全病棟に配属され、直接患者から情報を得て、毎日30～40人の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。全カンファレンスに参加。</p> <p><b>薬剤師</b>：重症病棟を中心に病棟配属され、薬剤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><b>リハビリテーションスタッフ</b>：全病棟に配属され、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。全カンファレンスに参加。</p> <p><b>臨床検査技師</b>：検査データから見た病態の把握や助言、全病棟のアルブミンマップの作成などを通じて、栄養サポートを実施。重症病棟のカンファレンスに週2回（1回2時間）参加。</p> <p><b>歯科医師</b>：口腔機能に問題のある患者の口腔内の疾患及び口腔機能診断を実施</p> <p><b>歯科衛生士</b>：口腔内清掃状態のチェック。義歯、かみ合わせの状態評価、口腔ケアチームへの橋渡し。</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 担当看護師が入院時および入院後週1回、全患者のスクリーニングを実施。</li> <li>・ リスク患者に対し、栄養評価と栄養計画は病棟に配属された管理栄養士が毎日実施。</li> <li>・ 栄養サポートは、栄養計画に基づき病棟の担当医師と看護師、管理栄養士等が対応。</li> <li>・ ICU、CCUは週2回、HCUや一般病棟は週1回のカンファレンスや回診を実施。</li> <li>・ 管理栄養士は、24時間（夜間は呼び出し）365日（休・祝日出勤）の栄養サポートに対応。</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>	近森病院、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

## 質の高い薬物療法提供等のための薬剤師病棟配置の取組例

<p><b>チームの名称</b> 薬剤師病棟常駐（2病棟当たり3名体制）</p>
<p><b>チームを形成する目的</b> 薬剤師病棟常駐により、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。薬剤師が患者情報（入院時、持参薬、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。薬剤師不在日をなくし、一定の質を保つ。 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。</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>・ 病棟内に潜在する薬剤管理上の問題を表出し、建設的助言・改善に向けた提案</li> <li>・ 患者への薬剤投与前の最終チェックを薬剤師が行うことにより薬剤事故を未然に防止。</li> <li>・ 入院時、患者との初回面談により持参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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 薬剤師と医師・看護師とのより良いコミュニケーションを図る。</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。</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、医師に対してより積極的な処方提案。</li> <li>・ 常に病棟にいて、突発的な状況にも即時対応。</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。</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、社会福祉士等に情報提供し、退院後の適正な薬剤管理を推進。</li> </ul>
<p><b>関係する職種とチームにおける役割・業務内容</b></p> <p><b>医師</b>：入院時の処方指示は、自らの治療計画の中で実施する以外にも、病棟薬剤師による持参薬鑑別、副作用歴・アレルギー歴等の聴取記述を元に最終決定する。処方計画においては、必要に応じ薬剤師と協議。 治療効果、副作用発生状況など、医師自ら行う患者への直接的な聴取以外にも、診療録に記載された薬剤管理指導記録や看護記録を参考に把握。効果不十分または副作用発現などによる処方変更を行う場合も、病棟薬剤師の意見を参考にし、患者の服薬コンプライアンス状況は病棟薬剤師や看護師からの情報により判断し、患者への説明の他、必要に応じ剤型の変更や他薬への変更なども考慮し、適切に対応。 退院時処方については、看護師、薬剤師からの情報を元に必要な処方。退院後の服薬管理については、薬剤師と協議し、患者・患者家族等への説明は薬剤師に一任。</p>

<p>薬剤師、看護師からの上申、問合せ、相談等については随時適切に対応。</p> <p><b>看護師</b>：入院時、看護上必要なアナムネを聴取し、持参薬がある場合、薬剤師に伝達。薬剤師による薬品鑑別の後、持参薬の服薬状況、残数等を把握し、それらの情報を医師に伝達、医師の指示を仰ぐ。 患者情報は、看護師自ら患者・患者家族から聴取するだけでなく、薬剤師による初回面談の情報も参考にし、アレルギー歴、副作用歴、服薬コンプライアンスについては薬剤師の情報を元に把握し、必要に応じアセスメント、観察、その他の看護ケアに活用。 薬剤師により調剤された薬および継続使用持参薬については、薬剤師による再確認の後、与薬準備。自己管理可能な患者への配薬は、原則として薬剤師が実施。薬剤師不在時は看護師が代わりに実施。自己管理不可の患者への日常的な与薬は看護師が実施。 医師の指示変更があった場合は、薬剤師と連携してその対応を実施する。患者からの薬の回収作業は原則として看護師が行う。 診療録上に記載された薬剤管理指導に目を通し、効果・副作用の有無、服薬コンプライアンス等の情報を収集、個々の患者の薬剤管理について薬剤師と連携して実施。必要に応じ、医師への上申、問合せ、相談。 退院時は、薬剤師と連携して対応する。緊急の退院時も薬剤師と密に連絡。 薬剤師により1メニューごとにセットされた注射薬は、薬剤師の処方確認の後、看護師が混注し実施。抗がん剤、IVHは薬剤師が調製し、看護師が内容確認し患者に実施。</p>
<p><b>薬剤師</b>：入院患者全員を対象に、入院時初回面談を実施し、持参薬の有無を確認。薬剤師が把握した持参薬服用情報は、口頭のみでなく、カルテ記載、持参薬リストの記載により医師・看護師に伝達。持参薬以外にも、患者の薬剤アレルギー歴・副作用歴、禁忌薬剤の有無について確認し、医師・看護師に伝達。 処方時には、投与方法等を医師に提案するなど、投与设计にも積極的に参画。調剤済み薬について、医師の指示との照合・確認。与薬作業は看護師が実施。薬剤管理指導の記録は診療録に記載し、医師・看護師を含む多職種で共有。 投与後、効果・副作用の有無、服薬状況等の情報収集。必要に応じ医師等へ情報提供。1日1回、全入院患者の診療録確認。指示の中止、変更時にも、返品その他の確認。 退院時には退院時服薬指導を実施。薬剤情報提供書を配布。退院後の投薬管理について、患者のみならず、患者家族、転院先の医療機関等への情報提供。場合により社会福祉士、事務職員など関連職種とも連携。 注射薬についても内服薬・外用薬と同様の管理。抗がん剤、IVHのみ薬剤師がミキシング作業。他の注射薬は1回量毎にセットを行い、ミキシングは看護師が実施。 原則として、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薬剤師を常駐配置するのではなく、多職種による安全な投薬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実施。 <b>その他の医療スタッフ</b>：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>

<b>チーム運営に関する事項</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1 病棟に主担当 1 名と副担当 1 名を配置。副担当は 2 病棟を兼務。</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。</li> <li>・ 薬剤管理指導記録は診療録に一元化し、診察記事内に時系列記載。</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。</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関</b>
東住吉森本病院

## 周術期（集中治療）におけるチーム医療の取組例

<b>チームの名称</b>
集中治療チーム
<b>チームを形成する目的</b>
<p>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、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。</p> <p>このようなチーム病棟専従型他の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。</p>
<b>チームによって得られる効果</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 安全かつ効果的な治療による、ICU 在室日数、病院在院日数の短縮</li> <li>・ 医療費の削減、物的コスト削減</li> <li>・ 副作用、合併症、原疾患の悪化などの早期対応、未然回避</li> </ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・業務内容</b>
<p><b>医師</b>：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、専従型の多職種医療スタッフ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、他診療科の医師や常駐（又は院内 PHS での呼び出し）する多職種の医療スタッフとの相談、指示出しを行い、緊急性に応じたチームでの医療を統括する。</p> <p><b>看護師</b>：医師の指示のもと、急激な病態変化や時間単位の指示変更に対応しながら、集中治療が効率よく行われるうえで患者管理上の問題点（原疾患や安静を余儀なくされることでリスクが高まる合併症に対する問題点）を抽出し、看護計画を立案する。この問題点に関する計画の立案から実施の過程において、各専門の専従型多職種医療スタッフ（薬剤師、理学療法士など）と綿密なコミュニケーションをもとに役割の分担および協働を行う。</p> <p><b>薬剤師</b>：薬物療法の占める割合が大きく、作用が急激な注射剤の投与が行われるため、常駐型の業務として、排泄機能など患者の状態と薬剤の特徴、方針、ガイドライン等を参照し、医師の時間単位での処方変更をサポート（提案・相談・処方鑑査）する。また、予想される副作用の未然回避、早期発見のための方策を提案し、医師・看護師と協働で継続的にモニタリングする。多種注射剤が併用されるため、限りあるルート数のなかで、安全で効果的な投与かつ静脈炎回避が可能となるルート設定を行う。医薬品管理に関しては、緊急時に必要な薬剤の期限確認、医師や看護師と協働し不要なコストや取り間違えのリスクを意識した最小限の薬剤の選定及び在庫数設定、簡潔な薬剤管理システムの構築を行う。</p> <p><b>臨床工学技士</b>：人工呼吸器や PCPS、CHDF、シリンジポンプなど生命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り、常時使用できるためのメンテナ</p>

<p>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。</p> <p><b>理学療法士</b>：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。</p> <p><b>言語聴覚士</b>：集中治療管理に付随する嚥下困難に対し、摂食・嚥下評価訓練を行う。</p> <p><b>歯科医師</b>：術前から退院までの患者の口腔衛生処置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、カンファレンスを開催する。</p> <p><b>歯科衛生士</b>：歯科医師の指示の下、入院食の変更や調整を行う。</p>
<p><b>チーム運営に関する事項</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>電子カルテによる情報の共有化</li> <li>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）</li> </ul>
<p><b>具体的に取り組んでいる医療機関</b></p> <p>長崎大学病院、昭和大学横浜市北部病院</p>

## 入院患者の状態に応じたきめ細やかな栄養管理

<p><b>チーム（取組）の名称</b></p> <p>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）</p>
<p><b>チームを形成（病棟配置）する目的</b></p> <p>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。</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>術後在院日数短縮</li> <li>術後合併症発生率減少</li> <li>術後の転帰の改善</li> </ul>
<p><b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b></p> <p><b>医師</b>：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。</p> <p><b>看護師</b>：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。</p> <p><b>管理栄養士</b>：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、病棟カンファレンスへ参加する。 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。</p> <p><b>薬剤師</b>：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・検査をオーダーするなど医師オーダーサポート業務を実施し医師の支援・業務軽減を図る。</p> <p><b>リハビリテーションスタッフ</b>：病棟担当のリハビリテーションスタッフが、リハビリテーションを行うことにより、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。</p> <p><b>臨床検査技師</b>：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</p>

師の立場からのアドバイスを行う。

**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

急性期リハビリテーションチームの取組例

**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)

**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り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。

**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。例えば摂食嚥下機能においては、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。

**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の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。

**チームの運営に関する事項**

- 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を重視する
- 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

**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）

救命救急センターでの円滑な治療提供等のための社会福祉士配置の取組

<b>チーム（取組）の名称</b>
社会福祉士を専従配置した救命救急センター
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 第3次救急医療で患者を受け入れるベッドの確保をする</li> <li>・ 患者が円滑に治療を受けられるようにするための経済的、社会的問題の解決</li> <li>・ 患者の回復の促進</li> <li>・ 患者の救命後の治療継続先の適切で、円滑な転院先の選定、連携、調整</li> </ul>
<b>チームによって得られる効果</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療費（未納防止）、家族の協力の促進等、治療を受けやすい環境が作れる。</li> <li>・ 在院日数が短縮し、入院患者を多く受けることで、救急の機能を促進できる。</li> <li>・ 準備のない入院に対する患者・家族の精神的不安を軽減し、取組を促す。</li> <li>・ 医師・看護師の業務軽減（困難事例の家族支援、困難事例の退院先探し、医療費等の相談を請け負うことによる）</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><b>医師</b>：診断・治療 患者・家族に対して治療方針に関するインフォームドコンセント ベッドコントロール 紹介元及び紹介先病院との連携</p> <p><b>看護師</b>：看護・ケア等 多くの職種とのコーディネーション</p> <p><b>薬剤師</b>：専従配置により、薬剤使用に関する適切なアドバイス 使われている薬剤が多い救命救急センターで、適正な使用量や併用の適否に関する緊急の判断</p> <p><b>管理栄養士</b>：専従配置により、状態変化が大きい救急患者の適切な栄養評価、栄養計画を立てる</p> <p><b>社会福祉士</b>：毎日5時間程度救急センターに常駐し、3～4人の患者・家族と面接し10～15人の患者の連絡調整 他の職種との連携による、準備のない入院に対する患者・家族が持つ不安、心配に対する精神的なサポート 身元不明患者の身元確認、必要な手続きの代行 外国人の言語の問題、保険証の問題に対応 家族がいない、または家族と疎遠な患者のキーパーソン探しとそのかわりが維持できるよう支援 病気、病状、今後の状態像に関する理解の手助け 医療費や生活費の困窮、心配に対して制度を利用して問題解決を図る 入院による社会的役割（仕事、介護、子育てなど）の遂行不能に関し、さまざまな社会資源の活用により社会的支援 救急治療後の他院への転院についての理解を促し、今後の生活に関するイメージづくりを支援</p>

<p>特に経済的に困窮している患者、寝たきりで医療依存度が高い療養を必要とする患者、の退院援助（主に転院援助）を検索 虐待・DVなどの際の他の職種、機関との連携 さまざまな地域関係機関（2次救急病院、リハビリ病院、療養病床、福祉事務所、警察、児童相談所、区役所国民健康保険課、その他）との連携、調整</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 毎日の担当医、担当看護師、担当社会福祉士間のコミュニケーション</li> <li>・ 医師、看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士による脳外科疾患に関する週1回の方針決定カンファレンスの参加</li> <li>・ 週1回のセンター全体の回診への社会福祉士の参加</li> <li>・ 地域の関係機関との連携強化</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

心臓血管外科における早期離床チームの取組

<b>チーム（取組）の名称</b>	エキスパートナースによる早期離床チーム
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>	心臓血管外科手術後に早期離床・早期食事開始を図ることは無気肺や廃用萎縮あるいは静脈血栓等の合併症を予防し、早期退院に結びつけることができる。また、エキスパートナースは集中治療病棟に配置された理学療法士、管理栄養士、臨床工学技士、薬剤師、他のナースや医師などを含むメンバーの中核として、心臓血管外科専門医が手術をしている間も包括的指示によりチームをリードする。
<b>チームによって得られる効果</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>肺炎等の術後合併症を減少させ、早期退院が可能となる。</li> <li>各専門職が自分の役割を認識しかつ相互補完することにより提供する医療サービスの「穴」を未然に防ぐことができる。</li> <li>医師の負担を減らし、医師本来の業務に専念させられる。</li> <li>数多くの医師数が必要なく、若手医師が密度の濃いトレーニングを受けられる。</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><b>エキスパートナース</b>：術前訪問、術後家族との面談を含む患者サイドとの最初の窓口となる。術後管理はクリニカルパスおよび、医師の指示に基づきルーチン業務をこなし、術後管理を行う。また、他の看護師、職種との調整の中心となる。</p> <p><b>看護師</b>：エキスパートナースの指導の下、同様な業務を行い、自己の経験研鑽を積む。</p> <p><b>理学療法士</b>：術前から介入し、患者さんとのコミュニケーションを確立する。術翌日からリハビリを開始し退院までプログラムを継続する（通常約7日間）。</p> <p><b>薬剤師</b>：投与薬剤の確認、オーダ入力、配合禁忌、用量、投与方法の適切性を確認する。</p> <p><b>管理栄養士</b>：食事のみでなく、経腸栄養、中心静脈栄養を含む総合的栄養管理を行う。</p> <p><b>社会福祉士</b>：周術期から退院のプランを立て、早期退院あるいは転院を図る。</p> <p><b>臨床工学技士</b>：生体モニター、人工呼吸器、IABPなどの維持管理を行う。</p> <p><b>循環器内科医</b>：内科的観点からアドバイスをし、治療に協力する。</p> <p><b>外科医</b>：「心臓大動脈手術クリニカルパス」に基づき、包括的指示を出す。外れる点についてはエキスパートナースを含んだ打ち合わせにて調整する。</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>毎朝8時30分からのカンファレンスに参加し、現状報告治療方針決定。</li> <li>エキスパートナース資格は、単なる知識よりも現場経験および実力を重要視したレベルラダーのトップを超えた看護師に与える。また、名譽とともに手当を与える。</li> <li>エキスパートナースは包括的指示および医師監視のもと、中心静脈カテーテル、IABPカテーテル、ドレーンや経鼻胃管チューブなどの抜去を行う。また、クリニカルパスの範囲内で、利尿剤の投与、持続投与薬剤注入速度の増減を行う。</li> <li>患者家族、医師を含む他の職種とのコミュニケーション能力は重要である。</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>	社会医療法人 近森会 近森病院、ハートセンター

医療機器管理・選定に関するチーム医療の取組

<b>チームの名称</b>	1. 医療機器管理チーム 2. 医療機器選定チーム
<b>チームを形成する目的</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>医師・薬剤師・看護師・臨床工学技士・臨床検査技師・診療放射線技師等医療職種および事務職でチームを構成し、医療機器の保守管理体制を根付かせ、効率よく安全に稼働させる。</li> <li>適切な機器の選定と更新・新規導入を事業計画に沿って効果的に判断する。</li> </ol>
<b>チームによって得られる効果</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>稼働トラブルの減少による患者満足度（待ち時間・故障による予約変更等の減少）と医療の質（精度）が向上</li> <li>適切で計画的な機器購入による安定した経営効果</li> <li>機器の機種統一による置き在庫が減少し、消耗品コストの削減</li> <li>在宅使用医療機器の適切使用と稼働状況確認および保守管理による家庭内安全使用</li> </ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>医療機器管理チーム <ul style="list-style-type: none"> <li>各職種で使用する医療機器の稼働状況把握と管理責任者への不具合報告</li> <li>「病棟における医療機器管理」：医師、看護師、臨床工学技士</li> <li>「手術室における医療機器管理」：医師、看護師、臨床工学技士、臨床検査技師、診療放射線技師</li> <li>「ICU・救命救急センターにおける医療機器管理」： <ul style="list-style-type: none"> <li>モービルCCU同乗：搭載医療機器保守点検、医師・看護師・臨床工学技士による患者対応</li> <li>救急処置処置室：医師・看護師・臨床工学技士・診療放射線技師・臨床検査技師</li> <li>「外来診療における医療機器管理」：医師・看護師・薬剤師・臨床工学技士・診療放射線技師・臨床検査技師・事務職員</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>医療機器選定チーム <ul style="list-style-type: none"> <li>全科の稼働医療機器状況を把握し更新・新規導入を検討</li> </ul> </li> </ol>
<b>チームの運営に関する事項</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>医療機器管理チーム <ul style="list-style-type: none"> <li>医療機器安全管理責任者が管理チームの責任者となり、構成メンバーより上がってくる情報を一元管理する。</li> <li>不具合発生機器に対して院外対応の窓口となる。</li> <li>頻回に不具合を発生する機器については医療機器選定チームへ報告する。</li> </ul> </li> <li>医療機器選定チーム <ul style="list-style-type: none"> <li>医療機器管理チームより報告を受け院内事業計画に遵守した更新・新規導入を、経済効果、消耗品を考慮し検討する。</li> </ul> </li> </ol>



抗菌薬適正使用推進チーム

チーム(取組)の名称  
 抗菌薬適正使用推進チーム(Antimicrobial Management Team : AMT)

チームを形成(病棟配置)する目的  
 抗 MRSA 薬使用症例および血液培養陽性症例を対象に病棟ラウンドを実施し、抗菌薬の選択、投与量、投与期間、血中薬剤モニタリング(TDM)などの相談指導を行っている。加えて感染対策や薬剤耐性菌監視等の院内感染対策活動も行っている。これにより感染症の診断と治療および院内感染制御に貢献できる。

チームによって得られる効果  
 1. 抗菌薬適正使用の推進による感染症治療への貢献と、抗菌薬購入経費の削減(図1)  
 注射・経口抗菌薬の購入費用(2000-2009)

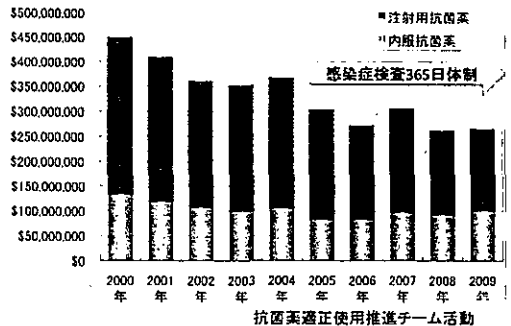


図1 2003年からの抗菌薬適正使用推進チーム活動と2005年からの感染症検査365日体制により、抗菌薬の購入費用は2004年の3.7億円から2005年では3億円と約7000万円の削減ができた。その後も感染症検査の迅速な報告と抗菌薬適正使用推進チーム活動が連携し、2009年では購入費が2.7億円と2004年比で約1億円の削減ができた。

2. 薬剤耐性菌制御によるMRSA 感染症死亡率の減少(図2)

死亡数/菌血症患者数	感染症検査365日体制		有意差
	2004年	2005年	
MRSA	10/30	3/31	<0.05
MSSA	0/7	1/13	ns
MRCNS	1/39	1/44	ns
<i>P.aeruginosa</i>	3/14	2/9	ns
<i>E.coli</i>	3/25	3/18	ns
<i>Candida spp.</i>	3/5	0/4	ns

図2 2005年から感染症検査を365日検査体制にした。従来の土日を含んだ報告の遅延が解消でき、迅速な結果報告ができるようになった。その結果、MRSA 菌血症

患者の死亡率が有意に減少した。  
 3. 院内感染の予防、発生時の制御(図3)

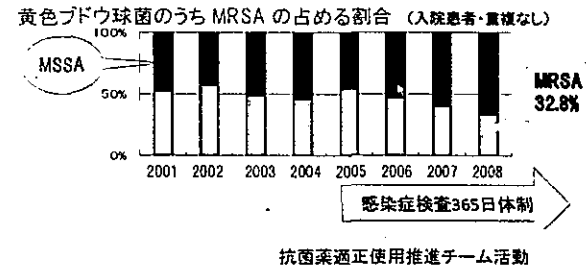


図3 抗菌薬適正使用推進チーム活動および感染症検査の365日体制により、MRSA 検出の迅速な報告、迅速な感染対策、患者ごとの抗菌薬投与と適正化ができるようになった。MRSA の分離頻度は年々減少している。

関係する職種とチームにおける役割・仕事内容

- 医師**：Infection Control Doctor 3名が担当。院内感染対策全般についての指導的な役割で実施的な責任者。ラウンド資料をベースに感染症治療(抗菌薬の選択や投与方法など)のサポートや電子カルテ上にコメントを記載する。
- 看護師**：感染管理認定看護師(ICN)が専任で担当。院内感染の監視(サーベイランス業務)、対象患者ごとの病態把握、院内感染の予防と教育などが主な業務である。
- 薬剤師**：薬剤師2名が担当。抗菌薬使用状況データ、生化学検査や血液検査データを病院データベースから抜き取り、ICNと臨床検査部からのデータと合わせて患者ごとのラウンド資料を作成する。TDM測定を行い、投与量、投与期間の設定に関与する。
- 臨床検査技師**：感染症検査技師6名が担当。平日の時差出勤と土・日・祝日の検査業務により感染症検査の年中無休体制を構築し、毎日の検体受付と報告ができるようにした。院内ラウンド前には直近までのデータを感染症検査システムから抜き取り、ラウンドデータとする。院内感染に関連する菌が検出された場合は主治医への報告と同時にAMTへも連絡し、情報を共有する。

チームの運営に関する事項

- ・週2回のデータに基づくラウンド
- ・抗菌薬適正使用の監視
- ・院内感染状況や院内疫学情報の把握
- ・対象を限定したサーベイランス
- ・現場への効果的な介入(教育、設備、備品)

具体的に取り組んでいる医療機関等

京都府立医科大学附属病院

## 救急患者お断り解消チーム

<b>チーム（取組）の名称</b>
救急患者お断り解消チーム
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>
当院に救急搬送、若しくは直来院する際の電話連絡の段階で診療拒否する症例を可能な限り減少させ、地域医療に貢献し、患者と管轄消防署の信頼を得ると共に、病院収益の向上を図る。
<b>チームによって得られる効果</b>
従来まで各医師の裁量と感覚に依存していた診療受け入れ基準並びに断り基準を、当院の医師の専門性と医療機器を含む病院環境を鑑みチームとして検討し作成。これにより受け入れも断りも理由が標準化され断り率が減少し、管轄消防署の信頼向上が期待出来る。
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>
<b>医師：</b> チームから挙がった救急対応時の問題点を診療部へ持ち帰り検討。並びに新規受け入れ基準を診療部全体に周知徹底する。 <b>看護師：</b> 急患室担当看護師が毎日急患対応状況をファイルに記録。問題となった受け入れ拒否理由を明確に文章化する。 <b>臨床検査技師：</b> 急患室で必要とされる検査項目に対する要望を把握し、また新たに保険収載された救急時診断に関する検査項目の紹介を行う。 さらにTAT短縮目的で他科との連携コーディネイトを提案する。 <b>診療放射線技師：</b> 検査対象が患者であるため、検査室までの搬送介助並びに長時間を要するスキャン検査の場合の他科とのコーディネイトを提案する。 <b>事務職員：</b> 診療報酬上、問題となる『取り漏れ』『包括項目』に対する分析を行う他、救急外来に於ける収益を明確にする。
<b>チームの運営に関する事項</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>担当看護師が週1回、急患受け入れ状況を院長へ提示。</li> <li>定期的に急患室で夜間救急担当医・看護師・臨床検査技師・診療放射線技師を交えたカンファレンスを実施し、問題症例を解析。</li> <li>管轄消防署との連携を図るため、半年に1回程度所轄の消防署をチームで訪問し、活動の効果が上がっているか、また新たな問題が浮上していないか情報収集も兼ねて行う。</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>
東京都済生会向島病院

## 心臓カテーテルチーム

<b>チーム（取組）の名称</b>
心臓カテーテルチーム
<b>チームを形成する目的</b>
心臓カテーテルチームでは、それぞれの専門職種が検査・治療予定の患者に対して、当日の朝カンファレンスで必要な情報を提供している。その目的は、医師が安全に安心して治療を行うためである。これにより、患者のQOL向上、疾患の治癒促進および合併症を予防し、早期退院に結びつくことができる。
<b>チームによって得られる効果</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>冠穿孔・動脈解離等の合併症が減少し、在院日数を短縮でき医療の質の向上が期待できる。</li> <li>患者の放射線皮膚障害を抑制することと、スタッフの医療被曝低減が期待できる。</li> <li>事前に治療戦略を理解し合うことで、検査・治療が円滑に遂行され、患者のQOLの向上が期待される。</li> <li>各専門職種より事前に情報が提供されるため、検査・治療に用いる機器や消耗品が予測されコスト削減が期待できる。</li> <li>各専門職種より事前に情報が提供されるため、検査・治療におけるリスク回避が大きく期待できる。</li> </ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>
<b>医師：</b> 心臓カテーテル治療をする部位や使用するデバイス等をコメディカルに説明し、検査・治療に対する注意事項などを提供する。 <b>放射線技師：</b> 1)各症例において、心臓カテーテル検査の過去画像や冠動脈CTを用いて医師の治療戦略に沿った治療角度を提供する。その際、患者の放射線皮膚障害を防止するため、心臓カテーテル検査・治療の過去歴をもとに使用禁忌撮影角度を医師に提供している。2)看護師およびコメディカルスタッフに対して、医療被曝を考慮したX線透視・撮影中における患者へのアプローチ方向を朝カンファレンスで事前に指導している。 <b>看護師：</b> 患者がカテーテル検査を受けるまでの経過・既往などを提供する。過去に心臓カテーテル歴がある場合は、検査中の経過状況（造影剤副作用報告など）より必要な情報を提供する。 <b>臨床工学技士：</b> 心電図や圧データより、患者の病態情報を提供する。
<b>チームの運営に関する事項</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>心臓カテーテル室の朝カンファレンスは、検査当日の朝に全患者の情報を提供し合う。</li> <li>心臓カテーテル検査は、日中および夜間問わず365日対応している。</li> <li>1カ月に1回主に運用面について心臓カテーテル室スタッフミーティングを開催し、検査・治療の質の向上を目指している。</li> <li>1カ月に1回勉強会を開催し、スタッフの教育を行っている。</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>
昭和大学病院、昭和大学藤が丘病院、昭和大学横浜市北部病院

