

(8) 個別疾病の分野

精神科コンサルテーション・リエゾンチーム（以下、精神科 CLT）	
（医療法人鉄蕉会 亀田総合病院）	453
造血幹細胞移植チーム	
（国共連 虎の門病院）	456
せん妄対策チーム	
（国立大学法人岡山大学 岡山大学病院）	460
外来化学療法支援チーム	
（金沢大学附属病院）	465
HIV 診療におけるチーム医療（薬剤師外来常駐）	
（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター）	471
せん妄予防対策チーム	
（市立豊中病院）	475
診療科を越えて重症化患者を早期に発見する SIRS サーベイランスチーム	
（NTT 東日本関東病）	481
せん妄対策プロジェクトチーム	
（長浜赤十字病院）	485
がん診療連携拠点病院における精神腫瘍医を中心とした問題解決型リエゾン・チーム	
（聖路加国際病院）	492
重症精神障害者の社会復帰を促進するための精神科多職種チーム	
（独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院）	498
デイケアにおける疾病教育チーム	
（独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院）	503
精神科における身体合併症治療専門チーム	
（独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院）	506
治療適正化委員会	
（医療法人静和会 浅井病院）	511
チーム医療推進特別委員会～チームで取り組む自殺予防対策～	
（医療法人静和会 浅井病院）	514
せん妄サポートチーム	
（国立がん研究センター東病院）	517
緩和ケアチーム	
（石巻赤十字病院）	521
婦人科チーム	
（碧南市民病院）	524
精神科急性期退院促進クリニカルパスチーム	
（桶狭間病院 藤田こころケアセンター）	527
精神科における長期入院患者の地域移行支援チーム	
（医療法人唐虹会 虹と海のホスピタル）	530

統合失調症家族支援チーム (福岡県立精神医療センター太宰府病院)	
うつ病の集団認知行動療法チーム (福岡県立精神医療センター太宰府病院)	536
精神科離島巡回診療チーム (沖縄県立八重山病院)	539
急性期からリハビリテーション・社会復帰までのリカバリー支援包括システムバージョンアップ2011 (社会医療法人近森会近森病院第二分院)	541
「もっとおいしく・もっと楽しく！」重症心身障害児・者に安全でおいしいペースト食提供プロジェクト (東部島根医療福祉センター)	549
メディカルダイエットサポートチーム (医療法人芳和会 くわみず病院)	553
減量外科チーム (四谷メディカルキューブ)	557

精神科コンサルテーション・リエゾンチーム（以下、精神科 CLT） （医療法人鉄蕉会 亀田総合病院）

チームを形成する目的

多職種で構成された精神科 CLT は、第 1 に、精神科的治療やケア、心理・社会的支援を必要とする患者やその家族等に、適切な援助を提供しうる。第 2 に、身体科の医療者に対して、治療やケアの上で抱えている困難を解決する援助を強化することが期待される。精神科 CLT は、これらを通して最終的に、患者に対する多面的・全人的な支援を行うことを目的としている。

関係する職種とチームにおける・業務内容・実施方法

関係職種とチームにおける役割等は、以下の通りである。

- ①医師（精神科）：精神医学的診断、治療法の検討、及び、具体的介入。
- ②看護師（精神科）：看護的立場からの症例検討と具体的介入。ナースコンサルテーションとして、身体科病棟看護師への支援の実施。
- ③臨床心理士：心理士の立場からの症例検討と具体的介入。定期的に病棟訪問を行い、問題点の早期発見に努め、チームに持ち帰る。
- ④精神保健福祉士：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。

精神科 CLT は、身体科病棟の医師や看護師等からの依頼を受け、精神科医師やその他の職種が必要に応じて患者本人や家族と面接を行う。また、担当医師や看護師に対するコンサルテーションをチームで行う。看護師同士でのナースコンサルテーションも行われており、チームへの相談窓口としての役割を果たしている。さらに、チームの院内メールアドレスが公開され、メールでの相談にも対応している（医師だけでなく看護師、その他コメディカルからの相談経路としても活用）。チームに依頼された患者のリストは随時更新され、カンファレンスによってチームメンバーの間で共有されている。

チームによって得られる効果（評価方法）

多職種がチームとして関わることで、患者の状況の変化に対応した適切且つ迅速な関わりを目指している。また他科スタッフの精神症状の理解、対応能力の向上、負担軽減などの効果も期待される。チーム構成員においても、情報を共有し多職種で相談し合える環境ができることで安心感が得られるだけでなく、各職種の視点を学ぶことにもつながり、より統合的な視点で患者に関わることが可能になると思われる。

評価方法としては、従事者の視点においてはチーム構成員や他科スタッフに対してアンケートを実施するなどの量的評価を行う。患者の視点においては事例について質的評価を行う。またこれまでの依頼件数の分析を行い、他科スタッフのニーズについても量的に評価するなど、コンサルテーション・リエゾンチームの効果について多面的な評価を行う。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて） 患者および患者家族に対する効果（無記名自記式質問紙調査）

精神科 CLT の行うケースへの支援が「役に立つ」との回答は 91.7%、「今後も必要である」は 91.7%であった。患者やその家族等にとって、精神科 CLT が有意義であることが示唆された。

身体科病棟に勤務する看護師に対する効果（無記名自記式質問紙調査）

精神科 CLT の活動によって「患者の理解が深まる」、「業務負担が減る」、「業務上での安心感が増す」といった事項が挙げられた。また、心理士による定期的な病棟訪問が、精神科 CLT の認知度を上げる効果があることが示された。

全体的効果 1：依頼経路・ニーズ・介入結果分析（電子カルテ）

2011 年度に精神科 CLT への依頼があったのは、当院 31 診療科の内 26 科であった。該当ケース 315 件を分析した結果、精神科 CLT が、「精神症状に対する介入やアセスメント」、「現場での対応が困難な事例への対応」、「疾患や入院の長期化によって精神的不安定になった患者への対応」、「退院後の生活についての調整」、「自殺企図の対応」等、広範なニーズに対応していることが明らかになった。

全体的効果 2：精神科 CLT スタッフへのフォーカスグループ・インタビュー

精神科 CLT のスタッフにとっては、「精神的負担の軽減」、「他病棟との円滑なコミュニケーションの確立」、「他病棟における CLT 認知度の向上」の効果が、身体科病棟のスタッフに対しては、「精神科の役割の適切な理解」、「問題解決能力の向上」の効果が見られた。さらに、これら医療スタッフへのポジティブな効果が、結果として、「迅速な対応」、「患者に対する多面的なアセスメント」、「精神科 CLT の質の保証」といった医療効果につながっていることが示された。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

精神科 CLT に依頼される患者の多くは、治療を開始するための同意を得にくいことが今回の実証事業において明らかとなった。そのため患者本人の同意を必要とする関わりのみでは、精神科 CLT への多彩なニーズに対応できないことが予想される。またこのチームのスタッフは通常業務と兼務のため極めて多忙であり、より充実した関わりのためには、専属のスタッフ雇用が不可欠である。そういった点を考慮した診療報酬のシステム構築が強く望まれる。

精神科 CLT の役割を適切に評価できる仕組みの開発が、サービスの質の検証・向上のためにも、スタッフのモチベーション維持のためにも必要であろう。

総括評価

身体科病棟の多彩なニーズに対応するには多職種チームの存在が不可欠であり、精神科 CLT の果たしうる役割は大きいと考えられる。また、精神科 CLT が患者のために機能するには、精神科 CLT スタッフ、身体科病棟スタッフ双方に対するエンパワメントが必要である。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

精神科 CLT が、各診療科と患者との関係を取り持ち、治療を円滑に進めていくことができた点は評価できる。また、患者のみならず、医療スタッフへのコンサルテーションも行っ

ており、その効果もみられる。さらに、医師及び看護師のほかに、臨床心理士及び精神保健福祉士という精神科の専門職種も配置されており、非常に充実した体制である

一方で、今回の報告書では、精神CLT内の専門職種間の連携がみえにくかった部分が、少し残念である。

造血幹細胞移植チーム (国共連 虎の門病院)

チームを形成する目的

造血幹細胞移植は、白血病をはじめとする血液疾患に対する治療で、入院前の適応の決定や準備に始まり、移植実施や合併症の管理、退院後の通院治療を含めて長期にわたるマネジメントが必要となる。造血幹細胞移植の適応の広がりとともに移植件数が増加しつつあり、当院では年間 120~150 件の移植を行うに至っている。施設内で標準化された造血細胞移植の準備、実施方法にもとづいて、医師・看護師・薬剤師・移植コーディネータ・管理栄養士・理学療法士などが協働しながらそれぞれの職種としての役割を果たすことで、安全かつ効率的な移植医療を目指す。また日々刻々と変わりうる患者の状況に対してはカンファランス等を通じて情報共有を図りながら各職種が患者と関わり、専門的な役割を果たすことで問題の早期発見・早期解決が図れることを目指す。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

- **血液内科医師**：移植の適応、移植前治療方法、移植片対宿主病予防方法など、移植全体のスケジュールの決定。週2回の全体回診、週1回のリハビリカンファランス、週1回のスタッフ回診においてチーム間での情報共有を図る。治療開始から退院に至るまでの医学的事項に関する患者管理、合併症（移植片対宿主病、感染症、薬剤毒性）などの早期診断・治療方針決定。治療開始前、治療中、終了（退院）時の患者・家族への説明。
- **感染症科医師**：感染症の予防、検査、治療に関して助言を行う。
- **臨床検査専門医、臨床検査技師**：患者や病態に応じた臨床検査（遺伝子・染色体検査、フローサイトメトリー検査を含む）を実施し、結果についての判断を支援する。
- **薬剤師**：入院時の持参薬確認（持参薬の有無に関わらず患者と面談。アレルギー歴、健康食品や市販薬の使用の有無を含めて確認。）→持参薬確認表を作成し、医師・看護師・他スタッフと情報共有。移植前処置やその支持療法とともに、感染症やGvHD 予防薬等、移植に際して使用する薬剤について処方内容確認および処方提案、患者説明。前処置関連毒性および使用薬剤の副作用モニタリング。臓器障害時の投与量設定。抗菌薬や抗けいれん薬を中心とした処方設計・TDM、疾患禁忌・相互作用の確認、代替薬の提案。退院時服薬説明（居宅における薬剤の適正な保管・管理、服用の優先順位の高い薬剤の把握、各薬剤の服薬意義・用法用量、服用できなかった場合の対処法、他の薬剤や食品との相互作用）。
- **看護師**：前処置から支持療法に至る治療が安全に実施できるように看護を提供する。入院から退院までの生活指導を担当する。入院期間が長くなりがちな造血幹細胞移植の患者においてセルフケアの向上を目指し、移植病棟以外との連携や退院前の準備を進める。入院患者の身近に常にいる職種として身体的・精神的・社会的なケアを行う際に、関連する職種との調整的役割を果たす。
- **移植コーディネータ**：入院や外来、セカンドオピニオン等により得られた患者・家族の情報（移植までの経緯や思い、家族のサポート体制等）を多職種に提供する。リハビリカンファランスやスタッフ回診などの診療サポート。移植患者（家族）への移植前から退院後までの長期的なサポート。移植源の準備（非血縁の場合→骨髄バンク登録の説明と手続き、臍帯血バンク登録の説明と手続き 等
血縁の場合→血縁ドナー（候補者）との面談、提供可能であれば採取までの手続きとそれ

に伴う事務手続き、入院病棟への情報提供)。移植予定表の作成と院内関係部所への配布。データマネージメント。

■**管理栄養士**：入院時病棟訪問(食事の説明を行うと共に患者の栄養状態を確認。医師・看護師・他スタッフとの情報共有)。移植前食事指導(加熱食について、持込み等の食品の取扱い方、移植期間中の栄養管理体制について説明)、移植前処置、移植片対宿主病、各種感染症に伴い通常の食事摂取が困難となった患者の食事療法・経管栄養等についての提案により患者の栄養状態およびQOLの維持を図る。

退院前食事指導(免疫抑制剤内服中の食事の注意点、食品の衛生管理、各個人に合わせた食事摂取方法の提案、必要栄養量の説明)

■**理学療法士**：移植前より退院までリハビリを介入し、患者の運動機能・身体機能の維持(廃用予防)・改善と、心理・精神面でのサポートを行う。理学療法の状況をカンファランス等を通じて情報共有し、入院生活全般のサポート、移植医療の充実を図る。

チームによって得られる効果(評価方法)

- ・ 移植予定患者の準備状況のマネージメントに移植コーディネータが関与することにより、移植病床等の限られたリソースの計画的かつ効率的な運用が可能となる。
- ・ 患者・家族に対する説明を複数の職種が担当することにより、医師のみからの説明の場合と比べて十分な時間をとって伝えることが可能となり理解度が上がることが期待できる。
- ・ 造血幹細胞移植の前処置、支持療法の内容について複数の職種が専門性をもって確認し、それぞれ助言を行うことにより、治療の安全性が確保される。
- ・ 職種を超えたカンファランスを定期的に行うことで職種間の情報共有と迅速な意思決定をはかることができる。
- ・ 移植前後の理学療法士、管理栄養士の評価・指導等により日常生活動作(ADL)の維持、合併症の減少につながり、退院準備に必要な問題点の早期発見につながる。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について(評価方法を踏まえて)

