

# 第5回 チーム医療推進方策検討ワーキンググループ

日時：平成23年1月28日（金）17:00～19:30

場所：厚生労働省 省議室（9階）

## 議 事 次 第

### 1. 開会

### 2. 議題

- (1) チーム医療を推進するための方策について
- (2) その他

### 3. 閉会

#### 【配布資料】

#### 座席表

資料1：前回までの議論の整理

資料2：堀内委員 ヒアリング資料

資料3：柏木委員 ヒアリング資料

資料4：近森委員 提出資料

資料5-1：栗原委員 提出資料①

資料5-2：栗原委員 提出資料②

資料6-1：向井委員 提出資料①

資料6-2：向井委員 提出資料②

資料7：松阪委員 提出資料

資料8：津川委員 提出資料

資料9：森田委員 提出資料

## 1. チーム医療を推進するための基本的な考え方

- 我が国の医療は非常に厳しい状況に直面しており、医学の進歩、高齢化の進行等により医師や看護師の許容量を超えた医療が求められる中、チーム医療の推進は必須である。
- チーム医療を推進する目的は、専門職の積極的な活用、職種間の有機的な連携を図ること等により医療の質的な改善を図ることであり、そのためには、①コミュニケーション、②情報の共有化、③チームマネジメントの3つの視点が重要である。
- 医療スタッフ間における情報の共有のための手段としては、定型化した書式による情報の共有化や電子カルテを活用した情報の一元管理などが有効であり、そのための診療情報管理体制の整備等は重要である。
- 患者もチーム医療の一員という視点も重要であり、患者に対して最高の医療をするために各職種がどのように協力するかを考える必要がある。また、患者もチームに参加することによって医療者に全てを任せるのではなく、自分の治療の選択等に参加することが必要である。
- より良い医療を実践するためには、医師に全面的に依存するのではなく、医療チームがお互いに自立し、信頼しあいながら医療を進める必要があり、医師はチームの中でリーダーとしてチームワークを保つことが必要である。
- チーム医療を展開する中で、医師、歯科医師が個々の医療従事者の能力等を勘案して「包括的指示」を積極的に活用することも重要な手段であるが、「包括的指示」の要件等をあまり定型化しすぎると医療現場の負担増になる可能性に注意が必要である。
- チームの質を向上させるためには卒前・卒後の教育が重要であり、専門職としての知識や技術に関する縦の教育と、チームの一員として他職種を理解することやチームリーダー・マネージャーとしての能力を含めた横の教育が必要である。

### 例) チーム医療の教育 (昭和大学)

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

- 急性期、回復期、維持期、在宅期において求められるチーム医療のあり方はそれぞれ異なるものであり、各ステージにおけるチーム医療のあり方を考えるとともに、各々のチーム医療が連鎖するような仕組みの構築が必要である。

## 2. 急性期・救急医療の場面におけるチーム医療

- 高齢者に対しては、高齢者に特徴的な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の対策が必要であり、そのためには急性期の段階からの対策が重要である。
- 急性期医療におけるチーム医療については、現状ではマンパワーが限られていることから、少数の専門職が課題に応じてチームを編成する「専門部隊型のチーム医療」が中心となっている。「専門部隊型のチーム医療」においては、質の高いチーム医療の提供は可能であるが、カンファレンス等により情報共有のためのすりあわせが必要であるため、処理能力には限りがあり、手術室や ICU などのリスクの高い患者に対するチーム医療には適している。
- 今後の急性期医療におけるチーム医療においては、十分な専門職を病棟に配置する「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。

### 例1) 急性期における栄養サポートチーム（近森病院）の取組

管理栄養士を病棟に配属し、患者の身体所見等の確認を直接行ったり、業務の標準化や電子カルテによる書式の標準化を通じた情報共有を図ったりすると共に、院内 PHS を活用し、どこでも連絡をとれる状態にし、必要な時に必要な症例に対して NST 介入を行っている。

### 例2-1) 病棟における医薬品の安全管理（東住吉森本病院）

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

### 例2-2) 手術室における薬剤師の取組（広島大学附属病院）

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

### 例3) 入院患者の状態に応じたきめ細やかな栄養管理の効果

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

## 3. 回復期・慢性期医療の場面におけるチーム医療

- 回復期のチーム医療においては、褥瘡対策や栄養管理、感染対策といった課題に対応す

ることが求められており、そのためには病棟への様々な専門職の手厚い配置が求められている。回復期リハビリテーション病棟においては、診療報酬における配置基準よりも多くのリハビリスタッフやST、配置基準には規定されていない管理栄養士、社会福祉士等を配置している。

- リハビリテーションにおいては、実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として、リハビリテーションチームによって全人的アプローチが行われており、リハビリ関係職種だけではなく様々な職種とカンファレンスを軸にした情報共有と連携を行っており、特に①関係職種間の情報共有②チームとしての共通目標③家族の参加④専門職が互いに尊重し合うことが重要である。

例) 回復期におけるチーム医療（長崎リハビリテーション病院）の取組

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

48床に対してスタッフ76人という手厚い配置を行っており、看護を基盤として互いに他職種を尊重し、明確な目標に向かってそれぞれの見地から評価を行い、専門的技術を効率よく提供する観点からチームアプローチを行っている。

#### **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。
- 在宅医療において、患者・家族の不安を取り除くために24時間対応は非常に重要であり、確実な連絡体制を確保する必要がある。

例1) 在宅医療におけるチーム医療（クリニック川越）の取組

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

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

薬局薬剤師が退院時カンファレンスへ参加したり、病院薬剤師、薬局薬剤師、訪問看

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

### 例3）入院から在宅までの切れ目のない栄養管理の取組

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

## 5. 医科・歯科の連携

- 急性期・救急医療、回復期・慢性期医療、在宅医療の場面において、医科と歯科の連携は不可欠である。しかし、歯科を標榜して歯科医療関係職種を配置している病院は少なく、歯科医療関係職種は歯科診療所に多く配置されていることから、歯科医療関係職種を交えたチーム医療を推進していくためには、病院内の連携に限らず、地域における病診連携、診診連携を含めた病院内・外における医科と歯科の連携を推進していくことが必要である。
- 口腔ケアは歯科的口腔管理の基本であり、誤嚥性肺炎予防等の予防に寄与し、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することにより、高齢患者において特に重要な合併症の予防が期待される。
- 歯科医師等の歯科関係職種をチーム医療の一員とし、口腔内管理の徹底を図ることで、誤嚥性肺炎や窒息事故等の発生を防止し、その後の医療を円滑に行うことに貢献するとともに、摂食・嚥下障害、低栄養状態、口臭等に対する専門的な医療対応を行うことが可能となり、入院患者のQOL向上に寄与することができる。
- 医科・歯科連携を行うことで、入院患者のQOL向上や早期回復等に寄与するだけでなく、退院後も在宅、施設等の生活する場における地域連携パスに繋ぎ、口腔の医療面からの地域医療に貢献することが可能となる。
- 病院における医科・歯科連携は、歯科を標榜していない病院が多いことから、病診連携も含め、歯科医師が、あるいは、歯科医師と歯科衛生士がともに参画することが必要であり、そのための施策の整備が望まれる。

例) 医科歯科連携におけるチーム医療（長崎リハビリテーション病院）の取組

歯科診療オープンシステムを活用して非常勤歯科医師と歯科衛生士を活用した医科・歯科連携を行っている。

例) 医科歯科連携におけるチーム医療（昭和大学病院）の取組

チーム医療の実践、チーム医療教育、地域医療連携を3本柱とした口腔ケアセンターを設置している。歯科のある病院においては、歯科を通してチーム医療に参加し、歯科のない病院においては、病棟へチームが直接に参加して医科・歯科連携を行っている。

## **6. 特定の診療領域等におけるチーム医療**

- 特定の診療領域や課題に応じて、様々な職種による治療チームを構成してチーム医療を実践することにより、各職種がそれぞれの専門性を発揮した業務に取り組むことが可能になり、医療の質と効率性の向上といった効果が期待される。

例) 特定の診療領域等におけるチーム医療の取組

・褥瘡対策チーム（脳血管研究所美原記念病院の例）

看護師が褥瘡発生リスクを随時評価し、医師・薬剤師・看護師がベッドサイドにて薬剤選択及び治療方針の決定を行い、ハイリスク患者に対して積極的な体位変換を実施する取組により、ハイリスク患者が多い中で褥瘡発生率を低く抑え、治癒率も良好な水準となっている。

・リハビリチーム（脳血管研究所美原記念病院の例）

医師及びリハビリスタッフがリハビリの適応の確認を行い、リハビリスタッフと看護師が連携して、超早期からのリハビリを実施するとともに、日常生活援助にリハビリ的看護ケアを導入するなどの取組によりADLの改善度合いが向上している。

## **7. 医療スタッフの業務の効率化・業務負担の軽減**

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

例1) 薬剤師の病棟配置による薬剤管理の取組

薬剤管理において、薬剤師を病棟に配置し、医師と協働した薬物療法の検討、注射薬の調製、医師・看護師と協働した点滴投与時の注意事項の確認等を実施することにより、薬剤に関するインシデント報告件数が減少する効果が現れている。

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

例2) 管理栄養士の病棟配置による栄養管理の取組

病棟配置により、患者の日々の栄養食事摂取状況・身体状況・病状から栄養状態の変化

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

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

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

例) 医療クラーク導入による医師の勤務環境改善の取組 (済生会栗橋病院)

医療クラークを17名導入し、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など患者サービスが向上するとともに、医師の時間外勤務が減少するなど負担軽減効果や、時間外手当の減少などの効果がみられている。

## 第5回 チーム医療推進方策検討WG

# 周産期におけるチーム医療 自立と連携



聖路加産科クリニック 副所長  
聖路加看護大学 教授  
日本助産学会 理事長  
堀内 成子



1

平成22年3月「チーム医療の推進に関する検討会」報告

### 3. 看護師以外の医療スタッフ等の役割拡大

#### (2) 助産師

助産師は、正常分娩であれば、自ら責任を持って助産を行うことができることから、産科医との連携・協力・役割分担を進めつつ、その専門性をさらに活用することが期待される。