## 回復期リハビリテーションチームの取組例

<b>チーム（取組）の名称</b>
回復期リハ専門病院におけるチーム
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>
特に脳卒中患者や肺炎による廃用症候群患者などは多くが高齢者のために、多種多様なリスク（慢性疾患や再発、合併症）を抱えている。その様な状況下で、障害の改善、家庭復帰を支援することとなる。そのためには医師・看護師のみならずその他の多くの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り、病棟専従多職種がチームを構築してはじめて、質の高いサービスを効率よく提供、安心した地域生活に繋げていくことが可能となる。
<b>チームによって得られる効果</b>
セラピストのみならず介護福祉士、社会福祉士、管理栄養士、歯科衛生士などが病棟専従となることで専門職間の垣根が無く、日常的に情報交換・検討が盛んになるとともに、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関わる事が可能となる。
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>
<p><b>病棟専従医師</b>：入院時多職種と共に全身状態および障害の評価、予後予測を行うと共に多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。患者・家族が障害を乗り越え地域生活に立ち向かえるようにチームリーダーとして支援する。更に総合診療的視点に立って、慢性疾患および再発・合併症の予防と治療を行う。また急性期および維持期との連携を図っていく。（カンファレンス、家族説明、合併症治療に時間を要す）</p> <p><b>看護師</b>：医師の指示の下、リスク管理を行う。ADL介助・自立援助を基本とした関わりの中で、セラピストが個別患者に指導した内容を積極的に取り入れると共に日常生活における問題点を抽出し、セラピストに提示する。家族支援。</p> <p><b>介護福祉士</b>：日常生活支援と共に家族の介護指導を行う。</p> <p><b>管理栄養士</b>：栄養アセスメント、評価、改善プログラム作成、実施、再評価。本人および家族に対する栄養指導・食形態調理指導</p> <p><b>薬剤師</b>：入院時使用薬剤の情報収集の下、医師・看護などに情報提供、本人・家族指導</p> <p><b>理学療法士・作業療法士</b>：障害の集中的改善を図り、基本動作の確立と共に日常生活動作の改善が図れるよう看護とともに介入する。</p> <p><b>言語聴覚士</b>：言語障害の改善と共に摂食嚥下訓練を行う</p> <p><b>社会福祉士</b>：家族とスタッフ間、患者と家族間・地域生活などとのつなぎとしての役割を行いながら在宅生活基盤づくりを実施。</p> <p><b>歯科衛生士</b>：歯科医師との連携の窓口機能を果たすと共に、口腔衛生状態の評価、口腔衛生処置のプログラム作成（重度障害患者に対する口腔衛生処置の技術助言・援助）、歯ブラシなどの患者・家族指導を行う。</p> <p><b>登録歯科医師（歯科診療所）</b>：口腔機能向上のために義歯調整、歯科的治療を行うと共に食事場面での機能評価を実施。カンファレンスに出席</p>

### チームの運営に関する事項

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
- ・ カンファレンスの重視
- ・ チームマネジメント能力

それぞれの職種の知識・技術力向上に向けた教育体制が前提となる

### 具体的に取り組んでいる医療機関等

長崎リハビリテーション病院、初台リハビリテーション病院、湯布院厚生年金病院、その他

医療療養病床におけるチーム医療

<b>チーム（取組）の名称</b> 社会福祉士専従配置の医療療養病床
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>「老人にも明日がある」の理念の下、医療依存度の高い患者の医療療養病床で、多職種チームアプローチによるリハビリ/ケアを提供する</li> <li>医療依存度の高い患者の尊厳と自己決定の保持</li> </ul>
<b>チームによって得られる効果</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療依存度の高い患者への質の高いケア・リハビリを提供</li> <li>患者の尊厳の保持</li> <li>治療の選択肢の提供（長期入院・在宅支援・介護保険施設等の利用の援助）</li> <li>家族支援（家族の希望を治療に反映する・方針に反映する）</li> <li>急性期・回復期からのシームレスな受け入れ、地域の居宅介護支援事業所や他介護保険施設、障害者施設等との連携</li> </ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b> <b>医師</b> ：診断・治療。 患者・家族に対して治療方針に関するインフォームドコンセント。 <b>看護師</b> ：看護・ケア。 <b>リハビリテーションスタッフ</b> ：リハビリテーションの実施 <b>社会福祉士</b> ：1病棟42床で専従社会福祉士を1名配置する中で、毎日病棟に7時間常駐し、10人程度の患者・家族と面接し、5、6人の患者の連絡調整を行っている。ケアカンファレンスを週に1回10名の患者に対し実施。多職種合同で行う病状説明会を患者・家族に対し週に2回程度実施。自宅訪問を週に1、2回実施。介護保険の更新や身体障害者手帳の取得に必要な手続きの代行も行っている。 <ul style="list-style-type: none"> <li>入院相談の窓口：入院に当たっての経済的、社会的問題の問題解決支援</li> <li>入院中の家族の支援・家族の要望の聞き取りとチームへの発信</li> <li>病状説明会の調整と同席により、患者/家族が治療に参画できるよう支援</li> <li>自宅退院を検討できる事例について、地域関係機関と連携し自宅訪問を計画</li> <li>退院時は保健・医療・福祉に関する地域関係機関との連携調整</li> <li>患者・家族の状況に応じて、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、障害者病棟などへの転院の援助と、シームレスなケアの移行を支援する</li> </ul>
<b>チームの運営に関する事項</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>毎日の担当医、担当看護師、担当社会福祉士間のコミュニケーション</li> <li>定期的な医師、看護師、リハビリテーションスタッフ、介護福祉士、社会福祉士によるカンファレンスの開催</li> <li>地域の医療機関との連携強化</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b> 霞ヶ関南病院

在宅緩和ケア専門チームによる医療の取組

<b>チーム（取組）の名称</b> 在宅緩和ケア専門チーム
<b>チーム（連携強化）を形成する目的</b> 緩和ケアを専門とする診療所と訪問看護ステーションが一体化したチームを形成し、高品質のケアを在宅末期がん患者と家族に提供する。
<b>チームによって得られる効果</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>高品質の全人的（トータル）ケアを提供できる</li> <li>高レベルの医療を提供できる</li> <li>独居などの困難事例に対処することができる</li> <li>時間的ロスを少なくすることができる</li> <li>病院のバックアップを減らすことができる</li> </ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b> <b>医師</b> ：緩和医療・ケアの理念、実際のやり方を文書で示し、チームに徹底する。 病院医師などとの連携窓口 チームの司令塔 <b>看護師</b> ：24時間ケアのファーストコール対応 その他の医療職（薬剤師、理学療法士、作業療法士など）との連携窓口 福祉サービスとの連携窓口
<b>チームの運営に関する事項</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>チームの理念、目的、ケアプログラムを徹底する。</li> <li>24時間ケアを医師と看護師で担う。</li> <li>医師と看護師は、チームカンファレンスを行なう。</li> <li>情報のリアルタイムの共有を行う。</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b> ホームケアクリニック札幌（北海道）・岡部医院（宮城）・穂波の郷クリニック（宮城） ふくしま在宅緩和ケアクリニック（福島）・在宅ホスピスとちの木（栃木） さくさべ坂通り診療所（千葉）・クリニック川越（東京） 千里ペインクリニック（大阪）・ひばりメディカルクリニック（奈良） 徳島往診クリニック（徳島）・ベテル三番町クリニック（愛媛） にのさかクリニック（福岡）*  * 各々の医療機関には、一体化した形で活動する訪問看護ステーションが存在している

退院支援調整チーム

<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> 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 <b>医師</b> ：患者・家族への病状に関する説明 退院に向けた今後についての具体的方針 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） <b>看護師</b> ：在宅ケアに向けた技術指導 退院後、通院時外来との連携方法の検討 <b>薬剤師</b> ：薬の説明、地域薬局との連携 <b>退院支援部門（MSW/看護師/保健師等）</b> ： 在宅医・訪問看護ステーション等必要な医療機関の確保 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 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。 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。 <b>医事課</b> ：医療費の説明 <b>その他診療に関係した必要な専門職</b> ：在宅生活に役立つ技術習得、情報提供
<b>チームの運営に関する事項</b> <b>○病院方針の徹底：（病院長、運営会議、診療会議）</b> 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發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。 <b>○退院計画の検討：</b> 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、関係職種の機能を發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こども医療センター

入院から在宅までの切れ目ない薬物療法提供

<b>チームの名称</b>	薬薬連携推進チーム
<b>チームを形成する目的</b>	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する。
<b>チームによって得られる効果</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 禁忌、相互作用、重複が避けられる。</li> <li>・ 適正かつ安全な薬物療法の提供が可能（充実した服薬指導）。</li> <li>・ 薬物療法がより効率的に効果的になる。</li> </ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・業務内容</b>	<p><b>医師・歯科医師</b>：お薬手帳、施設間情報提供書を利用する。処方時に病名、処方理由、臨床検査値など必要に応じて情報提供に努める。疑義照会には積極的に応じる。</p> <p><b>病院薬剤師</b>：入院中の情報が退院後、薬局薬剤師の業務に役立てられるように情報提供。</p> <p><b>薬局薬剤師</b>：入院時に薬歴による情報を病院薬剤師の薬剤師業務に役立てられるように情報提供。</p>
<b>チーム運営に関する事項</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病院・薬局双方の薬剤師及び医師・歯科医師が互いの情報提供の必要性・有益性を理解することが重要であり、あらゆる機会を通して情報交換。</li> <li>・ チーム医療の目的が、質の高い納得の得られる医療の提供であることを確認。</li> <li>・ 情報提供の媒体は、お薬手帳や施設間情報提供書を中心として電話なども可。</li> <li>・ 定期的な薬薬連携推進委員会の実施。（病院薬剤師、薬局薬剤師、医師会、歯科医師会の10名で構成）</li> <li>・ 毎月の医師会と薬剤師会の学術講演会、症例報告会への積極的参加。</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関</b>	県立下呂温泉病院、下呂谷敷病院、下呂市医師会、下呂市歯科医師会と下呂市薬剤師会に属する施設

入院から在宅までの切れ目のない栄養管理

<b>チーム（取組）の名称</b>	在宅栄養サポートチーム
<b>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</b>	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、本人・家族に対し、在宅訪問栄養食事指導を行う。また、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）に対し、在宅訪問栄養食事指導を行うの内容の共有を図る。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。
<b>チームによって得られる効果</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 輸液、抗生剤等の使用量が減少し、物的コストが削減。</li> <li>・ 家族や在宅チームの栄養問題に関する不安軽減。</li> <li>・ 経口摂取維持による患者満足度の向上。</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><b>医師</b>：医師はチームリーダーとして治療方針を決定。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。</p> <p><b>看護師</b>：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。</p> <p><b>管理栄養士</b>：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。</p> <p><b>リハビリテーションスタッフ</b>：訪問リハビリテーションを行うことにより、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。地域担当者会議に参加。</p> <p><b>ホームヘルパー</b>：食材の購入のサポート、食材の保管や食事作りを支援。地域担当者会議に出席。</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>	緑風荘病院

## 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

<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
<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。
<b>チームによって得られる効果</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 在宅医・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。</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>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> <p><b>（病院）医師</b>：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。 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。</p> <p><b>在宅医</b>：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。 患者家族の自己管理、予防意識の高揚と実践を支援する。 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。</p> <p><b>（地域）保健師</b>：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。 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。 在宅療養に必要な地域の情報を提供する。</p> <p><b>訪問看護ステーション看護師</b>：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。 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。</p> <p><b>地域福祉関係者</b>：ケアマネジャー、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。</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> <li>○ 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）</li> <li>○ 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</li> </ul>

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）

**具体的に取り組んでいる医療機関等**

神奈川県地域保健福祉事務所

総合的な在宅医療提供のための社会福祉士活用

<b>チーム（取組）の名称</b>
社会福祉士専従配置の在宅支援診療所
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>地域における総合的なケアを提供するために、外来診療・往診・訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所・訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、入院施設を持ち、サービスを総合的に提供する。</li> <li>地域の生活を支援する</li> </ul>
<b>チームによって得られる効果</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>地域で生活するために、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</li> <li>患者の尊厳の保持</li> <li>治療の選択肢の提供</li> <li>急性期・回復期とのシームレスな受け入れ、地域の居宅介護支援事業所や他介護保険施設との連携</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><b>医師</b>：診断・治療 患者・家族に対して治療方針に関するインフォームドコンセント。</p> <p><b>看護師</b>：看護・ケア。</p> <p><b>リハビリテーションスタッフ</b>：リハビリテーションの実施</p> <p><b>介護福祉士</b>：通所リハビリテーション・病棟でのケア</p> <p><b>社会福祉士</b>：急性期病院・回復期リハビリテーション病棟・療養病床・ケアマネジャー・診療所医師・患者家族から直接など、あらゆる地域の関係者からのサービス利用の相談・受付を担当する。</p> <p>1ヶ月の新規の相談（2名体制） 51件（訪問診療8件、外来13件、訪問リハビリ7件、通所リハ20件、入院2件、その他1件）継続相談167件（訪問診療26件、外来42件、訪問リハ23件、通所リハ36件、入院37件、その他3件）</p> <p>新規の相談については、約1時間の相談受理面接と資料作成、関係部署との協議、初回訪問の同行、初回診察の同席、初回カンファレンスへの参加を行う。</p> <p>訪問リハビリテーション利用患者について、初回訪問に同行し、主に家族の相談に乗り、その後は担当リハビリテーションスタッフまたはケアマネジャーからの依頼によって必要時に相談を受ける体制をとる。サービス担当者会議に必要に応じて参加する。</p> <p>外来利用患者について、依頼表を作成し、制度活用、家族の相談、経済的問題、ケアマネジャーをはじめとする院外の関係者との連絡調整、壮年期の患者の就労支援、に対応。サービス担当者会議に必要に応じて参加。</p> <p>往診患者については、必要がある際、特にかん末期患者や難病患者、特に家族の相談が必要な場合の往診に同行。ケアマネジャーをはじめとする関係者との連絡調整窓口となる。サービス担当者会議に必要に応じて参加。</p>

<p>がん末期患者や難病患者には、患者と家族が望む治療が受けられるよう、患者・家族の相談に乗る。必要によっては、主治医と相談しながら、望む治療を受けられる医療機関との橋渡しを援助。</p> <p>入院病棟は、治療目的患者とレスパイト目的の患者がいるため、入院のベッドの調整を行い、治療目的患者の入院を最優先しながら、レスパイト目的の患者も適切にサービスが受けられるように、患者・家族、ケアマネジャーをはじめとする地域関係者、主治医、病棟スタッフと密な調整を行う。サービス担当者会議に必要に応じて参加。</p> <p>レスパイト目的患者の生活状況、活用しているサービス、レスパイトの必要性、配慮が必要な点などを把握し、自宅でのケアが入院中にも継続でき、レスパイトによってなんらかの負担が生じないように病棟スタッフとの調整を行う。レスパイトが在宅生活の支えとなるように配慮。</p> <p>ケアセンター内で利用するサービスを移行する場合、患者・家族の不安を軽減し、シームレスに移行ができるよう、院内スタッフ・ケアマネジャーをはじめとする地域関係者、患者・家族の相談・援助。</p> <p>地域にケアセンターのサービスが定着し、有機的に活用してもらうために、同地域の病院のソーシャルワーカー、ケアマネジャー、区役所、地域包括支援センター、その他関係機関とのネットワーク作りを行う。</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>毎日の担当医、担当看護師、担当社会福祉士間のコミュニケーション</li> <li>各事業単位での毎日または週1回の医師、看護師、リハビリテーションスタッフ、介護福祉士、社会福祉士によるカンファレンスの開催</li> <li>地域の医療機関との連携強化</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>
在宅総合ケアセンター元浅草 在宅リハビリテーションセンター成城



歯科標榜のない回復期病院と地域歯科医師会との連携

<b>チーム（取組）の名称</b>
歯科標榜のない回復期病院と地域歯科医師会との連携
<b>チームを形成する目的</b>
歯科標榜のない回復期病院において、歯科医師・歯科衛生士がチームへ参画する方策としてオープンシステムを導入し、地域歯科医師会と病院との協議のもと、入院期から病院スタッフと連携し口腔リハビリテーションを含む歯科治療が退院後まで切れ目なくスムーズに提供できる環境を作り、地域全体での医療連携チームを構築し、医科と歯科の視点から患者に質の高い医療を提供する。
<b>チームによって得られる効果</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・咬合支持の回復により、栄養摂取レベルの向上が期待できる</li> <li>・包括的な医療連携チームにより口腔を含む切れ目ない回復支援に貢献できる。</li> <li>・関係職種の高質向上を図ることが可能であり、医科・歯科連携を構築する一助となる。</li> <li>・入院患者の歯科医療ニーズに的確に応えることができる。</li> <li>・退院後に地域での歯科的管理が継続できる。</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><b>リハ医師（病棟）</b>：患者の身体状況や摂食・嚥下障害の評価に基づき、院内スタッフへの指示を行う。必要に応じ、患者・家族の了解の下、登録歯科医へ口腔機能訓練ならびに歯科処置に関する患者の負荷能力等について、情報提供・紹介を行う。</p> <p><b>登録歯科医師（歯科診療所）</b>：病院スタッフと協働し、歯科処置を含め口腔内の精査や口腔衛生処置・口腔リハビリテーションを実施する。また情報提供ならびに助言を歯科衛生士、言語聴覚士、看護師等に行う。必要に応じて、食事に立ち会い摂食・嚥下機能に関わる評価を行い、病院スタッフに情報提供する。また病院でのカンファレンスへも参加する。</p> <p><b>看護師（病棟）</b>：患者の身体状況などについての情報提供ならびに看護業務を通して問題となっている口腔の問題等の情報提供を行う。日常の口腔衛生処置、摂食・嚥下機能療法に従事する。</p> <p><b>歯科衛生士（歯科診療所）</b>：登録歯科医に随行する歯科衛生士は、歯科医師の口腔診断評価を受けて、口の機能訓練ならびに口腔衛生処置を行い、患者・家族・病棟スタッフに口腔保健指導を実践する。また、歯科医師の指示のもとに専門的口腔衛生処置（歯石除去等）を行う。</p> <p><b>歯科衛生士（病棟）</b>：病院勤務の歯科衛生士は、入院患者の口腔衛生処置に関するアセスメントを行い、登録歯科医に報告するとともに、他の病院スタッフや本人家族に対して口腔衛生処置に関する助言を行う。また、地域の登録歯科医と連携する窓口の役割を担う。</p> <p><b>理学療法士（病棟）</b>：体幹の保持機能、呼吸訓練など、リハの進捗状況などの情報提供を行い、摂食機能訓練、および口腔機能向上など口のリハビリテーションの実施に際して情報提供を行う。</p> <p><b>作業療法士（病棟）</b>：口腔リハなどに際して、車椅子やアームスリング等患者の自立支援に役立つ機器の提案等を行う。</p>

<p><b>言語聴覚士（病棟）</b>：登録歯科医の口腔機能評価などの情報提供を受け、摂食・嚥下機能向上における連携強化により患者の回復支援を効果的に行う。</p> <p><b>介護福祉士（病棟）</b>：日常生活を支援するとともに家族に対する指導を行う。</p> <p><b>薬剤師（病棟）</b>：使用薬剤等に関する評価および情報提供を行う。</p> <p><b>社会福祉士（病棟）</b>：家族とスタッフ、患者と家族、地域生活へのつなぎとしての役割を行う。</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>
登録歯科医および院内スタッフで構成した医科・歯科連携の運営協議会で作成した連携表を通して歯科情報の提供を行い病院スタッフとの連携をスムーズに行う。また、退院時カンファレンス等への参加や、カンファレンスに際して病院へ歯科情報を提供し、患者の在宅支援を行う。定期的に運営協議会を開催し、適宜問題状況の改善を図る。また年1回登録歯科医師の会を開催し研修等を行う。
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>
長崎リハビリテーション病院 類似したシステム構築病院として熊本機能病院、霞ヶ関南病院がある。

口腔ケアチームの取組例

<b>チーム（取組）の名称</b>	口腔ケアチーム
<b>チームを形成する目的</b>	①口腔衛生処置が必要な患者に多職種とチーム医療（呼吸サポート、栄養サポート、摂食嚥下、周術期管理、褥創対策、口腔衛生処置など）を実践する、②学生及び臨床研修医の研修・実習に資する、③退院後の地域連携パスにつなぎ地域医療に貢献する、の3つを目的とする。
<b>チームによって得られる効果</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>口腔衛生処置の徹底と口腔機能療法を行うことで誤嚥性肺炎や窒息事故等の発生を防止し、経口摂取を早めて患者の回復と医療の円滑化に有効である。</li> <li>学部連携の病棟実習や臨床研修医のチーム医療の教育に有効である。</li> <li>入院中の口腔衛生処置を退院後の在宅療養における地域連携パスで地域連携チームや地域の診療所に繋ぐことで継続した一貫性のあるケアがシームレスで提供できる。</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><b>医師</b>：各チームの担当医師はチームリーダーとして診断に基づいて包括的指示を行う。</p> <p><b>歯科医師</b>：医師と協働して口腔内の精査や口腔衛生処置の指示を歯科衛生士、看護師に行う。また、必要に応じて、別途ラウンドを歯科衛生士と行う。</p> <p><b>看護師（各チームの認定看護師）</b>：チームの中心となりラウンドのコーディネートを行い、各病棟看護師に伝達し、チームの円滑な運営をおこなう。</p> <p><b>歯科衛生士</b>：歯科医師の指示のもとに、専門的口腔衛生処置を行い、患者・家族・病棟スタッフに口腔衛生処置の指導を行う。必要に応じて、歯科医師の指示のもと、除石処置などの医療的口腔衛生処置を行う。</p> <p><b>理学療法士</b>：チーム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。</p> <p><b>臨床工学技士</b>：人工呼吸器装着患者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。</p> <p><b>管理栄養士</b>：患者の栄養状態や摂食・嚥下機能状態に応じた食形態などについて評価し、食事計画の立案、医師の指示による経腸栄養剤の選択などを行う。</p> <p><b>薬剤師</b>：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などを行う。</p> <p><b>臨床検査技師</b>：栄養評価項目の選択や Alb3.0 以下の患者のリストアップなどを行う。</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>特に歯科医療的な問題がある患者に対しては、歯科の口腔ケアチームに依頼する。</li> <li>各チームのカンファレンスにはチームの全職種が参加する。</li> <li>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。</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>	昭和大学附属8病院

医科・歯科連携の取組例（病院内における医科・歯科連携）

<b>チーム（取組）の名称</b>	摂食・嚥下チーム
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>	摂食・嚥下障害のある患者に対して、必要に応じて専門職種へ連携して、対応することができる。これにより、患者の入院生活の向上、原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、栄養状態の改善や早期退院に結びつけることができる。
<b>チームによって得られる効果</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>誤嚥性肺炎等の嚥下障害による合併症の減少</li> <li>各病棟と連携が密となり、患者の早期発見に有効</li> <li>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</li> <li>輸液、抗生剤等の利用が減少し、患者の在院日数が減少</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><b>医師（リハ医）</b>：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。</p> <p><b>歯科医師</b>：医師と協働し、摂食・嚥下の評価や口腔衛生処置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。</p> <p><b>看護師</b>：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。</p> <p><b>歯科衛生士</b>：歯科医師の指示のもとに、口腔衛生処置を行い、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衛生処置を行う。カンファレンスに参加する。</p> <p><b>管理栄養士</b>：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。</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>	昭和大学病院

褥瘡対策チーム

医科・歯科連携の取組例（在宅における医科・歯科連携）

<b>チーム（取組）の名称</b>
摂食・嚥下医療チーム
<b>チームを形成する目的</b>
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。
<b>チームによって得られる効果</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専門職による摂食・嚥下機能評価による医療の質の向上</li> <li>・ 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</li> <li>・ 療養中患者の栄養改善・誤嚥性肺炎等の予防</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><b>医師（主治医）</b>：在宅療養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。</p> <p><b>医師（耳鼻科医）</b>：嚥下内視鏡を実際に操作し、摂食・嚥下機能の診断・評価を歯科医師とともに行う。</p> <p><b>歯科医師（歯科診療所）</b>：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。</p> <p><b>訪問看護師</b>：VE 検査時に同席し、療養指導、訓練を行う。</p> <p><b>歯科衛生士</b>：居宅療養管理指導とともに間接訓練、口腔衛生処置を実施する。</p> <p><b>薬剤師</b>：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。</p> <p><b>管理栄養士</b>：摂食嚥下機能に応じた食形態の提供を家族に指導する。</p> <p><b>理学療法士</b>：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。</p> <p><b>口腔保健センター</b>：ケアマネ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。</p> <p><b>ケアマネジャー</b>：患者、家族、福祉関係者、医療関係者との調整を行う。</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 口腔保健センターが窓口となり、コーディネートをする。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 定期的な再評価を行う。</li> <li>・ 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。</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>
<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）</p> <p>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組事例あり</p>

<b>チーム（取組）の名称</b>
NST 委員会 褥瘡対策チーム
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>
褥瘡のリスクファクターおよび患者状態を各専門職の視点から多面的に評価することにより、患者個々の特性に応じた効果的な対策、治療を実践する。
<b>チームによって得られる効果</b>
<p>褥瘡発生・重症化予防、早期治療、およびこれらによる原疾患に対する治療効果の向上。</p> <p>【チーム稼働前後における急性期病棟アウトカム】</p> <p>BC ランク率 61.0%→70.5%、発生率 2.1%→0.8%、有病率 6.9%→2.2%、治療率 33.4%→52.1%、病棟平均在院日数 11.9 日→10.9 日（それぞれ 16 年、22 年実績比較）</p>
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>
<p><b>医師</b>：治療およびチームリーダーとしての意思決定</p> <p>【治療管理】チームカンファレンスに基づく治療方針の決定とチームによる活動の総合的管理。</p> <p><b>看護師</b>：継続的的患者評価と患者に対する褥瘡対策の定着</p> <p>【予防・評価】入院時スクリーニングによる患者評価とマニュアルに基づいた対策の実施。栄養、薬剤等各項目にわたる継続的モニタリング。</p> <p>【チームの調整】患者状態に応じ関係職種の随時招集、対応依頼。各専門職により実施されている対策を患者の病棟生活として定着させることの全面的サポート。</p> <p>【患者指導】退院時の患者および家族への在宅療養指導。</p> <p><b>管理栄養士</b>：適正栄養量の確保による発症・重症化予防</p> <p>【栄養評価】患者の栄養状態の継続的モニタリング。必要栄養量と実際提供量の評価。患者状態および褥瘡ステージに応じた栄養量および栄養素の提供。</p> <p><b>薬剤師</b>：治療手段である薬剤の総合的管理</p> <p>【薬効評価】病態や基剤の特性に合った薬剤の選択。褥瘡の状態と薬剤の適切性の継続的評価。</p> <p>【薬剤管理】薬剤の保存方法および使用法の適切性の確認。退院時の患者および家族への薬剤指導。</p> <p><b>リハビリテーション</b>：患者への内的・外的アプローチによる発症・重症化予防と治療補助</p> <p>【循環確保】リハビリテーション効果としての末梢循環の維持・向上による発症予防、治療促進（理学療法士）。</p> <p>【環境整備】寝具や車椅子等病棟生活における環境の調整（作業療法士）。</p> <p>【栄養摂取】栄養や薬剤の摂取機能の評価および機能維持・向上（言語聴覚士）。</p>

### チームの運営に関する事項

- ・ 上記職種による褥瘡回診の実施（週1回）。
- ・ チーム責任者を中心としたメンバーによる臨床指標（発生率、治癒率等）に基づく評価の実施およびその結果に基づく PDCA サイクルによる業務改善の実施（毎月）。
- ・ 上部組織である NST 委員会（医師、看護師、管理栄養士、調理師、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、事務）の定例会議（毎月開催）にて結果を報告。チームメンバーを含む NST 委員による結果の評価と対策の検討。