- ・ 移植予定患者の準備状況のマネージメントに移植コーディネータが関与することにより、移植病床等の限られたリソースの計画的かつ効率的な運用が可能となった。
 - クリーンルーム病床数 16 のところ、平成 23 年度で 154 件の造血幹細胞移植が実施できた。
- ・ 患者・家族に対する説明を複数の職種が担当することにより、医師のみからの説明の場合と比べて十分な時間をとって伝えることが可能であった。複数回にわたって説明を行うことにより、患者および家族の理解度を確認しながら、説明内容にフィードバックさせることが可能であった。
 - 造血幹細胞移植実施前に患者および家族に対して説明を行う際に、医師(治療の目的、治療の流れ、リスク等の説明)、看護師(移植オリエンテーションのためのパンフレット記載内容の確認、クリーンルーム内での生活に関する説明)、薬剤師(治療薬および支持療法の内容と代表的な副作用に関する説明)、看護師資格を持つ移植コーディネータ(治療の流れ、家族の支援についての説明等)それぞれから説明を実施し、患者および家族の理解が得られているかを確認している。

- 退院患者に対して、医師、看護師、薬剤師、栄養士、移植コーディネータそれぞれから退院後の療養上の注意点についての説明を実施している。
- ・ 造血幹細胞移植の前処置、支持療法の内容を、この領域の薬物療法を熟知した経験のある薬剤師が確認することにより治療の安全性が確保された。移植前治療における抗がん剤投与量に関するインシデントは 154 件中 0 件であった。
- ・ 以下の多職種カンファランスを定期的実施し、職種間の情報共有を図った。：造血幹細胞移植チーム全体での入院症例検討カンファランス(週 1 回)、医師・理学療法士・看護師・移植コーディネータによるリハビリテーションカンファランス(週 1 回)、造血幹細胞移植チーム全体での事例検討カンファランス(年 3 回)
 - リハビリテーションに関しては多職種カンファランスを行うことにより、①患者の病棟でのニーズに応じてリハビリテーションのメニューを逐次修正しやすくなったこと、②看護師からの情報によって患者心理に配慮した介入がしやすくなった。
- ・ 移植前後の理学療法士、管理栄養士の評価・指導等により日常生活動作(ADL)の維持、合併症の減少につながり、退院準備に必要な問題点の早期発見につながったと考えられる。移植後の治療関連毒性が特に問題となる 55 歳以上の高齢患者さんにおいて、2008 年時点では移植後 100 日での治療関連死亡が約 50%に及んだが、2011 年は約 20%に減少した。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

- 造血幹細胞移植を受ける患者の理解度は向上しているものの、一人の患者にかかるマンパワーや時間は増加している。特に、家族を含めた説明を行う際には規定の勤務時間内に時間設定を行うことが困難であり、看護師をはじめとして多職種にとっての負担となっている。マンパワーを拡充するインセンティブとして専門性の高いスタッフによる説明等に対して相応の保険点数を付与するなどの対応が望ましい。
- 対象疾患、移植片ソース、患者の状態に応じて造血幹細胞移植の治療内容はバリエーションが大きい。また、主治医・担当医により治療内容が若干異なる。個別化した対応をチームとして対応していくためには電子カルテやカンファランスを通じた情報共有をより効率的に行う必要がある。
- 造血幹細胞移植について経験を積んだ看護師、薬剤師等が制度化されていない。また、診療への関わり方の多くの部分が、助言やカンファランスでの情報共有など間接的なものに止まり、効率的でないと考えられる。

総括評価

多職種のチームとして造血幹細胞移植に取り組むことによって、一人の患者に対応できる時間がより十分にとれるになり、チームとしての経験の蓄積・共有が進んだ。今後もチーム医療を継続していく方針である。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

この種の領域で、チーム医療の必要性についてはある程度理解されているが、実際にその取組の具体例が示されたことは、本事業の果たした大きな役割である。特に、一般の臨床チームではみられない、移植コーディネーターの役割の重要性が理解できた。

抗がん剤投与量のインシデントがなく、55 歳以上の高齢患者における治療関連死亡も減少するなどアウトカムもでており、模範的な成果を達成しているものと評価される。

一方で、移植コーディネーターを除けば、あまりに専門分化したスタッフを制度化することには議論の余地がある。

せん妄対策チーム (国立大学法人岡山大学 岡山大学病院)

チームを形成する目的

多職種からなる医療チームを形成することにより、それぞれの専門性を活かしてせん妄対策を検討し、多面的な介入・評価を行うことが可能となる。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

主治医：

身体症状の評価を行い、せん妄の原因に対しての治療を行う。
せん妄の促進因子である疼痛や便秘などの不快要素についても評価し、治療的介入を行う。
行動制限や点滴・ドレーンを必要最小限に抑える。
患者・家族へわかりやすく情報提供を行う。

精神科医：

せん妄の診断、薬物療法を行う。
患者・家族へわかりやすく情報提供を行う。

専門看護師・認定看護師：

各職種がスムーズに連携できるようチーム内のマネジメントを行う。

病棟看護師：

入院時にスクリーニングを行い、せん妄のハイリスク患者を同定し、予防的介入を行う。
せん妄アセスメントツールを用い、早期発見・早期介入に努める。
せん妄発症時には、重症度評価や症状の観察、環境調整、薬効のモニタリングを行う。

薬剤師：

せん妄を惹起する可能性のある薬剤の管理を行う。
病態に応じた薬剤の提案を行う。

理学療法士・作業療法士：

運動機能の低下に伴う廃用症候群の予防や早期離床を推進する。
日常生活動作の改善と生活リズムの構築を目指す。

医療安全管理部：

院内で発生したインシデント・アクシデント事例のうち、せん妄に関連する事例について、チームスタッフと情報共有し検証する。

医療情報管理部：

定型化した書式を電子カルテへ展開し、情報の一元管理を行う。

チームによって得られる効果（評価方法）

【医療の質】

せん妄のハイリスク患者を早期から同定し予防的介入を実施することでせん妄の発生率が低下する。また、早期の介入によりせん妄の持続期間の短縮や重症化を予防でき、入院期間の短縮につながる。医療チームの介入前後でスケールを用いてせん妄の重症度評価を行い、入院期間の変化についても評価する予定である。

せん妄に関連した転倒・転落事故、カテーテル類の自己抜去インシデント件数の減少にも効果が期待でき、医療安全管理部と連携して評価を行う。

【患者・家族の視点】

せん妄についての十分な情報提供やきめ細やかなケアの提供が可能になるため、患者・家族の不安軽減や満足度の向上につながる。

【医療従事者の視点】

多職種で関わることで多面的な評価・介入ができる。例えば看護師は患者の言動や経時的な変化に気づく機会も多いためせん妄を早期に発見でき、主治医や精神科医とのスムーズな連携が可能となる。また薬剤師はせん妄を惹起する薬剤が選択されていないかといった評価を行い主治医と話し合うこともできる。

せん妄は病棟スタッフの疲弊にもつながるため、医療チームがかかわることで業務・負担の軽減になる。

病棟スタッフのせん妄への理解を深めることも可能であり、医療チームの介入前後で看護師等にせん妄の知識を問う小テストを行ったり満足度の調査アンケートを行うことで評価を行う予定である。

【経済的な視点】

前述のように、入院期間の長期化を防ぐことができる。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

せん妄対策チームの構成メンバーは、精神科医、専門・認定看護師、臨床心理士、薬剤師、医療安全管理部である。活動の目的としては、せん妄ハイリスク患者を早期に同定し、各職種の専門性を活かした介入を行うことで、せん妄の発症を予防することである。

今回介入対象としたのは、消化管外科・呼吸器外科にて手術を目的として入院した患者である。患者の外来受診時に以下の5項目についての評価を専門・認定看護師が行い、1項目でも該当すればせん妄ハイリスクとしてせん妄対策チームの介入を開始した。その際、患者及び家族に術後せん妄についての説明やせん妄対策チームの紹介を行うこととし、パンフレットを作成して説明に用いた。また、[せん妄対策チームによるせん妄予防介入の実施可能性の検証]を臨床研究のテーマとし、プロトコルを作成した。患者の研究への参加については、せん妄対策チームの介入前に文書で同意を得るようにした。

<せん妄ハイリスク項目>

- ① 70歳以上
- ② 認知機能低下 [OLD]
- ③ せん妄の既往
- ④ 頭部疾患の既往 (a. 脳血管障害 b. 中枢神経疾患 c. 頭部外傷)
- ⑤ アルコール多飲 [CAGE]

* ②についてはOLD評価尺度にて4点以上、⑤についてはCAGEにて2項目以上を満たすものとした。また、③については患者・家族・カルテ・情報提供書により判断した。

せん妄ハイリスクとして介入開始となった患者は、入院時にせん妄対策チームが以下のように多面的な評価を行った。また、評価した内容は電子カルテ上に展開し、すべての医療者が情報共有できるように工夫した。

■専門・認定看護師による評価項目

- ①血液・生化学検査所見／頭部 CT または MRI 所見
- ②視力・聴力・便秘・疼痛

■臨床心理士による評価項目

- ③せん妄重症度・睡眠評価 [MDAS]
- ④認知機能評価 [HDS-R]

■薬剤師による評価項目

- ⑤内服薬(従来からの薬剤、今回入院で開始される薬剤)

* ③については MDAS、④については HDS-R を用いて評価を行った。また、⑤についてはせん妄を惹起しやすい薬剤一覧をエビデンスレベルから独自に作成し、使用した。

次に、評価を行った項目それぞれについて、せん妄予防として介入が可能なものを精神科医と改めて検討し、病棟看護師や主治医に推奨される介入を提案することとした。また、睡眠コントロールが不十分な場合はせん妄を惹起する可能性の少ない薬剤で薬剤調整を行うこととした。

せん妄対策チームの介入開始後、チーム内のメンバー同士だけでなく、病棟看護師や主治医との連携が非常にスムーズにすすんでいる。これには、事前にせん妄対策チームの介入目的や内容について、病棟看護師や医師向けに説明会を行ったことが大きいと推測される。また、せん妄ハイリスクの項目が多い患者でも、チーム介入後せん妄が発症せずに経過できた例もあり、チーム介入の有効性が示唆される。

現在、これらの介入が実施可能かどうかの検証を行っており、データを蓄積している。今後実施可能性が示された場合、新たな病棟や地域の総合病院にてせん妄対策チームの介入を行い、介入前後でのせん妄発症率やせん妄重症度の比較を検証してゆきたいと考えている。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

実際の臨床において、手術が予定されている患者のうちせん妄ハイリスク項目を複数満たす者は極めて多い。これについては、①手術適応が拡大され、高齢の手術患者が増えていること、②それに伴い認知機能低下や頭部疾患の既往を有する患者が多くなること、などが理由として考えられ、今後もますますこの傾向は加速すると予想される。

せん妄ハイリスク患者が多くなればせん妄対策チームとしての業務量が増えるのは当然であるが、チームに所属して活動できる医療者の数はかなり限定されている現状である。平成

24年4月から精神科リエゾンチーム加算が新設されることになっており、一般病棟における精神科医療のニーズはますます高まってゆくと思われ、これを契機にせん妄に関わる医療者が増えてゆくことを期待したい。

特に、臨床心理士や専門・認定看護師などはまだ絶対数が少ない現状であるため、なんとか行政には有効な働きかけをお願いしたい。また、今回のチーム活動は、外来受診時にせん妄ハイリスク項目を評価できたことが大きい。よって、外来診察（例えば周術期外来）についても診療報酬として加算がつくようなシステムがあれば、各病院でも実施しやすくなるものと思われる。

また、せん妄対策チームの介入の効果が実証されたとしても、実際には人的資源が豊富な病院でないと実施できないようなものであれば机上の空論になってしまうため、多くの病院で実施できる介入内容となるよう検討を重ねてゆく必要があると思われる。

最後に、データの蓄積のためにはやはり専従のスタッフを雇用する必要があると思われる。

今回予算の下りた期間が短かったこともあり、残念ながら雇用には至っていない。今後も継続した行政のバックアップを期待している。

総括評価

多職種によって関わることでそれぞれの専門性が活かせることが大きなメリットのひとつであるが、例えば薬剤師の介入によりせん妄を惹起する可能性のある薬剤チェックの漏れがなくなったと感じている。また、薬剤について専門の知識の少ない臨床心理士等に対する意識の向上や知識の獲得に寄与したと考えられる。