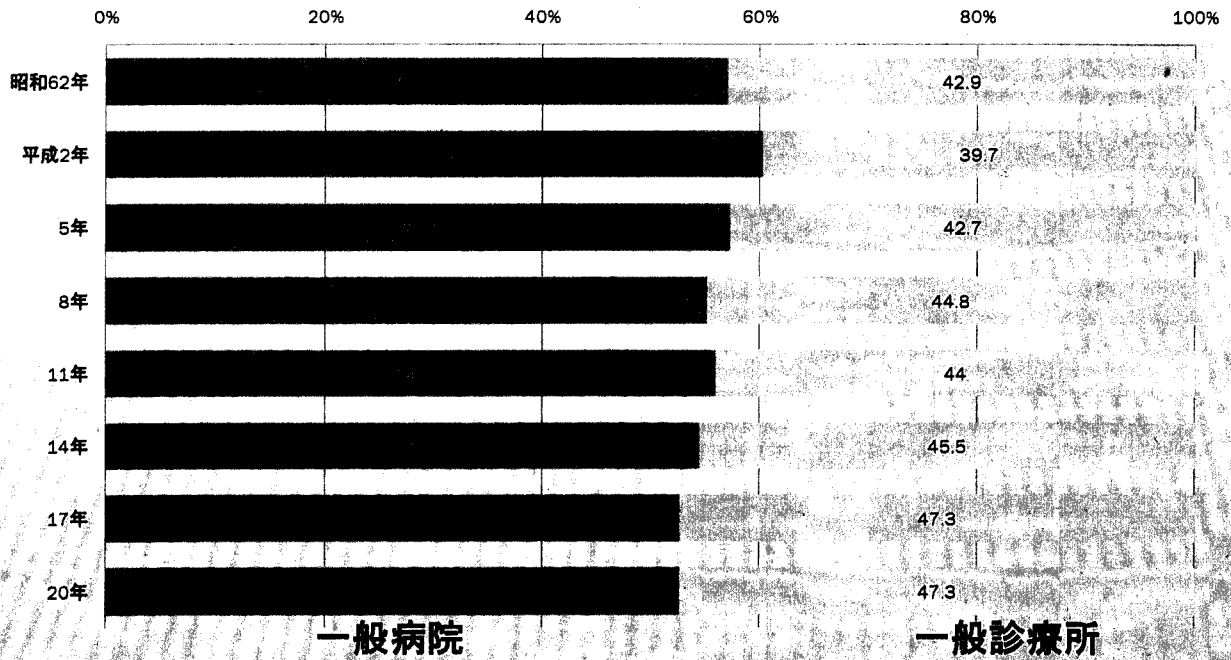


自立と連携

2

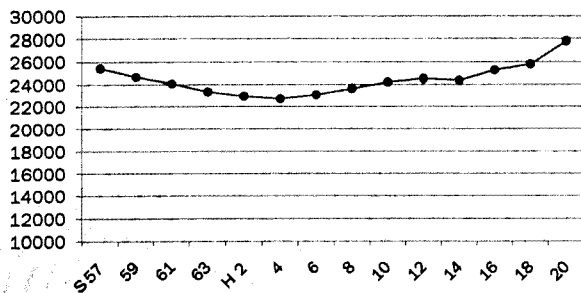


# 分娩件数の年次推移 一般病院と診療所



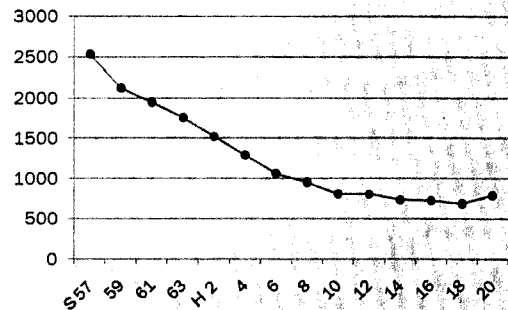
## 就業助産師数

就業助産師数の年次推移



資料：保健・衛生行政業務報告（衛生行政報告例）

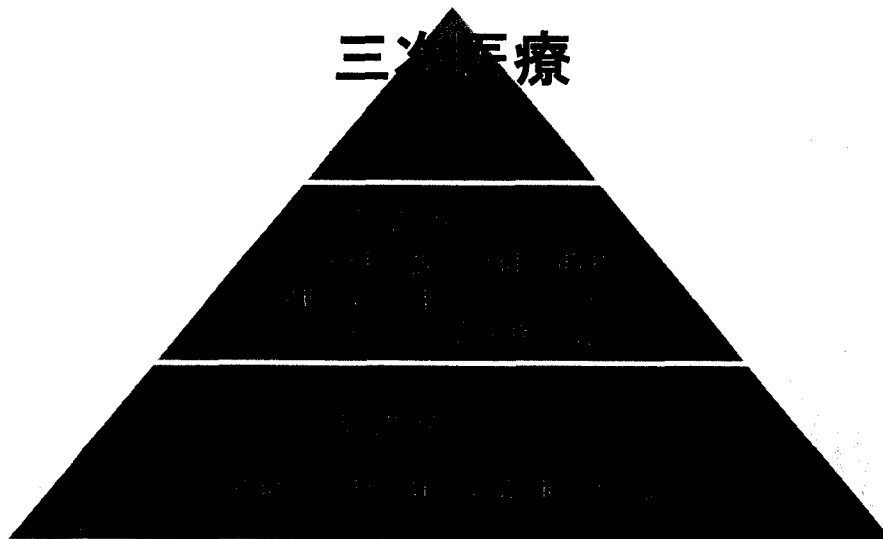
開設者である助産所数の年次推移



資料：保健・衛生行政業務報告（衛生行政報告令）

場所別：病院68.8%、診療所18.7%、助産所5.9%

# 医療レベルとチーム医療



妊産婦・家族のニーズ と 医療者からの助言

5

## 提案するチーム

A. プライマリケア助産所-嘱託医療機関チーム  
(一次医療と高次医療の連携) 少職種・外部照会

B. プライマリケア診療所-高次医療チーム  
(一次医療と高次医療の連携)

C. ハイリスク・トリアージ病院内チーム  
(二次・三次医療施設内の住み分け) 多数多職種

少  
職  
種

多  
職  
種

分娩件数Cが52%,Bが47%,Aが1%

6

## 開業している助産師

- A 助産所での分娩対象者
- B 産婦人科医との相談の上、共同管理
- C 産婦人科医が管理するべき対象者

## 正常分娩急変時のガイドライン

助産所  
嘱託医・嘱託医療機関をもつ

7

## プライマリケア助産所-嘱託医療機関チーム

### 正常妊娠・分娩・産褥・新生児のケア

- 地域に根ざしたケア—女性の産む力の育成・尊重
- 顔なじみの助産師による継続したケア・徹底した養生支援

### 正常逸脱・異常例の転院・搬送

- 正常からの逸脱を予想させる妊産婦・新生児の発見
- 嘱託医との密接な相談・連携
- 嘱託医療機関での事前診察・密接な情報交換

必要な人に、必要な医療を

8

# 助産所からの搬送率

(江藤宏美、東京都助産所6104件分娩)

<b>6%</b> 妊娠中	<ul style="list-style-type: none"><li>・骨盤位・切迫早産</li><li>・妊娠高血圧症候群</li></ul>
<b>3%</b> 分娩中	<ul style="list-style-type: none"><li>・遷延分娩 ・微弱陣痛</li><li>・出血</li></ul>
<b>1%</b> 産褥・新生児	<ul style="list-style-type: none"><li>・新生児仮死</li><li>・高ビリルビン血症 ・産婦出血</li></ul>

必要な人に、必要な医療を

9

## プライマリケア診療所-高次医療チーム

### 正常妊娠・分娩・産褥・新生児のケア

- ・地域に根ざしたケアー女性の産む力の育成・尊重
- ・顔なじみの助産師・医師による継続ケア・予防重視
- ・医療介入は必要不可欠なものに限定

### リスクのある症例の治療

- ・正常からの逸脱を予期させる妊産婦・新生児の発見
- ・適宜、高次医療機関へ転院・搬送

8割の正常症例、2割のリスク症例

10

# プライマリケアに助産師を活用する利点

1. 妊産婦の意向を尊重したケアが可能
2. 妊産婦は、正常性を保つ健康管理を学ぶ
3. 地域に根ざした長期的子育て支援が可能
4. 家族まるごと視野に入れた健康づくり
5. エビデンスに基づく医療の提供
6. 防衛医療の抑止、医療費節約
7. 妊産婦・家族の満足度が高い

11

## 妊婦と冷え症

(中村幸代、妊婦の冷え症がもたらす異常分娩の解明、2011)

1. 早産	3.5倍
2. 遷延分娩	2.4倍
3. 微弱陣痛	2倍
4. 前期破水	1.7倍

### 2810人の東京都内の妊婦調査

(分析は、傾向スコアを用いて、共分散分析・層別分析を施行し交絡因子の調整を行った。)

**妊娠中の身体の冷えを防ぐ養生法の根拠**

12

# 希望している母親の母乳授乳達成率

(聖路加産科クリニック、2010)

	全国平均	聖路加産科 クリニック
希望者	96 %	99 %
退院時	48.6%	87.5%
1ヶ月児	42.4%	90 %

母乳授乳が成功するための支援

13

## B チーム例：聖路加産科クリニック (門前、院外助産診療所)

99%助産所のような診療所

(帝王切開・硬膜外麻酔 不可)

ケア可能な妊産婦の条件：

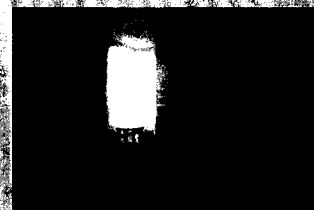
利用者説明で事前に説明

助産師チームによる妊娠から産後までのケア  
時間をかけての身体づくり・心の準備

必要最低限の医薬品の使用

・・・陣痛促進剤、緩下剤使用しない

ある程度予測できる転院・搬送



# 妊産婦の評価：聖路加産科クリニック

寄り添ってくれる人がいたから身体も心のことも、  
しっかり自分と向き合うことができた妊娠期間でした。

1回、1回がとても充実していて来院するたびに信頼  
関係を深められたように思う。

産後に便秘がなおってびっくりした。食事の大切さ  
を学んだ。

家庭的だけど専門的なケアが受けられた。

自然に身を任せたお産は、大変感慨深い。本当に自分  
の力で「産めるんだ」「産めたぞ」という思いでした。

息子のこと、夫のことをますます愛してしまう心の  
ゆとりをこの場所でいただきました。



## ハイリスク・トリアージ病院内チーム

### リスクのある妊産婦へケア

- ・治療方針決定は医師：産婦人科・小児科・遺伝診療・麻酔科・精神科他
- ・専門性を活かした支援：助産師・看護師・薬剤師・臨床心理士・栄養課・ソーシャルワーカー・医事課等

### 正常妊娠・分娩・産褥・新生児のケア

- ・院内助産システムにトリアージ、業務範囲を明白に
- ・多人数多職種がかかわる故に、分断しない工夫

7-9割のハイリスク・3-1割の正常例（二次・三次医療）

# 周産期医療機関をどう選ぶか 妊産婦・家族への啓発活動

妊娠の確定・・・妊婦と家族の希望・選択

医療レベルの選択・・・妊娠6週で分娩予約・お産難民に焦る！  
選択肢が分からない。事前情報が少ない。

リスクが生じたら・・・高次医療システムへ変更

＜安心・安全への道＞

ミスマッチを防ぐ！

一次医療で対応できる人が、三次医療を選ぶ。×  
三次医療の必要な人が、一次医療にいる。×

公平な医療資源の分配・・・必要な人に必要な医療を

17

## さらなるチーム医療への道

1. ケアモデルガイドラインの開発
2. 現行基準に合った用語と業務範囲を決定
3. 基準と法制化を調和させる
4. 医師個人の方針に左右されないシステム
5. 標準化された状況での包括指示
6. 情報共有を促進する
7. 妊産婦への啓蒙、利点を奨励する
8. 医療費節約の可能性を探索

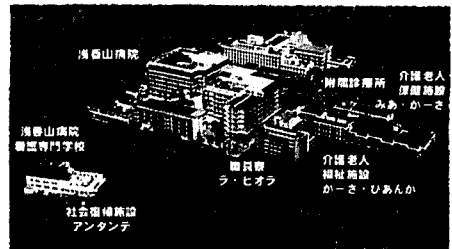
18



# 精神科チーム医療と 精神保健福祉士の役割

財団法人浅香山病院  
精神保健福祉士  
柏木 一恵

## 財団法人浅香山病院の概要



- 創立: 1922年(大正11年)11月
- 許可病床: 1,196床  
(精神病床948床・一般病床152床・療養病床96床)
- 標榜科目: 内科(消化器・呼吸器・腎臓)、循環器科、外科、泌尿器科、整形外科、リハビリテーション科、小児科、放射線科、眼科、皮膚科、婦人科、耳鼻咽喉科、麻酔科、歯科、心療内科、精神科、神経科
- 施設基準等: 一般病棟7対1入院基本料、ハイケアユニット入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料1、介護療養型医療施設(I) 精神科救急入院料2、精神科急性期治療病棟入院料1、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料1、精神病棟15対1入院基本料