### 具体的に取り組んでいる医療機関等

脳血管研究所美原記念病院

## 急性期リハビリテーションチーム

### チーム（取組）の名称

急性期リハビリテーションチーム

### チームを形成（病棟配置）する目的

超急性期より各専門職の視点から多面的に患者状態を評価し、各職種が協力して早期離床を推進することで、早期の機能回復、二次合併症・廃用症候群の予防を実現する。さらに、急性期治療後の速やかな自宅復帰や、必要な患者に対する回復期リハ病棟への移行を促進する。

### チームによって得られる効果

二次的合併症・廃用症候群の予防、経口摂取開始までの期間の短縮、経口摂取率向上等による早期の機能回復の実現。治療結果を伴いながらの在院日数短縮。

#### 【脳血管障害者に対する治療成績】

入院からリハ開始までの日数 1.4 日、1 日平均リハ実施単位数 5.2 単位、入院から坐位開始までの日数 1.2 日、入院から立位開始までの日数 2.6 日、入院時 FIM78.6 点、退棟時 FIM89.9 点、入院から経口摂取開始までの期間 3.2 日、在棟中経口摂取開始率 94.7%、在棟日数 14.2 日（それぞれ急性期病棟における平成 22 年実績）

### 関係する職種とチームにおける役割・仕事内容

**医師**：治療およびチームリーダーとしての意志決定

【治療管理】治療および患者状態に応じた総合的リスク管理。

**看護師**：患者の ADL に応じた最適なケアの実践および訓練時のリスク管理のサポート

【評価・予防】超急性期リハにおけるモニタリング等のリスク管理。作業療法士のセルフケア評価に基づく患者個別の ADL 能力の発揮を前提としたケアの実践。嚥下スクリーニングの全例実施と言語聴覚士との共同作業による口腔リハビリテーションおよび早期経口摂取の実践。

【チームの調整】患者状態の継続的評価による各職種への情報提供、対応依頼。

**理学療法士**：急性期からの訓練実施による早期の機能回復および二次的合併症・廃用症候群の予防

【評価・訓練・指導】看護師と共同でリスク管理を行いながら安静度に応じた積極的な訓練の実施。医師、看護師への患者の身体機能に関する情報提供による治療・ケアの評価。

**作業療法士**：高次脳機能障害の評価による治療・ケア上のリスク管理

【評価・訓練・指導】高次脳機能（半側空間無視などの注意障害や失行・失認）の評価による急性期治療上のリスク管理。セルフケアへの介入による ADL の評価と看護師への情報提供。

**言語聴覚士**：早期経口摂取訓練に伴う嚥下機能の向上による合併症予防および治療効果の促進

【評価・訓練・指導】看護師と共同で口腔リハビリテーションおよび早期経口摂取の実践による補液の早期終了の推進。それによる生活範囲の拡大に伴う ADL 向上。

<p><b>社会福祉士</b>：患者情報の収集と退院後の療養環境整備</p> <p>【情報収集】入院時における患者情報の収集と必要に応じた各種公的補償制度の利用サポートによる、患者およびスタッフの治療環境の整備。【退院支援】入院早期から治療計画に合わせた退院調整(介護保険施設等とのサービス調整など)。</p>
<p><b>チームの運営に関する事項</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>患者データベースの運用による患者別アウトカム評価(入院時および退院/退棟時に実施)</li> <li>チームの全職種による、全患者へのリハ回診の実施(週1回)</li> <li>チームの全職種による、定期的カンファレンス(月1回)および日常カンファレンスの随時開催。</li> <li>急性期病棟45床に対しリハビリテーションスタッフ14名(3.2:1)配置による、早期対応および高密度実施量の維持。</li> </ul>
<p><b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b></p> <p>脳血管研究所美原記念病院</p>

## せん妄対策チームの取組例

<p><b>チームの名称</b></p> <p>せん妄対策チーム</p>
<p><b>チームを形成する目的</b></p> <p>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。</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>せん妄の発症率が低下する</li> <li>せん妄持続期間の短縮や重症化を予防できる</li> <li>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</li> </ul>
<p><b>関係する職種とチームにおける役割・業務内容</b></p> <p><b>主治医</b>：発症予防に、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。</p> <p><b>精神科医</b>：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。</p> <p><b>看護師</b>：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。</p> <p><b>薬剤師</b>：処方内容や薬効の評価、病態に応じた処方の提案。</p> <p><b>作業療法士</b>：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。</p> <p><b>看護補助者</b>：看護師の指示業務の実施や患者の見守り、情報の提供。</p>
<p><b>チーム運営に関する事項</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>チームによるせん妄対策計画の立案・実施・評価</li> <li>チームカンファレンスの開催で情報共有</li> </ul>
<p><b>具体的に取り組んでいる医療機関</b></p> <p>千葉大学医学部附属病院 長浜赤十字病院</p>

## 子どもの入院支援チームの取組例

<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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>安定した環境で療養生活を送ることができる</li> <li>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</li> <li>年齢や理解度に応じた説明を受け、治療に参加できる</li> <li>両親やきょうだいなども支援を受けられる</li> <li>退院後の療養生活が継続できる</li> </ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・業務内容</b>	<p><b>医師</b>：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。</p> <p><b>看護師</b>：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。</p> <p><b>リハビリテーションスタッフ</b>：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。</p> <p><b>管理栄養士</b>：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。</p> <p><b>医療保育士</b>：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。</p> <p><b>院内学級教諭</b>：学び、楽しむ時間と場を提供しQOLの向上を図る。</p> <p><b>臨床心理士</b>：子どもの発達を評価し、効果的な支援方法を提案する。</p> <p><b>社会福祉士</b>：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。</p> <p><b>音楽療法士</b>：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。</p> <p><b>チャイルドライフスペシャリスト</b>：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。</p> <p><b>ピアサポーター</b>：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。</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>
<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

## 外来化学療法におけるチーム医療の取組例

<b>チームの名称</b>	外来がん化学療法チーム
<b>チームを形成する目的</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。
<b>チームによって得られる効果</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>副作用の軽減により、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</li> </ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・業務内容</b>	<p><b>医師</b>：病状・病期・病理所見などの説明、抗がん剤の選択、治療効果の判定、有害事象の確認と対策</p> <p><b>薬剤師</b>：患者への治療説明（新規導入患者への治療説明、副作用把握のための指導、継続治療中患者への治療説明、患者からの電話による問い合わせへの対応）、抗がん剤レジメンの管理・レジメンに基づく処方鑑査（適用する化学療法レジメンの妥当性の評価と至適用量の設計、禁忌症・相互作用の確認）、副作用と有効性のモニタリング（患者との面談、臨床検査結果の評価、患者の状態把握）、電子カルテへの患者指導内容の記録、副作用等による減量の必要性の確認および副作用対策のための処方提案、抗がん剤の無菌的混合調製、患者との面談において副作用の発現等で問題があった場合の医師・看護師へ情報提供、医薬品情報や治療や支持療法のガイドラインについての情報提供</p> <p><b>看護師</b>：投与中のモニタリングとして、バイタルサイン（体温・呼吸・脈拍・血圧）の確認、点滴ルート・穿刺部の確認（血液の逆流の有無・自然滴下の状態）、状況に応じた温安法等を実施。</p> <p>副作用に対する症状マネジメントとして、臨床検査結果の評価、患者面談において問診等により聴取、医師等から情報収集、患者からの電話による問合せ対応等により患者情報を収集し、副作用の早期発見と早期の対策等を実施。副作用対策についてはチーム内で協議し、対策手順を作成しチームメンバーで共有。</p> <p>心身及び家族サポートとして、患者が治療に向けて心の準備をするのを援助する他、副作用に対処するために必要な態勢が得られるよう援助、心理的苦痛に対する共感的な態度での傾聴、化学療法により生じた社会的問題の把握・アドバイ</p>

<p>ス等を実施。</p> <p><b>歯科医師:</b> 口腔衛生処置などの口腔合併症のケア</p> <p><b>管理栄養士:</b> 化学療法患者は、嘔気・嘔吐、食欲不振、口内炎、下痢等の副作用のある患者に対して、患者個々の状態や食生活に応じた食事指導・支援を行うことにより、摂取栄養量の確保、栄養状態・体重の維持・改善、ひいては、QOLの維持・向上、さらには、治療の完遂（治療中断の回避）につながる。</p> <p><b>ソーシャルワーカー:</b> 医療費のしくみ、活用できる制度の紹介・相談窓口</p>
<p><b>チーム運営に関する事項</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>週に1度のカンファレンス</li> <li>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その都度、協議を行い、治療法を決定</li> <li>歯科医師、管理栄養士、ソーシャルワーカー等への介入依頼体制の確立</li> </ul>
<p><b>具体的に取り組んでいる医療機関</b></p> <p>岐阜大学医学部附属病院</p>

## 暴力被害者支援チーム

<p><b>チーム（取組）の名称</b></p> <p>暴力被害者支援チーム</p>
<p><b>チームを形成（病棟配置）する目的</b></p> <p>暴力被害者支援にあたり、被害者の意思を尊重して意思決定できるように、多様な支援リソースを提示でき、選択できるように専門家チームを用意し、活用できるようにする。</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>暴力被害者の意思を尊重した支援が、必要な時に迅速に得られる。</li> <li>医療機関のみならず地域で継続してフォローすることが可能である。</li> <li>長期的な身体的・精神的健康を改善でき、安全な生活が可能になる。</li> </ul>
<p><b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b></p> <p><b>医師:</b> 被害の医学的診断、検査、犯罪立証の証拠採取、ERとの連携</p> <p><b>助産師:</b> 女性を尊重したケアの実施、証拠採取、性感染症・妊娠予防、証明書、DVスクリーニングの実施、リスクグループの発見</p> <p><b>看護師:</b> 被害の早期発見、治療時の支援、専門家への連絡（例えば、NPO法人「女性の安全と健康のための支援教育センター」にて性暴力被害にあった人の医療ケアを行う性暴力被害者支援看護職の養成を行っている）</p> <p><b>臨床心理士:</b> カウンセリング、長期的なフォローアップ、PTSDへの支援</p> <p><b>社会福祉士:</b> 経済的支援、退院調整、福祉との連携</p> <p><b>警察:</b> 医療機関への連携、必要な証拠採取、被害届け</p> <p><b>女性センター:</b> 地域での女性の生き方相談でのカウンセリング</p> <p><b>児童相談所:</b> 子どもを暴力から保護する</p> <p><b>シェルター:</b> 女性とこどもの一時避難</p> <p><b>東京フェミニストセラピーセンター:</b> 長期的な支援、グループカウンセリング</p> <p><b>支援教育センター:</b> 専門職への継続教育、コンサルテーション、ネットワーク (参考: NPO法人 女性の安全と健康のための支援教育センター)</p> <p><b>弁護士:</b> 加害者を遠ざける支援、裁判支援</p>
<p><b>チームの運営に関する事項</b></p> <p>被害者の発見は、どこからでも始まる。暴力被害者支援マニュアルの活用。医療現場での二次加害の予防。</p> <p>被害者の意思を尊重して、次の支援を求めるかどうか決める。</p> <p>正確な記録の保管、情報開示の制限、被害者を加害者から守るという視点。院内の情報共有、被害者を守るシステム、個人情報の徹底した保護（全職員）</p> <p>定期的な地域での連携・運営会議</p>
<p><b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b></p> <p>まつしま病院</p>

生殖補助医療支援チーム

<b>チーム（取組）の名称</b>	生殖補助医療支援チーム
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>	身体的、精神的、経済的負担が大きい生殖補助医療を受ける、患者や家族の意思を尊重しつつ、治療の選択や継続の意思決定を支援する。
<b>チームによって得られる効果</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者自身が納得する治療を選択できる。</li> <li>不妊治療薬を使う患者が食事や服薬などを自己管理しながら、仕事や性生活など含めた日常生活を支障なくすごせる。</li> <li>長期間の精神的苦痛へ各専門職が対応できる。</li> <li>費用負担に関する不安への対応ができ、治療に安心して臨める。</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>医師：診断、治療法の提示、治療、遺伝相談                  助産師：家族計画と受胎調節の指導、不妊治療後の妊産婦の個別的なケア                  看護師（不妊症看護認定看護師、母性看護専門看護師）：検査や治療の情報を提供、精神的支援                  胚培養士：精子・卵子管理、顕微授精、受精卵培養                  臨床心理士：不妊治療継続のためのカウンセリング等精神的支援                  遺伝カウンセラー：遺伝相談、出生前診断、その後の対応等                  医療事務：補助金や費用負担等に関する説明</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>毎日のショートカンファレンス、定期的な事例検討会を開催し、情報を共有する。</li> <li>コミュニケーションを円滑にし、長期的な視点で支援する体制を整える。</li> <li>必要時、医療機関から自治体の不妊関連事業（不妊治療相談センター事業：不妊に関する医学的・専門的な相談、不妊による心の悩み相談）を紹介する。</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>	蔵本ウイメンズクリニック、木場公園クリニック

他機関との連携による虐待予防・支援チーム

<b>チーム（取組）の名称</b>	他機関との連携による虐待予防・支援チーム
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>	ケアを受ける子どもや高齢者が、養育者や介護者からうける虐待は心と身体に深い傷を残すとともに、生命の危機的状況をきたすこともある。このような、虐待を早期発見し、迅速に介入することにより、虐待を受ける側を保護するとともに、虐待を行う側にも再発予防となるケアを提供する。
<b>チームによって得られる効果</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>虐待を早期発見し、早期に初期介入、保護・支援につながる。</li> <li>地域連携により早期発見、支援が可能。</li> <li>虐待の再発予防、自立支援につながる。</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>医師：医学的診断、検査、治療。虐待の疑いと決定した場合、保護者・家族に告知し、児童相談所・警察に通報                  看護師：全身状態の管理、精神的サポート                  臨床心理士：虐待を受ける側と虐待を行う側へのカウンセリング                  社会福祉士：虐待再発予防のための福祉サービスの調整                  歯科医師：口腔内の衛生状況の評価、う歯（虫歯）の状態と診断                  医療機関の保健師：初期対応後の入通院時状況把握をするなど長期的なフォローアップ、地域保健師との連携と家庭訪問による生活状況の把握                  必要時、地域ネットワーク会議等への出席                  児童相談所 医師：子どもとその家庭に対する医学的判定                  児童相談所 児童心理士・ソーシャルワーカー：初期調査、安全確認、立ち入り調査などの後に、援助方針を検討する会議を開催し、在宅指導、または一時保護、施設入所措置や家庭裁判所への申し立てなど法的権限による対応を行う。子どもとその家庭に対する教育学的・心理学的判定。                  地方自治体および関係機関：市町村のケースワーカー、保育士・幼稚園教諭、学校教諭。</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>	<p>救急・周産期のみならず全科の医師および看護師、MSW等が小児虐待・高齢者虐待の所見が疑われる場合、速やかに本人・保護者、家族に面接し、必要な情報を収集する。虐待の疑いと決定した場合、保護者、家族等に告知し、児童相談所に通報する。</p> <p>また、院内虐待対策委員会等がある場合には会議を開催し、院内の判断・方針を共有する。その後、必要に応じて関係者（市町村のケースワーカー・保健師、保育士・幼稚園教諭、学校教諭等）を交えて、再発防止に向けた地域ネットワーク会議等で、養育・介護・福祉サービスを調整、虐待再発予防に向け、地域を主体としたサポート体制を確立する。</p>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>	独立法人神奈川県立こども医療センター 兵庫県立こども病院 財団法人筑波メディカルセンター 筑波メディカルセンター病院



## 臨床倫理コンサルテーションチーム

<b>チーム（取組）の名称</b> 臨床倫理コンサルテーションチーム
<b>チームを形成する目的</b> 生死に係る治療方針の選択においては、倫理的な問題をもつ事例が多い。臨床倫理コンサルテーションチームは、倫理的問題を持つ治療の選択に苦慮する医療者の相談をうけ、患者の意思や身体的状態に応じた治療方針の決定を支援する。
<b>チームによって得られる効果</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 直面する倫理的問題に対応できる体制が確保されることで、医療者が倫理的問題を持つ治療方針の決定に対応できる。</li> <li>・ 医療者が医療現場の倫理的問題を調整するプロセスの中で、多角的な情報を収集することができ、その結果をもとに治療方針の決定ができる。</li> <li>・ 倫理的問題を含む治療方針について医療者が少人数で抱え込むことなく、倫理的ジレンマと向き合いながら、幅広い視点で決定できる。例えば、終末期の本人の意思確認を踏まえた看とりや、延命治療・遺伝子治療の可否など、患者の利益・不利益を考慮した倫理的な視点から治療方針を決定することができる。</li> </ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b> <b>主治医（相談者）</b> ：患者の利益が不確かな場合や意思確認が困難な場合の治療方法の選択・決定において、倫理コンサルテーションチームを活用し、多角的な視点での情報収集をおこなうとともにチームの分析結果も参考にする。 <b>医師（倫理コンサルテーションチーム）</b> ：患者の医学的情報より、治療適用の適切性や予後を判断する。 <b>看護師（倫理コンサルテーションチーム 専門看護師）</b> ：患者・家族や関係する医療者より、患者の生命予後や意思・価値観、QOL についての情報を収集し、倫理的ジレンマの内容を整理する。 <b>社会福祉士（倫理コンサルテーションチーム）</b> ：治療の選択結果がもたらす患者・家族の生活への影響や、福祉サービスの利用の可能性について情報を整理する。 <b>事務員</b> ：倫理コンサルテーションの依頼の受け付け窓口となり、チームメンバーと相談者のスケジュールを調整する。
<b>チームの運営に関する事項</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ チームメンバーは、依頼を受けた後、速やかに多角的な情報収集を行い、倫理カンファレンスを開催する。そこで倫理的問題を持つ治療方針について相談者の話を聴きながら検討するとともに、その結果を相談者にフィードバックする。</li> <li>・ チームメンバーは、相談者がコンサルテーションを通じて、自らの判断で倫理的問題を持つ治療方針の決定ができるように関わり、その決定を尊重する。</li> <li>・ 倫理コンサルテーションチームは倫理委員会の下部組織であり、チームメンバーは倫理委員会に所属するとともに、臨床倫理に関する研修を受講している。</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b> 財団法人 筑波メディカルセンター筑波メディカルセンター病院 長浜赤十字病院

## 認知症医療におけるチーム医療

<b>チーム（取組）の名称</b> 認知症支援チーム
<b>チームを形成する目的</b> 認知症疾患の早期発見・早期治療、介護サービス等社会資源の利用、本人・家族支援を行うことにより、質の高い地域生活の継続を目指す
<b>チームによって得られる効果</b> 医療が患者の「生活」につながっている
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b> <b>医師（精神科）</b> ：診断と治療および治療目標の設定 <b>看護師</b> ：入院中の症状観察、退院に向けた病棟生活の支援、退院時の情報提供・助言 <b>作業療法士</b> ：入院中の日常生活機能回復訓練、グループ活動の運営 <b>臨床心理士</b> ：診断補助、入院中の回想法、グループ活動の運営 <b>診療放射線技師</b> ：診断補助 <b>精神保健福祉士</b> ：早期発見・早期治療に向けた専門医療相談、介護サービスの導入に向けた支援、介護関係者との連携、本人・家族への支援、グループ活動の運営 ※ 精神科医療においては、急性期、回復期、慢性期いずれのステージにおいても、ソーシャルワーカー（精神保健福祉士）は様々な情報を把握し、生活上の課題を整理して他スタッフに提供し、診断・治療・ケアなどをより有効にする役割を担う。
<b>チームの運営に関する事項</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院時に本人・家族より患者の生活歴等を聴取し、趣味・嗜好等を看護・介護に取り入れ、精神症状の安定を図る</li> <li>・ 認知症専門医による指導・バックアップ体制、院内外における研修の企画・参加、認知症看護認定看護師の配置・教育、ソーシャルワーカー（精神保健福祉士）の病棟配置</li> <li>・ 専門医療相談票、入院時面接票、ソーシャルワーカー報告書、カンファレンス報告書、日常生活回復訓練個人記録、回想法等すべてカルテ添付、定期的にケースカンファレンス開催</li> <li>・ 病前の生活情報を元に質の高い地域生活を目指しチームで治療計画を立案</li> <li>・ 情報の共有化：かかりつけ医と専門医療機関との専用の診療情報提供書書式の作成・活用。地域包括支援センターと認知症疾患医療センターの情報提供連絡票の活用。ケースカンファレンスに介護関係者等が参加。</li> <li>・ 家族のサポートやケア：入院時に家族の思いや希望を聴取し、家族の介護負担・経済的負担等を軽減できるよう社会資源を活用。家族教室の開催。若年性認知症家族交流会の開催。</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b> 浅香山病院

自殺未遂者ケアにおける精神科チーム医療

<b>チーム（取組）の名称</b>	高度救命救急センターにおける自殺未遂者ケアチーム
<b>チームを形成する目的</b>	搬送される全ての自殺未遂者に対して、自殺未遂者ケアチームによる精神医学的治療、ソーシャルワークを導入することで、自殺の再企図を防止する。
<b>チームによって得られる効果</b>	自殺未遂は最大の自殺予測危険因子の一つであり、自殺未遂者への心理的危機介入と正確な精神医学的評価および心理社会的評価に基づく支援を提供することで、在院期間の短縮、退院後の自殺再企図率の低下が期待できる。
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>	<p><b>救命救急医</b>：身体的治療を行う。</p> <p><b>精神科医（高度救命救急センターに常勤：チーム・リーダー）</b>：心理的危機介入、精神医学的評価に基づく心理教育、精神療法、薬物療法等の精神科治療提供、情報収集、家族ケアを行う。</p> <p><b>看護師</b>：心理的危機介入、身体的・心理的ケア、家族ケアを行う。</p> <p><b>精神保健福祉士</b>：早期に介入し、心理社会的アセスメントを行い、情報提供、地域社会資源利用のためのコーディネートを行う。</p> <p><b>臨床心理技術者</b>：心理的危機介入、心理教育、心理検査を行う。</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>	<p>自殺未遂者ケアチームにより、以下の複合的ケースマネジメントを実施。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 身体的治療（救命救急治療等）</li> <li>・ 心理的危機介入</li> <li>・ 情報収集に基づく経過・病歴・病態の把握</li> <li>・ 自殺予防のための心理教育</li> <li>・ 家族への心理教育</li> <li>・ 自殺予防に資する情報提供</li> <li>・ 精神医学的治療</li> <li>・ 社会資源の利用のためのコーディネート</li> <li>・ 地域における精神科受療の促進や、身体科受療との調整</li> <li>・ 受療中断者への受療促進</li> <li>・ 継続的なフォローアップ</li> </ul> <p>※多職種によるカンファレンスの実施</p>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>	<p>横浜市立大学附属市民総合医療センター</p> <p>ほかに岩手医科大学附属病院、関西医科大学附属滝井病院など</p>

総合病院における精神科コンサルテーション・リエゾンチーム

<b>チーム（取組）の名称</b>	コンサルテーション・リエゾンチーム（総合病院精神科）
<b>チームを形成する目的</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 多職種の利点を生かし、多面的で全人的なサポートを目指す</li> <li>・ 特に現場で困っていると思われる身体科病棟看護師への援助を強化する</li> <li>・ 最終的に、入院中の患者さんやその家族の中で、精神科的治療やケア、心理的支援を必要とする方に適切な援助を提供する事を目指す</li> </ul>
<b>チームによって得られる効果</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ コンサルテーション・リエゾンにおける介入の質が安定し向上する</li> <li>・ 他科スタッフの精神症状への理解が深まる</li> <li>・ 精神科スタッフのモチベーション向上につながる</li> <li>・ 外部の医療機関等との関係を密にする事で地域精神科医療システムの活性化に繋がる。</li> </ul> <p>[従来の医師単独の対診と異なる点として]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 早期介入、早期退院支援、連携が可能になる。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 精神保健福祉士が配置されることで、救急、身体合併症入院、退院支援など、外部機関との連携が円滑になること。</li> <li>・ チームとして日常的に関わることで、ニーズ(患者、救急現場等)に合わせて迅速に活動し、早期発見、早期対応が可能になること（認知症、せん妄、うつ病等）</li> </ul> </li> <li>* チームで行うことで多面的な評価が可能になり、共有できる。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 生活状況、精神、心理状態、治療内容の検討、退院後の支援方法等が行えること。</li> </ul> </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><b>医師（精神科）</b>：精神医学的診断と治療法の検討及び具体的介入</p> <p><b>看護師</b>：看護的立場からの症例検討。身体科病棟看護師への看護的立場からの支援の実施。</p> <p><b>臨床心理士</b>：心理士の立場での症例検討と具体的介入。受け持ち病棟を決め定期的に訪問を行い問題点の早期発見に勤めチームに持ち帰る。</p> <p><b>精神保健福祉士</b>：入院患者の社会的ニーズを早期に発見着目し、適切な社会資源の利用につなげる。病院外の種々の医療・福祉施設における状況や医療的ニーズに目を配り地域の精神科医療システムが適切に機能するよう心がける。</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師、看護師、臨床心理士の三者を中核メンバーとし、精神保健福祉士やその他の職種を周辺メンバーとする多職種チーム</li> <li>・ 多職種であることを生かし、薬物療法、心理・精神療法、看護・ケア、社会的支援など、多角的で全人的なサポートを目標としている。</li> <li>・ 主に他科入院中患者の担当医師からの照会に対応している。</li> <li>・ 精神科医が照会を受け、病棟に出向き診察する。</li> <li>・ 別に他科入院中の患者の担当医師から直接臨床心理士に照会する経路もある</li> <li>・ チームに照会された患者のリストが随時更新され、精神科医・看護師・臨床心理士・</li> </ul>

<p>精神保健福祉士の間で共有される。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ チームの院内メールアドレスを公表し、メールでの相談に対応。(医師だけでなく看護師やその他コメディカルからの相談経路として活用)</li> <li>・ 毎週火曜日にカンファレンスを開催。医師・看護師・臨床心理士・精神保健福祉士がチームに照会されたケースについて検討する。その他に週一回木曜に医師間でのリエゾンカンファレンスもあり介入の妥当性を検討する。</li> </ul>
<p><b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b></p> <p>亀田総合病院心療内科・精神科</p>

緩和ケアチームの取組

<p><b>チーム(取組)の名称</b></p> <p>緩和ケアチーム</p>
<p><b>チームを形成(病棟配置)する目的</b></p> <p>がんなどの生命を脅かす疾患を抱えた患者またはその家族に対して、疾病によるトータルペインの軽減を行う。緩和ケアチームの活動は、主治医の治療と併行して行われ、様々な苦痛が取り除かれることで治療をうける患者が自分らしい生き方を選択するための一助となるようにする。各職種の専門分野を結集し、その患者に対してより良い効果が得られるように、主治医や病棟の看護師をはじめとする病棟チームをサポートする。</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>・ 患者の様々な苦痛(痛み、倦怠感、息苦しさ、落ち込み、不安、不眠、在宅医療の問題、医療費の問題など)を取り除くことにより、心身の安定がはかられ、治療やケアに安心して臨めるようになる。</li> <li>・ 不穏になったり不安になったりする患者に対し、専門チームのサポートが入ることで、患者の対応に疲弊しがちな主治医や看護師の業務・負担軽減となる。</li> <li>・ 専門的な医療チームが関わることにより、患者ケアがきめ細かくなり、患者と家族の満足度向上に繋がる。</li> </ul>
<p><b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 主治医、当該病棟スタッフを中心にし、コンサルテーションを行う立場として存在する。</li> <li>・ 病棟ラウンド(週1回、約1時間)時のカンファレンスは、当該病棟スタッフと共に、緩和ケアチームが患者の治療方針について話し合う場となっている。その他に、デスクカンファレンス(適宜実施、実施時間は約1時間)を行い、亡くなられた患者へのケアの振り返りを当該病棟にて行う。</li> <li>・ 院内緩和ケアマニュアルの作成、職員向け研修会の企画など、緩和ケアに対する院内の啓発活動を行っている。月に1回約1時間、緩和ケアチーム会議を実施し、懸案事項の整理や、報告、連絡などを行う。</li> <li>・ その他、チームラウンド時でなくとも、随時、チームスタッフがそれぞれの専門性から相談に応じている。</li> </ul> <p><b>医師</b>：外科医、内科医、麻酔科医、精神科医がチームに所属し、それぞれの専門の立場から当該患者の緩和ケアについてアドバイスを行い、カルテに記載する。時には自ら併診担当医となり、患者の治療、緩和ケアに取り組む。必要に応じて、緩和ケアカンファレンスで他の職種への関与を提案することもある。</p> <p><b>看護師</b>：看護師は、当該病棟から得られた情報をまとめ、カンファレンスの中心となり、病棟チームと緩和ケアチームのつなぎ手となり、看護師の関わりについてのアドバイスをを行う。</p> <p><b>薬剤師</b>：患者の病状に合わせ、服薬しやすさ、飲み心地なども視野に入れた薬剤調整を行う。オピオイドローテーションについての提案、投薬内容・容量・服薬のタイミング、副作用などに対してもアドバイスをを行う。(個別の服薬指導は週5日、1回10~20分程度行っている)</p> <p><b>管理栄養士</b>：食事を美味しく楽しくバランス良く召し上がっていただくための、工夫、アド</p>