また、チームとして活動することでメンバー各人の高いモチベーションが維持され、評価や記載の漏れがあっても互いにチェックできるシステムが形成された。さらに、従来は医師や専門看護師という個々が病棟看護師や主治医に対して意見を述べるかたちだったため結局は看過されることもあったが、今回チームとしての提案や推奨となったため、より専門性が尊重・評価され、実臨床に反映されやすくなったことも大きなメリットと言える。

患者からは、やはり術前から関わってもらって安心感があるとの声がよく聞かれた。また、家族からも同様の感想があり、特に、残念ながらせん妄がおこってしまった際も術前によく説明を聞いていたため慌てずに対応できたと話されていた。主治医からは、チームの活動により薬剤がせん妄を惹起するという視点に気づかされたという声もあがっていた。

患者、家族、主治医、看護師等々、せん妄対策チームの活動により好循環が得られており、今後もこの取り組みを継続して行ってゆく方針である。

（その他）

当院でのせん妄対策チームの活動概要は、平成23年11月に福岡県にて行われた日本総合病院精神医学会にて発表を行った。現在すすめている「せん妄対策チームによるせん妄予防介入の実施可能性の検証」が示され、今後全国の総合病院におけるせん妄対策チームのモデルの一つになればと考えており、臨床研究も並行して行ってゆきたいと考えている。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

超高齢化の現状でせん妄対策チームの必要性は高い。

今回の報告書では、主観的な評価が多かったため、検証に当たっては、客観的な測定指標

が必要と考える。今後は、せん妄に対する評価指標の検討など計画段階での医学的、科学的アプローチに関するスーパーバイザーが必要と思われる。

外来化学療法支援チーム (金沢大学附属病院)

チームを形成する目的

化学療法を通院にて受ける患者は、1) 化学療法による副作用、2) 疼痛増強、3) 栄養状態の低下、4) 副腎皮質ホルモン剤使用による高血糖の副作用等への対処を必要とする。化学療法による副作用対策は外来化学療法室の医師、看護師、薬剤師が連携して対処する。これらに加えて、院内既存の専門チームである緩和ケアチーム、栄養サポートチーム、糖尿病専門チームが介入してがん治療効果の向上を図ることを特徴とする。特に、医師不足の状況で、化学療法室に配属されている4名の薬剤師がそれぞれの専門チームと密接に連携をとって専門チームの介入を促す。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

- 外来化学療法を行う医師：病状・病期・病理所見などの説明、化学療法の選択、治療効果の判定、有害事象の確認と対策を立てる。
- 外来化学療法室担当薬剤師：化学療法レジメンの管理、プロトコルに基づく処方監査。患者への服薬指導（治療内容、副作用対策）。副作用と有効性のモニタリング。化学療法剤の無菌調製。医師、看護師への薬剤に関する情報提供。副腎皮質ホルモン剤投与患者の血糖値測定状況の確認、栄養状態の把握、疼痛コントロールの把握。専門チームに属する薬剤師へ情報提供する。
- 外来化学療法室担当看護師：化学療法剤を投与中のバイタルサイン（体温・呼吸・脈拍・血圧）、点滴ルート・穿刺部を確認し、有害事象への対応を行う。患者面談、問診、治療日記により前回の化学療法による副作用について聴取し、NCI-CTCAEに基づいてグレード分類を行う。患者のセルフケア能力に合わせた療養支援、患者家族への心理支援を行い、知り得た副作用の情報を医師、薬剤師と共有、協議し、対策を立てる。
- 病院緩和ケアチーム：外来化学療法室を担当する医師、看護師、薬剤師と連携してフェイススケールにより患者の疼痛の状態、鎮痛剤の処方状況を把握する。疼痛コントロール不良の患者に対して積極的に追加投与薬（レスキュードーズ）の使用を促すパンフレットを作成・配布し、増加分の薬剤を定期投与薬（ベースドーズ）に上乗せして主治医に処方提案する。鎮痛薬を促すパンフレットを作成する際には緩和ケアチームの医師、看護師、薬剤師でカンファレンスを行い決定する。鎮痛薬の使用法、薬剤増量時の注意点を外来化学療法室担当の医師、看護師、薬剤師へ情報提供する。
- 病院栄養サポートチーム：外来化学療法室を担当する医師、看護師、薬剤師と連携して患者の血清アルブミン値、体重を把握し、栄養アセスメントを行う。栄養障害のある患者については栄養サポートチームの医師、栄養士、看護師、薬剤師、検査技師でのカンファレンスで介入方法を検討する。介入が必要な患者に対しては、栄養サポートチームで作成したパンフレットの配布、栄養士による栄養指導等を外来化学療法室担当の医師、看護師、薬剤師へ提案する。
- 病院糖尿病専門チーム：外来化学療法室を担当する医師、看護師、薬剤師に副腎皮質ホルモン製剤投与時に随時血糖を測定する必要性を説明。外来化学療法室担当薬剤師が処方監査時に随時血糖測定の有無を確認することを提案する。対策が必要な血糖値の基準を糖尿病専門チームの医師、栄養士、看護師、薬剤師、検査技師、理学療法士でカンファ

レンズを行い決定する。介入が必要な患者に対しては、糖尿病専門チームで作成したパンフレットの配布、栄養士による栄養指導、代謝内科への紹介等を外来化学療法室担当の医師、看護師、薬剤師へ提案する。

チームによって得られる効果（評価方法）

- 登録レジメンに基づく、プロトコル管理をすることで化学療法における有効性と安全性が確保される。
【評価方法】薬剤師の監査による処方変更件数。
- 薬剤師、看護師が連携して患者状態の把握、副作用モニタリングを行い、支持療法を処方提案することで医師の負担が軽減される。
【評価方法】薬剤師、看護師による処方提案件数。介入前後の副作用を看護師がNCI-CTCAEによりグレード評価する。
- コントロール不良の疼痛が早期に発見され、鎮痛剤の処方提案により疼痛が軽減される。
【評価方法】処方提案件数。介入前後の疼痛をフェイススケールにより評価する。
- 低栄養状態の患者が早期に発見され、栄養状態が改善される。
【評価方法】栄養介入件数。介入前後の栄養状態を血清アルブミン値、体重により評価する。
- 副腎皮質ホルモン製剤による重篤な高血糖出現を防ぐことができる。
【評価方法】薬剤師による血糖値測定提案件数。副腎皮質ホルモン製剤の減量・中止件数、血糖降下薬開始件数。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

【効果内容】登録レジメンに基づく、プロトコル管理をすることで化学療法における有効性と安全性が確保される。

【評価方法】薬剤師の監査による処方変更件数。

【評価結果】調査期間：2011年9月～2012年1月

- 1ヵ月当たりの外来化学療法実施件数（平均±標準偏差）：456.8±15.5 件
- 1ヵ月当たりの疑義照会件数（平均±標準偏差）：101±6.1 件
- 採択率（平均±標準偏差）：94.8±1.7 %
- 疑義照会内訳（平均）：生食フラッシュ：26.9%、処方依頼：25.1%、溶解液：7.7%、用量：5.5%、投与時間：4.6%、フレズミンの処方依頼：3.8%、休薬期間：3.4%、腎機能：2.2%、アレルギー：1.2%、その他：10.7%
- 事前入力されなかった処方に要する時間：1件当たり約24分（1ヵ月間の平均）

【考察】外来化学療法室で施行される治療については薬剤師が登録レジメンに基づいて処方監査を100%行っており、そのうち約20%に疑義照会が必要な処方がある。薬剤師が事前に疑義照会を行うことで、有効性と安全性が確保される。件数の多い生食フラッシュの処方入力については、事前に薬剤師による処方修正の許可を得ており、疑義照会と処方入力にかかる時間を省略することで医師の負担軽減となっている。また、事前入力

されなかった処方に対しては 1 件につき約 24 分の時間を要することから、事前入力を促す処方依頼は業務の効率化、医療安全に貢献していると考えられる。

【効果内容】 薬剤師、看護師が連携して患者状態の把握、副作用モニタリングを行い、支持療法を処方提案することで医師の負担が軽減される。

【評価方法】 薬剤師による処方提案件数。介入前後の副作用を看護師が NCI-CTCAE によりグレード評価する。

【評価結果】 調査期間：2011 年 9 月～2012 年 1 月

- ・ 1 ヶ月当たりの処方提案件数（平均±標準偏差）：11±5.7 件
- ・ 採択率（平均±標準偏差）：98.9±2.5 %
- ・ do 処方提案件数：4 件（7.2%）
- ・ 新規処方提案件数：51 件（92.8%）
- ・ 介入後の変化：改善傾向：25 件（45.5%）、不変：29 件（52.7%）、悪化：1 件（1.8%）
- ・ 処方提案内訳（平均）：疼痛：14.5%、手足症候群：14.5%、末梢神経障害：12.7%、悪心・嘔吐：10.9%、口内炎：9%、皮疹：5.5%、便秘・下痢：5.5%、感染：5.5%、味覚障害：5.5%、爪囲炎：3.6%、浮腫：3.6%、咳：1.8%、処方漏れ：1.8%、発汗：1.8%、不眠：1.8%、胃痛：1.8%

【考察】 薬剤師による処方提案後の NCI-CTCAE の変化とカルテ記事より 45.5%が改善傾向となっていた。採択率が高いことから、医師の負担は軽減されていると考えられる。

【効果内容】 多職種が介入するチーム医療を行うことで患者の満足が得られる。

【評価方法】 アンケートによる満足度調査。

【評価結果】 調査期間：2012 年 2 月 6 日～2012 年 3 月 2 日

- ・ 対象：外来化学療法室で治療を行い、同意を得られたがん患者 204 名
- ・ 外来化学療法の満足度：満足している：93 名（45.6%）、まあまあ満足している：86 名（42.2%）、あまり満足していない：7 名（3.4%）、満足していない：0 名（0%）、無回答 17 名（8.3%）
- ・ 生活の満足度：満足している：32 名（15.7%）、まあまあ満足している：125 名（61.3%）、あまり満足していない：31 名（15.2%）、満足していない：10 名（4.9%）、無回答 5 名（2.5%）
- ・ 薬の理解度：理解している：60 名（29.4%）、まあまあ理解している：121 名（59.3%）、あまり理解していない：18 名（8.8%）、理解していない：4 名（2.0%）、無回答 1 名（0.5%）
- ・ 支援を受けた職種数（看護師、薬剤師、管理栄養士、メディカルソーシャルワーカー）：1 職種：60 名（33.9%）、2 職種：93 名（52.5%）、3 職種：21 名（11.9%）、4 職種：3 名（1.7%）

【考察】 外来化学療法治療患者の生活満足度、薬剤理解度の主観的な評価は高く、これと相関し、外来化学療法室に対する満足度は高いことがわかった。

年齢、性別、治療期間、支援職種と満足度には相関関係はみられなかった。

【効果内容】 緩和ケアチームの介入により、患者の疼痛が改善される。

【評価方法】 緩和ケアチーム介入前後の除痛率調査。

【評価結果】調査期間：2011年4月の4週間（介入前）、2012年2月の4週間（介入後）

- ・ 対象：2011年4月：がん患者347名、疼痛のある患者：197名
2012年2月：がん患者356名、疼痛のある患者：120名
- ・ 痛みを有する患者において疼痛対策を行っている割合：
2011年4月：78%、2012年2月：81%
- ・ 疼痛対策のうち、オピオイドを使用している割合：
2011年4月：34%、2012年2月：53%
- ・ オピオイド使用者のうち、レスキュー設定者割合：
2011年4月：63%、2012年2月：59%
- ・ 安静時痛の程度（軽度：NRS 1-3、中等度：NRS 4-7、強度：8-10）：
2011年4月：なし：71名（36%）、軽度：82名（41.6%）、中等度：42名（21.3%）、強度：2名（1%）
2012年2月：なし：58名（48.3%）、軽度：44名（36.7%）、中等度：18名（15%）、強度：0名（0%）
- ・ 突出痛の程度（軽度：NRS 1-3、中等度：NRS 4-7、強度：8-10）：
2011年4月：なし：48名（24.4%）、軽度：54名（27.4%）、中等度：62名（31.5%）、強度：33名（16.8%）
2012年2月：なし：32名（26.7%）、軽度：33名（27.5%）、中等度：37名（30.8%）、強度：18名（15%）

【考察】緩和ケアチームの介入後、痛みを有する患者において疼痛対策を行っている割合、オピオイドを使用している割合は増加しており、外来化学療法スタッフの疼痛に対する意識が改善された結果と考えられる。突出痛の程度に変化がみられないことと、レスキュー設定者が減少していることからレスキューの有効利用がされていないことがわかった。緩和ケアチームが作成した疼痛治療評価に用いるフローシートとレスキュードーズ使用患者用パンフレットの更なる活用が必要と考える。

