

チーム医療の具体的実践事例

柏木 一恵

(財団法人浅香山病院)

対象疾患：認知症

時期：

医療機関名 浅香山病院
チーム（取組）の名称 認知症支援チーム ＜ ＞病棟配置型チーム ＜○＞組織横断型チーム ＜ ＞相互補完型
チームの目的・ミッション・ビジョン・ゴールなど 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
チームによって得られる効果 ＜ ＞患者の望むことを把握し、治療方針に取り入れている ＜ ＞患者自身の最良の医療の選択が促進されている ＜○＞医療が患者の「生活」につながっている
チーム構成職種と役割 医師（精神科）：診断と治療および治療目標の設定 看護師：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 作業療法士：入院中の日常生活機能回復訓練、グループ活動の運営 臨床心理士：診断補助、入院中の回想法、グループ活動の運営 放射線技師：診断補助 精神保健福祉士：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
チームの運営プロセス ＜○＞患者の要望の聴取・患者の診療への参画（患者がチームの一員となっている） 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 ＜○＞高い専門性を持つメディカルスタッフが連携し適切に補完し合っている 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、精神保健福祉士の病棟配置 ＜ ＞患者がチームの一員となっている ＜○＞各メディカルスタッフは情報が共有されている 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

< >診療計画を客観的に根拠（エビデンス）で患者に示している（患者がチームの一員となっている）

< >患者と共に、患者にとっての個別、かつ最良の治療方法を選択する方法がある

<○>治療自体が生活につながっている

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てる

<○>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する、家族教室の開催、若年性認知症家族交流会の開催

備考

■情報の共有化の方法や特徴

<院内>

相談票・面接票のカルテ添付

ケースカンファレンスの開催（入院より1か月ごとに、患者ごと月1回開催）

<他機関>

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

■業務範囲や役割分担の方法、その他に参考になる事象

■達成度の評価方法、結果の抽出

■該当施設からのアドバイスや意見など参考になる事項

チーム医療の具体的実践事例

柏木 一恵
(財団法人浅香山病院)

対象疾患：統合失調症 正常圧水頭症 高血圧
時期：慢性期

医療機関名 浅香山病院
チーム（取組）の名称 高齢精神障害者の地域支援チーム < >病棟配置型チーム < >組織横断型チーム <○>相互補完型
チームの目的・ミッション・ビジョン・ゴールなど 現在、慢性期統合失調症及び正常圧水頭症にて認知機能の低下が見られる本人に対し、これまでの精神保健福祉士や支援者との関わりの中から、本人の「自宅で生活したい。」という意志を尊重し、出来る限り在宅生活を支援する。但し、身体面も考慮し、在宅支援が困難との意見が出た場合は支援者にてカンファレンスを行い施設入所も検討する。また、精神症状の波も認められるため、サインを認めた際の早期対応を行う。※サイン…支援者に対する拒否、早朝覚醒、近隣への迷惑行為等
チームによって得られる効果 多職種が関わる事で、多面的に支援の評価が可能で、本人の意志を尊重した関わりができる。 <○>患者の望むことを把握し、治療方針に取り入れている < >患者自身の最良の医療の選択が促進されている <○>医療が患者の「生活」につながっている
チーム構成職種と役割 <u>*医療機関</u> 医師（精神科）：高血圧も含めた診断と治療。症状に合わせた入院の判断。 看護師（精神科外来）：血圧チェックと投薬変更時等の連絡。 デイケア（PSWが担当）：長く通所しており、馴染みのメンバーも多く、日中生活の場として利用。 精神保健福祉士（外来担当）：窓口。本人との長い関わりの中からのアセスメント。支援に対する助言。 <u>*地域</u> ケアマネ：窓口。介護保険サービスの調整と障害サービスを併用した支援体制の組み立て ヘルパー：7回/Wの訪問にて、服薬確認、家事援助。デイケア・デイサービスの送り出し等。 訪問看護：3回/Wの訪問にて血圧（バイタル）チェック、症状観察。散歩にて歩行面のリハビリ。 デイサービス：3回/W、送迎にて利用。入浴介助、受診送迎、歩行面のリハビリ。