<p>バイスを行う。(個別の栄養指導は週に1~2回、1回15分~30分程度行っている。)</p> <p><b>臨床心理士</b>：患者の心理面からのアセスメントに基づいて病棟スタッフに臨床心理学の視点から助言を行う。場合によっては担当医からの依頼により、患者や家族に直接お会いし、心理アセスメントや心理臨床面接を含めて、心理的支援の一端を担う。(個別の心理的支援開始となった場合は週に5日、1回10分~30分程度の面接を行っている。病状によって面接回数や時間を調整している)</p> <p><b>社会福祉士</b>：他機関との連携や、社会的・経済的な問題がある場合、在宅ケア、介護サービスなど必要に応じて資源の紹介やサポートを行い、退院調整を行う。(定期的な状態把握の上ソーシャルワークを行うため、週に2~3回、1回10分~20分程度面接を行っている)</p> <p><b>事務員</b>：がんや緩和ケアに関する診療報酬点数の保険請求を適性に行うためのマネージメントを行う。</p>
<p><b>チームの運営に関する事項</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>週に1回、全病棟をラウンドし、症例ごとに当該病棟スタッフを交えてカンファレンスを行い、経過報告、問題点を明らかにし、今後の治療方針について話し合う。ディスカッション内容はカルテに記載する。</li> <li>情報伝達に関し、院内メールを活用している。</li> <li>月に1回、カンファレンスとは別に連絡調整会議を実施している。</li> <li>病棟スタッフ間では、随時情報交換を行い、早期の問題解決を図る。</li> </ul>
<p><b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b></p> <p>埼玉社会保険病院</p>

## 周産期におけるチーム医療の取組例

<p><b>チーム(取組)の名称</b></p> <p>助産所または診療所と高次医療機関</p>
<p><b>チーム(連携強化)を形成する目的</b></p> <p>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。</p>
<p><b>チームによって得られる効果</b></p> <p>妊産婦</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>妊婦のニーズに合った対応が可能</li> <li>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</li> <li>異常に移行した場合、迅速に対応可能</li> </ul> <p>医師(高次医療施設)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ハイリスク患者の治療に専念できる</li> </ul> <p>助産師</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>
<p><b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b></p> <p><b>助産所の助産師</b>：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</p> <p><b>嘱託医・嘱託医療機関</b>：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</p> <p><b>診療所の助産師</b>：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</p> <p><b>高次医療機関</b>：異常発生時の転院・搬送の受入</p> <p>(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)</p>
<p><b>チームの運営に関する事項</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>
<p><b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b></p> <p>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</p>

周産期における虐待予防チーム

入退院時等の患者・家族支援のための社会福祉士病棟配置の取組

<b>チーム（取組）の名称</b>
周産期医療における児童虐待予防
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>
周産期における医療チームに社会福祉士が協働することで、妊娠の継続・安全なお産、妊婦や胎児の状況に合わせた対応機関の選定、育児環境の整備、児童虐待の予防、関係機関の連携・協働体制の強化に貢献できる。
<b>チームによって得られる効果</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 妊娠継続についての意思決定、健康的な妊娠継続の維持、</li> <li>・ 妊娠、出産にまつわる経済的問題、家族関係の問題の解決</li> <li>・ 家族の協力の促進、経済的基盤、生活環境等、出産・育児をしていく環境の整備、</li> <li>・ 準備のない出産・育児に対する患者・家族の精神的不安を軽減し、取組を促す、</li> <li>・ 地域の中核病院・高度周産期医療センター、産婦人科医院、助産所、保健センター、保健所、子ども家庭支援センター、児童相談所などの保健・医療・福祉の地域における関係機関の協働体制の形成、連携基盤の整備・社会的成熟を促進する。</li> <li>・ 母親や家族の精神的不安の軽減、社会的サポートの促進により虐待を予防できる。</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><b>医師</b>：診断・治療 患者・家族に対して治療方針に関するインフォームドコンセント 高次周産期医療センターへの搬送</p> <p><b>看護師・助産師</b>：看護・ケア及び母親・家族への教育指導 多職種とのコーディネーション</p> <p><b>社会福祉士</b>：特別に支援が必要な事例が月に平均2事例、48時間の援助 心理社会的・経済的アセスメントとその情報提供 妊娠、出産にまつわる経済的問題、家族関係の問題の解決 家族の協力の促進等、出産・育児をしていく環境の整備 準備のない出産・育児に対する患者・家族の精神的不安軽減、取組促進 地域関係機関との情報共有・協働の促進、カンファレンスの開催 関係機関の連携会議の企画・運営 医療機関内の連携体制・会議の企画・運営(CAPSなど)</p>
<b>チームの運営に関する事項</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 担当医、担当看護師、担当社会福祉士間のコミュニケーション</li> <li>・ 医師、看護師・助産師、臨床心理士、社会福祉士による運営会議の開催</li> <li>・ 地域の保健・医療・福祉機関との連携会議の企画・運営</li> <li>・ 電子カルテ、記録シートを活用し、情報共有と記録を保存</li> <li>・ 連携マニュアルの策定と活用</li> </ul>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>
東海大学八王子病院 北里大学病院

<b>チーム（取組）の名称</b>
社会福祉士配属による患者・家族参加型の急性期病棟チーム (特に、脳外科・心臓血管外科・整形外科に効果的)
<b>チームを形成（病棟配置）する目的</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院・治療・退院の流れの中で、派生する患者とその家族の経済的・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ができる。</li> <li>・ 退院調整において、早期の介入を図るとともに他の専門職とのスムーズな連携・協働のもと患者・家族が納得いく退院に至ることができる</li> </ul>
<b>チームによって得られる効果</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療費や家庭の問題が早期に解決することにより、患者が安心して治療に専念できる</li> <li>・ 在院日数が短縮でき、救急入院患者をスムーズに受け入れることができる。</li> <li>・ 高齢世帯や独居高齢者、認知症を伴っている患者、がんターミナル期の患者など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ることができる。</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><b>医師</b>：診断、治療 患者・家族に対して治療方針に関するインフォームドコンセントの実施、 病棟カンファレンス・科別カンファレンスのチームリーダー 退院に伴う社会的問題を把握した時点で社会福祉士に介入・調整を依頼</p> <p><b>看護師</b>：看護・ケア等 入院時スクリーニングシートによる入院時点で社会福祉士へ介入・調整を依頼 多職種間のコーディネーション。 入院中に把握した家族状況</p> <p><b>リハビリテーションスタッフ</b>：全病棟に複数名が配置され、早期のベッドサイドリハを行う。 生活環境や心理的問題などを患者・家族から把握した時点で社会福祉士に情報を提供</p> <p><b>管理栄養士</b>：全病棟に配置され、治療や食欲に対する栄養面での取組を行っている</p> <p><b>社会福祉士</b>：全病棟に担当者を配置し、一日10～15人の患者の連絡調整を行う。 医療費に関して、無保険者や公費制度などを入院早期に把握し対応していることで未収を防ぎ、患者・家族が安心して治療できている。全病棟のカンファレンスに参加し、情報を提供するとともに他の職種からの情報を収集。 随時、病棟チーム内で相互に状況を把握し、共有する中で意見交換を行い、必要に応じその場でミニカンファレンスを開催。 家族の面会時に面接を実施することがあり、あらかじめ日程調整せずに早期にインテーク面接や情報収集をしている。 退院支援計画書を作成し本人または家族の同意サインをもらい入院早期に提供。 不定期な主治医による病状説明に同意を得て同席し、患者・家族の状況理解を</p>

<p>援助するとともに、患者・家族参加のもと退院の方向性を決定する。 退院調整に関する他院・他施設・地域の保健医療・福祉サービス機関への医学的・身体的情報を病棟チームとの連携によって随時に適切な情報を提供。</p>
<p><b>チームの運営に関する事項</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 担当看護師が入院時に全患者のスクリーニングを実施。</li> <li>・ 社会的リスク患者を社会福祉士に連絡する。</li> <li>・ 毎日、担当看護師、病棟配置の他の職種と随時担当社会福祉士間のコミュニケーションを図っている。</li> <li>・ 医師、看護師、リハビリテーションスタッフ、薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士・社会福祉士による週1回の方針決定カンファレンスの開催</li> <li>・ 週1回の病棟カンファレンスに参加。科（脳外科・心臓血管外科・整形外科）によっては回診へ社会福祉士が参加しその場で情報提供や意見交換を行う</li> <li>・ 週1回の病棟別病床会議に参加し、看護部長・病棟師長・退院調整看護師・担当社会福祉士とで退院調整について介入の依頼受理・調整状況の報告・意見交換を行っている</li> <li>・ 地域の医療機関との連携強化</li> </ul>
<p><b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b> 近森病院</p>

## 病棟・外来等のクラーク配置

<p><b>チーム（取組）の名称</b> チーム医療を支える病棟、外来、手術室や内視鏡室等の中央部門へのクラークの配置</p>
<p><b>チームを形成（病棟配置）する目的</b> 平均在院日数の短縮化、患者・家族に対する説明と同意の対象の拡大などにより、医療施設における事務的業務が煩雑になっている中、病棟や外来、中央部門にクラークを配置することで、医師や看護師等の診療チームが診療に専念できる環境を整える。 また、クラークは病棟等に入出入りする医師、看護師、その他の医療関係職種のつなぎ役となり、連携をスムーズに進めるサポート的役割を担う。</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>・ 医師や看護師等の診療チームが診療に専念できる環境が整備される。</li> <li>・ 事務作業を専門的に実施するため、質の高い業務を効率的に行うことができる。</li> <li>・ 病棟運営や外来運営が効率化される。</li> <li>・ 病棟等で患者、家族に何らかの対応が必要な時に、クラークが速やかに対応することで、患者サービスの質が向上する。</li> </ul>
<p><b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b> <b>クラーク（病棟、外来、手術室や内視鏡室等の中央部門に配置）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外来・内視鏡等に27人のクラークを8.5時間配置し、1日約1600人の外来患者への窓口対応（患者・来訪者の対応）、電話対応（入院・退院患者の問い合わせ）を行う。また、案内業務により、治療・検査を受ける場所の説明、案内等を行い、患者が必要な検査・治療を受ける手続き、移動などが円滑にできるようにし診療チームに引き継ぐ。</li> <li>・ 病棟・手術室に各1人のクラークを8.5時間配置することにより、1日約16人の入退院患者（1病棟50床あたり）や年間約6,000件以上の手術、入院治療に関する以下のような事務的手続き等を行い、職種間の連携のために必要な事務手続きを行う。 例）入院時オリエンテーションや患者ネームバンド作成 入退院・転出入に関する手続き（電子カルテ上での確認を含む） 外出・外泊に関する手続き、カルテや検査伝票、検体ラベルの発行、他科への依頼時のカルテ取り寄せ、同意書や診断書等の書類の整理、入院費用請求書の確認、患者に説明・配布、入院患者の各種証明書・文書の受領・保管</li> </ul>
<p><b>チームの運営に関する事項</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ クラークは部署責任者と業務スケジュール等の情報共有を行うとともに、業務範囲を明確にし、安全性の担保に努める。</li> <li>・ クラークは各病棟等での配置数が限られているため、病棟・外来間での定期的な情報共有や業務の標準化を図り、クラークの不在時には、各部署間で相互補填を行う等の対応策を検討する。</li> </ul>
<p><b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b> 昭和大学病院</p>

煩雑な医療事務等をサポートする医師事務作業補助者（医療クラーク）の活用

<b>チーム（取組）の名称</b>
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
<b>チームを形成する目的</b>
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
<b>チームによって得られる効果</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>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>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>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>
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>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>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>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外来準備</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>
<b>チームの運営に関する事項</b>
人材育成・教育体制
<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他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>医師と他の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>
<b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>
埼玉県済生会栗橋病院

チーム医療推進方策検討ワーキンググループ委員名簿

【委員】

市川 幾恵	昭和大学統括看護部長
遠藤 康弘	埼玉県済生会栗橋病院 院長
小川 克巳	沖縄リハビリテーション福祉学院 副学院長
小沼 利光	東京都済生会向島病院 医療技術部長
川越 厚	クリニック川越 院長
川島 由起子	聖マリアンナ医科大学病院栄養部長
栗原 正紀	長崎リハビリテーション病院 理事長
鈴木 紀之	筑波メディカルセンター病院 法人事務局次長・副院長
高本 真一	三井記念病院 院長
田口 良子	前 神奈川県三崎保健福祉事務所 保健福祉課長
玉城 嘉和	医療法人社団ピーエムエー理事長
近森 正幸	近森病院 院長
土屋 文人	国際医療福祉大学附属病院 薬剤統括部長
徳田 禎久	社会医療法人横心会 理事長
中村 春基	兵庫県立総合リハビリテーションセンター リハビリテーション中央病院 リハビリ療法部長
原口 信次	東海大学医学部付属病院 診療技術部長
堀内 成子	聖路加産科クリニック副所長
松阪 淳	国家公務員共済組合連合会 枚方公済病院 臨床工学科
三上 裕司	総合病院東香里病院 理事長
向井 美恵	昭和大学口腔ケアセンター長
森田 秋子	初台リハビリテーション病院 教育研修部長
○山口 徹	虎の門病院 院長

【オブザーバー】

岡本 征仁	札幌市消防局警防部救急課長
柏木 一恵	財団法人浅香山病院 社会復帰部長
須貝 和則	東埼玉総合病院医事課長
津川 律子	日本大学文理学部心理学科教授
取出 涼子	初台リハビリテーション病院 教育研修局 SW部門チーフ
畠山 仁美	須坂市社会福祉協議会 事務局次長

○ 座長

## 社会保障・税一体改革成案

平成23年6月30日  
政府・与党社会保障改革検討本部決定

### はじめに

社会保障と税の一体改革については、平成22年10月に政府・与党社会保障改革検討本部を設置し、以来、同年11月から12月にかけて社会保障改革に関する有識者検討会を開催、本年2月から6月にかけては社会保障改革に関する集中検討会議を開催するなど、精力的に議論を進めてきた。また、この間、与党(民主党・国民新党)においても、民主党社会保障と税の抜本改革調査会等において議論を深め、報告の取りまとめ等を行ってきた。

本成案は、「社会保障改革の推進について」(平成22年12月14日閣議決定)(別紙1)に基づき、政府・与党におけるこれらの集中的な検討の成果をもとに、社会保障と税の一体改革の具体的な方向について取りまとめたものである。政府・与党においては、本成案に基づき更に検討を進め、その具体化を図ることとする。

この改革の実現のためには、立場を超えた幅広い議論の上に立った国民の理解と協力が必要であり、本成案をもって野党各党に社会保障改革のための協議を提案し、参加を呼び掛ける。

本年3月11日に発生した東日本大震災は、我が国に未曾有の被害をもたらした。この国難を克服していくためには、単なる災害復旧にとどまらず、活力ある日本の再生を視野に入れた復興のための施策を推進していく必要がある。このため、被災地・被災者に十分に配慮し、社会保障・税一体改革については、復興対策との両立を図りつつ取り組むものとする。この中で、未来志向の見地から、被災地を少子高齢化が進む日本の先進的モデルとしていく。



## I 社会保障改革の全体像

### 1 社会保障改革の基本的考え方 ～「中規模・高機能な社会保障」の実現を目指して

現行の社会保障制度の基本的枠組みが作られた1960年代以降今日まで、①非正規雇用の増加等の雇用基盤の変化、②地域・家族のセーフティネット機能の減退、③人口、とりわけ現役世代の顕著な減少、④高齢化に伴う社会保障に関わる費用の急速な増大、⑤経済の低迷、デフレの長期化等厳しい経済・財政状況、⑥企業のセーフティネット機能の減退、といった社会経済諸情勢の大きな変化が生じている。

これらを踏まえ、国民の自立を支え、安心して生活ができる社会基盤を整備するという社会保障の原点に立ち返り、その本源的機能の復元と強化を図っていくことが求められている。

社会保障改革を行うに当たっては、社会保障国民会議、安心社会実現会議以来の様々な議論の積み重ねを尊重し、昨年12月の社会保障改革に関する有識者検討会報告で示された「3つの理念」(①参加保障、②普遍主義、③安心に基づく活力)や「5つの原則」(①全世代対応、②未来への投資、③分権的・多元的供給体制、④包括的支援、⑤負担の先送りをしない安定財源)を踏まえたものとしていくことが重要である。

まず、セーフティネットに生じたほころびや格差の拡大などに対応し、所得の再分配機能の強化や家族関係の支出の拡大を通じて、全世代を通じた安心の確保を図り、かつ、国民一人ひとりの安心感を高めていく。このため、セーフティネットから抜け落ちていた人を含め、すべての人が社会保障の受益者であることを実感できるようにしていく。制度が出産・子育てを含めた生き方や働き方に中立的で選択できる社会、雇用などを通じて参加が保障される社会、子どもが家族や社会と関わり良質な環境の中でしっかりと育つ社会を目指す。

社会保障は国民が支え合いの仕組みに積極的に参加することで強固なものになっていくが、そのためには、サービスの不足、就職難、ワーキングプア、社会的疎外、虐待などの国民が直面する現実の課題に立ち向かい、情報開示や必要な効率化などの質の向上を図りつつ、より公平・公正で自助・共助・公助の最適なバランスによって支えられる社会保障制度に改革をしていく。支援を必要とする人の立場に立った、包括的な支援体制を構築し、また、地域で尊厳を持って生きられる

よう支える医療・介護が実現した社会を目指す。

そして、より受益感覚が得られ、納得感のある社会保障の実現を目指し、国民皆保険・皆年金を堅持した上で、給付と負担のバランスを前提として、それぞれ OECD 先進諸国の水準を踏まえた制度設計を行い、中規模・高機能な社会保障体制を目指す。

以上のような改革の基本的考え方にたち、必要な社会保障の機能強化を確実に実施し、同時に社会保障全体の持続可能性の確保を図るため、以下の諸点に留意しつつ、制度全般にわたる改革を行う。

- ① 自助・共助・公助の最適バランスに留意し、個人の尊厳の保持、自立・自助を国民相互の共助・連帯の仕組みを通じて支援していくことを基本に、格差・貧困の拡大や社会的排除を回避し、国民一人一人がその能力を最大限発揮し、積極的に社会に参加して「居場所と出番」を持ち、社会経済を支えていくことのできる制度を構築する。
- ② 必要な機能の充実と徹底した給付の重点化・制度運営の効率化を同時に行い、真に必要な給付を確実に確保しつつ負担の最適化を図り、国民の信頼に応え得る高機能で中長期的に持続可能な制度を実現する。
- ③ 給付・負担両面で、世代間のみならず世代内での公平を重視した改革を行う。
- ④ 社会保障・財政・経済の相互関係に留意し、社会保障改革と財政健全化の同時達成、社会保障改革と経済成長との好循環を実現する。
- ⑤ 国民の視点で、地方単独事業を含む社会保障給付の全体像を整理するとともに、地域や個人の多様なニーズに的確に対応できるよう、地方の現場における経験や創意を取り入れ、各種サービスのワンストップ化をはじめ制度の簡素化や質の向上を推進する。

## 2 改革の優先順位と個別分野における具体的改革の方向

### (1) 改革の優先順位

厚生労働省案に示す「社会保障制度改革の基本的方向性」(1. 全世代対応型・未来への投資、 2. 参加保障・包括的支援(全ての人に参加できる社会)、 3. 普遍主義、分権的・多元的なサービス供給体制、 4. 安心に基づく活力)を

踏まえ、

- ① 子ども・子育て支援、若者雇用対策
- ② 医療・介護等のサービス改革
- ③ 年金改革
- ④ 制度横断的課題としての「貧困・格差対策(重層的セーフティネット)」「低所得者対策」

についてまず優先的に取り組む。

## (2) 個別分野における具体的改革

個別分野における具体的改革項目については、

- ① 5月23日及び30日に総理から示された「安心」3本柱、「支え合い」3本柱、「成長」3本柱について、着実な実行を図る。
- ② 負担と給付の関係が明確な社会保険(=共助・連帯)の枠組みの強化による機能強化を基本とする。
- ③ ①及び②を前提に、社会の分断・二極化、貧困・格差の再生産の防止の観点から、社会保険制度において適用拡大や低所得者対策を実施するなどにより、セーフティネット機能の強化を図る。
- ④ 世代間のみならず、世代内(特に高齢世代内)での公平の確保、所得再分配機能の強化を図る観点から、給付・負担両面での見直しを行う。
- ⑤ 医療・介護・保育等のサービス分野における多様な主体の参加、「新しい公共」の創出など、成長に貢献し、地域に根ざすサービス提供体制の実現を図る。

といった点を基本に、必要な機能の充実と徹底した給付の重点化・制度運営の効率化を同時に実施する。

個別分野ごとの充実項目、重点化・効率化項目の内容及び改革の工程は、別紙2「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」の欄 A~C に示すとおりであり、各改革項目の記述に当たっては、可能な限り具体的な数値目標を示すとともに、成長戦略に関係の深い項目についてはその旨付記した。

### <個別分野における主な改革項目(充実／重点化・効率化)>

#### I 子ども・子育て

○ 子ども・子育て新システムの制度実施等に伴い、地域の実情に応じた保育等の量的拡充や幼保一体化などの機能強化を図る。

- ・ 待機児童の解消、質の高い学校教育・保育の実現、放課後児童クラブの拡充、社会的養護の充実
- ・ 保育等への多様な事業主体の参入促進、既存施設の有効活用、実施体制の一元化

## II 医療・介護等

○ 地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図る。そのため、診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備を行う。

- ・ 病院・病床機能の分化・強化と連携、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化、在宅医療の充実等、地域包括ケアシステムの構築・ケアマネジメントの機能強化・居住系サービスの充実、施設のユニット化、重点化に伴うマンパワーの増強
- ・ 平均在院日数の減少、外来受診の適正化、ICT活用による重複受診・重複検査・過剰薬剤投与等の削減、介護予防・重度化予防

○ 保険者機能の強化を通じて、医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化などを図る。

a) 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化

- ・ 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大、市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化

b) 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化

- ・ 1号保険料の低所得者保険料軽減強化
- ・ 介護納付金の総報酬割導入、重度化予防に効果のある給付への重点化

c) 高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)と給付の重点化

- ・ 高額療養費の見直しによる負担軽減と、その規模に応じた受診時定額負担等の併せた検討(病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討)。ただし、受診時定額負担については低所得者に配慮。

d) その他

- ・ 総合合算制度、低所得者対策・逆進性対策等の検討

- ・ 後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し、国保組合の国庫補助の見直し
- ・ 高齢者医療制度の見直し(高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど)

### Ⅲ 年金

- 国民的な合意に向けた議論や環境整備を進め、「新しい年金制度の創設」実現に取り組む。
  - ・ 所得比例年金(社会保険方式)、最低保障年金(税財源)
- 年金改革の目指すべき方向性に沿って、現行制度の改善を図る。
  - ・ 最低保障機能の強化＋高所得者の年金給付の見直し
  - ・ 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大、第3号被保険者制度の見直し、在職老齢年金の見直し、産休期間中の保険料負担免除、被用者年金の一元化
  - ・ マクロ経済スライド、支給開始年齢の引上げ、標準報酬上限の引上げなどの検討
- 業務運営の効率化を図る(業務運営及びシステムの改善)。

### Ⅳ 就労促進

- 全員参加型社会の実現のために、若者の安定的雇用の確保、女性の就業率の M 字カーブの解消、年齢にかかわらず働き続けることができる社会づくり、障害者の雇用促進に取り組む。その際、地域の実情に応じ、関係機関が連携し、就労促進施策を福祉、産業振興、教育施策などと総合的に実施する。
- ディーセント・ワーク(働きがいのある人間らしい仕事)の実現を図る。
- 雇用保険・求職者支援制度の財源について、関係法の規定を踏まえ検討する。

### Ⅴ I～Ⅳ以外の充実、重点化・効率化

- ・ サービス基盤の整備、医療イノベーションの推進、第2のセーフティネットの構築、生活保護の見直し(就労・自立支援の充実、医療扶助等の適正化、不正受給防止対策の徹底、関係機関の連携強化などの重点化・効率化)、総合的

な障害者施策の充実(制度の谷間のない支援、地域移行・地域生活の支援)、  
難病対策の検討、震災復興における新たな安心地域モデルの提示

- ・ また、社会保障制度の持続可能性向上のためには、次世代を担う子ども・若者の育成が肝要であり、上記の社会保障制度改革と併せて、雇用流動化に対応して、手に職をつけ就業につなげるための教育環境整備や、教育の質と機会均等を確保するための方策、特に生計困難でありながら好成績を修めた学生等への支援の強化に取り組む。

## VI 地方単独事業

- 以上の改革の方向も勘案し、地方自治体は、国費に関連する制度と相まって、地域の実情に応じて、社会保障関係の地方単独事業を実施する。

### [再掲] 貧困・格差対策 ～ 重層的なセーフティネットの構築

- 就労・生活支援が一体となったワンストップサービス
- 短時間労働者に対する社会保険の適用拡大
- 社会保険制度における低所得者対策の強化
  - ・ 市町村国保・介護保険における低所得者への配慮、高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)、総合合算制度、年金制度における最低保障機能の強化
- 第2のセーフティネットの構築
  - ・ 求職者支援制度の創設、複合的困難を抱える者への伴走型支援(パーソナルサポート、ワンストップサービス等による社会的包摂の推進)
- 生活保護の見直し

### (3) 社会保障・税に関わる共通番号制度の早期導入

社会保障・税に関わる番号制度は、主として、真に手を差し伸べるべき人に対する社会保障を充実させ、効率的かつ適切に提供することを目的に導入を目指すものである。その導入により、国民の給付と負担の公正性、明確性を確保するとともに、国民の利便性の更なる向上を図ることが可能となるほか、行政の効率化・スリム化も可能となる。

その導入に当たっては、制度面とシステム面の両面で十分な個人情報保護策を講じるとともに、費用と便益を示し、国民の納得と理解を得ていく必要がある。

6 月には「社会保障・税番号大綱」を策定し、今秋以降可能な限り早期に国会への法案提出を目指す。

## Ⅱ 社会保障費用の推計

### 1 機能強化(充実と重点化・効率化の同時実施)にかかる費用

子ども・子育て、医療・介護等及び年金の各分野ごとの充実項目、重点化・効率化項目にかかる費用(公費)の推計は別紙2の欄 D 及び E に示すとおりである。

改革全体を通じて、2015 年度において

充実による額 3.8 兆円程度

重点化・効率化による額 ～▲1.2 兆円程度

を一つの目途として、機能強化(充実と重点化・効率化の同時実施)による追加所要額(公費)は、約 2.7 兆円程度と見込まれる。

2015 年段階における各分野ごとの追加所要額(公費)は、

I 子ども・子育て 0.7 兆円程度

(税制抜本改革以外の財源も含めて 1 兆円超程度の措置を今後検討)