【効果内容】低栄養状態の患者が早期に発見され、栄養状態が改善される。

【評価方法】栄養状態スクリーニング（MUST）を用いた調査、血清アルブミン値の調査

【評価結果】調査期間：2012年2月6日～2012年3月2日

- ・ 対象：外来化学療法室で治療を行い、同意を得られたがん患者199名
[スコア0：リスク低、スコア1＝リスク中間、スコア2以上＝リスク高]
- ・ スコア0：103名（51.8%）、血清アルブミン値（平均±標準偏差）：4.14±0.38 g/dL
- ・ スコア1：39名（19.6%）、血清アルブミン値（平均±標準偏差）：4±0.55 g/dL
- ・ スコア2以上：57名（28.6%）、血清アルブミン値（平均±標準偏差）：3.81±0.54 g/dL

【考察】外来化学療法施行患者の28.6%に低栄養の可能性があったことがわかった。

【効果内容】栄養パンフレットの閲覧により食事を改善し、栄養状態が改善される。

【評価方法】栄養サポートチームと協働して作成した栄養パンフレットに対するアンケート調査

【評価結果】調査期間：2012年2月6日～2012年3月2日

- ・ 対象：外来化学療法室で治療を行い、同意を得られたがん患者62名

- ・パンフレットの有用性：役に立った：25名（40.3%）、まあまあ役に立った：30名（48.4%）、あまり役に立たなかった：4名（6.5%）、役に立たなかった：3名（4.8%）
- 【考察】栄養パンフレットの有用性に対する患者の評価は高いことがわかった。パンフレットが栄養状態改善の一助になり得ると考える。

【効果内容】副腎皮質ホルモン製剤による重篤な高血糖出現を防ぐことができる。

【評価方法】副腎皮質ホルモン製剤投与患者における半年以内の血糖値測定件数。

【評価結果】調査期間：2011年3月、2011年9月、2012年1月の各1ヵ月間

- ・2011年3月：133名のうち73名（54.8%）が血糖値を測定していた。
- ・2011年9月：146名のうち80名（54.8%）が血糖値を測定していた。
- ・2012年1月に胃腸外科において薬剤師が血糖値測定を促すことに許可を得た。
- ・2012年1月：146名のうち92名（63%）が血糖値を測定した。

【考察】糖尿病チームと連携して血糖値測定を促すことで、測定率が上昇した。

定期的に血糖値を測定することで重篤な高血糖出現を防ぐ。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

- ・**化学療法施行患者に対する栄養指導**：化学療法による食欲不振、味覚異常、口内炎、がんに対する食事療法について栄養指導の依頼を考えたが、保険適応外と人員不足により実現が出来なかった。がん患者にとって低栄養状態は予後不良因子であることから、外来における栄養指導を保険適応とすることを要望する。今回は、栄養サポートチームと協働で作成した栄養パンフレットを配布することで情報を提供し、栄養スクリーニングを行うことで現在の栄養状態を把握した。管理栄養士への相談がある場合は外来化学療法室スタッフが電話連絡した。今後は管理栄養士と外来化学療法室スタッフとでカンファレンスを行い、外来化学療法室スタッフの栄養に対する知識を深めて患者指導を強化したいと考える。
- ・**血糖値測定**：化学療法施行時に副腎皮質ホルモン製剤を使用している患者に対して3ヵ月に1回の血糖測定を促す許可を得たのは一診療科であった。
実際に6ヵ月に1回以上血糖を測定している割合は54.8%であったため、さらに促進のためにはたらきかける。今後は既に血糖を測定している症例における血糖上昇の状況を分析し、血糖測定の必要性を検討する。
- ・**外来化学療法室担当看護師の人員**：外来看護師の人員数には、患者に対する人数設定が無いために少人数の専任看護師で対応している現状がある。
混雑時には他部署から人員を集めているが、チーム医療を行う時や、実証のための調査を行う際には伝達が困難であり、業務が滞りかねない状況になった。
外来化学療法室の患者数に見合う専任看護師の人数設定が必要であると考えます。

総括評価

今回の取り組みを行い、外来化学療法室の業務が、チーム医療として多職種で患者に貢献していることを実感できた。またチーム医療を実感することで各職種間の連携がより密になった。

薬剤師による服薬指導の件数が増え、患者が抱える有害事象をより多く拾い上げることが

でき、支持療法の提案を積極的に行った。現在患者用のパンフレットを作成し、副作用軽減の検証する方法を考えている。

外来化学療法室のスタッフは化学療法に関する副作用や薬剤の特徴について専門的な知識を有しているが、緩和ケアチームの介入を機に、患者は外来化学療法室のスタッフが考えていた以上に痛みを抱えていることに気付いた。疼痛の程度、鎮痛薬に意識を向け、セルフケアのサポートを行うことが出来た。今後も疼痛治療の評価、レスキュードーズの推進を勧めて行きたい。

栄養に関しては、以前より改善の必要性を感じていた。今回は実態調査で約 3 割の患者が栄養不良状態にあることが明らかとなり、今回の取り組みをきっかけに、栄養サポートチームと連携を強めてがん患者の栄養状態改善に努めたい。

がん患者の血糖値測定は関心の少ないところであるが、術前の高血糖など問題になることもある。今回の取り組みで半数は血糖測定をしていることがわかり、更に血糖測定の必要性を検討していきたい。

今回の事業では、専門職ではない事務職の雇用で臨床のデータを採取、整理することが出来た。日常業務の中では、化学療法の副作用を聴取や記録をしていてもデータとしての集計や分析は業務外となってしまう。アンケートを行う際も、配布や回収に手間取ることが多い。今回は事務職のはたらきでデータの集計・分析が可能となった。

患者からは、各部署と連携はとれているので、連携をアピールしてはどうかという意見を頂いた。遠距離通院が辛いという意見も多く、他施設との連携の必要性を感じた。

(その他)

専門チームと連携して医療の質の向上に努めてみて、結果はすぐに出るものばかりではなく、改善点は数多くあることがわかった。今後も時間をかけて着実に改善していきたい。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

同様の取組は、多くの施設で実施されている現状があるが、専任スタッフの定数や栄養指導への保険適応など、医療の質を保証するための課題が提起され、継続した実証データは有効活用できると考える。

総括評価に記載されている事務職のこの領域における役割については、議論の余地があるものと考ええる。

HIV 診療におけるチーム医療（薬剤師外来常駐） （独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター）

チームを形成する目的

HIV 診療では、疾患の治療だけでなく、HIV 感染による心理的、社会的な問題、経済的不安など抱える問題は多彩であり、それらに対応できる専門的な関わりが必要である。特に、HIV 感染症患者が一生服薬する抗 HIV 療法は、患者自身の努力と共に、各スタッフ（医師、看護師、薬剤師、カウンセラー、ソーシャルワーカー等の専門職）が、専門に応じて役割を分担し、連携することで責任を果たすことが求められる。薬剤師が外来に常駐し、多職種連携によるチーム医療を推進することで、患者の薬物療法の効果をより確実にし、安全性を確保する積極的な取り組みが可能となる。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

＊関係する職種とチームにおける役割・業務内容

医師：

診察後、必要な検査を実施し、それらの所見に基づき診断し、治療方針を決定する。薬剤師からの副作用対策の立案、相互作用の確認、処方提案を評価する。チーム医療のリーダーとして、患者に安心感を与え、安全な医療を提供する。看護師、薬剤師等の多職種でのチーム医療体制を構築し、チームカンファレンスを開催するなど職種間の情報交換を保障すると共に、チーム医療の最終責任者としての責務を果たす。

看護師：

患者の全人的理解と評価を行い、包括的医療を提供する上でのチーム医療の要である。患者への最新情報の提供、患者の正しい疾患理解の確認、患者からの相談への対応を行い、患者自身が合理的意思決定を行えるように支援する。ケアにおける患者のニーズを見極め、薬に関するニーズがあれば、薬剤師へ患者の橋渡しをし、患者理解と患者の問題解決に向けて各専門職と意見交換を行い、それぞれの調整の役割を担う。

薬剤師：

医師が処方した処方箋の確認、正確な調剤、薬剤が適正に使用されるよう服薬指導を行う。HIV 診療における薬剤師の役割の中で処方箋の確認は、用法・用量の確認に加え、相互作用の確認も重要なポイントとなる。抗 HIV 薬は多剤併用療法が行われることに加え、日和見感染症治療等、抗 HIV 薬以外の薬剤が併用される例も多く見られる。抗 HIV 薬とこれら薬剤の相互作用は数多く報告されており、薬剤個々の薬物動態を十分に把握し、相互作用を理解し、処方箋の確認を行うことが求められる。

ソーシャルワーカー：

感染者個人とそれを取り巻く環境の両者を視野に入れた相談支援を行う。患者が HIV 感染症を抱えながらも可能な限り、安定した良質な社会生活を営めるように、社会生活の全体を視野に入れ、現実的にどのような生活をしていきたいのか、その主体性を尊重しながら側面から支援を行う。

そのために患者が置かれている心理社会的状況を共に評価（アセスメント）し、その解決のための目標や方法を考え、実践することが一次的役割である。そして過度にソーシャルワーカーに依存することなく、クライアント自身が自ら課題を解決していく力を備えることを最終的な支援の目標としている。

カウンセラー：

患者自身およびその周囲の人々（家族やパートナーなど）の感情、思考、認知、イメージなど心に最大の関心を払い、患者らが HIV 感染という事実をどのように受け止め、どのように対処していくかを共に考えながら、患者自らの人生を自分らしく生きていけるよう支援する。HIV 感染以後に生じた課題および感染告知以降に顕在化あるいは増悪化した課題など、生きること自体をめぐって何らかの苦悩や疑問、違和感を抱く患者が自らの人生をよりよく生きるために、自らの主体性を取り戻すプロセスを促進することがカウンセラーの重要な役割である。

*実施方法

当院では、2009 年 4 月から 2 名の薬剤師を増員し、HIV 感染症の専従として配置した。これに伴い、外来患者への服薬指導をさらに充実させるため、専門外来に薬剤師が常駐する「くすりの相談室」を新設し業務を開始した。今回、HIV チーム医療における薬剤師外来の取り組みと、その成果を明らかにする目的でアンケート調査を実施した。薬剤師外来設置前後の薬剤師外来の効果について検討すると共に、外来受診した投薬中の HIV 感染症患者に対し、アンケート用紙を配布し調査を実施した。

チームによって得られる効果（評価方法）

医師への処方提案・立案：

治療薬に関する説明、副作用の観察、副作用対策の立案、相互作用の確認、処方並びに TDM の提案が充実する。

医師・看護師との連携の充実：

医師・看護師側からの服薬指導の依頼、薬に関する質問などを電話連絡にて対応している。薬剤師外来常駐後は、診察前後に診療と連動した服薬指導が可能となり、医師・看護師側との連携が充実する。

患者動線の改善：

患者は診察後に薬剤科まで移動して服薬指導を行っている。薬剤師が処方の提案や処方設計を行った場合、患者は再度、外来診察室まで引き返す必要がある。薬剤師外来常駐後は、患者動線が短縮され、待ち時間の減少が期待される。

服薬指導が臨機応変に対応可能：

患者の状態が安定し、服薬の継続期に入ると約 3 ヶ月毎の長期受診となる場合が多い。院外処方の場合、院内薬局を経由しないため、患者との面談機会を失う場合も散見する。外来に薬剤師が常駐することで、当日の受診患者、診察待ち患者の状況把握ができ、予約外であっても臨機応変に服薬指導を行うことが可能となり、長期服薬患者への対応が改善する。

抗 HIV 薬院外処方の推進：

当院では HIV 感染症患者の約 65%を院外処方にて発行しているが、各医療機関における抗 HIV 薬の院外処方箋発行は低率である。その理由として、患者プライバシー、医療制度等の問題が考えられる。医療制度に関しては、ソーシャルワーカーとの連携が重要である。外来にて薬剤師が患者の状況を把握し、院外発行が可能である場合は、ソーシャルワーカーと医療制度情報を共有することで、院外処方発行を推進することが可能となる。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

* 薬剤師外来の効果 1

1) 面談患者数の増加

薬剤師外来設置前 2008 年度、のべ面談患者数は 1388 名であったが、設置後 2009 年度、2010 年度、のべ面談患者数は 2139 名、2536 名に飛躍的増加した。

2) 患者動線の改善

薬剤師外来設置前まで、患者は診察後に薬剤科まで移動して服薬指導を行っていた。薬剤師が処方提案や処方設計を行った場合、患者は再度、外来診察室まで引き返す必要があった。薬剤師外来設置後は、患者動線が改善され、待ち時間も減少した。

3) 医師・看護師との連携が充実

薬剤師外来設置前まで、医師・看護師側からの服薬指導の依頼、薬に関する質問などを電話連絡にて対応していた。薬剤師外来設置後は、診察前後に診療と連動した服薬指導が可能となり、医師・看護師側からも薬について相談しやすい環境が整備され、連携が充実した。