配食サービス：基本は常食で問題ないものの、食事をかきこみむせる事が多く、ひとりで食べる夕食時はリスクが高い。よって配食にてキザミ食で対応し、また訪問時の安否確認を行う。

チームの運営プロセス

現状、1～2ヶ月毎に評価を行い、状態を確認する。

…主に入院→退院時にはその際の本人に合わせ、必ずカンファレンスを行い支援の再構築を行う。

※病院の精神保健福祉士と地域のケアマネが中心となり支援者全体の連携・調整を随時行う。

備考

本人は80歳台。単身生活者。

ADLは年々低下しており、特に歩行面では、ふらつきを顕著に認め、単独での移動に支障がある。

コミュニケーションは取れるが、意思決定の能力が落ちており、自分の意見を発言しなくなっている。

唯一のキーパーソンであった妹が精神疾患発症にて現在妹の息子（甥）が連絡先に。…本人との関係は良好。但し、甥自身の生活もあり、本人とは1回/M程度の関わりで、普段の積極的な介入は不可能。

チーム医療の具体的実践事例

柏木 一恵

(財団法人浅香山病院)

対象疾患：統合失調症 正常圧水頭症 高血圧

時期：慢性期

医療機関名 浅香山病院
チーム（取組）の名称 精神科地域移行プロジェクトチーム < >病棟配置型チーム <○>組織横断型チーム <○>相互補完型
チームの目的・ミッション・ビジョン・ゴールなど <ul style="list-style-type: none">・ 精神科入院期間が長期となっている患者の退院阻害要因を多職種で特定し、ターゲットに絞って治療・リハビリ・支援を効果的に提供する体制を作る。・ 地域移行後の生活支援がスムーズに提供できるよう、地域支援スタッフとの連携を図る。・ 精神障害者地域移行・地域定着支援事業の推進・ 精神科地域移行支援加算・地域移行実施加算の取得
チームによって得られる効果 <p>各専門職・専門機関の役割・力量を互いに知ることができ、それにより、個々の専門職、専門機関の枠を超えて、精神科地域移行・地域生活支援の問題を捉えて長期入院患者の支援をすることができる。</p>
チーム構成職種と役割 <u>チームA（診療チーム）</u> <p>医師・看護師・作業療法士・精神保健福祉士・臨床心理士・自立支援員など。個別の長期入院患者の抱える問題に応じてチームを構成。</p> <u>チームB（サポートチーム）</u> <p>医師・看護師・作業療法士・臨床心理士・精神保健福祉士・精神科デイケアスタッフ・医療事務スタッフ・訪問看護・地域生活支援センタースタッフ。チームAが効果的に機能するよう、①助言②院内体制整備（院内体制の課題分析や院内スタッフ向け研修など）③地域連携体制の整備（行政・地域スタッフとの情報交換など）を行う。</p> <u>チームC（患者会・マスコミ・市民等）</u> <p>障害者自立支援協議会の地域移行部会。当事者・行政・病院職員（精神保健福祉士）・地域活動支援センター・大学職員等で構成。地域移行・地域定着支援を実施するための地域体制整備を行う。</p>
チームの運営プロセス <p>精神科療養病棟においてスクリーニングを行ない、地域移行の対象となる長期入院患者の支援プランを作成し、プランに応じた多職種チーム（チームA）を形成する。</p> <p>チームAは、精神科地域移行プロジェクト会議（チームBで形成）に、実施した支援内</p>

容を毎月提出し、内容のチェックおよびアドバイスを受ける。精神科地域移行プロジェクト会議は、職種ごとの連携がうまくいっていない場合などは介入を行う。

病院で取り組まれた、地域移行支援の内容は障害者自立支援協議会の地域移行部会に報告される。地域と病院の連携等の課題を明らかにして、その課題に取り組み、地域生活移行支援体制を整える。