II 医療・介護等 ～1.6 兆円弱程度

(総合合算制度～0.4 兆円程度を含む)

III 年金 ～0.6 兆円程度

〔再掲: 貧困・格差対策 ～1.4 兆円程度

(総合合算制度～0.4 兆円程度を含む)〕

と見込まれる。

### 2 社会保障給付にかかる公費(国・地方)全体の推計

社会保障給付にかかる現行の費用推計については、そのベースとなる統計が基本的に地方単独事業を含んでおらず、今後、その全体状況の把握を進め、

地方単独事業を含めた社会保障給付の全体像及び費用推計を総合的に整理する。<sup>1</sup>

### Ⅲ 社会保障・税一体改革の基本的姿

#### 1 社会保障の安定財源確保の基本的枠組み

##### (1) 消費税収を主たる財源とする社会保障安定財源の確保

民主党「税と社会保障の抜本改革調査会」中間整理等、社会保障財源のあり方に関する累次の報告や関係法律の規定を踏まえ、国民が広く受益する社会保障の費用をあらゆる世代が広く公平に分かち合う観点などから、社会保障給付に要する公費負担の費用は、消費税収(国・地方)を主要な財源として確保する。

消費税収(国・地方)については、このうち国分が現在予算総則上高齢者三経費に充当されているが、今後は、高齢者三経費を基本としつつ、「制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用」(「社会保障四経費」、平成 21 年度税制改正法附則 104 条)に充当する分野を拡充する。社会保障の安定財源確保に向けて、消費税収の規模とこれらの費用の関係を踏まえ、国・地方合わせた消費税収の充実を図る。

##### (2) 消費税収の使途の明確化

消費税収(国・地方、現行分の地方消費税を除く)については、全て国民に還元し、官の肥大化には使わない<sup>2</sup>こととし、消費税を原則として社会保障の目的税とすることを法律上、会計上も明確にすることを含め、区分経理を徹底する等、その使途を明確化する(消費税収の社会保障財源化)。

さらに、将来的には、社会保障給付にかかる公費全体について、消費税収(国・地方)を主たる財源として安定財源を確保することによって、社会保障制度

<sup>1</sup> 2011 年度予算ベースでは、社会保障給付に係る国・地方公費は 39.4 兆円である。

他方、総務省推計によれば、2011 年度で、地方単独事業として社会保障に関連する支出は 7.7 兆円と見込まれる。

<sup>2</sup> 有識者検討会報告において引用されている「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた中期プログラム」(平成 20 年 12 月 24 日閣議決定)参照



の一層の安定・強化につなげていく。

### (3) 国・地方を通じた社会保障給付の安定財源の確保

上記(1)及び(2)の改革を進めるに当たり、国民一人一人に包括的な支援を行うという社会保障の考え方からすれば、地域住民に身近なところでサービスを設計し、実行する地方自治体の役割は極めて重要であり、地方による分権的な社会保障は、社会保障の信頼を大きく高める。現行分の消費税収(国・地方)についてはこれまでの経緯を踏まえ国・地方の配分(地方分については現行分の地方消費税及び消費税の現行の交付税法定率分)と地方分の基本的枠組みを変更しないことを前提として、引上げ分の消費税収(国・地方)については(1)の分野に則った範囲の社会保障給付における国と地方の役割分担に応じた配分を実現することとし、国とともに社会保障制度を支える地方自治体の社会保障給付に対する安定財源の確保を図る。

今般の社会保障改革における安定財源確保の考え方を踏まえつつ、Ⅱ-2における総合的な整理を行った上で、地方単独事業に関して、必要な安定財源が確保できるよう、Ⅳ(5)に掲げる地方税制の改革などを行う。

### (4) 消費税率の段階的引上げ

上記(1)～(3)を踏まえ、社会保障給付の規模に見合った安定財源の確保に向け、まずは、2010年代半ばまでに段階的に消費税率(国・地方)を10%まで引き上げ、当面の社会保障改革にかかる安定財源を確保する(別紙3)。

## 2 社会保障改革の安定財源確保と財政健全化の同時達成

未来への投資である社会保障のコストを、将来世代に先送りすることは許されない。現在の社会保障給付の財源の多くが赤字公債、すなわち将来世代の負担で賄われている。このような状況は、社会保障のあり方としても、危機的とも言える国・地方の財政状況からもこれ以上放置することはできず、「現在の世代が受ける社会保障は現在の世代で負担する」<sup>3</sup>との原則に一刻も早く立ち戻る

---

<sup>3</sup> 民主党「税と社会保障の抜本改革調査会」中間整理

必要がある。

今回の社会保障改革の目指すところは、「社会保障の機能強化」と「機能維持—制度の持続可能性の確保」である。社会保障改革の財源確保と財政健全化は相反する課題ではなく、両者を同時達成するしか、それぞれの目標を実現する道はない。<sup>4</sup>

このような考え方に立って、社会保障・税一体改革においては、社会保障給付にかかる安定財源を確保していくことを通じて、財政健全化を同時に実現する。

具体的には、まずは、2010年代半ばまでに段階的に消費税率(国・地方)を10%まで引き上げ、国・地方合わせて、上記Ⅱ－1で示す「機能強化」にかかる費用、高齢化の進行等により増大する費用及び基礎年金国庫負担2分の1を実現するために必要な費用(社会保障国民会議では、この3つの経費を合計して「機能強化」として試算している)、後代に付け回しをしている「機能維持」にかかる費用及び消費税率引上げに伴う社会保障支出等の増加に要する費用を賄うことにより、社会保障の安定財源確保を図る<sup>5</sup>。

これらの取組みなどにより、2015年度段階での財政健全化目標<sup>6</sup>の達成に向かうことで<sup>7</sup>、「社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成」への一里塚が築かれる。

#### IV 税制全体の抜本改革

税制抜本改革については、社会保障改革の進め方との整合性にも配意しつつ、平成21年度税制改正法附則104条第3項及び平成22年度・23年度税制改正大

<sup>4</sup> 「社会保障強化だけが追求され財政健全化が後回しにされるならば、社会保障制度もまた遠からず機能停止する。しかし、財政健全化のみを目的とする改革で社会保障の質が犠牲になれば、社会の活力を引き出すことはできず、財政健全化が目指す持続可能な日本そのものが実現しない。」(有識者検討会報告)

<sup>5</sup> Ⅱ－2における総合的な整理を踏まえた対応に留意する。

<sup>6</sup> 「財政運営戦略」(平成22年6月22日閣議決定)において、国及び国・地方の基礎的財政収支赤字の対GDP比を、2015年度までに2010年度の水準から半減し、2020年度までに黒字化させた上で、2021年度以降において、国・地方の公債等残高の対GDP比を安定的に低下させることとされている。

<sup>7</sup> 財政健全化目標の達成所要額は、内閣府「経済財政の中長期試算」(平成23年1月)を前提としている(年央に改訂)。

綱(閣議決定)で示された改革の方向性に沿って、以下の考え方により検討を加え、個人所得課税、法人課税、消費課税、資産課税にわたる改革を進める。また、地方に関わる事項については、地方団体の意見に十分配慮して、検討を進めることとする。

### (1) 個人所得課税

雇用形態や就業構造の変化も踏まえながら、格差の是正や所得再分配機能等の回復のため、各種の所得控除の見直しや税率構造の改革を行う。給付付き税額控除については、所得把握のための番号制度等を前提に、関連する社会保障制度の見直しと併せて検討を進める。金融証券税制について、金融所得課税の一体化に取り組む。

### (2) 法人課税

企業の国際的な競争力の維持・向上、国内への立地の確保・促進、雇用と国内投資の拡大を図る観点から、国際的な協調や主要国との競争条件等にも留意しつつ、課税ベースの拡大等と併せ、法人実効税率の引下げを行う。地域経済の柱となり、雇用の大半を担っている中小法人に対する軽減税率についても、中小企業関連の租税特別措置の見直しと併せ、引下げを行う。

### (3) 消費課税

消費税(国・地方)については、本成案に則って所要の改正を行う。いわゆる逆進性の問題については、消費税率(国・地方)が一定の水準に達し、税・社会保障全体の再分配を見てもなお対策が必要となった場合には、制度の簡素化や効率性などの観点から、複数税率よりも給付などによる対応を優先することを基本に総合的に検討する。

併せて、消費税制度の信頼性を確保するための一層の課税の適正化を行うほか、消費税と個別間接税の関係等の論点について検討する。

エネルギー課税については、地球温暖化対策の観点から、エネルギー起源CO<sub>2</sub>排出抑制等を図るための税を導入する。また、地球温暖化対策に係る諸施策を地域において総合的に進めるため、地方公共団体の財源を確保する仕組みについて検討する。車体課税については、地球温暖化対策の観点や国及び地方の財政の状況も踏まえつつ、簡素化、グリーン化、負担の軽減等を行う方

向で見直しを検討する。

#### (4) 資産課税

資産再分配機能を回復し、格差の固定化を防止する観点から、相続税の課税ベース、税率構造を見直し、負担の適正化を行う。これと併せ、高齢者が保有する資産の現役世代への早期移転を促し、その有効活用を通じた経済社会の活性化を図るとの観点から、世代を超えた資産格差の固定化にも配慮しつつ、贈与税を軽減する。また、事業承継税制について、運用状況等を踏まえ見直しを検討する。

#### (5) 地方税制

地域主権改革の推進及び国と地方を通じた社会保障制度の安定財源の確保の観点から、地方消費税を充実するとともに、地方法人課税のあり方を見直すことなどにより、税源の偏在性が小さく、税収が安定的な地方税体系を構築する。また、税制を通じて住民自治を確立するため、現行の地方税制度を「自主的な判断」と「執行の責任」を拡大する方向で改革する。

#### (6) その他

上記の改革のほか、社会保障・税に関わる共通番号制度の導入を含む納税環境の整備を進めるとともに、国際的租税回避の防止を通じて適切な課税権を確保しつつ投資交流の促進等を図る等の国際課税に関する取組みや国際連帯税等について、検討を行う。

なお、平成22年度・23年度税制改正においては、このような方向性を踏まえ、税制抜本改革の一環をなす緊要性の高い改革に取り組んできたところであり、現在、国会において審議が行われている平成23年度税制改正については、引き続き、その早期実現を目指す。

## V 社会保障・税一体改革のスケジュール

社会保障・税一体改革にあたっては、「国と地方の協議の場」で真摯に協議を行い、国・地方を通じた改革の円滑かつ着実な推進を図る。

社会保障改革については、税制抜本改革の実施と併せ、別紙2に示された工程表に従い、各分野において遅滞なく順次その実施を図る。

税制抜本改革については、政府は日本銀行と一体となってデフレ脱却と経済活性化に向けた取組みを行い、これを通じて経済状況を好転させることを条件として遅滞なく消費税を含む税制抜本改革を実施するため、平成 21 年度税制改正法附則 104 条に示された道筋に従って平成 23 年度中に必要な法制上の措置を講じる<sup>8</sup>。

上記の「経済状況の好転」は、名目・実質成長率など種々の経済指標の数値の改善状況を確認しつつ、東日本大震災の影響等からの景気回復過程の状況、国際経済の動向等を見極め、総合的に判断するものとする。また、税制抜本改革の実施に当たっては、予期せざる経済変動にも柔軟に対応できる仕組みとする。これらの事項については、政府・与党において参照すべき経済指標、その数値についての考え方を含め十分検討し、上記の法制化の際に必要な措置を具体化する。

以上のスケジュールに基づき、国会議員定数の削減や、公務員人件費の削減、特別会計改革や公共調達改革等の不断の行政改革及び予算の組替えの活用等による徹底的な歳出の無駄の排除に向けた取組みを強めて、国民の理解と協力を得ながら社会保障と税制の改革を一体的に進める。

## VI デフレ脱却への取組み、経済成長との好循環の実現

デフレからの脱却を実現するため、政府として強力かつ総合的な政策努力を最

<sup>8</sup> 平成 21 年度税制改正法附則 104 条第 1 項：政府は、基礎年金の国庫負担割合の二分の一への引上げのための財源措置並びに年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用の見通しを踏まえつつ、平成二十年度を含む三年以内の景気回復に向けた集中的な取組により経済状況を好転させることを前提として、遅滞なく、かつ、段階的に消費税を含む税制の抜本的な改革を行うため、平成二十三年度までに必要な法制上の措置を講ずるものとする。この場合において、当該改革は、二千年代(平成二十二年から平成三十一年までの期間をいう。)の半ばまでに持続可能な財政構造を確立することを旨とするものとする。

大限行うとともに、日本銀行に対しては、引き続き、政府と緊密な情報交換・連携を保ちつつ、適切かつ機動的な金融政策運営により経済を下支えするよう期待する。これにより、我が国経済を本格的な成長軌道に乗せていく。また、社会保障・税一体改革により、社会保障分野における潜在需要を顕在化し、安心できる社会保障制度を確立することが、雇用を生み、消費を拡大するという経済成長との好循環を通じて、成長と物価の安定的上昇に寄与する。

社会保障は需要・供給両面で経済成長に寄与する機能を有しており、医療や介護分野での雇用創出や新たな民間サービス創出のための環境整備、ICTなどのテクノロジーを活用した社会保障費用の最適化、サービスの質の向上、医療イノベーション、ライフイノベーションの推進、ドラッグラグ・デバイスラグの早期解消、先進医療制度の運用改善、民間企業を含めた多様な事業主体の新規参入促進、「新しい公共」の創造など、利用者・国民の利便の向上と新たな産業分野育成の観点からの諸改革を進める。

## 社会保障改革の推進について

〔平成 22 年 12 月 14 日〕  
閣 議 決 定

社会保障改革については、以下に掲げる基本方針に沿って行うものとする。

## 1. 社会保障改革に係る基本方針

- 少子高齢化が進む中、国民の安心を実現するためには、「社会保障の機能強化」とそれを支える「財政の健全化」を同時に達成することが不可欠であり、それが国民生活の安定や雇用・消費の拡大を通じて、経済成長につながっていく。
- このための改革の基本的方向については、民主党「税と社会保障の抜本改革調査会中間整理」や、「社会保障改革に関する有識者検討会報告～安心と活力への社会保障ビジョン～」において示されている。
- 政府・与党においては、それらの内容を尊重し、社会保障の安定・強化のための具体的な制度改革案とその必要財源を明らかにするとともに、必要財源の安定的確保と財政健全化を同時に達成するための税制改革について一体的に検討を進め、その実現に向けた工程表とあわせ、2 3 年半ばまでに成案を得、国民的な合意を得た上でその実現を図る。  
また、優先的に取り組むべき子ども子育て対策・若者支援対策として、子ども手当法案、子ども・子育て新システム法案（仮称）及び求職者支援法案（仮称）の早期提出に向け、検討を急ぐ。
- 上記改革の実現のためには、立場を超えた幅広い議論の上に立った国民の理解と協力が必要であり、そのための場として、超党派による常設の会議を設置することも含め、素直に、かつ胸襟を開いて野党各党に社会保障改革のための協議を提案し、参加を呼び掛ける。

## 2. 社会保障・税に関わる番号制度について

- 社会保障・税に関わる番号制度については、幅広く国民運動を展開し、国民にとって利便性の高い社会が実現できるように、国民の理解を得ながら推進することが重要である。
- このための基本的方向については、社会保障・税に関わる番号制度に関する実務検討会「中間整理」において示されており、今後、来年 1 月を目途に基本方針をとりまとめ、さらに国民的な議論を経て、来秋以降、可能な限り早期に関連法案を国会に提出できるよう取り組むものとする。

I  
子ども・子育て

子ども  
子育て  
計

「☆」成長戦略に特に関係が深い項目



		A 充実 (金額は公費(2015年))	B 重点化・効率化 (金額は公費(2015年))	C 工程	D 所要額(公費) 2015年	E 所要額(公費) 2025年		
II 医療・介護等	○ 地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化							
	<p>～診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備～</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>病院・病床機能の分化・強化と連携(急性期医療への医療資源の集中投入、亜急性期・慢性期医療の機能強化等による入院医療の機能強化、精神保健医療の改革、医師の偏在是正、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化等)</li> <li>在宅医療の充実等(診療所等における総合的な診療や在宅療養支援機能の強化・評価、訪問看護等の計画的整備等)</li> </ul> <p>(8,700億円程度)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>平均在院日数の減少等 (▲4,300億円程度)</li> </ul>						
	<p>→ 高度急性期の職員等：2025年に現行ベースより2倍増 一般急性期の職員等：2025年に現行ベースより6割程度増 在宅医療等：2011年 17万人/日 → 2025年 29万人/日</p>	<p>→ ○平均在院日数：2011年 19～20日程度 → 2025年 高度急性期：15～16日程度 一般急性期：9日程度 ○病床数：概ね現状水準 ○精神医療：2025年に在院日数1割程度減少</p>				0.4兆円程度	1.3兆円程度	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>外来受診の適正化等(生活習慣病予防、医療連携、ICT、番号、保険者機能の強化等)(▲1,200億円程度)</li> <li>ICTの活用による重複受診・重複検査、過剰な薬剤投与等の削減</li> </ul>	<p>→ 外来患者数：2025年に現行ベースより5%程度減少</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し</li> <li>基盤整備のための一括的な法整備：2012年目途に法案提出</li> <li>2025年頃までに医療・介護サービスのあるべき姿を実現</li> </ul>			△0.1兆円程度	△0.6兆円程度
	①	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域包括ケアシステムの構築等在宅介護の充実、ケアマネジメントの機能強化、居住系サービスの充実等</li> <li>施設のユニット化(2,500億円程度)</li> </ul> <p>→ GH、小規模多機能：2011年 21万人/日 → 2025年 77万人/日 居住系・在宅介護：2011年 335万人/日 → 2025年 510万人/日</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護予防・重度化予防</li> <li>介護施設の重点化(在宅への移行)</li> </ul> <p>(▲1,800億円程度)</p>					0.1兆円程度
	<ul style="list-style-type: none"> <li>上記の重点化に伴うマンパワー増強☆(2,400億円程度)</li> </ul> <p>→ 医療介護従事者：2011年 462万人 → 2025年 704～739万人(1.6倍程度)</p>	<p>→ 要介護認定者数：2025年に現行ベースより3%程度減少</p>					0.2兆円程度	0.4兆円程度
医療・介護①小計	充実計(2015年) ~1.4兆円程度	重点化・効率化計(2015年) ~0.7兆円程度			(上記の機能分化等が全て実現する場合の試算) ~0.6兆円程度	~2.3兆円程度		

		A 充実 (金額は公費(2015年))	B 重点化・効率化 (金額は公費(2015年))	C 工程	D 所要額(公費) 2015年	E 所要額(公費) 2025年	
II 医療・介護等	○ 保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策						
	a 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化						
	<ul style="list-style-type: none"> <li>短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大</li> <li>→ 例えば雇用保険並びにまで拡大すると、約400万人 (=完全実施の場合▲1,600億円)</li> <li>市町村国保の財政運営の都道府県単位化</li> <li>財政基盤の強化 (低所得者保険料軽減の拡充等(～2,200億円程度))</li> </ul>						
	<ul style="list-style-type: none"> <li>※ 財政影響は、適用拡大の範囲、国保対策の規模によって変動</li> </ul>						
	b 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化						
<ul style="list-style-type: none"> <li>1号保険料の低所得者保険料軽減強化(～1,300億円)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護納付金の総報酬割導入(完全実施すれば▲1,600億円)</li> <li>軽度者に対する機能訓練等重度化予防に効果のある給付への重点化</li> </ul>			<p>税制抜本改革とともに、2012年以降速やかに法案提出</p> <p>↓</p> <p>順次実施</p>	<p>～0.3兆円程度 …被用者保険の適用拡大、総報酬割と併せて検討</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>※ 財政影響は、機能強化と重点化の規模により変動</li> </ul>							
c 高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)と給付の重点化							
<ul style="list-style-type: none"> <li>長期高額医療の高額療養費の見直し(長期高額医療への対応、所得区分の見直しによる負担軽減等)による負担軽減(～1,300億円程度)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>受診時定額負担等(高額療養費の見直しによる負担軽減の規模に応じて実施(病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討)。例えば、初診・再診時100円の場合、▲1,300億円)ただし、低所得者に配慮。</li> </ul>					<p>総合合算制度： 2015年の番号制度以降導入</p>	<p>～0.1兆円程度 …受診時定額負担等と併せて検討</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>※ 見直しの内容は、機能強化と重点化の規模により変動</li> </ul>							
d その他							
<ul style="list-style-type: none"> <li>総合合算制度(番号制度等の情報連携基盤の導入が前提)</li> <li>低所得者対策・逆進性対策等の検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し(医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す)</li> <li>国保組合の国庫補助の見直し</li> </ul>			<p>総合合算制度 ～0.4兆円程度</p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者医療制度の見直し(高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど)</li> </ul>							
医療・介護②小計	充実計 (2015年)	1兆円程度 (改革の内容により変動)	重点化・効率化計 (2015年)		～0.5兆円程度 (改革の内容により変動)	～1兆円弱程度	—
医療・介護計	充実計 (2015年)	～2.4兆円程度 (改革の内容により変動)	重点化・効率化計 (2015年)		～1.2兆円程度 (改革の内容により変動)	～1.6兆円弱程度	～2.3兆円程度

A 充実 (金額は公費(2015年))	B 重点化・効率化 (金額は公費(2015年))	C 工程	D 所要額(公費) 2015年	E 所要額(公費) 2025年
<p><b>【新しい年金制度の創設】</b> 「所得比例年金」と「最低保障年金」の組み合わせからなる一つの公的年金制度にすべての人が加入する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>所得比例年金(社会保険方式)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 職種を問わず全ての人が同じ制度に加入し、所得が同じなら同じ保険料、同じ給付</li> <li>・ 保険料は15%程度(老齢年金に係る部分)</li> <li>・ 納付した保険料を記録上積み上げ、仮想の利回りを付し、その合計額を年金支給開始時の平均余命などで割って、毎年の年金額を算出</li> </ul> </li> <li>○ <b>最低保障年金(税財源)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 最低保障年金の満額は7万円(現在価額)</li> <li>・ 生涯平均年収ベース(=保険料納付額)で一定の収入レベルまで全額を給付し、それを超えた点より徐々に減額を行い、ある収入レベルで給付額をゼロとする</li> <li>・ 全ての受給者が、所得比例年金と最低保障年金の合算で、概ね7万円以上の年金を受給できる制度とする</li> </ul> </li> </ul>		<p>国民的な合意に向けた議論や環境整備を進め、実現に取り組む</p>		
<p><b>【現行制度の改善】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>最低保障機能の強化</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 低所得者への加算</li> <li>・ 障害基礎年金への加算</li> <li>・ 受給資格期間の短縮</li> </ul> </li> </ul> <p>0.6兆円程度</p> <p>※ 低所得者・障害基礎年金への加算については、加算対象者・加算水準・資産調査の有無等によって財政規模が変動</p> <p>※ 上記金額は、年収65万円未満(単身の場合)の者等に対して、月額1.6万円(7万円と老齢基礎年金の平均額5.4万円の差)を加算する等の前提</p>	<p>○ <b>高所得者の年金給付の見直し</b> 低所得者への加算と併せて検討 なお、公的年金等控除を縮減することによって対応することについても併せて検討</p> <p>※ 高所得者の年金給付の見直しについては、減額対象者によって財政規模が変動</p> <p>※ 仮に、年収1,000万円以上から減額開始(1,500万円以上は公費負担分を全額減額)とすると▲450億円程度公費縮小</p>	<p>税制抜本改革とともに、2012年以降速やかに法案提出</p> <p>↓</p> <p>順次実施</p>	<p>~0.6兆円程度</p>	<p>~0.7兆円程度</p>



	A 充実 (金額は公費(2015年))	B 重点化・効率化 (金額は公費(2015年))	C 工程	D 所要額(公費) 2015年	E 所要額(公費) 2025年
● 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大	<p>→ 例えば雇用保険並びにまで拡大すると、約400万人</p>	○ マクロ経済スライド <ul style="list-style-type: none"> <li>世代間の公平等の観点から見直しを検討</li> <li>仮に、特例水準を3年間で解消すると、年金額が▲2.5%削減され、毎年0.1兆円程度公費縮小</li> <li>その後、単に毎年▲0.9%のマクロ経済スライドをすると、毎年0.1兆円程度の公費縮小</li> </ul>	<p>2012年以降速やかに 法案提出</p> <p>↓</p> <p>順次実施</p>		
● 第3号被保険者制度の見直し	<ul style="list-style-type: none"> <li>新しい年金制度の方向性(二分二乗)を踏まえつつ、不公平感を解消するための方策について検討</li> </ul>	○ 支給開始年齢引上げ <ul style="list-style-type: none"> <li>先進諸国(欧米)の平均寿命・受給開始年齢を十分参考にし、高齢者雇用の確保を図りつつ、68~70歳へのさらなる引上げを視野に検討</li> <li>厚生年金の支給開始年齢引上げスケジュールの前倒しを検討</li> <li>基礎年金の支給開始年齢を引き上げる場合、1歳引き上げる毎に、引上げ年において0.5兆円程度公費縮小</li> </ul>			
● 在職老齢年金の見直し	<ul style="list-style-type: none"> <li>60歳代前半の者に係る調整限度額を、60歳代後半の者と同じとすることを検討</li> </ul>	● 標準報酬上限の引上げ <ul style="list-style-type: none"> <li>健康保険制度を参考に見直しを検討</li> </ul>			
● 産休期間中の保険料負担免除					
● 被用者年金の一元化	(●は公費への影響なし)				
【業務運営の効率化】 業務運営及びシステムの改善					
年金計	充実計 (2015年) 0.6兆円程度 (改革の内容により変動)	重点化・効率化計 (2015年) 影響額は改革の内容により変動		~0.6兆円程度	~0.7兆円程度