- 関連施設: 介護老人保健施設「みあ・かーさ」、訪問看護ステーション「ひまわり」、浅香山病院ケアプランセンター、堺東クリニック(泌尿器科・人工透析)、難波クリニック(心療内科・精神科・神経科)、認知症疾患医療センター(病院内併設)、浅香山病院附属診療所、社会復帰施設「アンダンテ」(生活訓練施設・地域生活支援センター・就労ステーション)、メンタルヘルスケアセンター「フィオーレ」、浅香山病院看護専門学校、
- 社会福祉法人浅香山記念会:  
介護老人福祉施設「かーさ・びあんか」

- 病院スタッフ配置数**
- ※( )内パート
- 医師: 常勤51名(34名)  
内 精神科医21名(4名)
  - 看護師: 常勤435名(15名)
  - 准看護師: 常勤89名(3名)
  - 作業療法士: 常勤21名(1名)
  - 理学療法士: 常勤19名(1名)
  - 言語聴覚士: 常勤4名
  - 臨床心理技術者: 常勤10名(3名)
  - 精神保健福祉士:  
法人内 常勤37名(4名)  
内 精神科相談室 常勤17名  
内 精神科デイケア 常勤3名
  - MSW: 常勤3名
  - 薬剤師: 常勤16名
  - 臨床検査技師: 常勤13名
  - 診療放射線技師: 常勤11名
  - 管理栄養士: 常勤5名(2名)
  - 栄養士: 1名
  - 事務職: 常勤51名(24名)

# 精神科医療機関における チーム医療

3

## チーム医療

前提として:

我々がチーム医療をもって目指すのは、医療の究極の目標としての健康  
人々の健康で安心な暮らしの確保のためのサービス提供

健康とは:(1984年WHO保健憲章の定義から)

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることをいいます。

(日本WHO協会訳)

⇒健康な生活を確保するため求められるチーム医療において、  
肉体的や精神的健康を目指し、疾病に焦点をあてCUREやCAREを提供することと、  
社会的に良好な状態の実現を目指しCAREを提供することが必要であり、  
それぞれに専門的対応を行う専門職やスタッフがチームとして存在する必要がある。

4

## 精神科医療においてチーム医療が不可欠な理由その1

### ●歴史的背景と現状の課題から

日本の精神医療政策においては、長く「医療」の対象としてのみ処遇され、社会生活を営む生活者としての権利を保障する状況になかった。

○ハードでは、医療圏域設定や医療機関のアメニティ、人員配置を含む施設基準や入院制度等の精神医療法制度施策の貧弱さ

○ソフトでは、国民への精神疾患や精神障害に関する普及啓発不足から、「著しいところのバリア」がある状況

⇒日本の精神科医療の最大の課題

入院患者の在院期間の長期化・・・平均在院期間〇〇年

社会的入院患者の多さ・・・約7万6千人

任意入院でありながら閉鎖処遇を受けている患者の多さ・・・〇〇割

⇒権利擁護を担う社会・生活モデルによる支援人材

＝ソーシャルワーカーの必要性

5

## 政策の変遷

1950年 精神衛生法成立

入院処遇を強めていく時代状況へ

1987年 精神保健法成立

患者の権利擁護と社会復帰を法に謳われ、社会復帰支援に向けて他職種チーム医療の展開が進み始める

1993年 障害者基本法(障害者の位置づけが法に明記)