4) 患者からの相談依頼が増加

外来に「くすりの相談室」を設置したことで、患者から自発的に、薬に関する質問、相談依頼が増加した。外来に薬剤師が常駐することで、薬について相談しやすい環境が整備された。

5) 服薬指導が臨機応変に対応可能

患者の状態が安定し、服薬の継続期に入ると約 3 ヶ月毎の長期受診となる場合が多い。院外処方の場合、院内薬局を経由しないため、患者との面談機会を失う場合も散見されていた。外来に薬剤師が常駐することで、当日の受診患者、診察待ち患者の状況把握ができ、予約外であっても臨機応変に服薬指導を行うことが可能となった。特に長期服薬患者への対応が改善した。

* 薬剤師外来の評価 2（薬剤師外来に対する患者アンケート調査）

当院を外来受診した投薬中の HIV 感染症患者 175 名に対し、薬剤師外来における薬の相談に関する状況、問題点について、アンケート調査を実施した（回収率 85.7%）。

1) 服薬相談・説明を受けた印象

「とても役に立った」65%、「役に立った」34%、「あまり役に立たなかった」1%であった。

2) 外来診察に「くすりの相談室」が併設することへの印象（複数回答）

「診察前後に相談が受けられるのはよい」78%、「薬の相談がしやすくなった」44%、「待ち時間が少なくなった」13%、「必要ない」2%であった。

3) 役に立った服薬相談・説明（複数回答）

「副作用」71%、「薬の効き方、治療効果」69%、「薬のメニュー決定・変更」44%、「服薬時間の設定・変更」43%、「飲み忘れや服薬時間の対策」39%が上位であった。

4) 服薬相談・説明の改善点（複数回答）

「相談の依頼方法がわからない」8%、「待合室にくすりの相談室用の呼出し番号表示が欲しい」7%、「説明・相談の回数や時間が少ない」6% などであった。

5) 今後必要な服薬相談・説明内容（複数回答）

「副作用」62%、「新薬情報」50%、「相互作用」49%、「薬の効果」46%、「耐性」25%が上位であった。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

- * アンケート調査から、多種多様な相談に対する 薬剤師が評価される一方で、「相談の依頼方法がわからない」、「説明・相談の回数や時間が少ない」などの改善希望もあり、今後検討を加えたい。
- * HIV 感染症患者は、長期に継続する服薬の中で、副作用、相互作用、新薬に関する情報や相談を、常に希望していることが明らかとなり、今後の業務に還元したい。
- * 今回の結果から、外来に常駐する薬剤師は、多職種連携によるチーム医療の中で、薬物療法の効果をより確実にし、安全性を確保するため、必要な情報を的確に伝える積極的な取り組みが必要であると考ええる。

総括評価

薬剤師が外来に常駐することにより、面談患者数は飛躍的に増加し、患者の動線短縮による待ち時間の減少、診療と連動した服薬指導によって、医師・看護師との連携の充実、薬について相談しやすい環境が整備された。薬剤師外来についての患者アンケート調査から、多種多様な相談に対する薬剤師が評価される一方で、「相談の依頼方法がわからない」、「説明・相談の回数や時間が少ない」などの改善希望もあり、今後検討を加えたい。HIV 感染症患者の増加は、今後も予想され、HIV 外来診療における薬剤師の関わりはより濃くなると思われる。患者は長期に継続する服薬の中で、副作用、相互作用、新薬に関する情報や相談を、常に希望していることが明らかとなった。外来に常駐する薬剤師は、多職種連携によるチーム医療の中で、薬物療法の効果をより確実にし、安全性を確保するため、必要な情報を的確に伝える積極的な取り組みが必要であると考えられた。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

本事業で実施された内容は、HIV 診療を行っている施設において、大いに参考になると思われる。

当該医療機関の地域上難しいかもしれないが、今回行われた事業内容に、薬薬連携の方法を加味するとより効果的であると考ええる。

せん妄予防対策チーム (市立豊中病院)

チームを形成する目的

せん妄のリスクを評価し、発症の可能性の高い患者を早期にピックアップすることが大きな鍵となる。そのためには、看護職だけでなく、担当医、薬剤師など多職種でふりいにかけることが有効である。また、ハイリスク患者に対して早期に介入し、適切に予防的ケアを行うにあたっては、各職種の情報共有と協働が欠かせない。

せん妄を予防することで、患者 QOL は向上し、無用な ADL 低下や事故を避けることができ、入院期間の短縮、不要な薬剤使用の回避を図る。

チーム介入によって長期的には病院全体に教育的効果をもたらし、全職員のせん妄予防に対するスキル向上にも貢献したい。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

主治医・担当医 : 必要最低限の点滴ルートやドレーンの選択をする。注射時間を工夫する。

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。せん妄の原因となりやすい薬剤の減量中止やせん妄治療のための向精神薬の処方精神科医と相談して検討する。

精神科医師 : せん妄の診断、せん妄の原因アセスメント、せん妄治療に関する薬剤処方

認知症看護認定看護師 : 入院時にピックアップされた患者（転倒転落アセスメントスコアシートの認識の項目 3 つ以上または排泄の項目で“失禁あり”と“トイレに介助が必要”）を訪室し、身体的側面・精神的側面・環境的側面をアセスメントし、せん妄スクリーニングツール（DST など）を用いて、トリアージする（①精神科医師へ、②担当医師へ、③病棟看護師へ） →患者リスト管理にはチーム登録機能を使用する

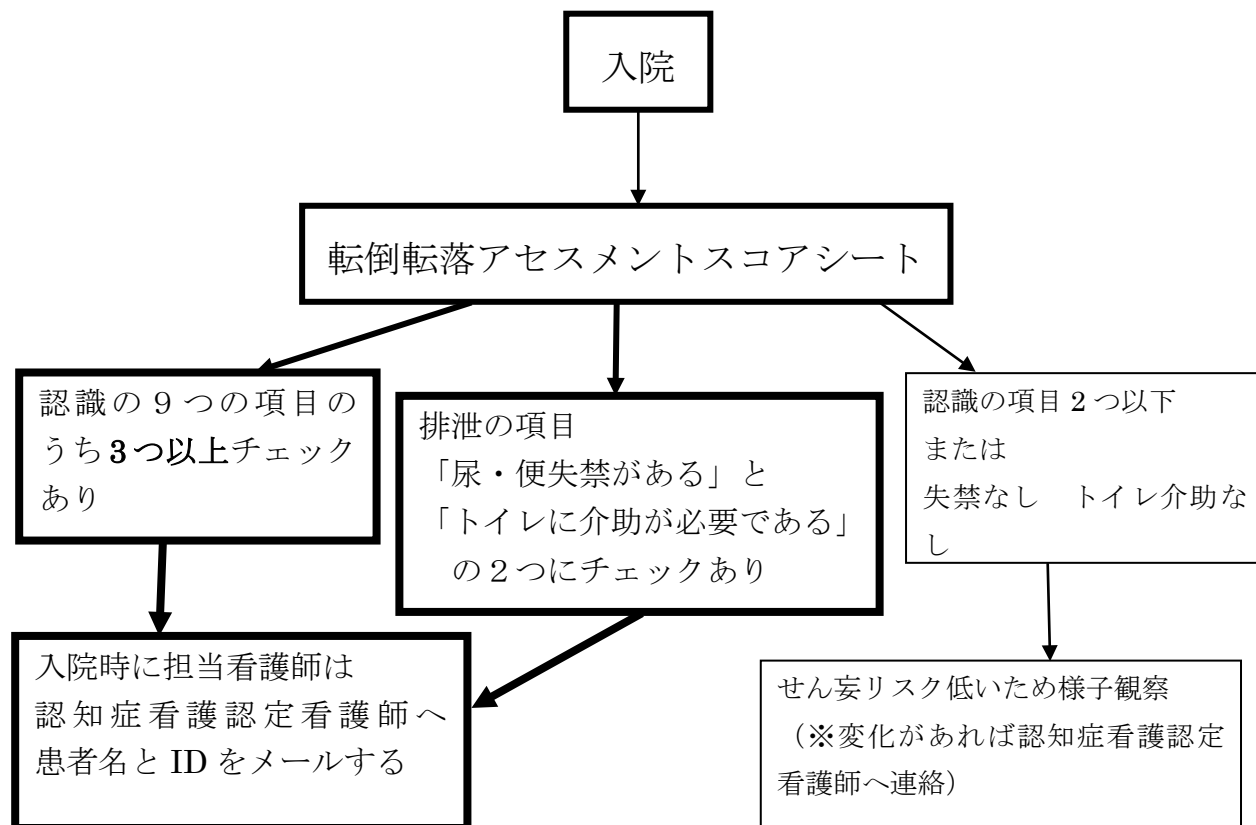
薬剤師 : 入院時、薬剤鑑別を行う時に、せん妄を起こしやすい薬剤を服用している 70 歳以上の患者をピックアップする。病棟にて薬剤指導を行った際の患者の様子を見て、理解力などを判断する。

理学療法士、作業療法士 : 日中の覚醒を促す方法の実践とアドバイス

事務 : チーム医療実証事業委託費交付手続きなどに関すること

各部署看護師 : せん妄予防フロー図に沿って入院時にせん妄ハイリスク患者を抽出し認知症看護認定看護師へ連絡する

★せん妄予防対策 ハイリスク患者抽出フロー★



- 入院時に、75歳以上の患者にせん妄についての説明パンフレットを渡す。

参考- 転倒転落アセスメントスコアシート

分類	特徴
既往	<input type="radio"/> 転倒・転落したことがある <input type="radio"/> てんかん発作・失神したことがある
感覚	<input type="radio"/> 視力障害がある <input type="radio"/> 視野障害がある <input type="radio"/> 聴力障害がある
活動	<input type="radio"/> ADLの中で車椅子・歩行器・杖を使用している <input type="radio"/> ふらつきや跛行・すくみ足など歩行障害がある <input type="radio"/> 免荷や荷重制限がある <input type="radio"/> 体のどこかに痛みがある <input type="radio"/> 歩行練習をしている
認識	<input type="radio"/> ※見当識障害がある <input type="radio"/> 昼夜逆転がある <input type="radio"/> ※痴呆がある <input type="radio"/> ※理解力の低下がある <input type="radio"/> 注意力の低下がある <input type="radio"/> ※不穏行動がある <input type="radio"/> 記憶力の低下がある <input type="radio"/> ナースコールの意味が分からない <input type="radio"/> 再学習が困難(車椅子の操作など)である
薬剤	<input type="radio"/> 降圧・利尿剤を飲んでいる <input type="radio"/> 睡眠薬を飲んでいる <input type="radio"/> 鎮痛剤を飲んでいる(麻薬を含む) <input type="radio"/> 向精神薬を飲んでいる <input type="radio"/> 抗パーキンソン薬を飲んでいる <input type="radio"/> 緩下剤をのんでいる
排泄	<input type="radio"/> 尿・便失禁がある <input type="radio"/> トイレ介助が必要である <input type="radio"/> 頻尿・尿意がある <input type="radio"/> 夜間トイレに行く <input type="radio"/> ポータブルトイレや尿器を使用している

認識項目が3つ以上
で、せん妄注意！

この2つチェック
でせん妄注意！

チームによって得られる効果（評価方法）

- せん妄持続期間の短縮や重症化を予防できる
- せん妄の原因となる苦痛の除去や適切な治療が継続できる
- せん妄の発症率が低下する

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

実証事業への参加をきっかけに、せん妄予防対策チームを立ち上げた。立ち上げにあたっては、病院組織全体に、下記①～⑥の事柄によりせん妄に対する予防的介入が有効であるとのエビデンスはあるが治療的介入の効果は不明であり、すなわち予防が肝心であるというチームの必要性を伝えた。

- ① せん妄は、複数要因からの発症である
- ② 発症要因の多様さから、せん妄予防は看護職だけの取り組みには限界がある
- ③ せん妄によって本来の治療は妨げられ、思わぬ事故につながったり、突発的な自殺の危険性もある。
- ④ せん妄によって、家族との良好なコミュニケーションが取れなくなるという問題点があり、家族が大きく動揺する。
- ⑤ 治療選択の意思決定能力が阻害され、治療に対する同意の能力に問題が生じる。
- ⑥ 医療スタッフも疲弊し、入院期間の長期化にもつながる。

せん妄予防対策チームを立ち上げるまでは、せん妄発症時に使用する薬剤のガイドライン等はなく、その時々患者状態に応じて担当医の判断で向精神薬を処方されていた。せん妄教育としては認知症看護認定看護師による看護師対象にした高齢者・認知症・せん妄看護に関する研修を4回/年行っていた。しかし、多職種で取り組むことができる、せん妄予防対策マニュアルはなく、実際には予防的ケアではなく、せん妄が発症してからのケアに追われるという実情であった。そのため、困難事例も多く看護師の疲弊感につながりやすい状況であった。看護師の疲弊感が高まると、せん妄状況にある夜間の患者状態を医師へ報告する際にせん妄の陽性症状ばかりがクローズアップされやすく、結果的に向精神薬の過剰投与となり、過鎮静や廃用症候群のリスクが高い。