**2015年度の上記の所要額(公費)合計 = 約2.7兆円程度**  
(充実3.8兆円程度、重点化・効率化~▲1.2兆円程度を一つの目途)

IV 就 労 促 進	<p>○<b>全員参加型社会の実現</b> ☆</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ジョブ・カードの活用等による若者の安定的雇用の確保</li> <li>・女性の就業率のM字カーブの解消</li> <li>・超高齢社会に適合した雇用法制の検討など年齢にかかわらず働き続けることができる社会づくり</li> <li>・福祉から就労への移行等による障害者の雇用促進</li> <li>・地域の実情に応じた関係機関の連携と就労促進施策の総合的実施</li> </ul>	<p>○就労促進策の継続的推進</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・就業率 2009年 75% → 2020年 80% (若者: 74% → 77%) (女性(25~44歳): 66% → 73%) (高齢者: 57% → 63%)</li> <li>・ジョブ・カード取得者 300万人(2020年)</li> <li>・障害者の実雇用率 1.8%(2020年)</li> </ul>
	<p>○<b>ディーセント・ワーク(働きがいのある人間らしい仕事)の実現</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・非正規労働者の公正な待遇確保に横断的に取り組むための総合的ビジョンの策定</li> <li>・有期契約労働者の雇用の安定や処遇の改善に向けた法制度の整備の検討</li> <li>・長時間労働抑制やメンタルヘルス対策による労働者の健康・安全の確保</li> </ul>	<p>○総合的ビジョン: 2011年に策定</p> <p>○法制度整備: 2011年度 労働政策審議会で結論、所要の見直し措置</p> <p>○労働安全衛生法改正法案について、早期国会提出に向け検討</p>
	<p>○<b>雇用保険・求職者支援制度の財源の検討</b></p>	<p>○雇用保険法、求職者支援法の規定(注3)を踏まえ検討</p>
I S IV 以 外 の 充 実 、 重 点 化 ・ 効 率 化 項 目	<p>○<b>サービス基盤の整備</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・あるべき医療・介護サービス提供体制の実現、こども園・保育サービス・放課後児童クラブ等のサービス目標達成に必要な基盤整備</li> </ul>	<p>○計画的・集中的基盤整備</p>
	<p>○<b>医療イノベーションの推進</b> ☆</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・国際水準の臨床研究中核病院等の創設</li> <li>・日本発のシーズを実用化につなげるための実務的な相談支援</li> <li>・独)医薬品医療機器総合機構(PMDA)の体制強化</li> <li>・保険償還価格の設定における医療経済的な観点を踏まえたイノベーションの評価等のさらなる検討</li> </ul>	<p>○臨床研究中核病院等: 2011年度から3年間で15か所程度創設</p> <p>○臨床研究中核病院等に対し、継続的に研究費を重点配分</p> <p>○PMDAの審査体制等の強化: 2013年度末までに常勤数を751名に増員(2011年4月1日現在648名)。引き続き、合理化・効率化を図りつつ、さらなる強化策を検討</p> <p>○先進医療制度の申請・審査手続きの効率化: 2011年度からの実施に向け検討</p>
	<p>○<b>第2のセーフティネットの構築</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・求職者支援制度の創設</li> <li>・求職者支援制度をはじめとした第2のセーフティネット施策の切れ目ない連携</li> <li>・生活保護受給者等に対する就労支援 → プログラム参加者数及び就労・増収者の増加</li> <li>・複合的困難を抱える者への伴走型支援(パーソナルサポート、ワンストップサービス等による社会的包摂の推進)</li> <li>・住宅支援の仕組みの検討</li> </ul>	<p>○求職者支援制度: 2011年度創設</p> <p>○引き続き総合的に推進</p> <p>○事業の継続実施</p> <p>○ワンストップ・伴走型の市町村主導の専任機関の設置(順次設置)</p>
	<p>○<b>生活保護の見直し</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・稼得能力を有する生活保護受給者向け自立・就労支援メニューの充実と支援強化</li> <li>・子どもの貧困連鎖の防止</li> <li>・医療扶助等の適正化、不正受給防止対策の徹底</li> <li>・客観的データに基づく生活保護基準の検討</li> </ul>	<p>○関連制度の改革と併せ検討</p> <p>○生活保護基準: 基準部会(2011年4月開始)において、2012年末までに検証を実施</p> <p>○生保基準以外: 国と地方の協議の開催(2011年5月開始) → 必要に応じて法案提出</p>
	<p>○<b>障害者施策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・障がい者制度改革推進本部において、制度の谷間のない支援の提供、障害者の地域移行や地域生活の支援について検討</li> </ul>	<p>○障がい者制度改革推進本部の検討を踏まえ、障害者総合福祉法(仮称)の2012年法案提出</p>
	<p>○<b>難病対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・長期高額医療の高額療養費の見直し(再掲)など難病医療費の支援のあり方の検討</li> </ul>	<p>○引き続き制度横断的に検討</p>
	<p>○<b>震災復興</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新たな安心地域モデルの提示</li> </ul>	<p>○震災復興の検討の中で対応</p>
	<p>○<b>次世代を担う子ども・若者の育成</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・雇用流動化に対応して、手に職をつけ就業につなげるための教育環境整備</li> <li>・教育の質と機会均等の確保(特に生計困難でありながら好成績を修めた学生等への支援の強化)</li> </ul>	<p>○引き続き総合的に検討</p>

(注1)費用試算は、厚生労働省の「社会保障制度改革の方向性と具体策」(平成23年5月12日)及びその関連の医療・介護に係る推計等の他、社会保障改革に関する集中検討会議での提案も盛り込んで機械的に試算したものである。

(注2)基礎年金国庫負担2分の1財源については、税制抜本改革により措置する。税制抜本改革実施までの各年度分の繰入れも適切に行われるよう、必要な措置を講じる。

(注3)雇用保険法: 雇用保険の国庫負担については、引き続き検討を行い、できるだけ速やかに、安定した財源を確保した上で、国庫負担に関する暫定措置を廃止する。

求職者支援法: 法施行後3年を目標とした特定求職者の就職に関する支援施策の在り方についての検討を行うに当たっては、その支援施策に関する費用負担の在り方について速やかに検討する。

充実  
A (金額は公費(2015年))

D 所要額(公費)  
2015年

1. 就労・生活支援が一体となったワンストップサービス

2. 社会保険の適用拡大

a 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大

b 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化

- ・短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大(完全実施の場合△1,600億円)

3. 社会保険制度における低所得者対策の強化

a 市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化

(低所得者保険料軽減の拡充等(～2,200億円程度))

- ※財政影響は、適用拡大の範囲、国保対策の規模によって変動

b 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化

- ・1号保険料の低所得者保険料軽減強化(～1,300億円)

- ※財政影響は、機能強化と重点化の規模により変動

c 高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)と給付の重点化

- ・長期高額医療の高額療養費の見直し(長期高額医療への対応、所得区分の見直しによる負担軽減等)による負担軽減(～1,300億円程度)

- ※見直しの内容は、機能強化と重点化の規模により変動

d 総合合算制度(番号制度等の情報連携基盤の導入が前提)

e 年金制度の最低保障機能の強化

- ・低所得者への加算
  - ・障害基礎年金への加算
  - ・受給資格期間の短縮
- (0.6兆円程度)

- ※低所得者・障害基礎年金への加算については、加算対象者・加算水準・資産調査の有無等によって財政規模が変動

- ※上記金額は、年収65万円未満(単身の場合)の者等に対して、月額1.6万円(7万円と老齢基礎年金の平均額5.4万円の差)を加算する等の前提

4. 第2のセーフティネットの構築

a 求職者支援制度の創設(費用負担の在り方の検討を含む)

b 複合的困難を抱える者への伴走型支援

c 生活保護受給者等に対する就労支援

d 住宅支援の仕組みの検討

5. 最後のセーフティネットである生活保護の見直し(充実、重点化・効率化)

- ・稼得能力を有する生活保護受給者向け自立・就労支援メニューの充実と支援強化
- ・子どもの貧困連鎖の防止
- ・医療扶助等の適正化、不正受給防止対策の徹底
- ・客観的データに基づく生活保護基準の検討

～0.3兆円程度  
…被用者保険の適用拡大、総報酬割と併せて検討

～0.1兆円程度  
…受診時定額負担等と併せて検討

総合合算制度  
～0.4兆円程度

～0.6兆円程度  
…高所得者の年金給付の見直しと併せて検討

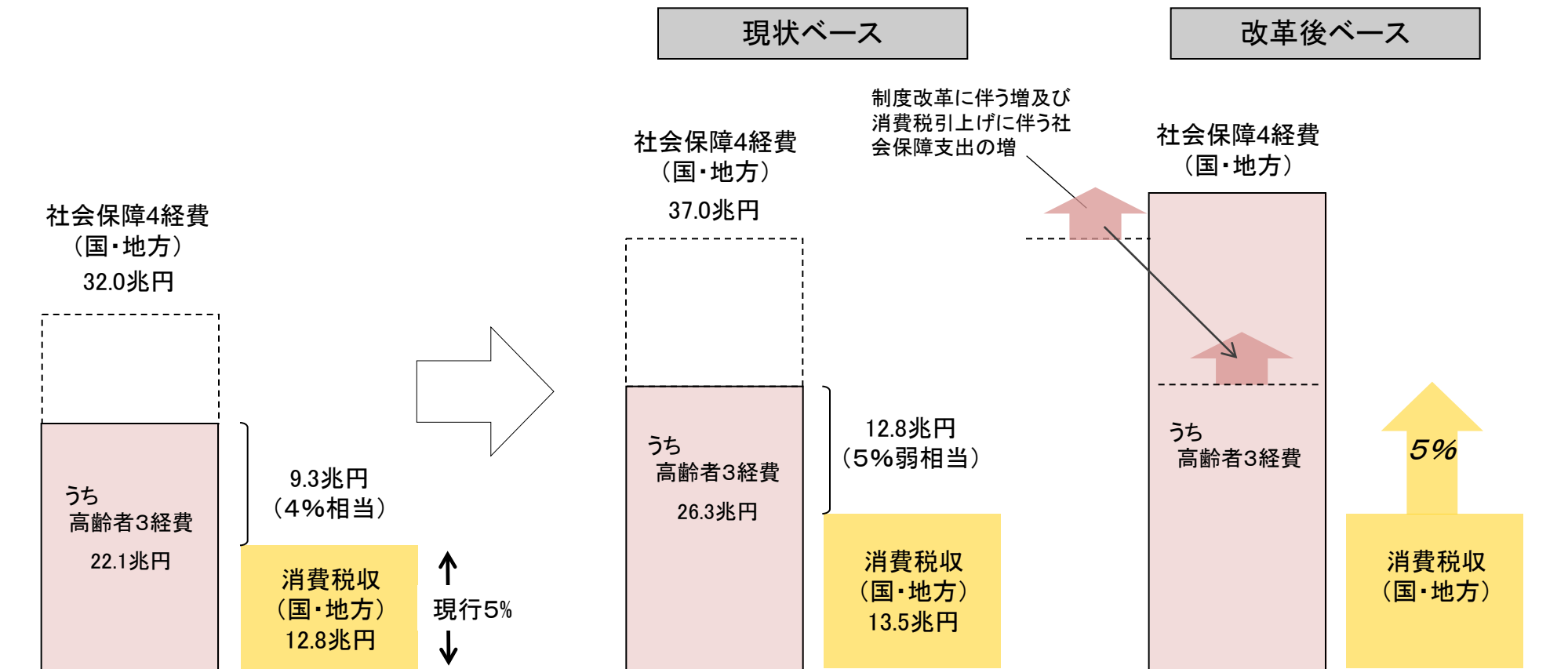
～1.4兆円程度



# 社会保障の安定財源確保の基本的枠組み

(2011年度)

(2015年度)(※)



(※) 成案においては、「2010年代半ばまでに段階的に消費税率(国・地方)を10%まで引き上げ、当面の社会保障改革にかかる安定財源を確保する」とされている。

(注1) 消費税込収は、現在は、国分は予算総則により高齢者3経費に充てられ、地方分は一般財源である。

(注2) 消費税込収(国分)を充当する社会保障給付の具体的分野(2015年度時点)は、高齢者3経費を基本としつつ、今後検討。

(注3) 社会保障4経費とは、社会保障給付公費負担のうち「制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用」(平成21年度税制改正法附則104条)をいう。所要額は厚生労働省による推計(2011年5月時点)。また、基本的に地方単独事業を含んでおらず、今後、その全体状況の把握を進め、地方単独事業を含めた社会保障給付の全体像及び費用推計を総合的に整理する。

(注4) 2015年度の消費税込収は、内閣府「経済財政の中長期試算」(平成23年1月)に基づく推計(年央に改訂)。

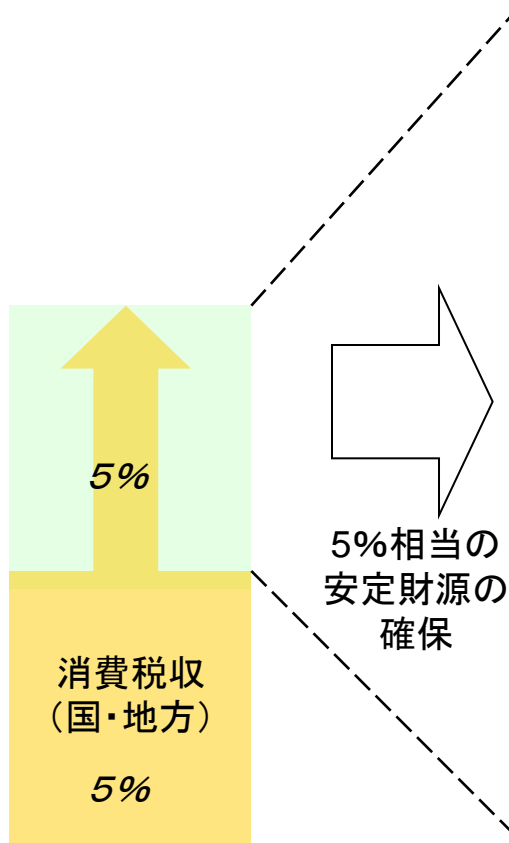
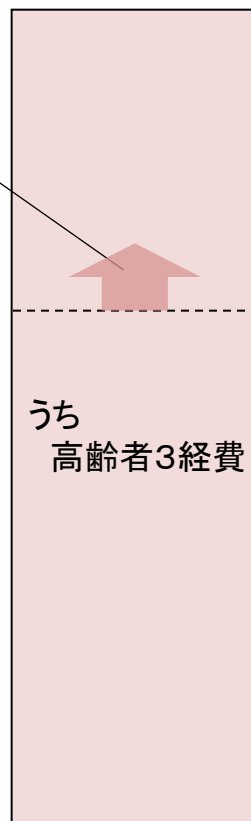
# 社会保障改革の安定財源の確保

(2015年度)(※)

改革後ベース

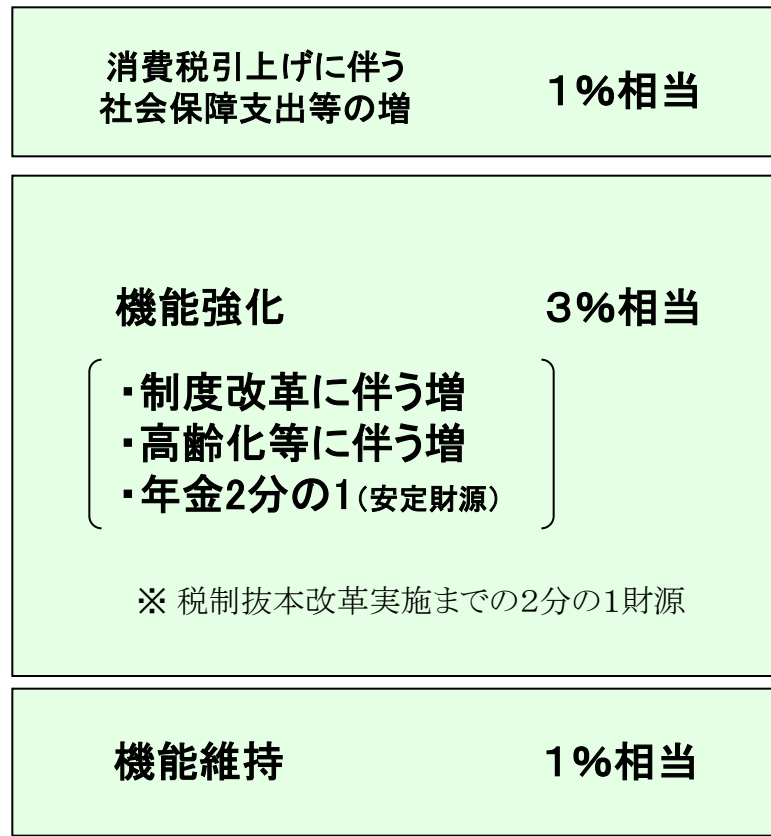
社会保障4経費  
(国・地方)

制度改革に伴う  
増及び消費税引  
上げに伴う社会  
保障支出の増



5%相当の  
安定財源の  
確保

(国・地方)



(※) 成案においては、「2010年代半ばまでに段階的に消費税率(国・地方)を10%まで引き上げ、当面の社会保障改革にかかる安定財源を確保する」とされている。

(注1) 消費税引上げに伴う社会保障支出等の増には、消費税を引き上げた場合に増加する国・地方の物資調達にかかる支出も含まれる。所要額は、財務省推計(2011年5月時点)であり、今後各年度の予算編成過程において精査が必要。

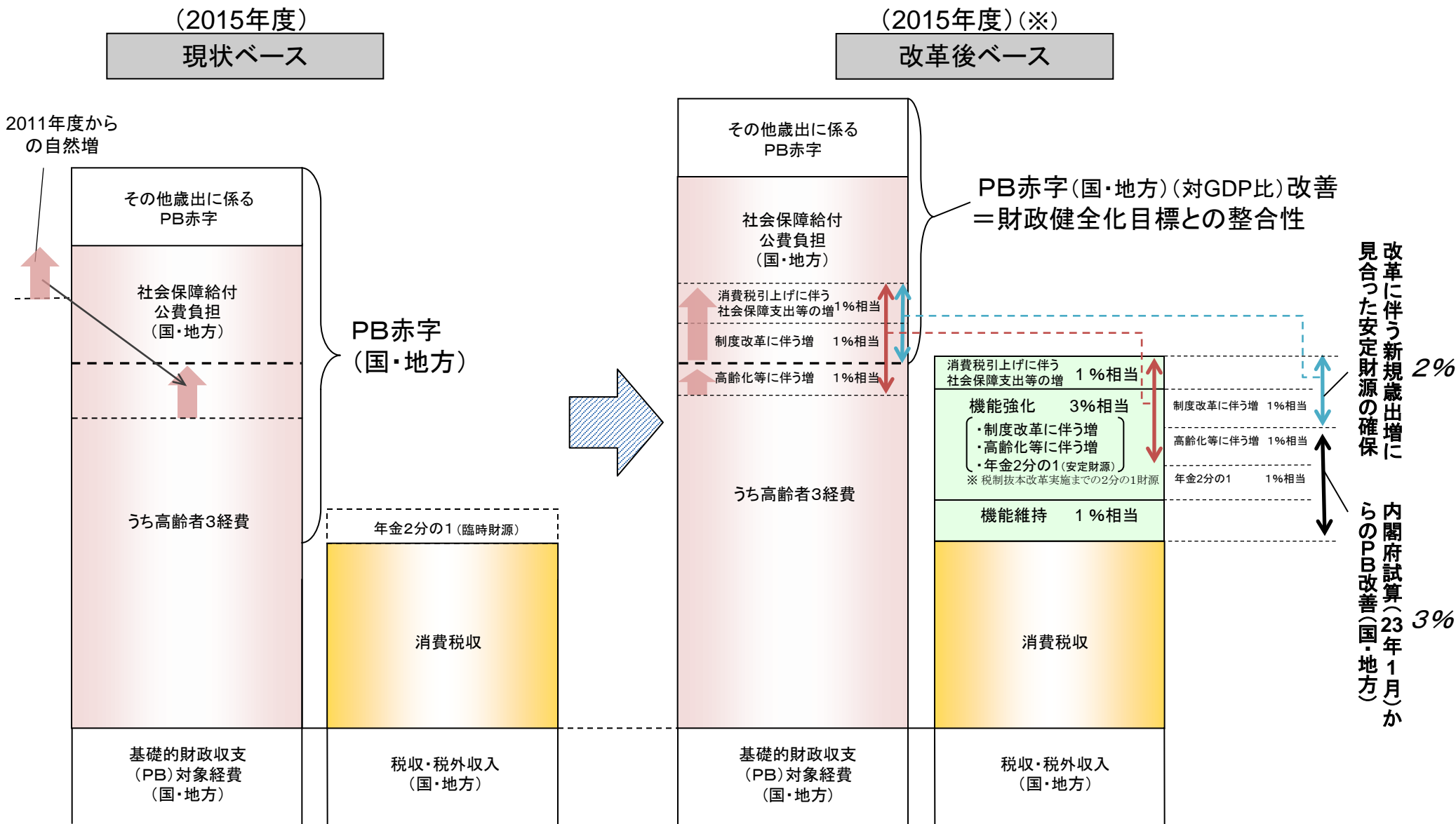
(注2) 高齢化等に伴う増は、いわゆる自然増のうち経済成長による伸びを超える増加のことである。

(注3) 機能強化の額は、厚労省による推計(2011年5月時点)。機能強化の具体的な内容は、別紙1のとおり。

(注4) 社会保障4経費とは、社会保障給付公費負担のうち「制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用」(平成21年度税制改正法附則104条)をいう。所要額は厚生労働省による推計(2011年5月時点)。また、基本的に地方単独事業を含んでおらず、今後、その全体状況の把握を進め、地方単独事業を含めた社会保障給付の全体像及び費用推計を総合的に整理する。



# 社会保障改革の安定財源確保と財政健全化の同時達成



(※) 成案においては、「2010年代半ばまでに段階的に消費税率(国・地方)を10%まで引き上げ、当面の社会保障改革にかかる安定財源を確保する」とされている。

(注1) 「財政運営戦略」(平成22年6月22日閣議決定)における財政健全化目標において、国・地方及び国の基礎的財政収支赤字の対GDP比を、2015年度までに2010年度の水準から半減し、2020年度までに黒字化することとされている。内閣府試算(平成23年1月)の2015年度の試算結果からは、消費税率換算で約3%のPB(国・地方)の改善が必要。

(注2) 改革後ベースにおける「高齢化等に伴う増」は、いわゆる自然増のうち経済成長による伸び(「機能維持」に含まれる)を超える増加のことである。

(注3) 社会保障給付には、基本的に地方単独事業を含んでおらず、今後、その全体状況の把握を進め、地方単独事業を含めた社会保障給付の全体像及び費用推計を総合的に整理する。

## < 現状のイメージ >

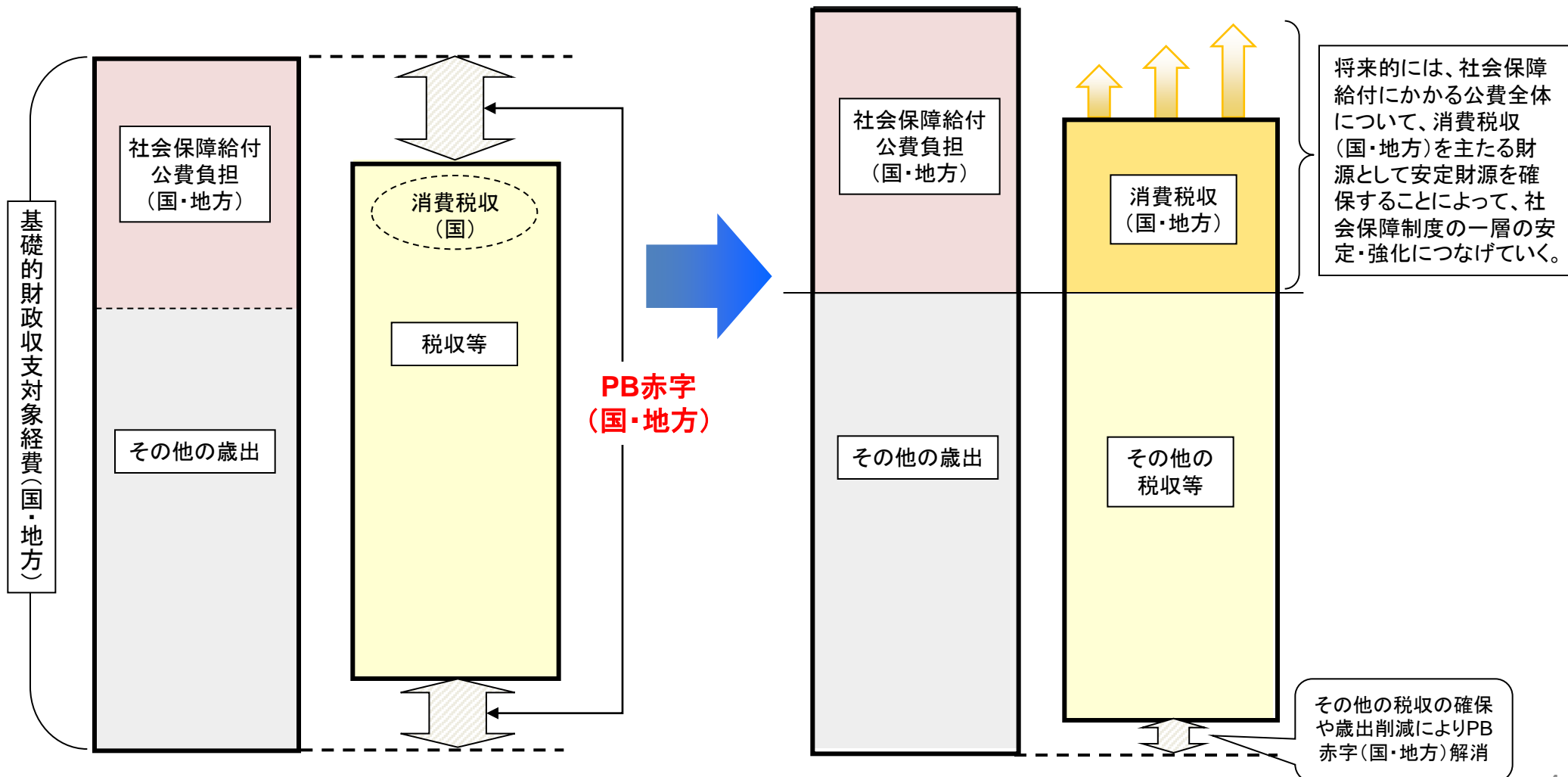
## < 将来のイメージ >

歳出

歳入

歳出

歳入



# 特定機能病院の現状とあり方について

2011年7月6日

社団法人 日本医師会

# 1. 特定機能病院とは

特定機能病院の主な承認要件は以下のとおりであり、特別な機能を担うことが求められている。このうち、高度の医療は、民間医療機関で提供できるところもあり、民間医療機関が承認を求めるケースも出てきている。特定機能病院の要件を見直す時期にきていると考えられる。

## 特定機能病院 (医療法第4条の2から抜粋)

1. 高度の医療を提供する能力を有すること。
2. 高度の医療技術の開発及び評価を行う能力を有すること。
3. 高度の医療に関する研修を行わせる能力を有すること。

「高度の医療」には明確な定義はないが、「高度医療」は次のように解釈されている。

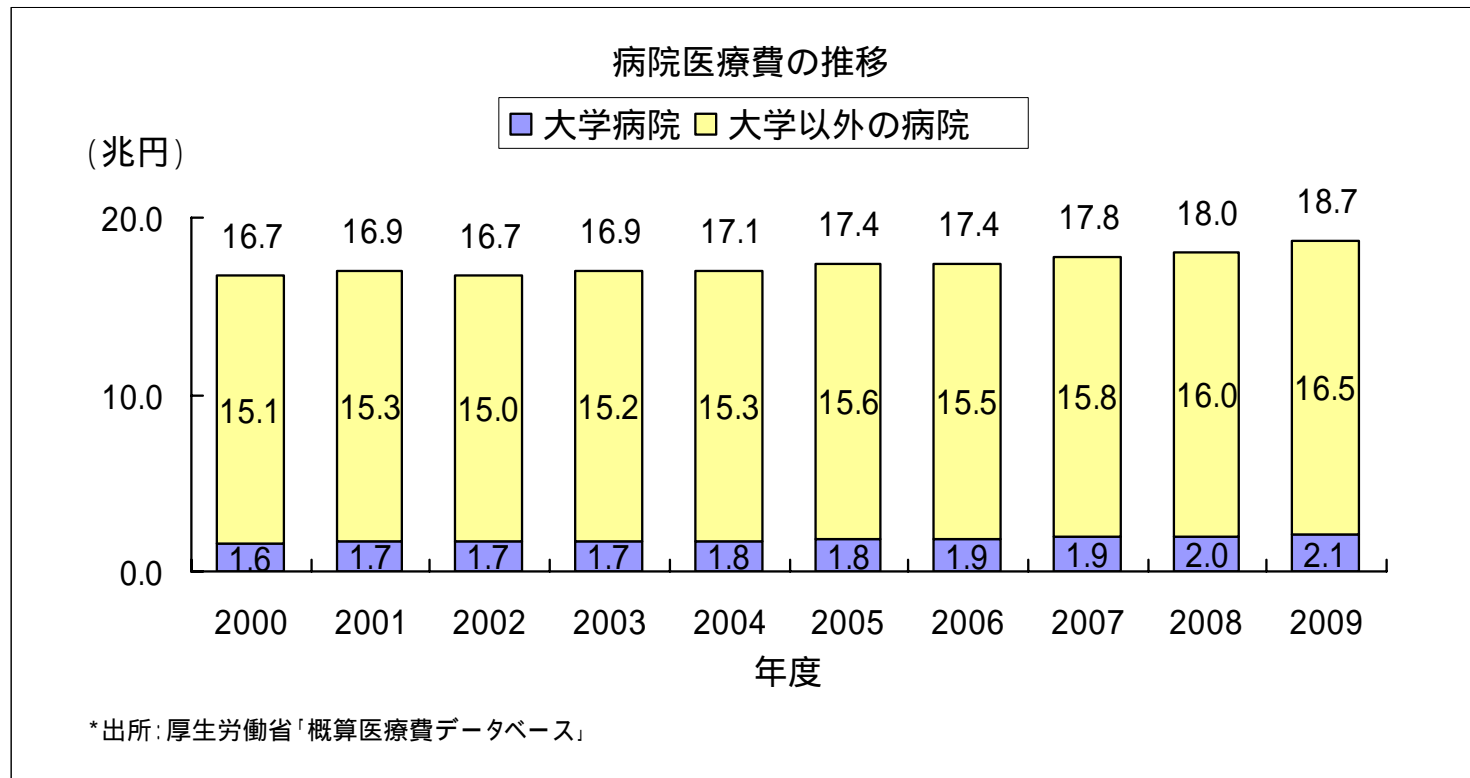
「薬事法の承認等が得られていない医薬品・医療機器の使用を伴う先進的な医療技術については、一般的な治療法ではないなどの理由から原則として保険との併用が認められていないが、医学医療の高度化やこれらの医療技術を安全かつ低い負担で受けたいという患者のニーズ等に対応するため、今後、これらの医療技術のうち、一定の要件の下に行われるものについて、当該医療技術を「高度医療」として認め、先進医療の一類型として保険診療と併用できることとし、薬事法による申請等に繋がる科学的評価可能なデータ収集の迅速化を図ることを目的として、高度医療評価制度を創設することとする。」