1995年 精神保健福祉法成立以降

政策的には、地域生活実現のための方向性に向かう

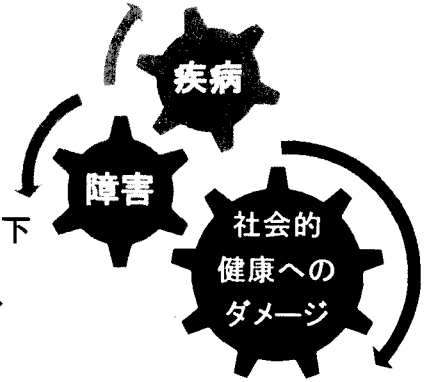
2004年 精神保健医療福祉の改革ビジョン

「入院医療中心から地域生活中心へ」

6

## 精神科医療においてチーム医療が不可欠な理由その2

### ● 疾病と障害を併せ持ち、 相関関係が大きい障害特性



事例1: 疾病⇒鬱症状により、不眠、意欲低下、集中力低下

障害⇒外出億劫、人とのコミュニケーションに支障、

業務遂行の継続困難、出勤困難

社会的健康へのダメージ⇒休職、退職⇒家族関係、社会的役割喪失等

事例2: 疾病⇒統合失調症により、幻覚妄想等の出現

障害⇒視線恐怖から外出困難、不登校、昼夜逆転

社会的健康へのダメージ⇒休学、留年、中退、ひきこもり

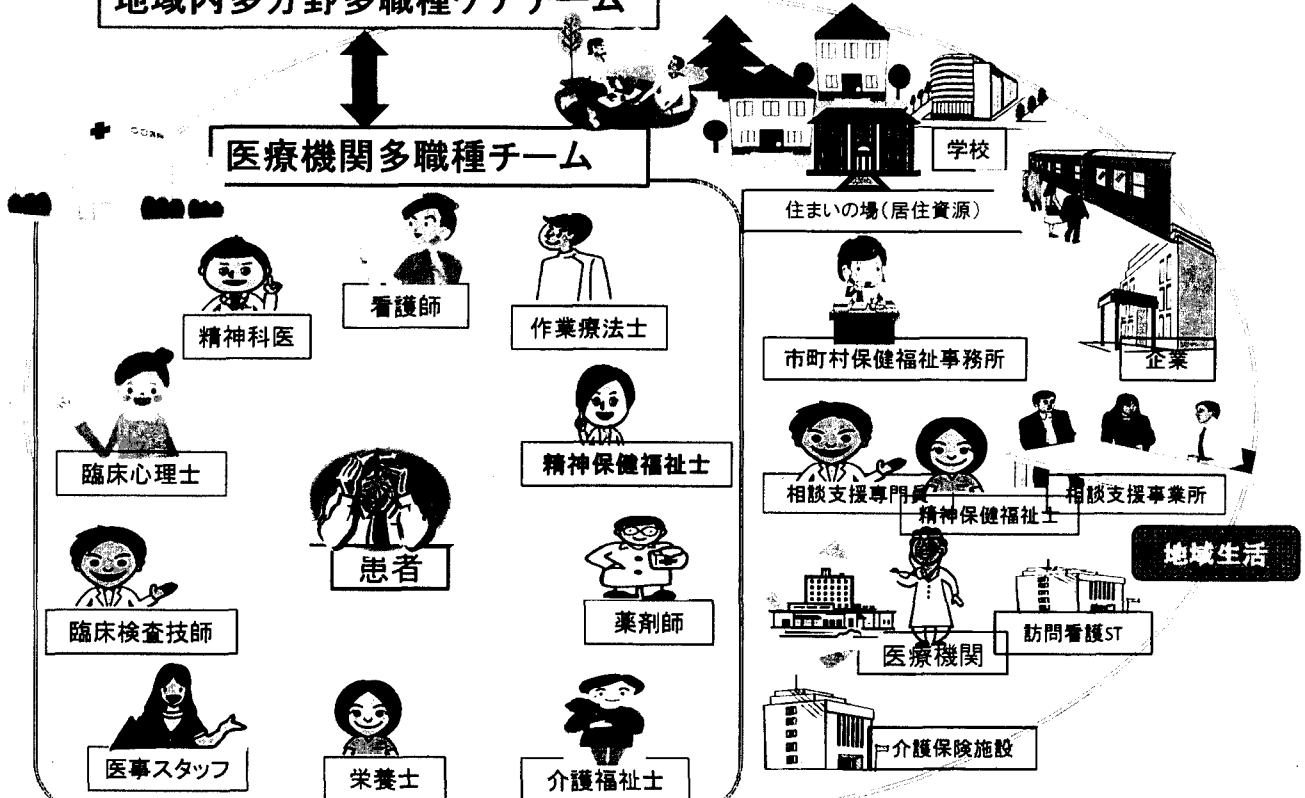
⇒自立生活困難⇒就労困難、生活再建困難

⇒生活者として対象者支援を行う人材

=精神保健福祉士(ソーシャルワーカー)の必要性

健康な生活保持の支援に向けては包括的支援チームがどこでも必要となる

### 地域内多分野多職種ケアチーム



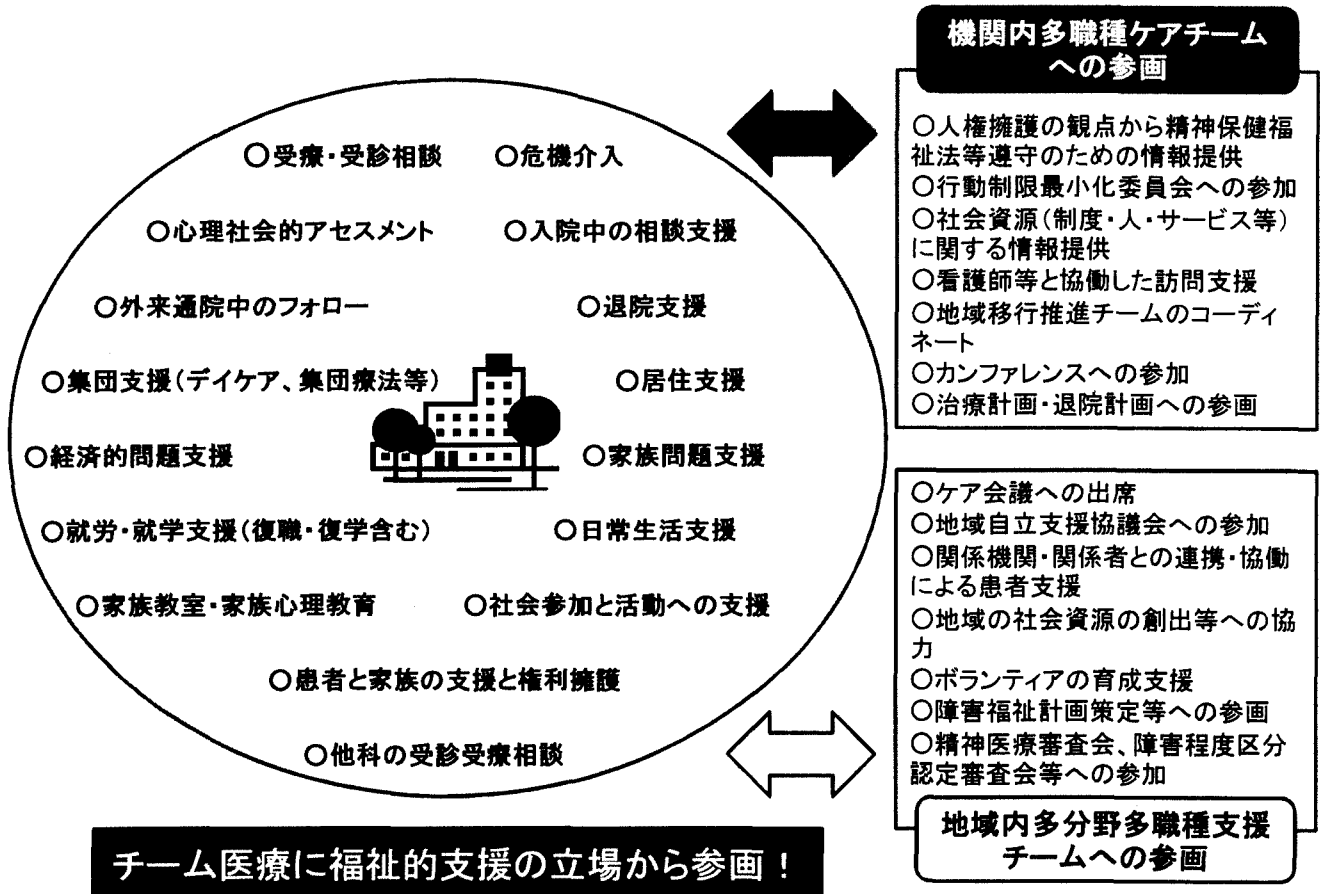
多職種協働によるチーム医療の提供

# 精神科チーム医療における各職種の役割分担

職種等	役割
医師	治療計画に基づき、各医療スタッフの役割を明確にし、その専門性が発揮できるように指導・調整。スタッフへの医学的情報の提供。「医師の指示」は「具体的指示」を含む「包括的指示」。
看護師・准看護師	入院医療では、すべての病期に関わる連続的な看護業務を重視し、看護師としての専門性、主体性、独自性を保つ。在宅医療（訪問看護）では、病棟看護職員以上の実力と人間性が要求される。さらに、「診療の補助」をこえて実施可能な「医行為」が認められることで、医師の「包括的指示」をより積極的に活用できる。
精神保健福祉士	精神保健福祉士の役割は別掲
作業療法士	作業療法を通じて患者の治療・回復の援助を行う。作業療法は病状や病期、年齢、性別等を考慮し、さらに個人・小グループ・集団に合わせた多様なプログラムが実施されている。
薬剤師	薬物療法への参加。服薬指導、薬歴管理。薬物療法の提案には、医師と薬剤師の意識改革と信頼が不可欠。アドヒアランスの向上。居宅患者の薬剤管理や副作用のチェック。
心理士	心理療法、心理教育、心理相談、心理アセスメント。医師とは異なる側面からの情報提供・提案。
管理栄養士	患者の高齢化、生活習慣病有病者の増加、新規抗精神病薬による肥満・血糖値の上昇の対策と予防等の栄養指導は、現行制度のもとでも医師の包括的な指示を受けて可能。
事務職員	煩雑化する書類に関する業務量の増加に対応し、他職種の負担軽減のため積極的に活用すべき。医療クラークの基準緩和と診療報酬上の評価が必要。金銭の預かりや管理。未払い金の把握。
看護補助者	看護職員の負担軽減。病棟・病室の清掃、ベッドメイキングその他の「療養上の世話」の補助。検体や書類・伝票の運搬業務。
患者本人及び家族	本人及び家族もチーム医療のメンバー。可能な限り説明と同意を求める意識が必要。ただし、家族への期待・要求は過度であってはならない。

※日本精神科病院協会 看護・コメディカル委員会「精神科チーム医療の提案」(中間報告)を参考に作成

## 医療機関における精神保健福祉士の役割



## 精神科チーム医療の具体例

### ○浅香山病院におけるチーム医療の具体例

- 1)入院医療(急性期)
- 2)地域移行支援
- 3)認知症疾患医療センター

### ○虐待防止に関するチーム医療

(杏林大学医学部附属病院の例)

### ○自殺未遂者ケアに関するチーム医療

(横浜市立大学附属市民総合病院の例)

### ○アルコール依存症等への取り組みに関するチーム

⇒精神科医療のさまざまなチーム医療において

精神保健福祉士(ソーシャルワーカー)の

チーム構成員としての関わりが求められている。

11

## 浅香山病院におけるチーム医療の実際

# 精神科入院医療(急性期)の流れと精神保健福祉士の役割

精神科救急病棟においては①新規入院者数が病棟全体の入院患者数の40%以上③在宅復帰率が40%(算定料1なら60%)以上

②非自発的入院の件数が病棟全体の60%以上 ④措置・緊急措置・応急入院の件数が圏域で年間30件以上

など、救急病棟の算定基準(上記は一部抜粋)を満たす必要がある。そのためには多職種が連携の上、各職種が専門性を生かして業務に取り組む必要がある。

精神保健福祉士は、地域生活が破綻し今後の生活に課題を抱えている患者に対し、これまでの生活状況を整理し今後に繋がる道筋をつける事を主な役割としている。

	急性期	休息期	回復期	
医師	治療の導入・各種検査 診断・当面の治療方針の決定	薬物療法・精神療法 本人・家族への経過説明と指導	薬物療法・精神療法 (外来主治医への紹介)	退院
看護師	安心できる療養環境の提供 症状観察 セルフケア援助	症状観察 対人関係の支援 服薬管理 セルフケアの援助	対人関係の支援 服薬の自主管理・治療継続への意識づけ 退院前訪問看護 SST・グループワーク	
精神保健福祉士	<アセスメント> 本人・家族への導入面談 生活歴等の聴取 患者の課題・ニーズの把握 経済的問題の把握と対応 家族との関係性の把握 社会資源の利用状況の把握	<本人・家族面談> 社会資源の情報提供と支援 (ニーズに合わせた活用準備) 退院後の課題整理 今後の不安などへのフォロー 家族への情報提供と心理的支援 退院前訪問看護	<退院準備> 退院後の地域支援とのつなぎ 地域支援者を含めたカンファレンス 社会資源の活用支援(具体的手続き等) 治療環境の調整 退院前訪問看護 家族心理教育・家族教室の運営	
臨床心理士	心理検査・診断補助	入院に伴う不安・不満のフォロー パントリー(ゆとりの時間帯での健康なコミュニケーションの保障)	検査結果のフィードバック 外来でのカウンセリングの検討	
作業療法士		病棟OT・病棟内個別OT	個人OT	
薬剤師		(個別服薬指導)	グループOT (個別服薬指導)	
事務員	救急算定要件の確認	心理教育(集団精神療法) テキストを用いた勉強会形式 患者3~4名とスタッフ3~4名 臨床心理士・精神保健福祉士・看護師・薬剤師・医師	退院時算定要件の確認 データ分析	

**チームカンファレンス**

医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士・臨床心理士等が参加

各専門職の情報の共有  
退院までの課題整理  
各職種の視点での意見交換  
↓  
治療方針の決定及び修正  
各職種での役割分担

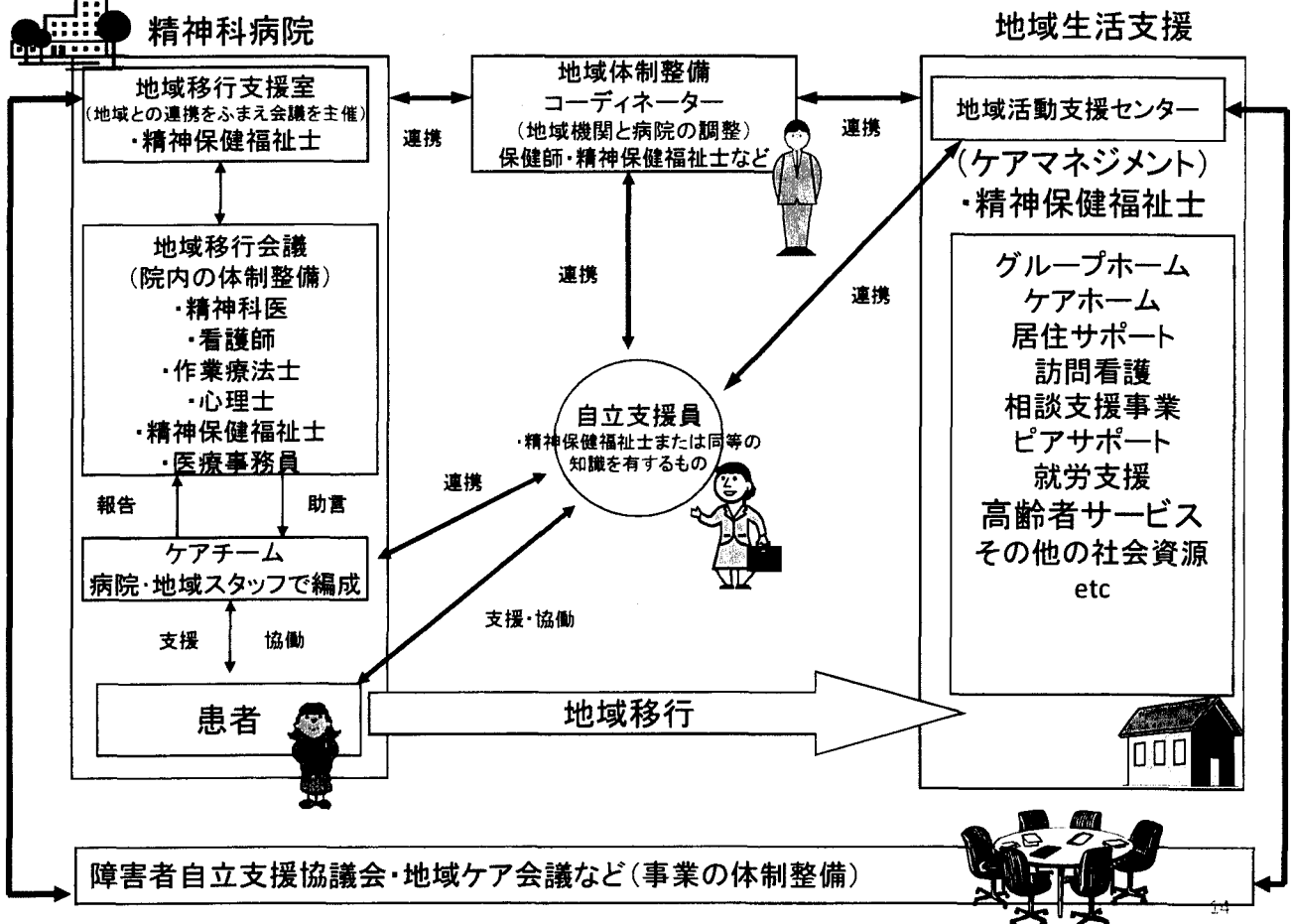
<各回のテーマ>

1) 病気の経過と回復までのプロセス 2) 薬の作用と副作用  
3) 再発予防とストレス 4) 社会資源の利用とリカバリー

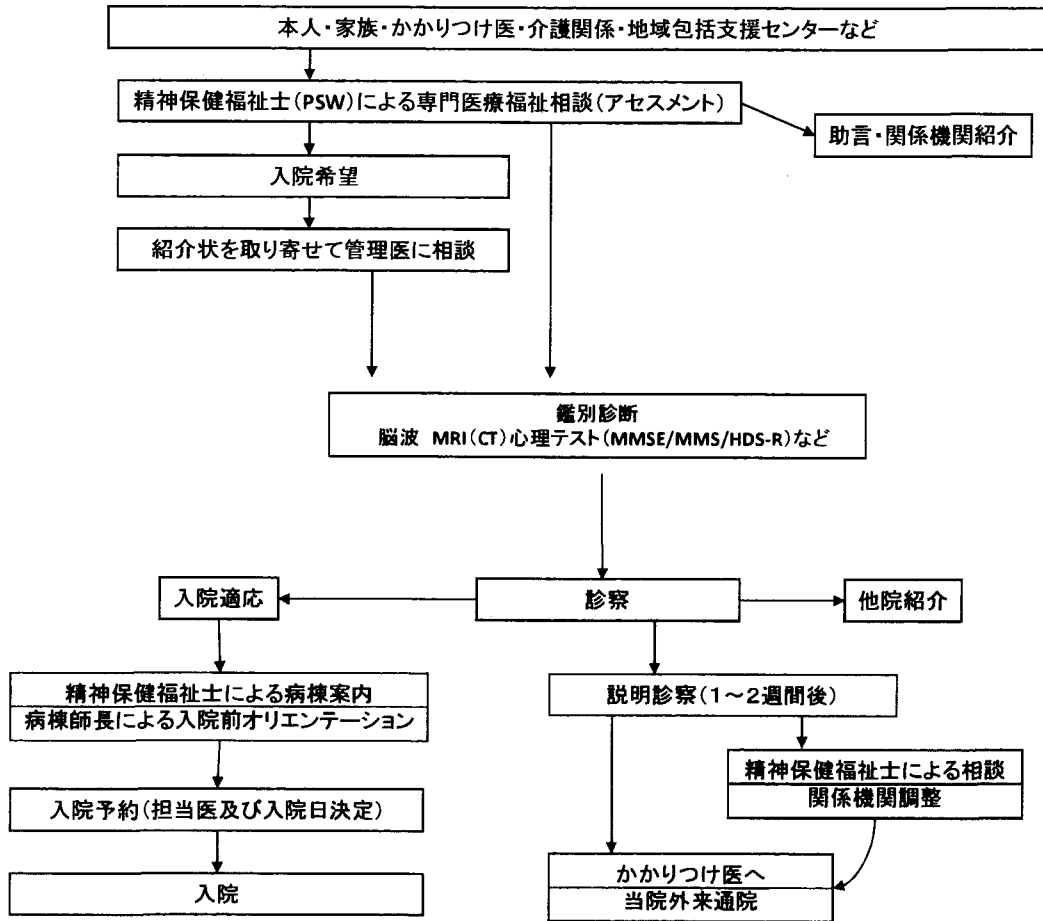
<効果>

正しい知識や情報の提供  
病気や治療、今後の生活への不安を話せる機会を保障  
他者の体験を聞くという患者同士やスタッフとの相互交流の機会  
↓  
正しい病気の理解とともに、病感や自覚症状を明らかにして治療継続・再発予防に繋げることを重視