取組と結果

- ・ 持参薬鑑別時にせん妄を起こしやすい薬剤があった場合、薬剤毎に「せん妄注意」と自動表示されるシステムを構築した。その結果、持参薬鑑別報告書を作成する薬剤師及び報告書を閲覧する医師・看護師ともに、せん妄を起こしやすい薬剤を認識しやすくなった。
- ・ 薬剤部のホームページに「せん妄に注意する医薬品」を一覧で掲載した。その結果、医師や看護師がカルテ端末から一覧表を閲覧することが可能となり、せん妄を起こしやすい薬剤の検索が容易となった。
- ・ 薬剤管理指導業務を行う薬剤師が患者のカルテを閲覧した際に、せん妄を起こした記録を発見した場合は、せん妄予防対策チームの薬剤師へ連絡しチームの医師、認知症看護認定看護師へ報告をした。その結果、医師や看護師以外からのせん妄患者の報告が可能となり、タイムリーに看護ケアの工夫・環境調整を行えることと、薬剤変更等に介入しやすくなった。

- ・ ICF 概念に基づく OT せん妄予防登録選別表をもとに評価をすすめた。せん妄対象患者については廃用症候群や脳血管疾患、運動器疾患として従来すすめてきた運動機能・ADL を中心とした介入をするだけでなく、精神機能へのアプローチも早期に取り入れて介入する意識が高まった。その結果、従来よりもせん妄の予防効果があがり平均在院日数短縮につながっていると考えられるが、データ抽出までには至っていない。
- ・ 75歳以上患者の入院時に、せん妄についてのパンフレットを配布するようにした。その結果、家族から「以前も同じような症状になった。わかりやすい」、看護師より「患者・家族に説明がしやすい。」「原因となるものが改善すれば、せん妄症状も落ち着くことを説明して家族の不安軽減につながりやすい」という意見が聞かれた。
- ・ せん妄予防フロー図に沿って入院時にせん妄ハイリスク患者を抽出し、認知症看護認定看護師へ連絡する際に使用した。ハイリスク患者の抽出には、既存の転倒転落アセスメントスコアシートを用いた。その理由は、アセスメントをするためのシートを増やすことで、看護師の業務負担感が増すと考えられたからである。既存のシートを効果的に用いるための準備を7月より行い、認知症があると約2倍のリスク、拘束感が強いと約5倍のリスクがあるという結果から、せん妄ハイリスク患者をアセスメントするための指標を決定した。全病棟に、フロー図の説明を行った。
- ・ フロー図にそっての認定看護師への連絡は、23年11月1日、開始日当日よりほぼタイムリーに連絡があり、既存のシートを使用するにあたっての効果が見られた。
- ・ せん妄予防対策チームメンバーで担当病棟を分担し、各病棟毎にせん妄ハイリスク患者リストをフィードバックした。フィードバックの方法は、各病棟毎のせん妄ハイリスク患者リストを、病棟ラウンドの際に配布した。リストを直接手渡しすることで、せん妄予防対策や患者の対応についての質問をされることもあり、予防対策の強化についての発信につなげ、チームの存在を病棟に周知させることができた。
- ・ H23年11月～H24年2月の新入院患者数は 5,004名 その内、せん妄ハイリスク患者として、チーム登録された患者数は 894名であった。約2割弱の患者がせん妄を来しやすいことがわかった。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

- ・ せん妄予防対策チームのメンバー全員が兼任のため、せん妄予防対策に関わるができる時間が限られていることで、せん妄が発症してもタイムリーに関わるができない。診療報酬の後ろ立てがあれば、病院組織全体にもせん妄予防対策チームの必要性を理解してもらうことができ、マンパワー不足を解消できると思われる。
- ・ せん妄予防、せん妄患者への対応において、関わる時間が長い看護師の数は、組織の中で占める割合が多い。そのため、せん妄予防対策やせん妄ケアについての看護師教育が不可欠であると思われる。せん妄の原因となるものは様々であるが、高齢者が年々増加傾向にあり、認知症があるとよりせん妄を来しやすいことも考えると、認知症看護認定看護師は、看護師教育や組織縦断的に動くことができ、せん妄予防対策チーム医療を推進するためのシステム作りなどを行うことができるよう、専従であることが望まれる。
- ・ せん妄予防の一環として、24年度は院内デイケアを企画しているが、チームメンバーの作業療法士の介入は不可欠であるが、リハビリの人員不足により、ハイリスク患者すべてに

介入できない現状がある。急性期病院において、他の疾患患者のリハビリと平行してせん妄予防対策として介入するにあたり、専従の作業療法士の必要性もあると思われる。

- ・ 入院患者の約2割がせん妄ハイリスク患者であり、その患者に予防的にチームとして関わることでの実践データに基づく評価を行う。評価の指標としては、せん妄の治療効果、向精神薬の過剰投与などによる廃用症候群などの合併症の減少、せん妄に伴う合併症が減少することによる在院日数の短縮とコスト削減効果、過剰な身体拘束施行率の低下、スタッフの負担軽減効果を挙げる。

総括評価

- ・ せん妄予防対策チームのメンバーが、各部署でせん妄予防についての必要性を発信することで、チームメンバー以外の薬剤師・作業療法士・看護師のせん妄に関する知識の向上とせん妄予防対策にむけての意識変化に寄与することができた。
- ・ 各科の主治医においては、チームとして予防対策を発信することで、せん妄を来しやすい薬剤の中止や変更が速やかに行われることと、せん妄の治療薬剤の選択においての変化が見られつつある。
- ・ 評価については、せん妄予防対策チームを立ち上げて四ヶ月であり、数字としてははっきりとした評価が出ていない。チーム活動の拡大と継続を図り評価していきたい。

<今後の課題>

- ・ 日中の覚醒を促すために、院内デイケアを立ち上げ、集団作業療法・集団精神療法として、認知症看護認定看護師・作業療法士が関わりせん妄予防対策を行っていく。
- ・ チームとして、全職種に向けてのせん妄予防対策についての研修会を企画する。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

認知症看護認定看護師の役割は明確に伝わってきたが、理学療法士と作業療法士が具体的にどの場面でどのようにチームに関与していたのか、またその役割分担についての報告が欲しかった。また、カンファレンスについて、実施の有無やその内容についても報告が欲しかった。

しかし、治療効果や合併症の予防のデータにより、今後のマンパワーの確保等に貢献する取組であると考えられ、継続検証が望まれる。

診療科を越えて重症化患者を早期に発見する SIRS サーベイランスチーム (NTT東日本関東病)

チームを形成する目的

院内における急変事例や予期できないうちに重篤化するような症例を減らすことは、患者安全の視点からは、基本的かつ重要な課題である。しかし、入院患者のなかには、当該診療科のみの治療では病状の改善が得られず、より重症な状態に移行する例がときには経験される。そのような症例を、全院的・総合的立場から、早期にあるいは重症化する前に発見し、迅速な対応と適切な診療科へのコンサルテーションを調整することを目的として、院内横断的かつ多職種にわたる SIRS サーベイランスチーム (SIRS チーム) を組織化し、SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome; 全身性炎症反応症候群) 患者を見出し、チェックすることとした。

SIRS チームは 2005 年 8 月から活動を開始してきたが、2009 年の実績では、854 例の SIRS 例をレビューし、101 例(12%)をコンサルテーションが必要な SIRS 症例 (以下、要コンサル例) と判定した。そのうち、87 例 (86%) が改善し、11 例(11%)が死亡した。また 101 例の要コンサル例のうち、22 例 (22%) で SIRS チームから、当該診療科に介入を行った。2010 年には 1001 例の SIRS 例をレビューし、99 例(9.9%)を要コンサル例と判定した。そのうち、12 例 (12.1%) に SIRS チームから介入を行ない、また要コンサル例 99 例中の 78 例 (78.8%) が改善し、21 例(21.2%)が死亡した。

介入の有無による改善率の相違について、これまでは直接的な比較を行ってはいない。また SIRS チームの活動が、急変例数の変化や予期しない重篤化例の減少に与える効果についてもこれまで検証はされていない。しかし、今後活動を続けていけば、介入の効果を検証できるものと考えられるので、今回の実証事業として、過去の活動成果を分析し、活動方法を改善するための効果の検証法を開発し、SIRS チームの活動効果をより高めることを目指すこととした。

※ SIRS (全身性炎症反応症候群)

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

SIRS サーベイランスチーム (SIRS チーム) 構成員

統括：副院長	1 名
副看護部長 (急性・重症患者看護専門看護師)	1 名
連携診療科担当医師	2 名
感染管理認定看護師	1 名
薬剤師	1 名
レジデント	1 名
医療情報部担当者	1 名

当院の医療情報部担当者が開発・作成したプログラムにより、まず全入院患者の中から SIRS の診断基準の白血球数の値が該当した患者を抽出する。その中から、副看護部長および感染看護認定看護師が電子診療録データを確認し、SIRS 診断基準の体温・脈拍数・呼吸数に基づき SIRS 患者 (約 20-30 例/週) をリストアップしている。この SIRS 患者の全例をレジデントが電子カルテから調査し、病状を把握する。

このレジデントの調査結果を週 1 回のチーム構成員全員参加のカンファレンスで検討し、

コンサルテーションが必要な SIRS 症例（要コンサル例）を判定する。要コンサル例については主治医にカンファランスの場で電話にて連絡し、問題点を指摘し、治療方針の変更に関してアドバイスしている。また病状・緊急度に応じて、SIRS チームが当該診療科に直接介入を行うことにしている。介入の必要がある症例には、当該診療科に対し適切な治療を促すか、あるいは、SIRS チーム構成員である**連携診療科医師**が治療を行う。必要に応じて他のチーム（NST や ICT・フットケアチームなど）やリソースの活用を促す。診療科を越えての介入が困難と思われる場合には、**副院長**が介入する。また病状経過が院内的検討を要する場合や、広く院内に周知することが必要とされる場合には、全院的な症例検討会を ad hoc に行っている。

チームによって得られる効果（評価方法）

当院で開発したプログラムにより、全入院患者の中から SIRS の診断基準の白血球数の値が該当した患者を抽出し、その中で体温・脈拍数・呼吸数から SIRS 診断基準に基づき SIRS 患者を（約 20-30 例/週）をリストアップしている。この SIRS 患者の全例をレジデントが電子カルテから調査し、病状を把握する。このレジデント調査結果を週 1 回のカンファランスで検討し、コンサルテーションが必要な SIRS 症例（要コンサル例）を判定する。要コンサル例については主治医に電話にて連絡し、問題点を指摘し、治療方針の変更に関してアドバイスしている。また病状・緊急度に応じて、SS-TEAM が当該診療科に直接介入を行うことにしている。また病状経過が院内的検討を要する場合や、広く院内に周知することが必要とされる場合には、全院的な症例検討会を ad hoc に行っている。

これらの介入や検討会により、急変例数、予期せぬ死亡例、ICU への予期せぬ転棟例、他科への診察依頼例数、などがどのように変化したかを検討し、下記のような方法で SIRS サーベイランスチームの活動効果を分析する。

<具体的な評価方法>

- ① 介入症例の検討：過去データおよび今年度データを用いて、要コンサル例のなかで SS-TEAM が当該診療科に介入した症例を集積し、そのなかの改善例と非改善例を対比し分析する
- ② 介入効果の評価（数値的アウトカム評価）：SS-TEAM の介入の有無により、急変例数・予期せぬ死亡例・ICU への予期せぬ転棟例、他科への診察依頼などがどのように変化したかを検討する
- ③ 院内全体での症例検討会を行った症例を分析する
- ④ チーム構成員や関係者の主観的評価を、アンケートやヒアリングにより調査する

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

SIRS チームのこれまでの介入や検討会により、急変例数、予期せぬ死亡例、ICU への予期せぬ転棟例、他科への診察依頼例数、などがどのように変化したかを検討し、SIRS サーベイランスチームの活動効果を分析した。

1. SIRS 症例の抽出率

2011 年には 773 例の SIRS 例をレビューし、76 例(9.8%)が要コンサル例と判定され

た。そのうち、11例(14.5%)にSIRSチームから介入が行われ、また要コンサル例76例中の53例(69.7%)が改善し、23例(30.3%)が死亡した。

2.介入事例での生存例と死亡例の対比と分析

2010年と2011年の比較では、SIRSチームの介入事例数は12例、11例と変わりがなかったが、介入事例は非介入事例に比較して生存例が多い傾向にある。2011年では11例全例が快復し元気で退院しており、2010年(生存8例、死亡4例)に比較して介入事例での死亡例が減少した。