医政発第0331022号「高度医療に係る申請等の取扱い及び実施上の留意事項について」

2008年3月31日

## 2. 医療費の動向 (1) 医療費の推移

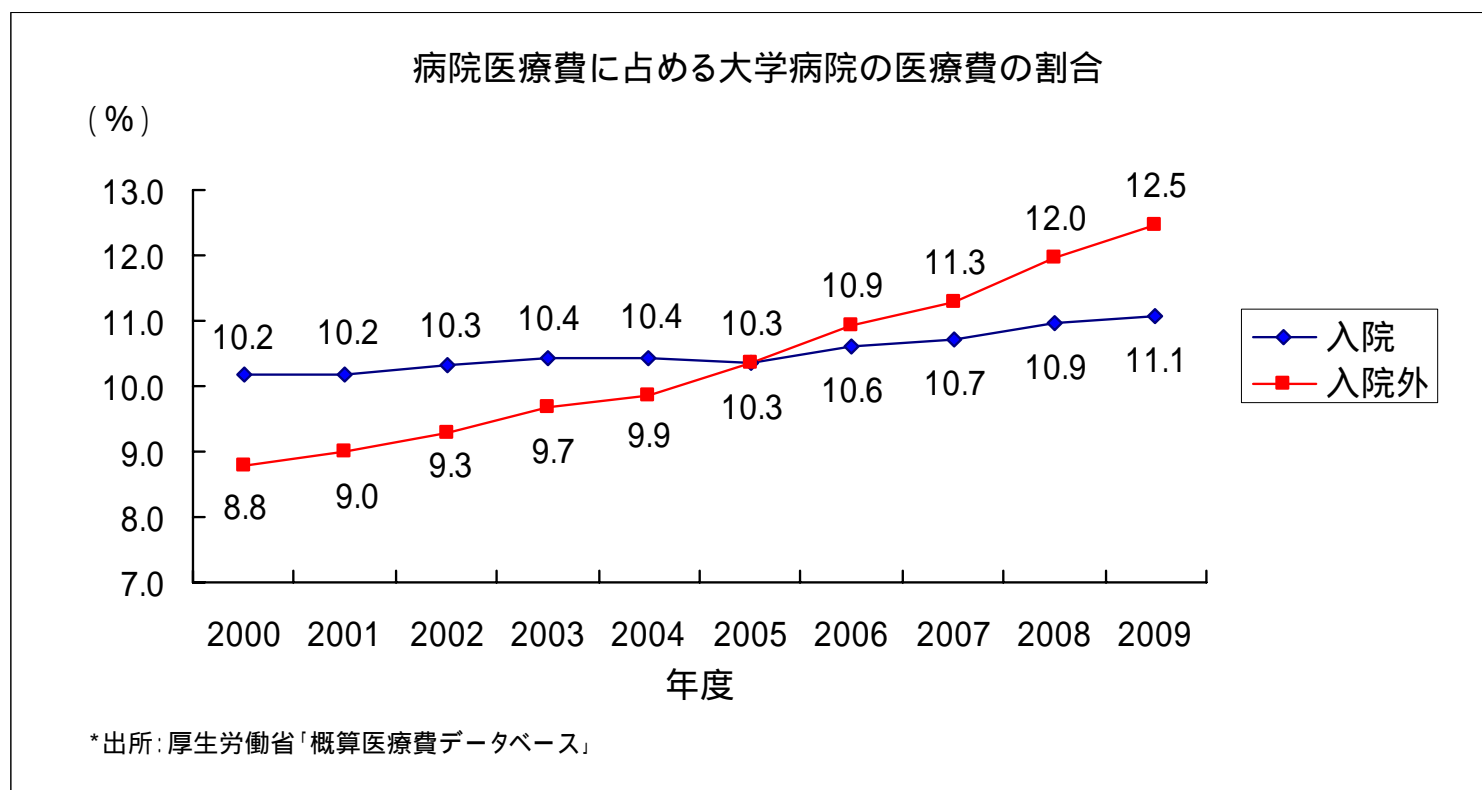
大学病院(特定機能病院がほとんど)の医療費は、2000年度には1.6兆円であったが、2009年度には2.1兆円となり、病院医療費のうち大学病院の医療費が占める割合は、2000年度の9.8%から、2009年度には11.5%に拡大した。



\*データによって、「特定機能病院」「大学病院」「医育機関」で区分されている。  
「特定機能病院」は大学附属病院の場合には本院のみが対象であるが、「大学病院」という場合には分院を含む。

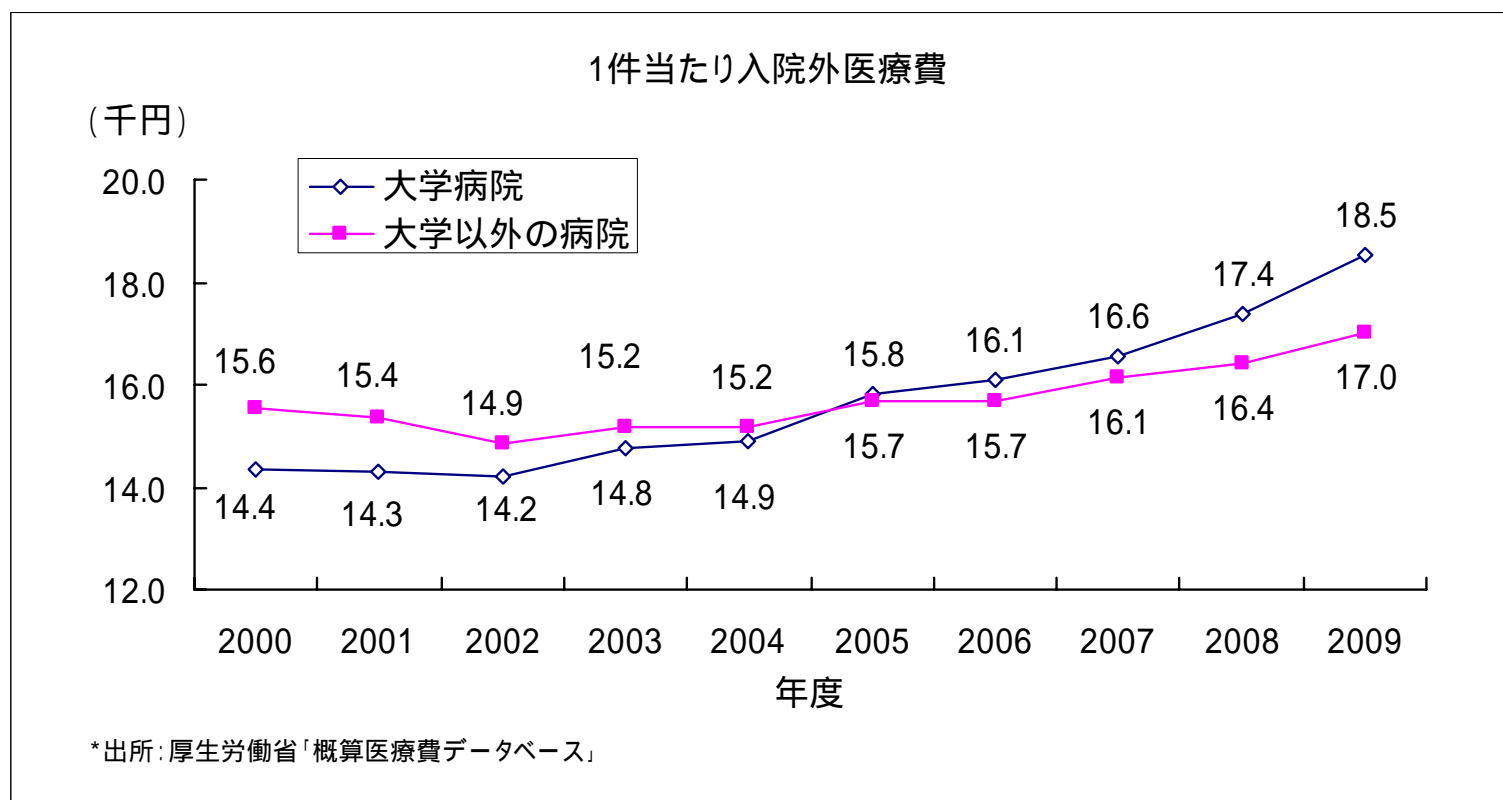
## 2. 医療費の動向 (2) 病院医療費に占める大学病院の割合

病院医療費に占める大学病院の医療費の割合は、入院では微増、入院外では増加傾向にある。特に入院外の伸びがいちぢるしく、大学病院の外来患者が増加していることがうかがえる。



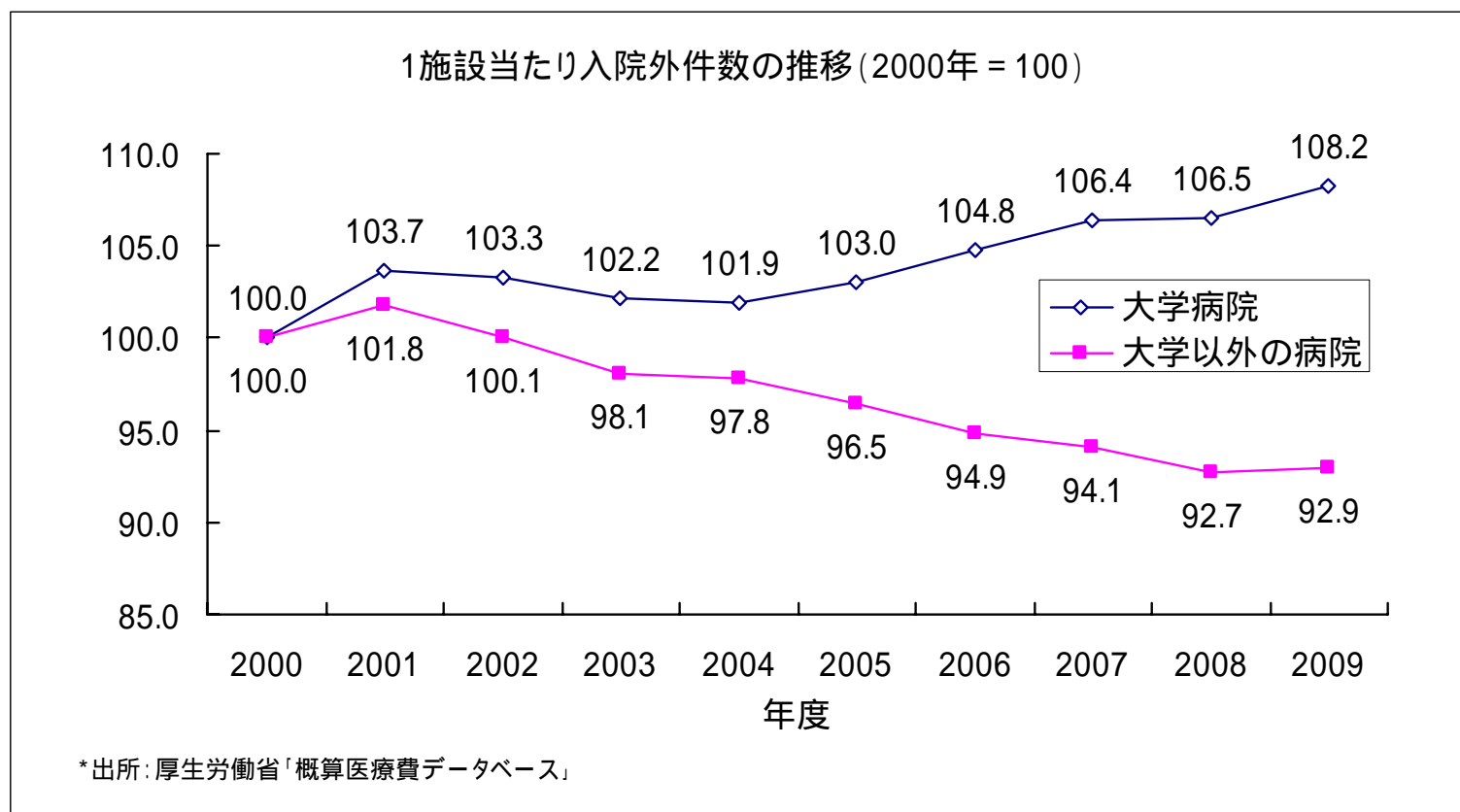
## 2. 医療費の動向 (3) 1件当たり入院外医療費

大学病院の1件当たり入院外医療費は、2005年度に大学以外の病院を上回り増加傾向にある。大学病院では2003年にDPCが導入されたが、その後、外来の検査や外来化学療法などが増加しているのではないかと推察される。



### 3. 外来患者の動向 (1) 1施設当たり入院外件数

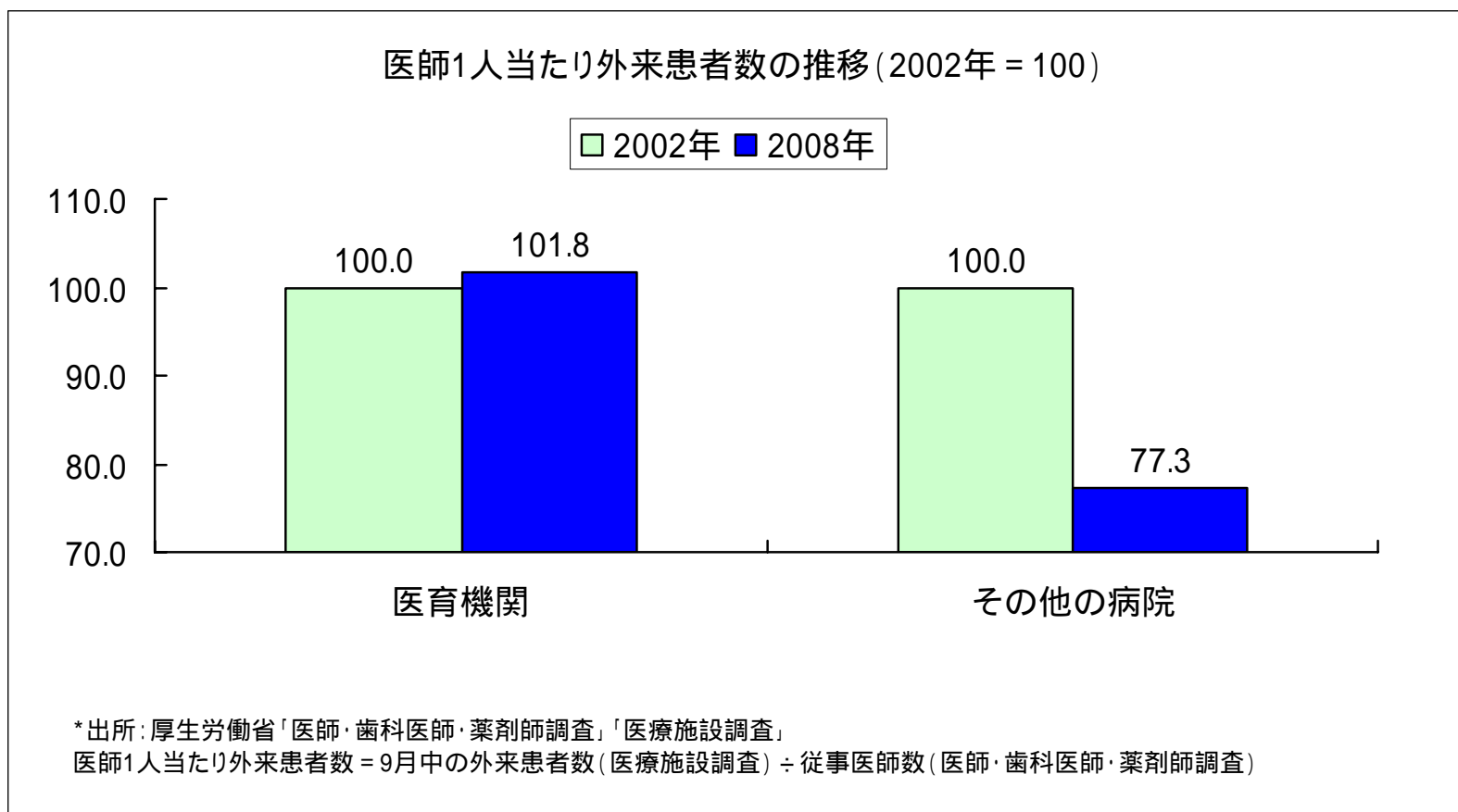
1施設当たり入院外件数は、2000年度を100としたとき、2009年度には大学病院で108.2、大学以外の病院で92.9であった。大学以外の病院で減少したのに対し、大学病院ではこの10年間に約1.1倍になった。





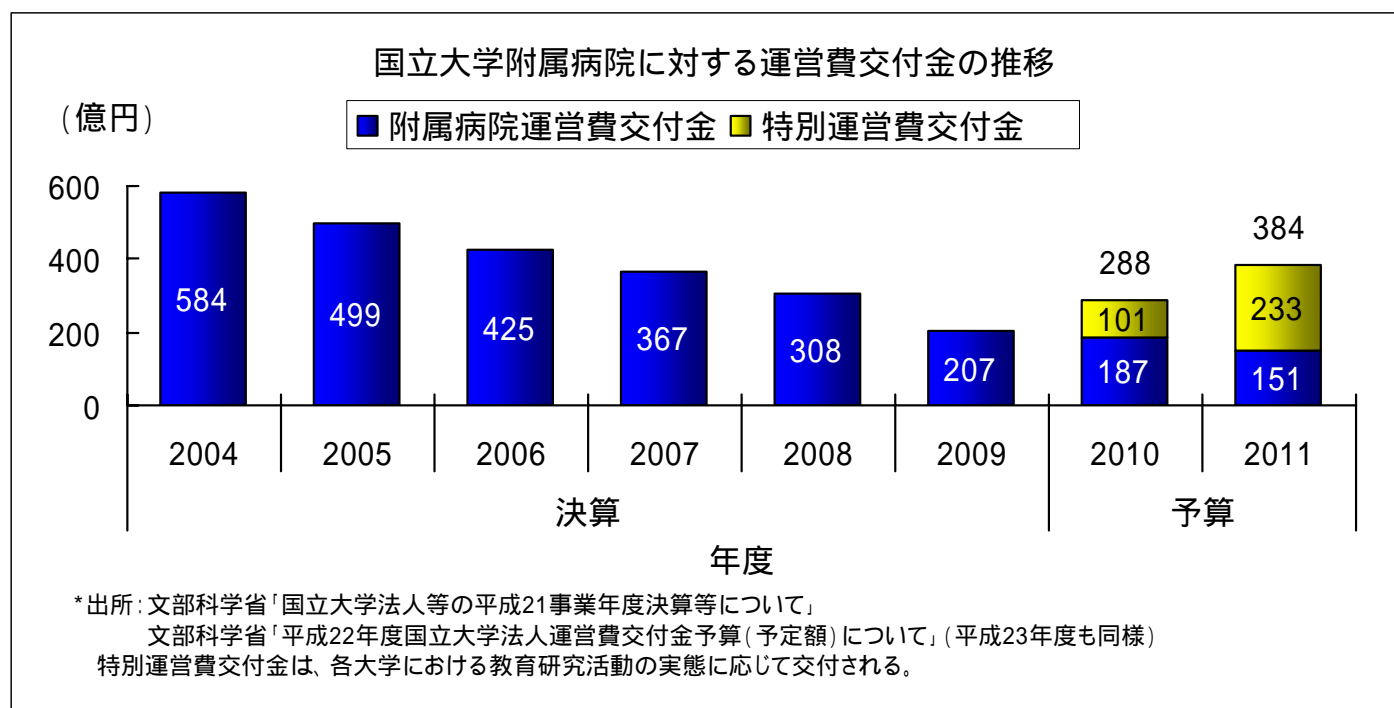
### 3. 外来患者の動向 (2) 医師1人当たり外来患者数

医師1人当たり外来患者数は、2002年を100としたとき2008年は医育機関(特定機能病院)で101.8であったのに対し、その他の病院では77.3であり、医育機関への外来患者の集中も見られる。



## 4. 国立大学附属病院 (1) 運営費交付金

「基本方針2006」によって、「国立大学運営費交付金について、効率化ルールを徹底し、各年度の予算額を名目値で対前年度比 1%(年率)とする」とされ、国立大学附属病院の運営費交付金も大幅に削減されてきた。



### 特別運営費交付金

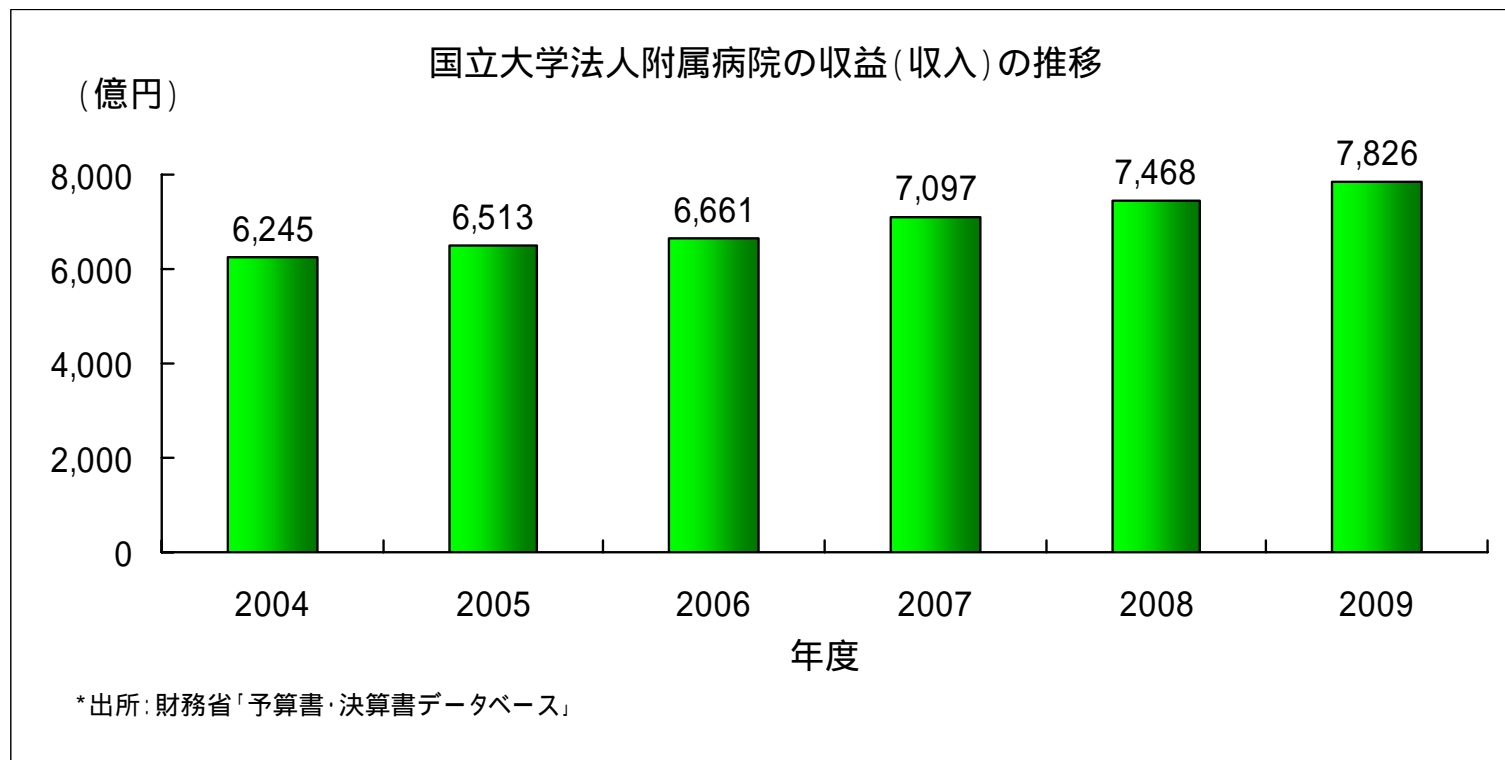
2010年度	地域医療拠点体制等充実支援経費	101億円
2011年度	教育・研究・診療機能の充実のための債務負担軽減策の拡充等	133億円
	医療人養成や新しい治療法の開発に向けた環境整備等に対する重点支援	100億円

## 4. 国立大学附属病院 (2) 病院収入

運営費交付金が削減されたことから、大学附属病院は、病院収入(診療報酬財源)の増収を図っている。しかしそのため、高度医療の開発や研修の妨げになっているうえ、大学病院勤務医師のさらなる過重労働をまねているおそれがある。

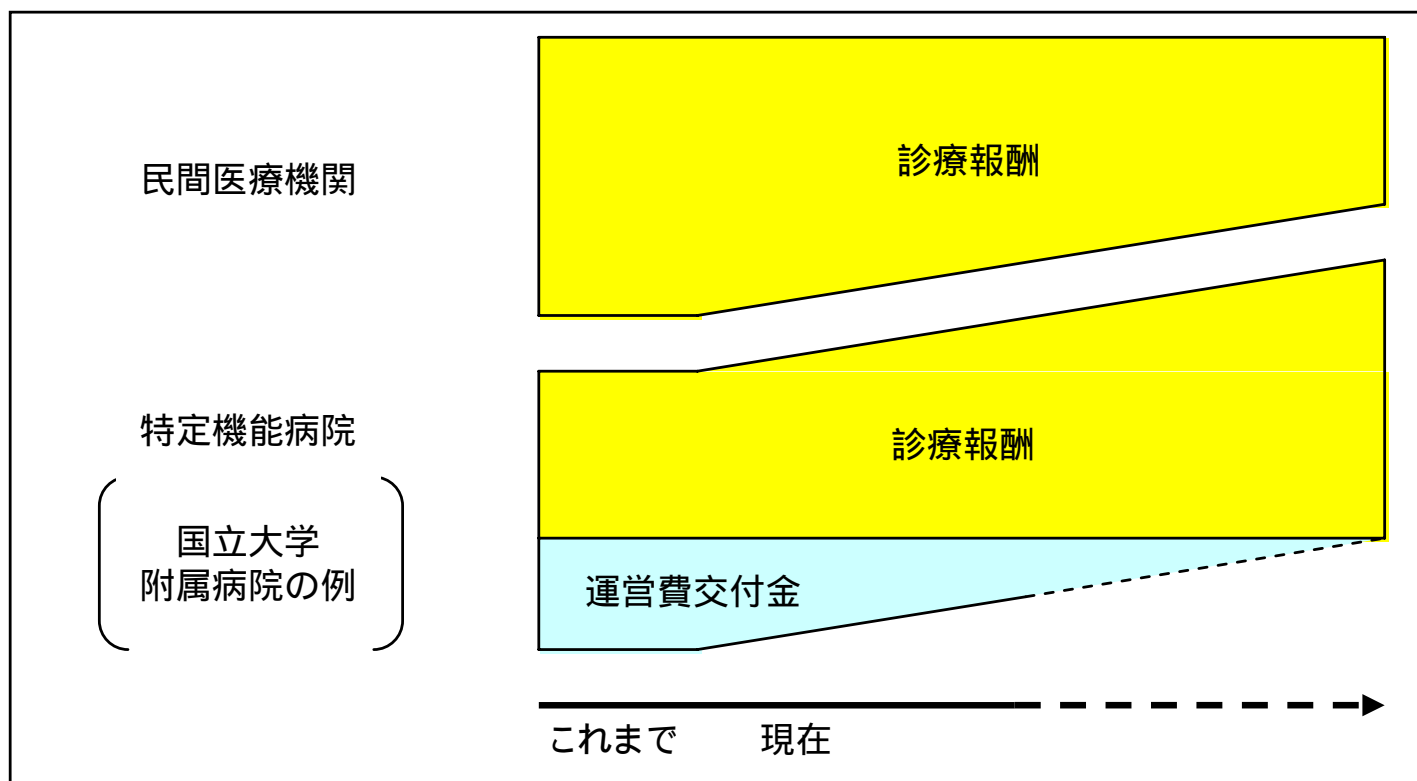
「国立大学附属病院は、医療人材の養成、新しい診断法の開発等の研究の実施や地域高度医療の最後の砦としての重要な使命を有するものであるが、附属病院収入の増加を目指すあまり、教育研究時間が大幅に削減されているとのアンケート結果もある」