## 精神障害者地域移行・地域定着支援事業



# 認知症フローチャート



15

## 認知症医療の流れと精神保健福祉士の役割

		入院	休息期	回復期	外来診察
医師	鑑別診断 外来治療、入院の可否	治療の導入・各種検査 診断・当面の治療方針の決定	薬物療法・精神療法 家族への経過説明と指導 退院後の方向性について	薬物療法・精神療法 (外来主治医への紹介)	
看護師	入院前病棟オリエンテーション アナムネの聴取	安心できる療養環境の提供 症状観察	退院後の方向性について	看護サマリーの作成	
精神保健福祉士	<アセスメント> 専門福祉相談 ・受診・入院相談 ・介護・福祉サービスの案内、調整 ・成年後見制度 ・若年認知症相談 ・権利擁護事業など	<アセスメント> 家族への導入面談 生活歴等の聴取 患者の課題・ニーズの把握 経済的問題の把握と対応 家族との関係性の把握 社会資源の利用状況の把握 回想法 (1クール2ヶ月程度)	<家族面談> 退院後の方向性について 社会資源の情報提供と支援 (ニーズに合わせた活用準備) 退院後の課題整理 今後の不安などへのフォロー 家族への情報提供と心理的支援	<退院準備> 退院後の地域支援とのつなぎ 関係機関を含めたカンファレンス 社会資源の活用支援 (具体的手続き等) 治療環境の調整	<退院後の支援> 社会資源利用 関係機関連携・調整 家族相談 その他相談
臨床心理士	心理検査・診断補助	回想法 (1クール2ヶ月程度)			
作業療法士		生活機能回復訓練 (平日毎日) 活動を通してADLの評価、身体状況の確認			
若年認知症グループ	若年認知症グループ スタッフ: 医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士・臨床心理士など 目的: 家庭以外の居場所の確保、本人・家族同士の交流、持っている力を発揮する機会、介護保険サービスへのスムーズな導入のため 対象者: 既存の介護保険サービス利用をしていない方	チームカンファレンス 医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士・臨床心理士等が参加 各専門職の情報の共有 退院までの課題整理 各職種での意見交換 ↓ 治療方針の決定及び修正 各職種での役割分担	家族教室 入院中の患者の家族が参加 ○医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士が講義形式で行う。 内容は疾病の理解、介護について、介護保険サービスなどの社会資源について。 ○講義後、スタッフと家族とで懇談会を実施。 →正しい知識や情報の提供を行い、家族同士がこれまで抱えていた不安を話し合うことで、患者を理解し、不安の軽減を図ることができる。		

16



## 浅香山病院が考えるチーム医療推進に必要な条件

1. 人員配置の適正化  
常勤専従が望ましい
2. 各専門職が各々の役割を理解し尊重する  
そのために卒前・卒後の多職種連携教育の必要
3. 各々の働きを可視化する努力  
スキルの向上とツールの工夫

## チーム医療を推進する為の工夫

1. ケースカンファレンスの工夫
  - ①ホワイトボードの活用・・・専門用語を使わず、共通言語を使って認識を共有化する
  - ②ファシリテーターを決める・・・対象・目的によって決定
  - ③時間の管理・・・短時間で頻繁に行う
2. 情報と関わりの目的を共有化するためのツールの利用
  - ①急性期から回復期－精神科リハビリパスの活用
  - ②地域移行－地域移行支援候補者フェイスシート・定期報告書の活用
  - ③認知症－認知症センター⇄地域包括支援センター情報提供連絡票、かかりつけ医⇄専門医療機関診療情報提供書
3. 精神保健福祉士が利用するツール
  - ①アセスメントシート
  - ②ソーシャルワーカー報告書

# 当院の特徴

1. 看護師・コメディカルスタッフの職場定着率は高い。
2. 医師は短期間で入れ替わり、経験の浅い医師が多い。
3. 医師はチーム医療に抵抗はないが、積極的にリーダーシップをとらない。
4. 多職種交流の研修が多い。
5. 院外・地域とのチーム連携を重要視している。精神保健福祉士の役割大。

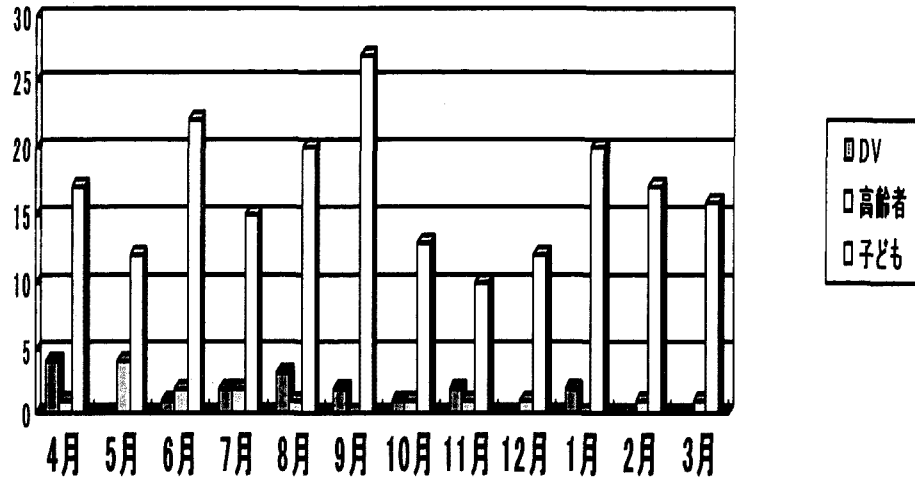
## 虐待防止への取り組みチーム例

# 精神科疾患と虐待の問題へのチーム医療

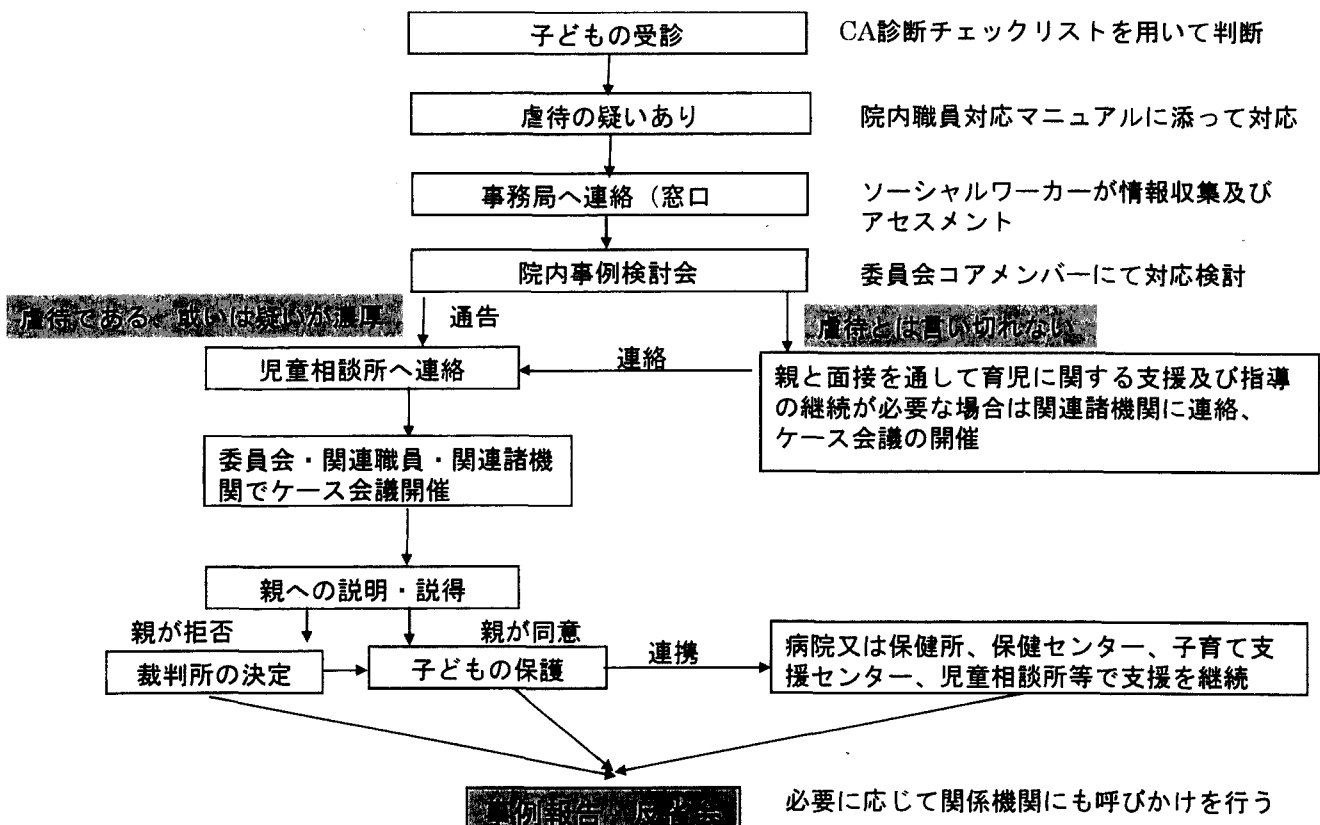
## 杏林大学医学部付属病院虐待防止委員会の活動

医療福祉相談室 精神保健福祉士 加藤雅江氏

### 2009年度委員会対応件数



### 【子ども虐待の場合】杏林大学医学部付属病院虐待防止委員会活動の流れ



(目的)

第1条 杏林大学医学部付属病院虐待防止委員会(以下「委員会」という。)は杏林大学医学部付属病院を受診又は利用した者に対して虐待防止の立場から虐待を受けた者(被虐待者)の安全を守るために、チームとして診療に当たり、その関係者の支援体制の確立をはかることを目的とする。

(組織および開催)

第2条 委員会には委員長と副委員長を置き、病院長がこれを任命する。委員長は、委員会を統括し、議長を務める。

2 委員は次の各号に掲げる者を、病院長が任命する。

院長が指名した医師および職員 若干名

看護部長が指名した看護師、助産師 若干名

医学部長、保健学部長、総合政策学部長、外国語学部長が指名した者 若干名。

その他、病院長が必要と認める職員

3 委員の任期は2年とし、再任は妨げない。任期途中で交代した場合の補充委員の任期は前任者の残任期間とする。

4 委員会は原則として隔月に、年6回開催する。必要がある場合は臨時に招集、開催することができる。

5 委員会が必要と認めた場合には、院外者を含め、委員以外の者の出席を求めることができる。

(任務)