3.介入効果の評価

2011年のSIRSチームの介入事例11例について、急変の有無・予期せぬ死亡・ICUへの入室、他科への診察依頼、予後について調査した。SIRSチームの介入事例全例で、急変・予期せぬ死亡・ICUへの予期せぬ入室例を認めなかった。2例では、ICU管理を推奨した結果ICU管理となり症状の改善がえられた。他科への診察依頼は、11例中8件(連携診療科5件、神経内科1件、血液内科1件、呼吸器科1件)で、11例全例が改善し軽快退院されていた。

4.院内症例検討会

2011年には以下の2症例について全病院的な検討会を行った。

- 1) 側弯症手術前の評価目的で撮影した胸部レントゲンにおいて、気胸の診断が適切になされなかった事例について、SIRSチームと医療安全管理室が協働し、院内全体で症例検討会を開催した。術前画像検査時の2重チェックの必要性、その後の緊急入院時の全身評価の重要性について、多職種で検討した。
- 2) 感染性結核の診断遅延事例について、SIRSチームと感染対策推進室が協働し、院内全体で症例検討会、ミニレクチャーを開催した。胸水検査の判断基準、結核の検体検査のポイントについて多職種で討議、確認をした。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

以下に、これまでのSIRSチームの活動に関する課題・解決策などを挙げる。

1) SIRSの検索の精度と効率を上げる。

SIRSとしてレビューしたケースのうちコンサルテーションが必要とされるSIRS例の占める割合は、2011年9.8%、2010年9.8%、2009年11.8%であった。今後は電子診療録にSIRS基準にトリガー項目を置いて、より高い精度で効率的なレビューを行えるよう、電子診療録システムの改善を立案、構築していく。

2) SIRSチームの介入事例を増加させる。

2011年の検討では、SIRSチームの介入事例において、全員が生存し軽快退院していた。一方、非介入事例では、69例中19例(29.2%)が死亡退院していた。要コンサルと判定された事例においては、次年度以降、SIRSチームが適切なタイミングで、より多くの事例に介入することで、院内死亡率の減少を図ることができると思われた。

3) 緊急症例・急変する症例に対して迅速な対応が必要

週1回のカンファランスでのチェックでは緊急症例や病状が急激に進行する症例に対して迅速な対応が難しい。現在はこのような症例にはSIRSチームとして対応はせず、連携診療科独自の活動に任せている。SIRSチームとして対応できるようなシステムを今

後検討する必要がある。

4) 院内症例検討会の活用

院内症例検討会は、医療安全管理室、感染対策推進室と協働して開催をした。今後は、栄養サポートチーム、褥瘡チームなど他の院内横断的なチームとも連携し、複数のチームにまたがる事例について情報共有する。必要に応じて院内症例検討会を開催し、問題点の明確化と対策を講じていく。

5) 多職種の参加による効果の検証を行う。

2011年からSIRSチームに薬剤師、医療情報部担当者が加わった。チームの増員によって薬剤関連有害事象の早期の把握、電子診療録の質の向上が得られるのかについては、今後さらに検証が必要である。

総括評価

院内における急変事例や予期できないうちに重篤化するような症例を減らすことを目的に、2005年8月から院内横断的かつ多職種にわたるSIRSサーベイランスチーム（SIRSチーム）を組織化し、SIRS患者をチェックしてきた。2011年はSIRSチームの介入事例は11例で、急変・予期せぬ死亡・ICUへの予期せぬ入室例を認めなかった。また他科への診察依頼は、11例中8件（連携診療科5件、神経内科1件、血液内科1件、呼吸器科1件）で、11例全例が改善し軽快退院され、良好な成果がえられた。今後の課題としては、1) SIRSの検索の精度と効率を上げる、2) SIRSチームの介入事例を増加させる、3) 緊急症例・急変する症例に対して迅速な対応が必要、4) 院内症例検討会の活用、5) 多職種の参加による効果の検証を行う。などがあげられる。

このようなチーム医療活動がわが国で広まり、入院患者の安全と医療の質の向上がえられればよいと考えているが、SIRSサーベイランス以外により効果的な方法がないかについても検討してゆきたいと考えている。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

SIRSサーベイランスチームの活動は、全国的にみて新しい取組であり、今後の医療の在り方における先駆的なデータをなると考える。

チームによるコンサル・介入の道が開けることは、相談役となる受け皿があることの“安心”を生み、組織的取り組みの姿勢は患者側にも安心を与えるものと評価する。

医療チーム側からは、SIRSは血液検査等の内容で、スクリーニングができ、症例検討会等を経て、全病院的取り組みを可能とする意義は大きい。今後、個別性や緊急性により威力を発揮できると思われる。

課題としては、SIRSの特性からして、現行体制で、先に掲げた「迅速性・緊急性」への適切な対応がどこまでできるのか、懸念が残る点にある。また、介入有無による改善率や、過去実績との比較、介入効果の評価等を、今後、より慎重に進めていかなければならない。

せん妄対策プロジェクトチーム (長浜赤十字病院)

チームを形成する目的

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。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

主治医

発生予防に、必要最低限の点滴ルートやドレーンの選択をする
家族への説明やせん妄発生時の対応・対策について合意を得る
鎮痛剤・睡眠剤の処方や精神科医と相談して向精神薬を検討する

精神科医

医師や看護師と情報交換し、せん妄の診断や向精神薬を処方

看護師

入院時看護スクリーニング表による早期発見、せん妄対策シートを用いた予防的介入と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と日常生活の評価、環境調整

認知症看護認定看護師

せん妄対策プロジェクトの召集運営事務局、対策シートで改善しない患者への実践介入と指導・相談

薬剤師

処方内容や薬効の評価、病態に応じた処方の提案

作業療法士

日中の日常生活動作における安全確保と生活リズムの構築

臨床心理士

せん妄から回復した後の後期高齢者の精神的サポート

院内ボランティア

入院中の後期高齢者対象の院内デイケアの開催、日常生活の刺激を取り入れる

医事課

せん妄あり・無しに分けたDPCにおけるベンチマーキングと統計的な評価

チーム運営に関する事項

- ・ 主治医・看護師が中心となり入院時にせん妄スクリーニングを実施
- ・ チームによるせん妄対策計画の立案・実施・評価
- ・ チームカンファレンスの開催で情報共有

チームによって得られる効果（評価方法）

せん妄持続期間の短縮や重症化を予防できる

…一定の疾患に焦点を絞りせん妄発症の期間で評価

せん妄治療に用いる向精神薬の投与方法が適切にできる

…薬剤の種類・量の変化を評価

せん妄による日常生活自立度の低下を予防できる

…バーセル・インデックス値で評価

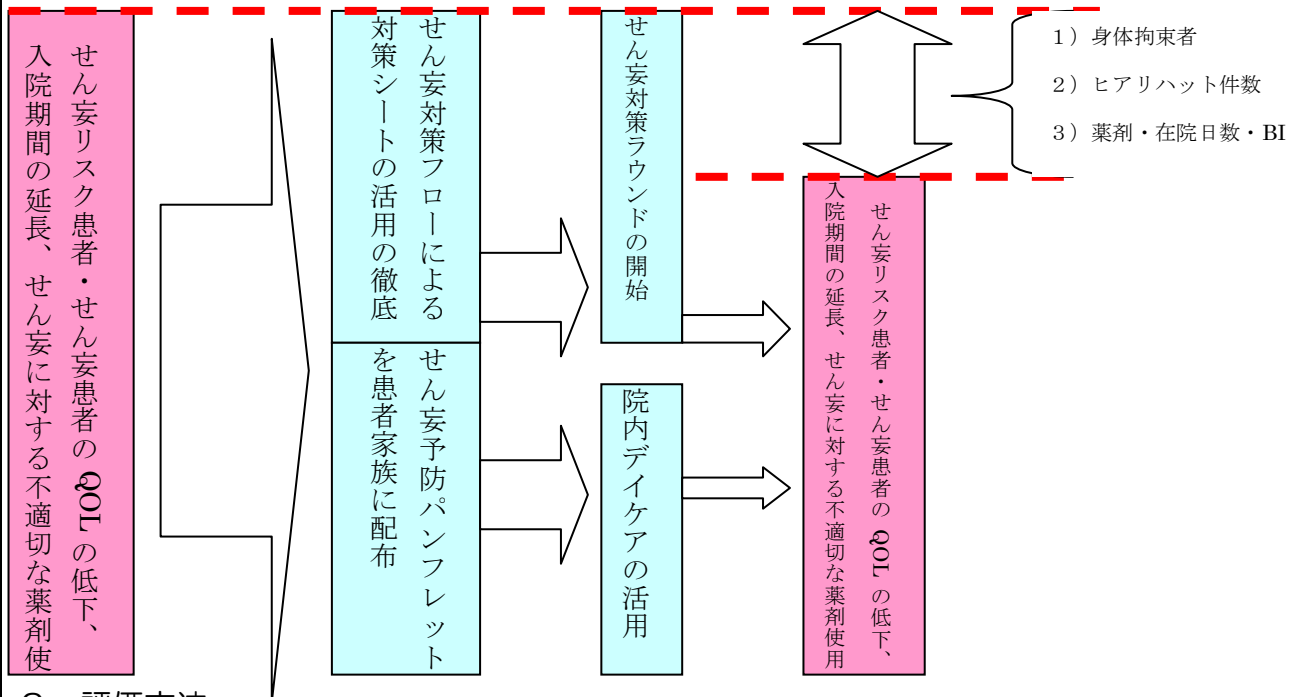
せん妄発症が原因の身体抑制数と時間が減少できる

…せん妄が原因の身体抑制の人数種類、時間で評価

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

1. 活動の流れ

4 項目の活動を行うことで、せん妄患者の QOL 低下、入院期間の延長、過度な薬剤使用を減少させる。



2. 評価方法

せん妄のリスク患者・せん妄患者の QOL 低下、入院期間の延長、せん妄に対する不適切な薬剤の使用の患者の減少ができたか否かを以下4項目で評価を行った。

- (1) 2011年6月～2012年1月の身体抑制患者数の変化（小児科と婦人科、精神科の病棟を除く、救急病棟と一般成人病棟を対象）
- (2) ヒアリハット件数（転倒転落で判断力低下をきたす、意識障害、視覚・聴覚障害、構音障害、認知症、薬剤の影響下の項目で起きた件数2010年4月～2011年1月と2011年4月～2012年1月で比較）
- (3) 薬剤の変化（小児科と婦人科、精神科の病棟を除く、救急病棟と一般成人病棟を対象とした2010年6月～2011年1月と2011年6月～2012年1月で比較）
- (4) せん妄を発症した大腿骨頸部骨折患者の在院日数とバーサルインデックス（BI）値の受傷前と退院時の低下幅（①2010年・②2011年1月～8月・③2011年9月～12月の3期に分け比較）

3. 活動内容

(1) せん妄対策ラウンド

せん妄対策シートの浸透を行ってきた成果により、毎週金曜日の午後1時間で効果的にラウンドすることができている。ラウンドを開始するに当たり、「指摘や批判的なアドバイス

は、スタッフの反感を持たせ意欲の低下やケアの質を低下させることにつながるため、絶対行わない」事をチームで共有した。9月～1月までのラウンドで1回あたりの申し込みは平均3件で計31人（平均年齢84.6歳）の相談申し込みがあった。また、毎週金曜日のラウンドを1時間内に終了するために、申し込みのあった患者の情報を事前に調べ、認知症看護認定看護師からせん妄対策プロジェクトチームヘイントラネットで知らせる工夫をとった。

9月～1月までのせん妄対策ラウンドを行った困難事例の疾患は、肺炎などの呼吸器疾患8事例、大腿骨頸部骨折7事例、心不全6事例、消化器疾患7事例、その他3事例であった。内訳（症状改善終了は24事例、症状は変化しないが、関わる看護師の対応に余裕ができた終了した事例は3事例、死亡2事例、継続中2事例）24事例は以下のアドバイス内容の実践によって、せん妄が改善した。（重複事例あり）

表1

睡眠薬の中止（ブチゾラム2件・ゾルピデム酒石酸塩4件、ニトラゼパム1件、フルニトラゼパム1件）	8件
ラメルテオンまたは抑肝散の追加	5件
リスペリドンの中止	1件
ハロペリドールの静脈内投与への変更	2件
口腔ケア	8件
高照度光療法	13件
排便コントロール	2件
対応ケアの承認・支持のみ	3件
疼痛コントロール	4件
身体抑制の解除と環境整備	2件

せん妄対策シートの浸透により、各病棟では環境調整ができており、見当識への支援に関するアドバイスの必要があまりなかった。なお、ラウンドにおいてアドバイスした内容が実践できるように、認知症看護認定看護師が次週ラウンドまでの間、定期的に訪問しケアのフォローと評価を行った。

(2) ボランティア導入の院内デイケア

7月にボランティアの募集を行い、8月にオリエンテーション9月より開始した。ボランティア登録メンバーは現在15名で、週1回開催している。1回あたりの患者数は14～15名でボランティアは6名前後で行っている。各月毎にテーマをボランティアと共に決め開催をすることで（表2）、週に1回ではあるが、患者が普段めったに見せない笑顔で過ごすなど反応がよく見られた。また、面会に来た家族が、喜んで写真を一緒に撮るなど共に過ごし触れ合う時間ができている点はリハビリテーションにはない特徴である。また、短時間ではあるが、フドー手袋や車いす固定のセーフティーベルトなどの身体抑制を解除することができている。また、最近ではボランティアとの自然な相互交流もよく見られるようになってきた。

表 2

9月	体操・季節の雑草・畑にある花の生け花
10月	体操・季節の雑草・畑にある花の生け花
11月	体操・季節の雑草・畑にある花の生け花
12月	体操・落ち葉、松ぼっくりを使ったクリスマスのリース作り
1月	体操・書き初め・かるた・トランプ・将棋

4.