文部科学省「国立大学法人化後の現状と課題について(中間まとめ)」2010年7月15日



## 5. 特定機能病院への医療費(診療報酬財源)の集中

特定機能病院(特に大学病院)は、文部科学省予算(一般財源)である運営費交付金(または私学助成金)を減らされ、附属病院は病院収入の増収を図っている。また最近では、大学病院への診療報酬が手厚く配分されており、民間病院や診療所の診療報酬を圧迫している。

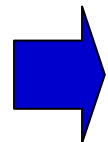


## 6. 特定機能病院のあり方について 日本医師会の提案

特定機能病院の役割・機能をあらためて整理する。大学病院以外で高度の医療を提供できる医療機関もあることを踏まえ、特定機能病院の承認要件を再検討する。

特定機能病院が担っている高度医療の開発、研修は国家的責務であることから、特定機能病院のうち大学病院に対しては、今後も適正な運営費交付金(私学の場合は私学助成金)を交付する。

特定機能病院が本来の役割・機能に集中できるよう、特定機能病院では、原則、紹介外来以外の外来診療を行なわない。



大学病院(ほとんど特定機能病院)の外来医療費は年間約6,000億円\*。民間医療機関でも可能な手術等も行なわなければ、さらに財源を確保できる。

\*厚生労働省「概算医療費データベース」2009年

# 地域医療支援病院の現状と課題

2011年7月6日

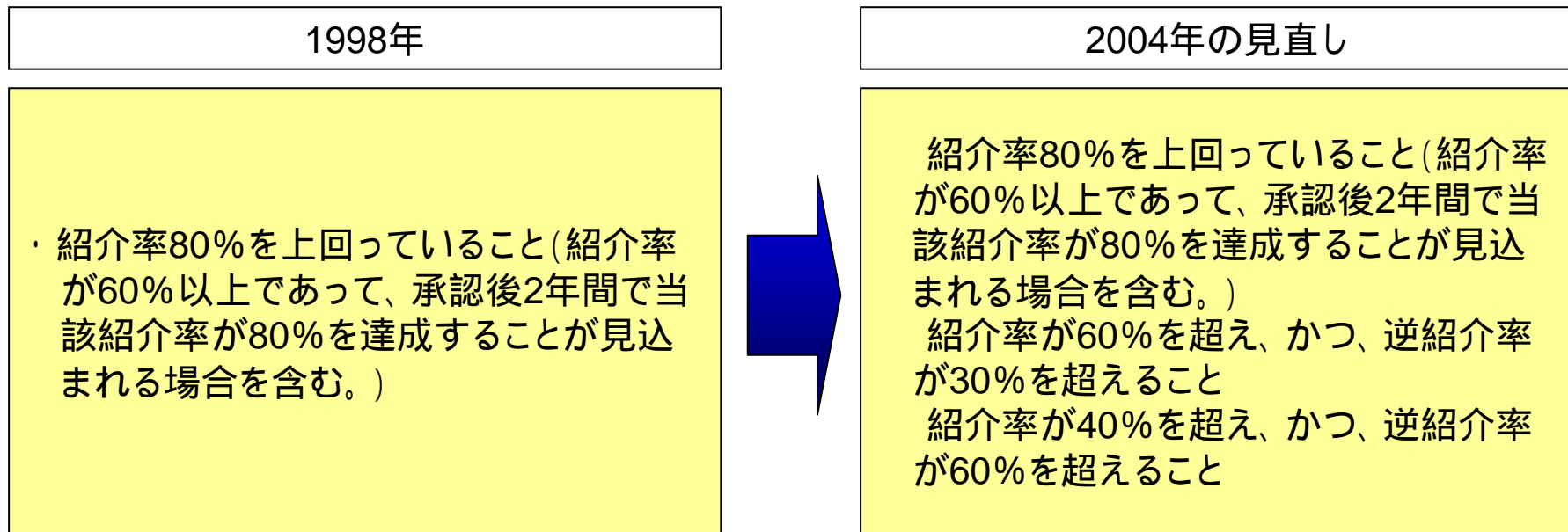
社団法人 日本医師会

# 1. 地域医療支援病院

1998年、第3次医療法改正により制度化

「紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、第一線の地域医療を担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有する」病院  
都道府県知事が個別に承認

## 紹介率・逆紹介率に係る要件



## 2. 地域医療支援病院に係る診療報酬

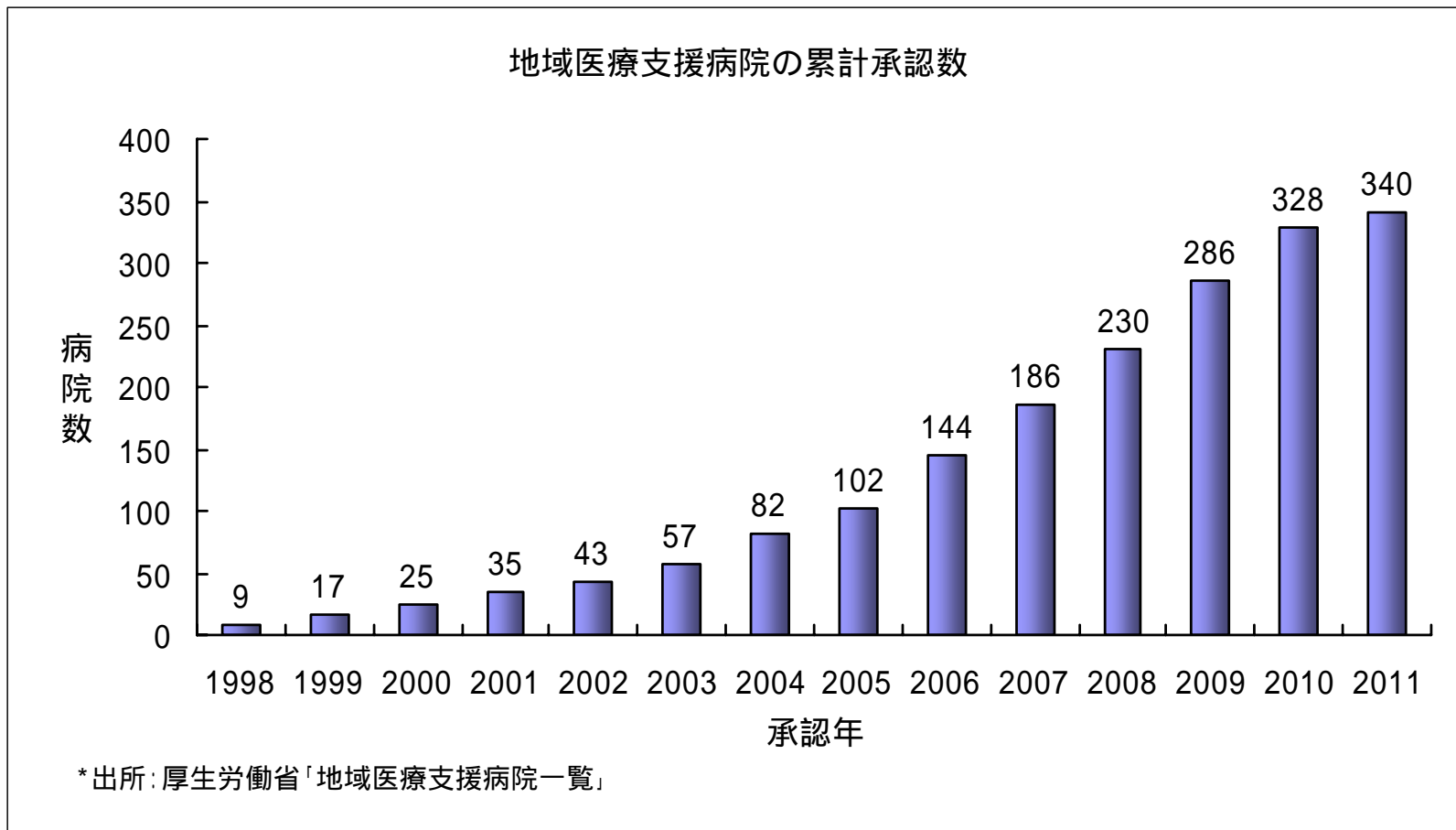
1998年	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 入院診療料(入院初日に算定)<ul style="list-style-type: none"><li>・地域医療支援病院入院診療料1 490点</li><li>・地域医療支援病院入院診療料2 900点(紹介率80%以上)</li></ul></li><li>2. 紹介患者加算(初診料に対する加算)<ul style="list-style-type: none"><li>・紹介患者加算1 400点(紹介率80%以上)</li><li>・紹介患者加算2 300点(紹介率60%以上)</li></ul></li></ol>
2006年 改定部分	<p>入院基本料加算(入院初日に加算)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・地域医療支援病院入院診療加算 1,000点</li></ul> <p>紹介患者加算は廃止</p>

DPC病院の場合には、機能評価係数(2010年度以降は機能評価係数 で、2010年度は0.0327)が付加される。



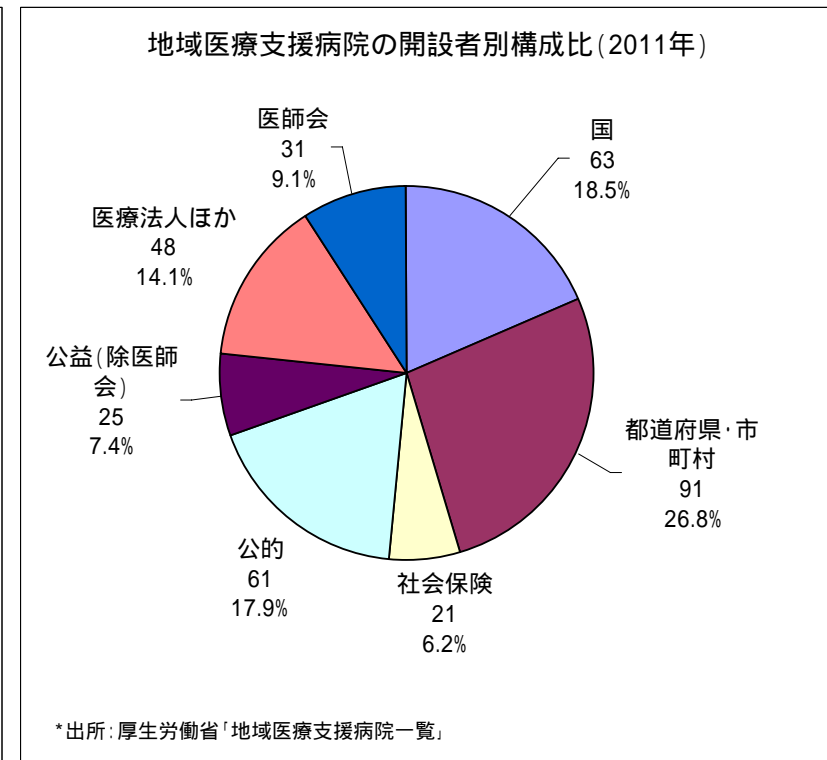
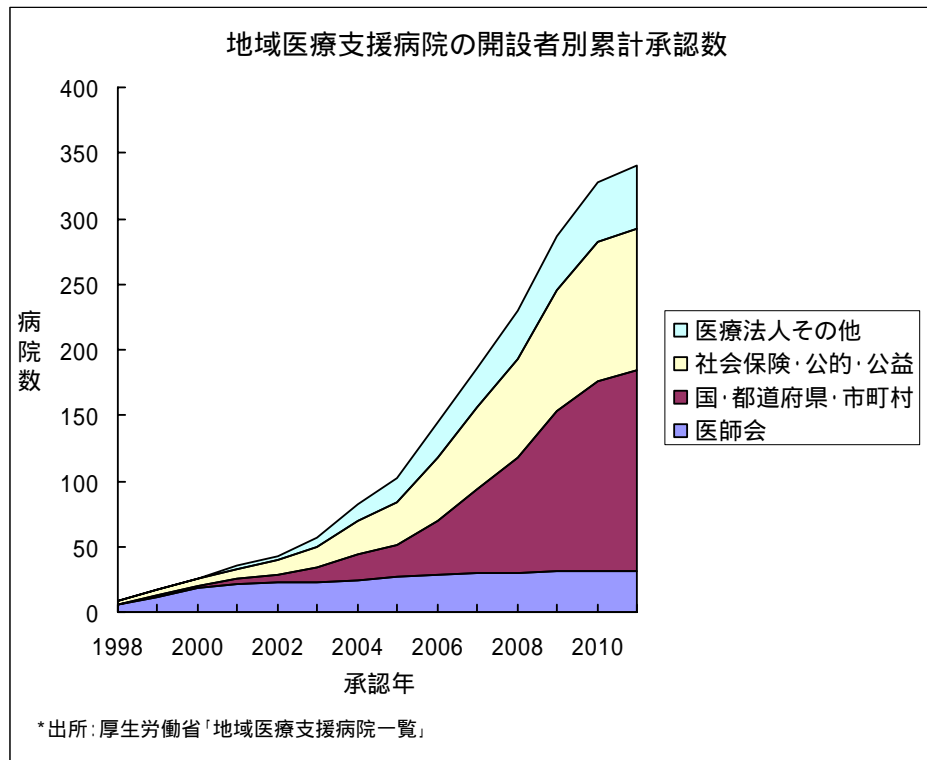
### 3. 地域医療支援病院数

地域医療支援病院は、承認要件が緩和された2004年以降毎年増加し、2011年3月末時点の承認数は340施設である。



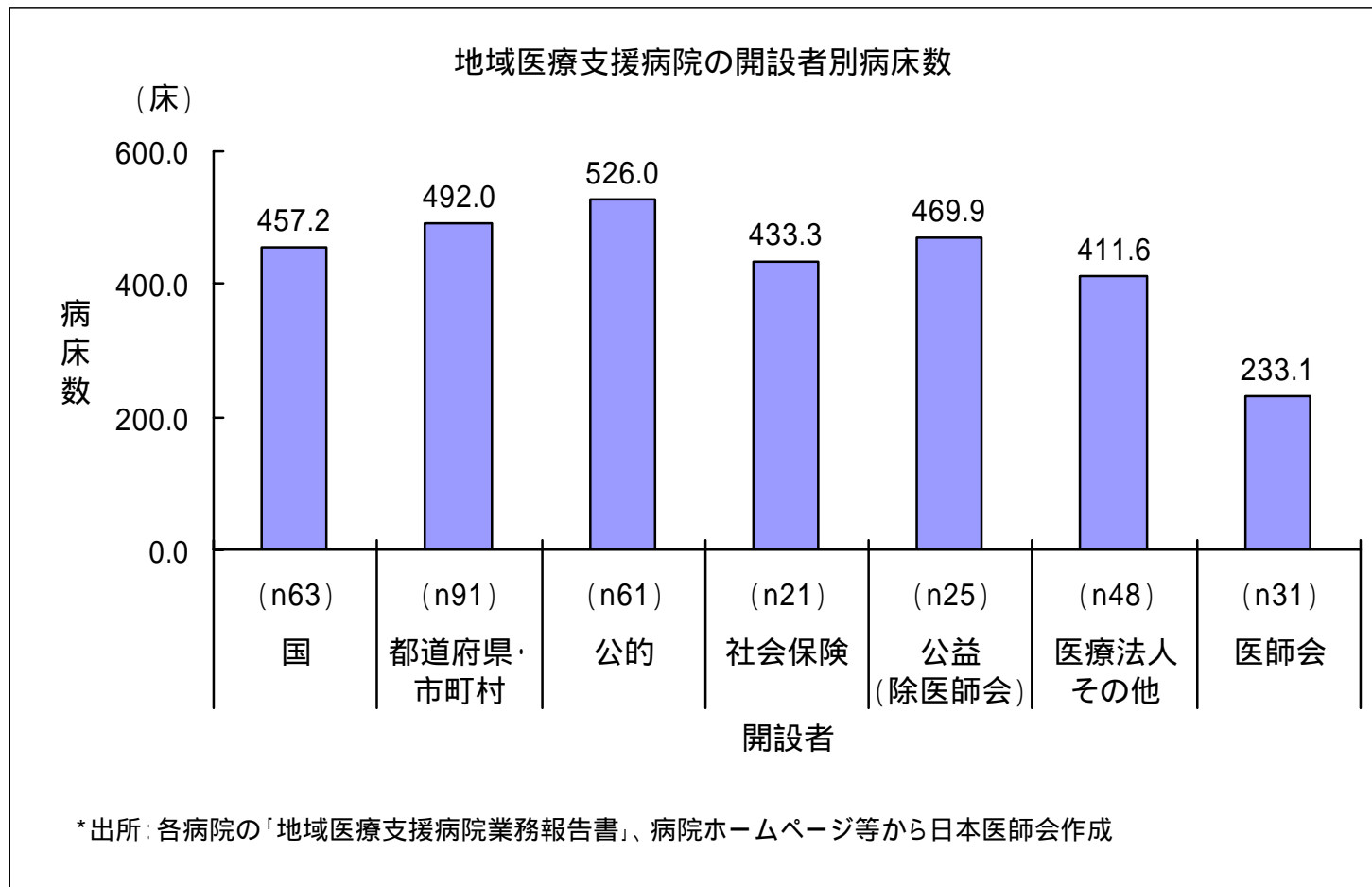
## 4. 開設者別

地域医療支援病院は、制度化当初、医師会立病院を中心に承認されてきたが、現在は、自治体病院(都道府県・市町村立)が26.8%、国が開設者の病院が18.5%である。



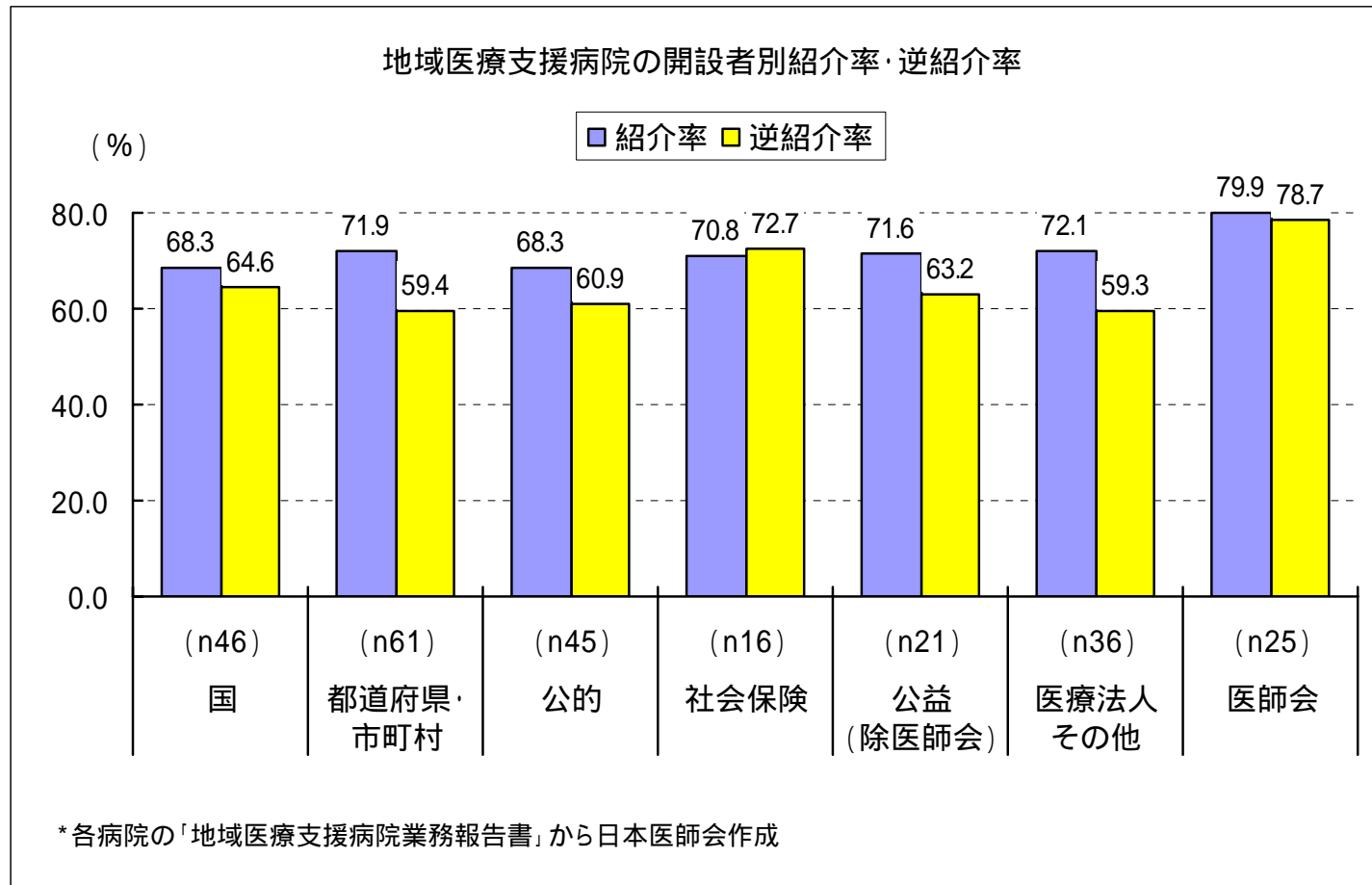
## 5. 病床規模別

地域医療支援病院創設時に多く承認された医師会病院の平均病床数は233.1床であるが、それ以外の開設者では平均が400床を超えている。



## 6. 紹介率・逆紹介率

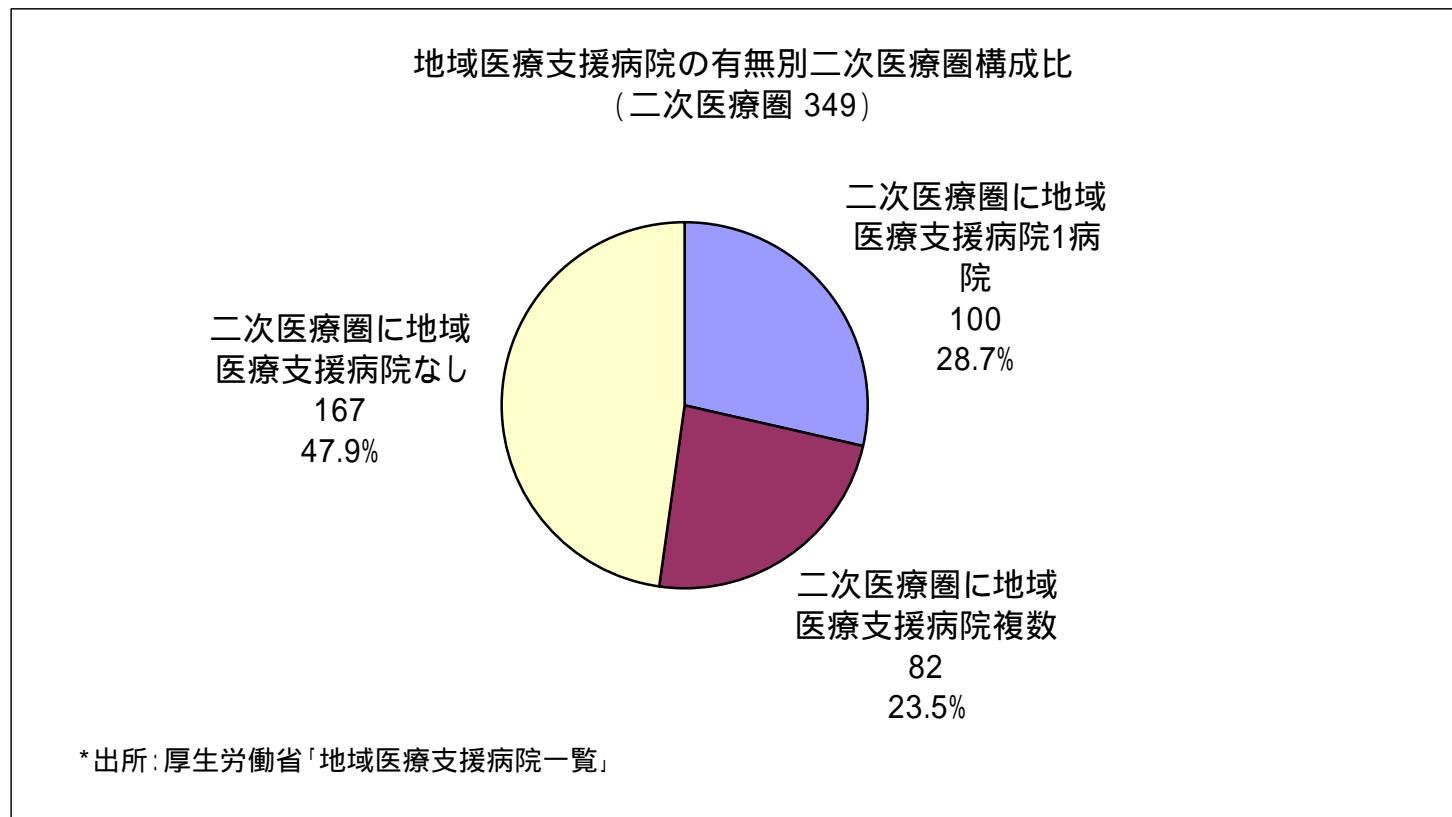
地域医療支援病院創設当初の承認要件は紹介率80%を上回っていることであつたが、現在も開設者別平均でこれを達成しているところはない。



\*各病院の「地域医療支援病院報告書」から日本医師会が集計。「地域医療支援病院報告書」は都道府県によっては、閲覧のみで写しをとれないところがあるので、紹介率・逆紹介率の情報が収集できた250病院分。多くは2009年度データであるが、都道府県によっては、2008年度あるいは2007年度分までしか公表されていないところもある。

## 7. 二次医療圏別の地域医療支援病院数

地域医療支援病院は、1998年6月1日の厚生省(当時)健康政策局長通知で、「全ての二次医療圏において、かかりつけ医(歯科医)等への支援を通じた地域医療の体系化と地域医療支援病院の整備目標について、次の機能及び地域の実情を考慮し検討を行う」こととされた。しかし、現在も約半分の二次医療圏において、地域医療支援病院が整備されていない。



## 8 . 地域医療支援病院についての課題

地域医療支援病院の趣旨は、「紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、第一線の地域医療を担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有する」病院である。

当初は、趣旨にそって、紹介患者に対する医療の提供、共同利用が重視されており、医師会病院が多く承認されていた。しかし、2004年に承認要件が緩和されてから、国公立病院などの承認も増えている。診療報酬上の地域医療支援病院入院診療加算1,000点、DPC病院の場合には、機能評価係数（0.0327）を算定できることも背景にある。

### (論点)

「地域医療支援病院」である以上、当初の趣旨にそって承認要件を見直し、かつ地域的にも偏在がないようにすべきではないか。

承認要件を見直した上で、真に必要な病院機能に対してのみ、診療報酬財源を投入すべきではないか。