第3条 委員会は、次の各号に掲げる事項について調査、協議し、その結果および対策を病院長に報告して承認を得ると同時に、速やかに対策を実施する。

虐待防止活動全般

院内における虐待防止の啓発

地域関連機関との連携

杏林大学医学部付属病院虐待防止委員会規定細則

制定 平成17年2月25日

(趣旨)

杏林大学医学部付属病院虐待防止委員会(以下「委員会」という。)規定第3条に基づき、委員会任務の効率的な運用を図るため、この細則を定める。

(組織)

細則 1

委員会は委員長1人、副委員長4名を置く。

副委員長は各々児童虐待、ドメスティックバイオレンスおよび性的虐待、高齢者虐待担当の3名と、医療ソーシャルワーカー1名とする。

委員長の指名により、補佐を置くことができる。

事務局は医療福祉相談室に設置する。

(虐待防止活動全般)

細則 2

委員会は院内各部署に原則として1名の虐待防止推進者を指名し、各部署における虐待防止体制の維持、促進、指導にあたらせる。

委員会は部署虐待防止推進者を定期的に招集し、虐待防止に関する情報の伝達、その内容の各部署における周知徹底にあたらせる。

各部署の虐待防止推進者は、各部署の虐待防止体制の維持、推進、指導を行う。また、適正な虐待情報の収集を行う。

委員会は院内において虐待防止を啓発するために、虐待防止に関する研修会を、少なくとも年に2回は定期的に開催する。

委員長は、必要に応じ適宜、部署別研修会の開催を命じることができる。

(虐待事例把握時のガイドライン)

細則 3

虐待事例に気がついた場合、医療福祉相談室に連絡する。

連絡を受けた事例は、委員会の中に委員長、副委員長、医療ソーシャルワーカー、委員および補佐で組織する実働メンバーで検討する。

入院事例については主治医、関連診療科の委員および実働メンバーで院内チームを組織し、対応する。

関係機関等への通告は、原則として病院長及び委員長に報告の上、迅速に委員会が行う。

## 事例①産後訪問から医療機関へ

- 他県にて里帰り出産。  
産後不安定となり他県において精神科受診。保健センター間で申し送りがあり、自宅に戻ってから地域での受診先、支援体制について保健師より相談がある。
- 受入のためのカンファレンス開催。
  - \* 支援体制の構築、各職種がそれぞれの役割確認。
  - \* 短期課題の設定と問題発生時の対策を確認。  
課題の効果測定の方法と時期を設定。

## 事例②救命救急センターから地域へ

- 急性薬物中毒で救命救急センター搬送。入院期間は3日程度。
- 子どもの状況及び家庭環境を地域関係機関に確認。
- 関係者会議の開催。
  - \* 危険度(虐待・自殺企図)の確認。支援体制の有無及びその有効性を確認。
  - \* 再発防止のための対策を立てる。

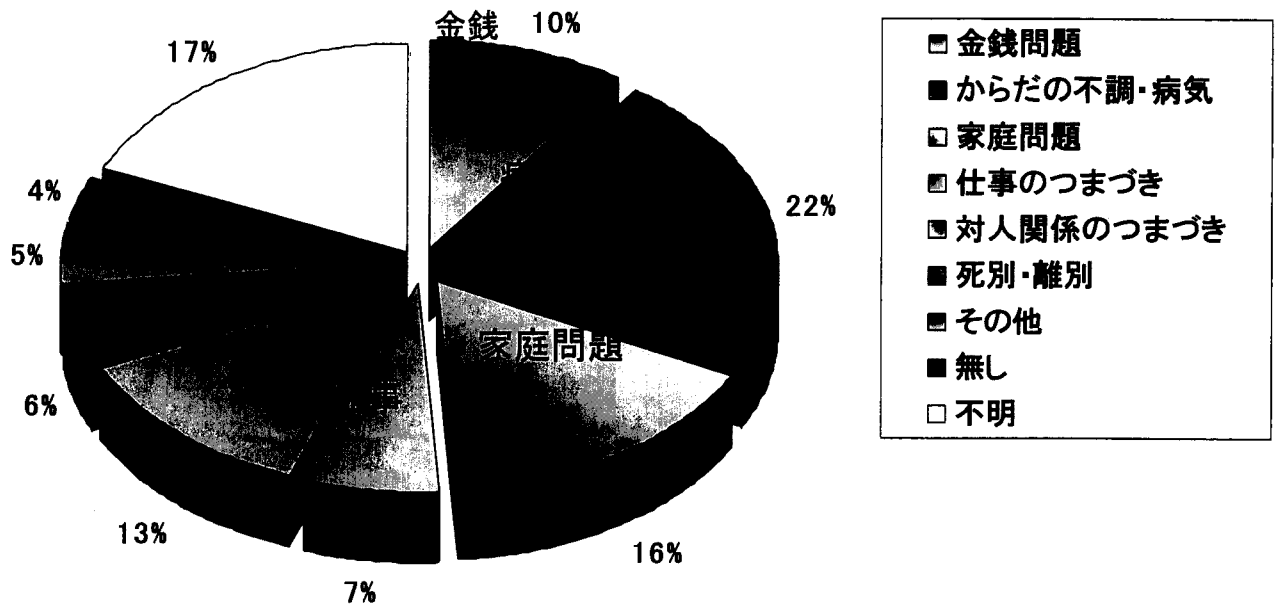
## 事例③周産期センターから地域へ

- 産科外来 精神科疾患合併
- 出産前から、精神疾患を抱える患者との面接を行い、地域に支援体制を構築。
- 産後の生活が具体的にイメージできるよう、地域の関係者と早期に顔合わせを行う。
- 緊急時に備え、入院可能な体制を院内に取る。乳児の受入先についても検討する。

## 自殺未遂者ケアへの取り組みチーム例

## 自殺企図者の企図動機(399人)

:横浜市大 H15年4月 -H18年8月



いのちが助かってても……

- 変わらない環境
- 周囲の人々は混乱
- 身体的・精神的に疲労
- 経済的な負担  
(高額な医療費・生活費など)
- 社会的説明の要求
- 後遺症

……変わらない生きにくさ

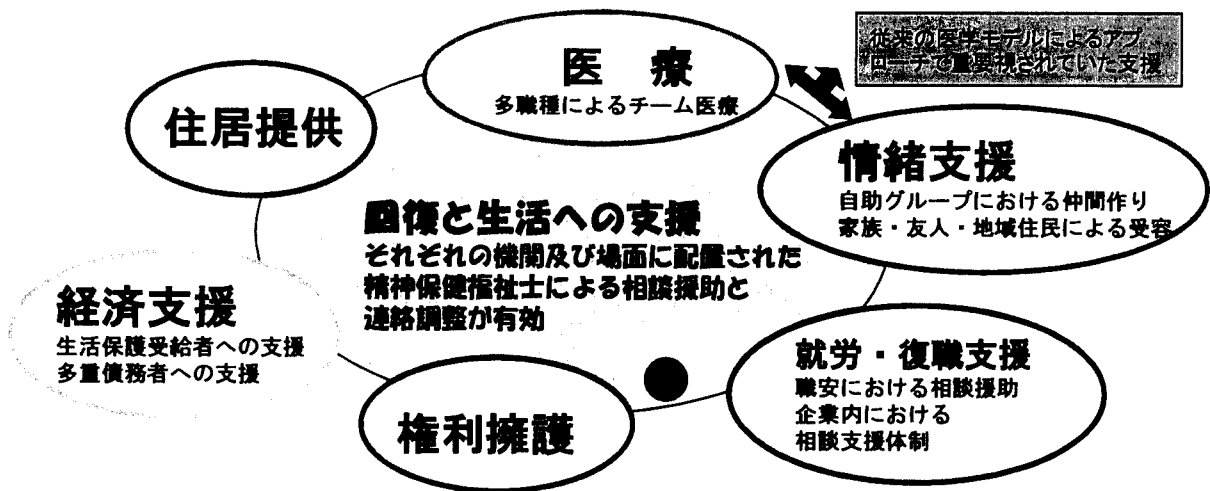


# 嗜癮関連問題への取り組みチーム例

31

## 嗜癮関連問題からの回復に有効な多面的支援

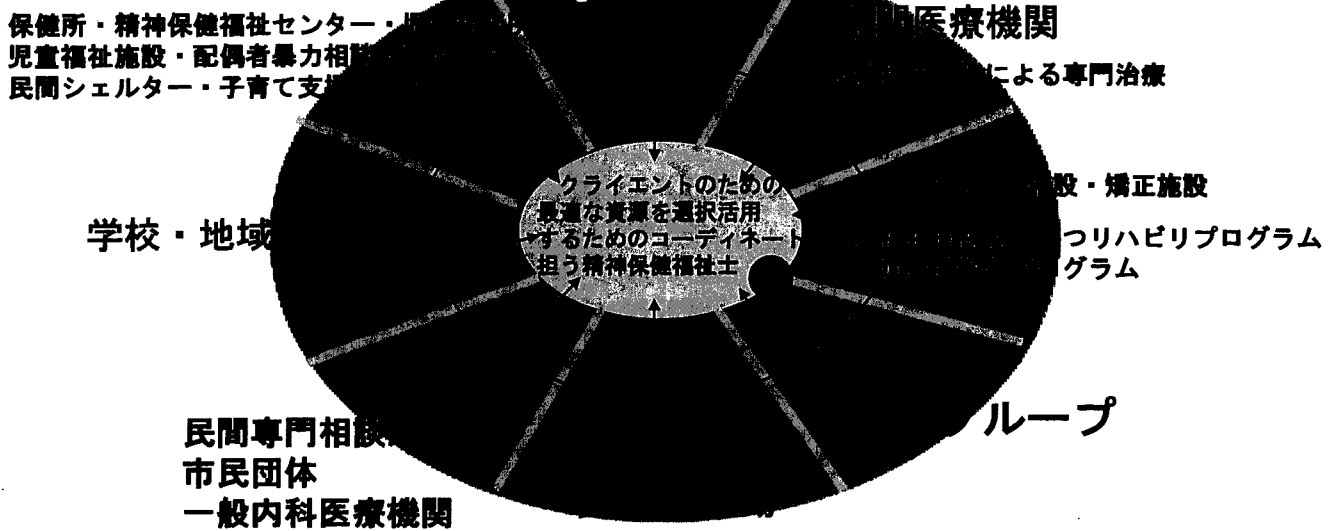
重層的なネットワークと地域醸成の要としてのコーディネート





嗜癮関連問題を持つ人を支援する  
重層的資源をコーディネートする精神保健福祉士

市町村の相談窓口  
地域包括支援センター



Copy rights / 社団法人日本精神保健福祉士協会

まとめ

## 精神科チーム医療推進の要諦

- 医療サービスの提供に当たってはチーム医療を構成する全職種が理念を共有すること。
- 人の「営み」は「医療」のみで完結しえないことを踏まえ、「医療中心」から「医療福祉ケアミックス」へ、さらには「生活支援中心」への移行の視点を欠かさないこと。
- 「医療」の提供が、その人のリカバリーおよびエンパワメントの障壁とならないこと。

35

## 精神科医療にはチームアプローチが不可欠！

チームアプローチ実現のためには  
精神保健福祉士の適正な配置が必要！

- 権利擁護を担う社会・生活モデルによる支援人材  
＝精神保健福祉士の必要性
- 生活者として対象者支援を行う人材  
＝精神保健福祉士の必要性

具体的に望まれる対応

- 施設基準の配置人員に規定する(病棟という箱にチーム構成員としての専門職種が存在していること)
- 在宅医療を提供するケアチーム(必ずしも医療機関内完結型チームでなくてよい)の一員として動ける業務の規定のあり方を共有
- 業務に関する標準化(スタッフ交代や異動によっても最低限の質の担保を図る)とスキルアップ
- チームアプローチにとって有効なツールの開発と、評価検証の確立

36

# 参考資料

## 精神科医療における 他職種チームの現状 (配置と診療報酬評価)

37

### 精神科医療機関等の従事者数

#### ●精神科病院の従事者数

単位(人)

総数		医師		看護師		准看護師		看護補助者		精神科ソーシャルワーカー				作業療法士		臨床心理技術者	
常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	うち、精神保健福祉士		常勤	非常勤	常勤	非常勤
												常勤	非常勤				
175,362	26,143	10,558	11,051	63,556	4,820	46,387	4,432	40,484	4,468	6,618	210	6,072	136	5,962	310	1,797	852

※平成19年6月30日現在、精神・障害保健課調べ(精神科病院数:1,642施設)

#### ●精神科診療所等の従事者数

単位(人)

総数		医師		看護師		准看護師		看護補助者		精神科ソーシャルワーカー				作業療法士		臨床心理技術者	
常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	うち、精神保健福祉士		常勤	非常勤	常勤	非常勤
												常勤	非常勤				
10,113	6,894	3,158	2,621	2,973	1,274	1,309	663	/	/	1,392	375	1,074	285	505	93	776	1,868

※平成19年6月30日現在、精神・障害保健課調べ(精神科診療所数:2,928施設)

#### ●訪問看護ステーションの従事者数(※訪問看護ステーションに従事する者の総数であり、精神疾患以外に従事する者を含む。)

単位(人)

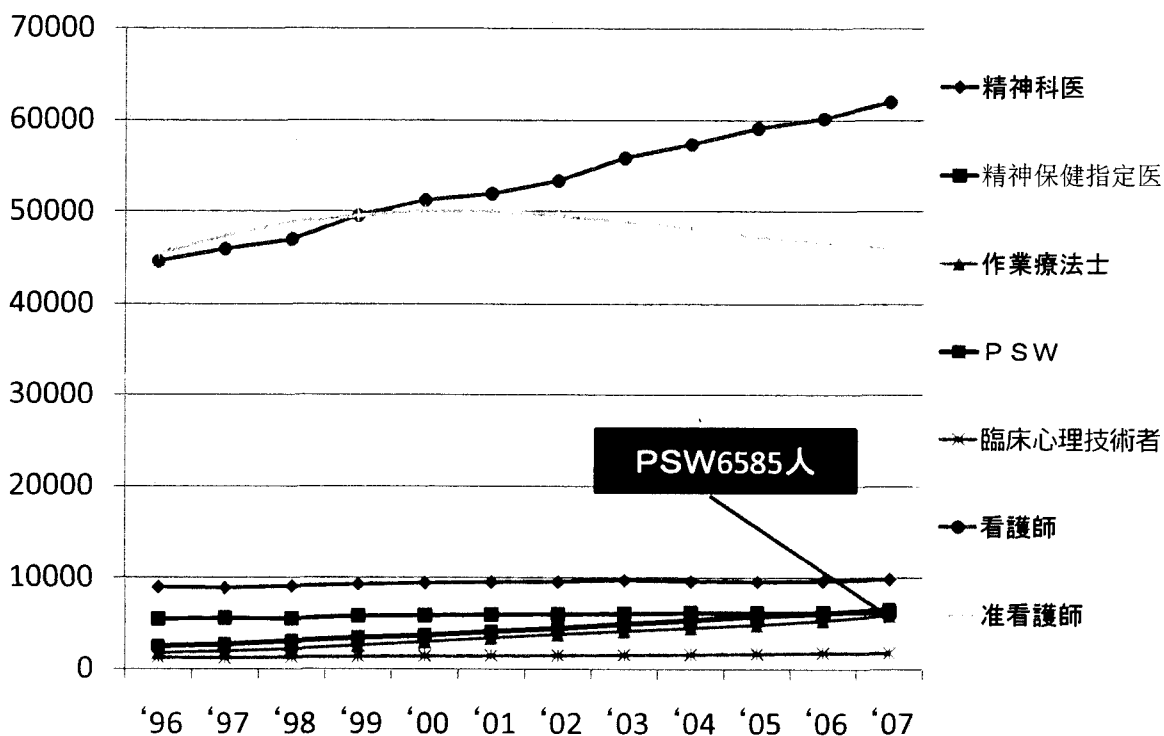
総数			保健師			助産師			看護師			准看護師			理学療法士		
常勤	兼務	非常勤	常勤	兼務	非常勤	常勤	兼務	非常勤	常勤	兼務	非常勤	常勤	兼務	非常勤	常勤	兼務	非常勤
作業療法士			言語聴覚士			その他職員			サテライト事業所の職員(再掲)			/					
常勤	兼務	非常勤	常勤	兼務	非常勤	常勤	兼務	非常勤	常勤	兼務	非常勤				常勤	兼務	非常勤
			510	610	924	26	131	171	617	825	879	186	100	192			

※平成20年10月1日現在、介護サービス施設・事業所調査(訪問看護ステーション数:5,434事業所)

注:1 介護予防サービスを一体的に行っている事業所の従事者を含む。

2 介護予防サービスのみ行っている事業所は対象外としている。

# 精神科病院における従事者数(全国)



資料: 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所発行「目で見る精神保健医療福祉4」

39

## 「精神保健福祉士の配置状況」

医療



○病院 7,154人 ※常勤換算従事者数 ○一般診療所 1,433人 ※常勤換算従事者

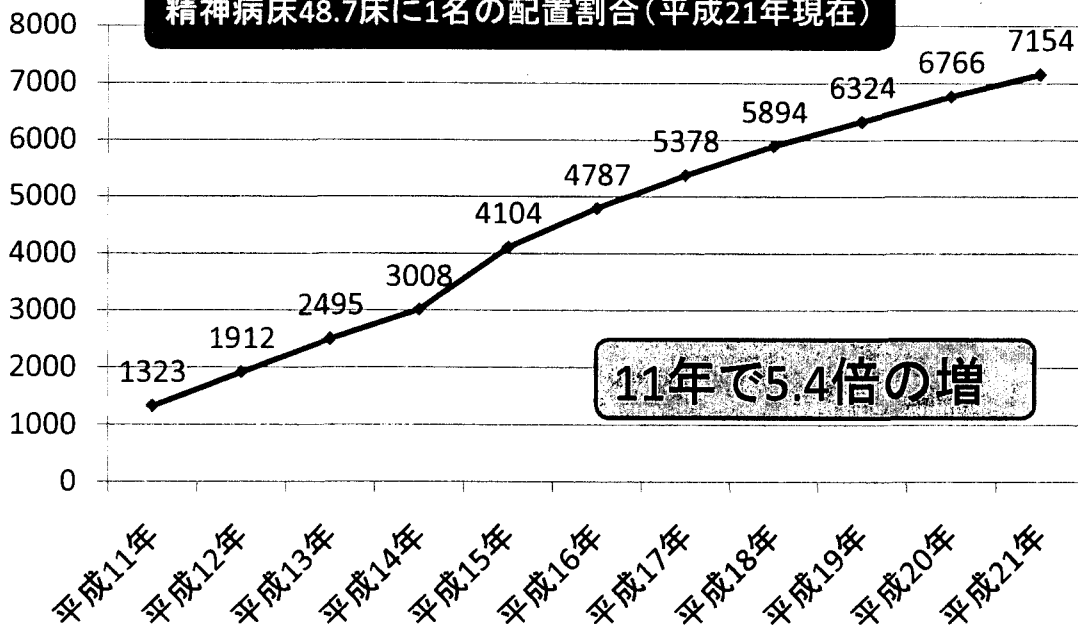
精神科病院 5,141人  
一般病院 2,014人

出典: 平成20年医療施設調査(平成20年10月現在)

約8,600人

出典: 平成21年病院報告(平成21年10月現在)

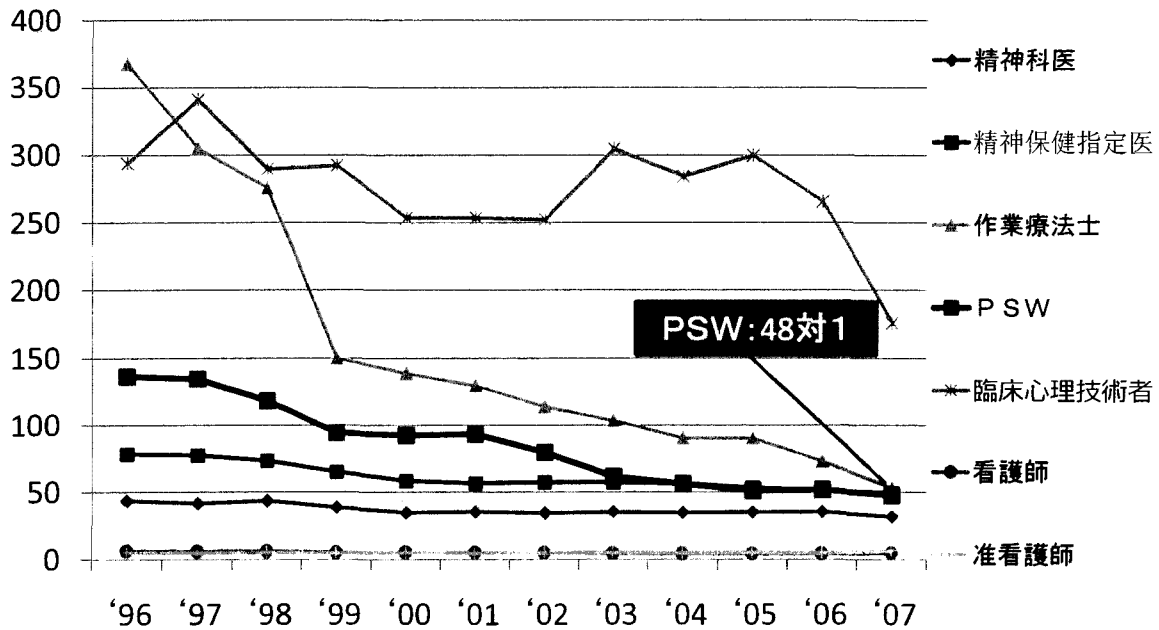
### 精神病床48.7床に1名の配置割合(平成21年現在)



出典: 病院報告 ※毎年10月現在の常勤換算数

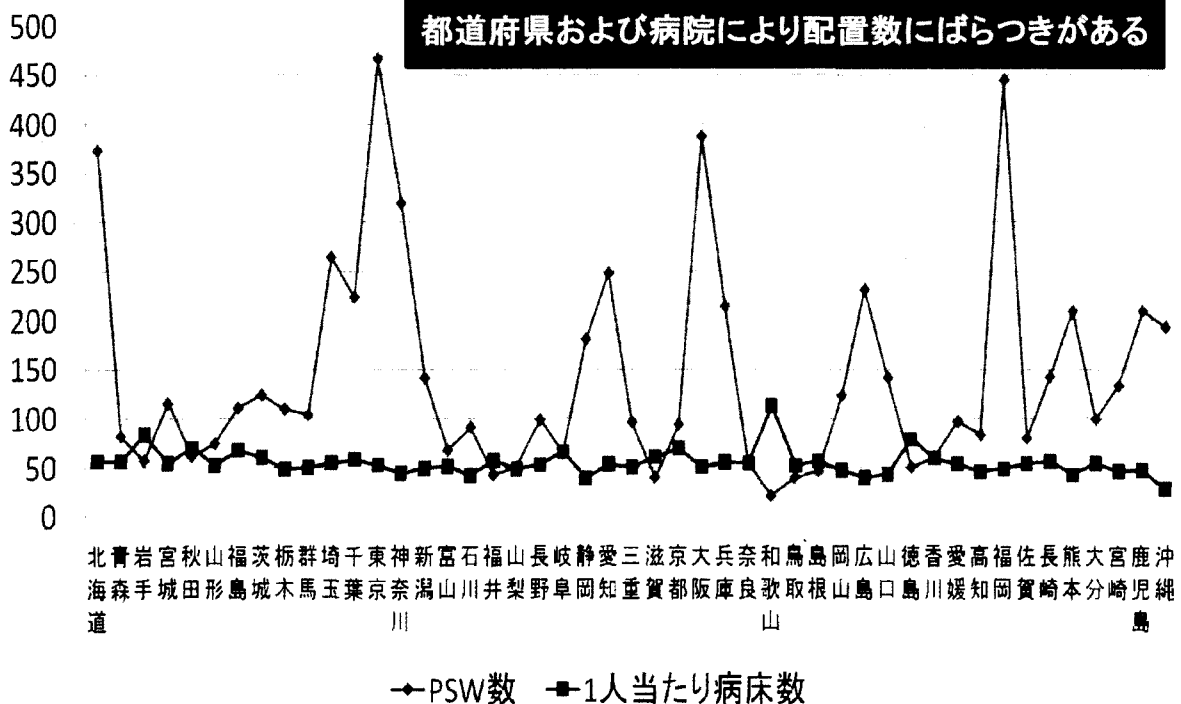
40

# 精神科病院における従事者 1人あたり患者数(全国)



資料: 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所発行「目で見える精神保健医療福祉4」

# 精神病床における精神保健福祉士の配置数と 1人あたり病床数(都道府県)



# 精神病床の現状

H21年7月1日現在(中医協調査)

## 特定入院料 (153,845 + α 床)

精神科救急入院料(64医療機関 3,347床)
精神科救急・合併症入院料(3医療機関 124床)
精神科急性期治療病棟入院料 (262医療機関 13,042床)
認知症病棟入院料(450医療機関 31,290床) <H22から認知症治療病棟に名称変更>
老人性認知症疾患療養病棟【介護保険】(3,017床**)
精神療養病棟入院料 (827医療機関 103,025床)

## 精神病棟入院基本料 (184,873床)

10:1 (12医療機関 381床*)
15:1 (1078医療機関 141,800床*)
18:1 (126医療機関 22,242床*)
20:1 (69医療機関 9,741床*)
特別入院基本料 (50医療機関 7,763床*)

## 特定機能病院 入院基本料 (3,398床)

7:1 (4医療機関 98床*)
10:1 (4医療機関 138床*)
15:1 (65医療機関 2,938床*)

小児入院医療管理料4  
(病床数不明)  
特殊疾患病棟入院料2  
5,459床

児童・思春期精神科  
入院医療管理加算  
(20医療機関 800床)  
<入院料に加算>

注 破線は精神病床以外も含む

※ 入院基本料の医療機関数・病床数は平成20年7月1日現在(合計とは必ずしも一致しない)  
\*\* 介護サービス施設・事業所調査(H20年10月)

## 精神科入院に係る診療報酬と主な要件①

	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主な要件	算定の対象となる患者	診療報酬点数		
精神病棟入院基本料	医師 48:1	看護 7:1 (特定機能病院のみ)	・特記なし	・病棟の平均在院日数40日以内 ・新規入院患者の5割以上がGAF30以下	・精神疾患を有する患者	1,311点	※初期加算 465点 (~14日)	
		看護 10:1				1,240点	250点 (15~30日)	
		看護 13:1				920点	125点 (31~90日)	
		看護 15:1				800点	10点 (91~180日)	
		看護 18:1					712点	3点 (181日~1年)
		看護 20:1					658点	
		看護 25:1				550点	※初期加算あり	
精神療養病棟入院料	指定医 病棟常勤1 (病院に2以上) 医師 48:1	看護 30:1 看護・看護補助者を合わせて15:1 OT又は経験看護師1人	・病室5.8㎡以上 ・1看護単位60床以下 ・1病室6床以下	・病院に精神保健福祉士または臨床心理技術者常勤 ・病院にOT室または生活技能訓練室	・長期の入院を要する精神疾患を有する患者	1,050点(GAFスコア41以上) 1,090点(GAFスコア40以下)		
認知症治療病棟入院料1	医師 病棟常勤1 48:1	看護 20:1 看護補助者 25:1 専従作業療法士1人	・病棟18㎡/床以上を標準 ・デイルーム等 ・生活機能回復訓練室	・病院に精神保健福祉士または臨床心理技術者常勤	・集中的な治療を有する認知症患者	1,450点 (~60日)		
認知症治療病棟入院料2		看護 30:1 看護補助者 25:1 OT又は経験看護師1人	・病棟18㎡/床以上を標準 ・生活機能回復訓練室			1,180点 (61日~)		
				・特記なし		1,070点 (~60日)	970点 (61日~)	

## 精神科入院に係る診療報酬と主要要件②

	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主要要件	算定の対象となる患者	診療報酬点数
精神科救急入院料1	指定医 病棟常勤1人 病院常勤5人 医師 16:1	看護 10:1 精神保健福祉士 病棟常勤2人	・隔離室・個室が半数以上 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制 ・1看護単位60床以下	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の6割以上が3月以内に在宅移行	・措置・緊急措置入院患者 ・3か月以内に精神病棟に入院したことがない患者	3,451点 (～30日)
精神科救急入院料2						・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行
精神科救急・合併症入院料	指定医 病棟常勤3人 精神科医 病院常勤5人 医師 16:1	看護 10:1 精神保健福祉士 病棟常勤2人	・合併症ユニットが2割以上 ・隔離室・個室又は合併症ユニットが半数以上 ・救急蘇生装置、呼吸循環監視装置等 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制 ・1看護単位60床以下	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行	・措置・緊急措置入院患者 ・3か月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・身体疾患の治療のため一般病棟に入院した患者	3,451点 (～30日) 3,031点 (31日～)
精神科急性期治療病棟入院料1	指定医 病棟常勤1人 病院常勤2人	看護 13:1 看護補助者 30:1 精神保健福祉士 又は臨床心理技術者 病棟常勤1人	・隔離室を有する ・1看護単位60床以下	・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行	・3か月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・他病棟入院患者の急性増悪例	1,920点 (～30日)
精神科急性期治療病棟入院料2		看護 15:1 看護補助者 30:1 精神保健福祉士 又は臨床心理技術者 病棟常勤1人				1,600点 (31日～)
精神科身体合併症管理加算 (7日間を限度に加算)	精神科を標榜 ・病棟に専任の内科又は外科の医師が1名以上配置されている			精神科救急入院料 精神科急性期治療病棟入院料 認知症治療病棟入院料 精神病棟入院基本料(10:1、13:1又は15:1) 特定機能病院入院基本料(精神病棟) を算定する患者	350点	45

## 精神科におけるチーム医療の評価(診療報酬、補助事業等)

### [診療報酬]

#### ◆精神科退院時訪問指導料における精神科地域移行支援加算

入院期間が1年を超える精神障害者である患者又はその家族等に対して、精神科の医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合であって、当該患者が退院したときに、として、退院時に1回に限り所定点数に200点を加算する。

#### ◆精神科退院前訪問指導料の複数職種指導加算

医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者の社会復帰に向けた調整等を行うに当たり、必要があつて複数の職種が共同して指導を行った場合に算定するものであり、単一の職種の複数名による訪問の場合は対象としない。

#### ◆医療保護入院等診療料の施設基準

医療保護入院等に係る患者に対する行動制限を必要最小限のものとするため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成された委員会を設置すること。

#### ◆精神科デイ・ケア等の施設基準

精神科医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等におけるチーム医療を基本としている。

### [心神喪失者等医療観察法に基づく医療観察診療報酬]

#### ◆入院対象者入院医学管理料の施設基準(30床規模の病棟の場合)

医師:4名(8対1。うち常勤過半数以上、常勤精神保健指定医2名以上)。看護師:43名(4名+入院対象者数×1.3名以上)。作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者の合計数:7名(1名+入院対象者数÷5名以上)。薬剤師は医療法施行規則上の配置数。

※入院対象者数に対して約1.8倍のスタッフを配置。多職種チーム(MDT:Multi Disciplinary Team)による支援を基本としている。

### [補助事業(平成23年度予算)]

#### ◆精神障害者アウトリーチ(訪問支援)推進事業(新規)

##### (障害者の地域移行・地域生活支援のための緊急体制整備事業)

障害者の地域移行・地域生活支援の一環として、未治療者、治療を中断している重症の患者などへ、アウトリーチ(訪問支援)により、医療・保健・福祉サービスを包括的に提供し、丁寧な支援を行うため、多職種チームによる訪問活動やこれらに従事する者への研修等を実施する(25箇所・定額補助)。

# 報酬等からみる精神保健福祉士に期待される役割

## 診療報酬（保険医療機関）

- 「多職種と連携又は共同して行う業務の評価（抜粋）」
- 外来治療に関するもの（通院集団精神療法等）
- 入院治療に関するもの（入院集団精神療法、入院生活技能訓練等）
- 行動制限最小化に関するもの（医療保護入院診療等診療料）
- 退院指導に関するもの（精神科退院指導料、精神科退院前訪問指導料）
- 退院後の地域生活支援に関するもの（精神科訪問看護・指導）
- 地域移行支援に関するもの（※精神科地域移行実施加算）

※精神保健福祉士専従の配置を評価

## 障害者自立支援法

「福祉専門職の配置を評価」

- 福祉専門職員配置等加算（平成21年度報酬改定）

47

## 精神科チーム医療の例

各種チーム	対象患者	関係職種	内容
精神科 リエゾン コンサルテーションチーム	一般病床 に入院す る精神症 状を呈す る患者	精神科医、看護師、 精神保健福祉士、 臨床心理技術者、 薬剤師 等	一般科と連携し、不安、抑うつ、せん 妄等の精神症状を評価し、診療計 画を作成、診療指示を行い、質の高 い精神科医療を提供する
アウトリーチ （訪問支援） チーム	通院困難 な精神疾 患の患者	精神科医、保健師、看 護師、精神保健福祉士、 作業療法士、臨床心理 技術者、介護士 等	通院困難な患者に対して、医療・福 祉の両面から、患者や家族に対して 総合的な支援を行い、精神症状の 重症化予防し、地域定着を促進する
地域移行 支援チーム	精神疾患 の入院患 者	精神科医、看護師、精 神保健福祉士、作業療 法士、管理栄養士、臨 床心理技術者、介護士 等	入院中から、退院後の医療支援計 画、生活支援サービスへの連携等 により、円滑な地域移行を促進する
向精神薬の 服薬指導 チーム	精神疾患 の患者	精神科医、薬剤師、看 護師 等	向精神薬に関し、定期的に服薬指 導、処方歴・服薬状況のチェック等 を行い、服薬コンプライアンスの向上 を図る



## チーム医療の具体的実践事例

提出委員名 近森 正幸 委員

チーム（取組）の名称	栄養サポートチーム
チームを形成（病棟配置）する目的	<p>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。</p>
チームによって得られる効果	<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>
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容	<p>医師：担当医は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>看護師：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>管理栄養士：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>薬剤師：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>リハビリスタッフ：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>臨床検査技師：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>
チームの運営に関する事項	<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いて病棟の担当医師と看護師、管理栄養士などが対応。</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している。</li> </ul>
具体的に取り組んでいる医療機関等	近森病院