評価となるデータ実績

(1) 2011年6月～2012年1月の身体抑制患者数の変化

※ 身体抑制として取り扱うもの

4点ベッド柵・上肢、四肢の抑制・体幹（肩、胴）抑制・フドー手袋
車いすセーフティーベルト・介護依（つなぎ服）

1) 何らかの抑制を実施された入院患者数の変化

6月～9月	10月～1月
645人	551人

2) 4点ベッド柵を実施した入院患者数の変化

6月～9月	10月～1月
579人	489人

3) 車いすベルトを実施した入院患者数の変化

6月～9月	10月～1月
101人	83人

4) フドー手袋を実施した入院患者数の変化

6月～9月	10月～1月
176人	151人

5) 上肢抑制を実施した入院患者数の変化

6月～9月	10月～1月
77人	80人

6) 四肢抑制を実施した入院患者数の変化

6月～9月	10月～1月
12人	12人

7) 肩
た入

6月～9月	10月～1月
8人	3人

抑制を実施した入院患者数の変化
院患者数の変化

8) 胴抑制を実施し

6月～9月	10月～1月
5人	0人

6月～9月	10月～1月
4人	9人

9) 介護依（つなぎ服）を実施した入院患者数の変化 10) 身体抑制患者種別

	6月～9月	10月～1月
認知症	212	220
せん妄	240	142
呼吸器	45	51
寝たきり	185	150
合計	645 /37,763人中	551 /37,955人中

(2) ヒアリハットの件数

ヒアリハット転倒								
	意識障害	視覚障害	聴覚	構音	認知症	薬剤の影響下	その他	合計
2010/4/1～2011/1/31	1	2	2	1	56	37	193	292
2011/4/1～2012/1/31	7	0	2	0	49	29	135	222
ヒアリハット転落								
	意識障害	視覚障害	聴覚	構音	認知症	薬剤の影響下	その他	合計
2010/4/1～2011/1/31	1	0	0	1	40	8	65	115
2011/4/1～2012/1/31	3	1	2	0	17	1	54	78

(3) 薬剤の変化

	2010年6月～2011年1月	2011年6月～2012年1月
リスペリドン内用液0.1%(0.5ml入り)	467	935
リスペリドン内用液0.1%(1ml入り)	1523	1279
リスペリドン内用液0.1%(2ml入り)	314	290
リスペリドン内用液0.1%(3ml入り)	5	14
セレネース注5mg 1ml	437	239
ロゼレム錠8mg	362	993
ツムラ抑肝散エキス顆粒	7674	6526
レンドルミンD錠0.25mg	6778	6628
マイスリー錠5mg	4924	3287
マイスリー錠10mg	1551	772

(4) せん妄を発症した大腿骨頸部骨折患者の在院日数とバーサルインデックス (BI) 値の受傷前と退院時の低下幅

※せん妄患者：入院中に日本語版ニーチャム混乱・錯乱スケール 24点以下になった患者

せん妄発症した大腿骨頸部骨折						
	せん妄患者数	入院前 BI値	退院時 BI値	BI値低下幅	在院日数	術後～退院日
2010	23	65.4	37	28.5	39.9	31.9
2011前半	15	59.7	40.7	19	41.1	34.1
2011後半	18	57.5	45.8	11.7	37.5	30.5

5. アセスメント

せん妄が原因と思われる転倒転落と身体抑制は、全体として減少した。このことは、転倒転落の予防のために抑制を行うということがなかったといえる。また、向精神薬の使用量も全体として減少し、睡眠薬については、特にマイスリーの10mgが大幅に減少、代わりに転倒リスクが少なく高齢者の身体の負担が少ないロゼレムが3倍に増えた。このことから、高齢者の身体抑制、薬物による過度な抑制もなくなり、尚且つ転倒転落が年間を通し減少した事は、ケアの質が向上した結果といえる。また、向精神薬および睡眠薬の選択もせん妄対策シートの薬物ガイドラインを利用し行えるように浸透できたと考える。

当院の大腿骨頸部骨折患者の平均年齢は、83歳で2年間変わらず後期高齢者に多く、せん妄の発現リスクも非常に高い疾患である。この2年間を、せん妄対策シート導入期、対策シート浸透期、せん妄対策ラウンド開始後の3期に分け、受傷前BI値と退院時BI値の低下幅の変化を測定した。その結果、低下幅は期を追うごとに減少していた。このことは、せん妄対策シートの活用や、せん妄対策ラウンドにより重篤なせん妄も早期に改善し退院時のADL低下を予防できたといえる。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

今年度は認知症看護認定看護師が、病棟配置からフリーで活動できる組織上の位置づけとなったことが、今回のチーム医療実証事業の成功要因と考える。多職種をうまくまとめ、コアの人材となってチーム医療の推進を行うためには、やはり兼任では非常に厳しいと感じた。

この事業を国の施策として浸透させていくためには、当院のように認知症看護認定看護師がフリーで活動を行える環境を整備することが、重要な要因と考える。

総括評価

チームによって得られた効果

せん妄対策ラウンドについては、毎回依頼の申し込みがある。師長・係長だけでなく病棟の看護師も気軽に依頼できるシステムにしている。「ラウンドによって、これで良いのか否かを一緒に判断してもらえるので安心。」「新たな視点でアドバイスをもらえるので良い」「できることを具体的に伝えてくれるので実行しやすい」「薬剤の変更などは、精神科医師からのアドバイスなので主治医も安心して変更してくれるようになってきた。」などの評価があった。実際に薬剤変更と、睡眠薬の中止など薬剤のアドバイスは、せん妄が改善した24事例のうち16件あった。また、認知症看護認定看護師は、せん妄対策ラウンド後のフォローアップとして病棟での経過を追いケアの実践と指導の支援をしている。

ボランティア導入の院内デイケアについては、低活動型のせん妄患者が参加することがあるが、患者の反応や笑顔を看護師が直に見ることで、日々の看護計画の中にできる範囲内で同様のケアの導入が増えた。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

病棟配置ではなくフリーで活動できるという組織上の位置づけをえた認知症看護認定看護師を中心として、医師・薬剤師に限らず、作業療法士・臨床心理士、加えて院内ボランティアを活用した積極的な取組であり評価できる。

医師、薬剤師、看護師の業務標準化と実施状況の評価も明確にすることでチーム活動の課

題が整理されると考えられる。

がん診療連携拠点病院における精神腫瘍医を中心とした
問題解決型リエゾン・チーム
(聖路加国際病院)

チームを形成する目的

- リエゾン・ラウンドによる心理社会的援助を必要としているがん患者・家族の抽出
- 多職種による迅速な実際の援助
- 現場の看護師による問題解決技法の習得
- 最終的には、がん診療連携拠点病院入院・通院しているがん患者および家族の心理社会的問題を早期発見し、問題解決技法を目指したリエゾン・ミーティングによって多職種による早期対応ができるようにし、がん患者・患者のQOLを向上させる。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

- 精神腫瘍医：週1回のリエゾンラウンド、精神症状に対してのカウンセリングと薬物療法、主治医とのミーティング、病棟看護師とのミーティング
- リエゾナーズ：週1回のリエゾンラウンド、精神症状に対してのカウンセリング、医療スタッフのバーンアウト予防のためのカウンセリング、他職種への紹介
- がん専門相談員（看護師）：がん患者・家族へのカウンセリングと社会資源の紹介
- がん看護専門看護師：がん患者・家族へのカウンセリング
- 医療ソーシャルワーカー：患者・家族からの社会的相談と社会資源の紹介
- F A (financial adviser)：医療費についての相談

チームによって得られる効果（評価方法）

- がん患者の精神症状発現率は約30%とされているが、実際には心理社会的医療部門に依頼されることはない。精神腫瘍医・リエゾナーズによる全病棟への「御用聞き」的回診は、潜在的な問題を抽出するのには最も効果的である。
- 精神医学的・心理的・経済的・社会的など多岐にわたる問題を解析して、最も効果的な医療者による対応が可能になる。
- 退院障害因子を調整し在院日数を短縮化し、地域医療への紹介率を高め、患者満足度を高める。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

- 定期的多職種ミーティングの意義：定期的多職種ミーティングが看護師のチーム医療認識に与える影響を、RCTデザインの研究で検討した。参加した4病棟を無作為に2群に分け、介入群・対照群とした。本研究用に作成された「チーム医療満足度」アンケートを研究開始時に、介入群・対照群の4病棟に勤務する看護師に施行し、3ヶ月間の介入後（対照群では単に3ヶ月後）にも同様のアンケート調査を行い、チーム医療の満足度を調査した。

介入の仕方は、週1回30分間だけとしたが、2つの病棟の事情を鑑み、「全体・情報共有型」（病棟医とほぼ全員の看護師が加わり情報を共有しているミーティングに、リエゾン医とリエゾン看護師が加わったもの）と、「少人数・事例検討型」（リエゾン医またはリエゾン看護師が関与している事例を中心に、数人の看護師と事例検討するもの）というふたつ

であった。

チーム医療の満足度を7つのカテゴリーに分け、それぞれをVAS(Visual Analogue Scale)で評価したものを、前後でt-検定した。それによれば、介入群では【コミュニケーション満足度】、【積極性満足度】、【心理社会満足度】、【医療人満足度】、【キャリア満足度】など、7カテゴリー中で、5カテゴリーで有意に満足度が增大することがわかった。

介入群でも効果は差異があり、「全体・情報共有型」では、【心理社会満足度】、【キャリア満足度】の2つのカテゴリーで有意に満足度が增大し、「少人数・事例検討型」では【医療人満足度】が増大することがわかった。つまり、これらの介入は互いに相補的であることが重要であった。

結論的には、今後のチーム医療の充実に向けての理想モデルは、毎週日常的に「情報共有型」のミーティングにリエゾン医/看護師が参加し、事例によっては、臨時に事例検討を多職種で行う「事例検討型」の介入を加えることが、最も効果的ではないかと強く示唆された。

(報告書添付1)

- 「リエゾン・ラウンド」の効果について：病気に伴って生じるストレスにより、さまざまな精神症状や行動を示す患者・家族の心の問題を早期発見・対応することで、その対応に苦慮している看護師のストレスを軽減することを目的に、2011年6月よりリエゾンラウンドを開始した。

まず、リエゾンラウンドを開始するにあたり、医師の部長・管理医長会および看護部師長会議で趣旨および方法について説明し、承認を得た。その後、精神腫瘍医とリエゾン看護師が毎週1回午後1時に上層階の病棟から順にラウンドをしていき、In-Charge Ns(その日の看護チームの責任者)を中心に、「御用聞き」にケアする上で対応に苦慮しているケースについて相談を受け、何にどのように困っているかについて簡潔に話しを聞くようにした。また、できるだけ即日対応するよう心がけ、その場で可能な限り解決のための具体的なアドバイスをするようにした。

初めての試みのため、最初の2ヶ月間は病棟スタッフが何を相談していいのか戸惑っていたようだが、3カ月目になるとラウンド時間に合わせて困っているケースを相談されるようになった。さらに、5カ月目には病棟カンファレンスへの参加を依頼されるようになった。また、状況によっては看護師を通じて医師からも相談されるようになった。

ラウンド時の主な相談内容は、せん妄、抑うつ、認知症疑いの患者への薬物治療も含めた対処方法と怒りを表出するなど看護師からみると理不尽に思える反応を示す患者・家族などへの対応方法について具体的にアドバイスをして欲しいというものであった。

このようなラウンドを約半年間定期的に続けた結果、「遠慮することなく些細なことでも相談しやすくなった」「困った時にすぐ相談できるのは助かる」「タイムリーに相談できるので、気持ち楽になった」などという言葉が聞かれるようになり、リエゾンラウンドがストレス軽減に役立っていることが示唆された。また、「対応が難しい患者や家族で足を遠のけたくなるような気持ちだったが、アドバイスをしてもらいちょっとやってみようと思えた」「メンタルケアは難しいと思っていたが、少し興味がわいた」「アドバイス通りにやってみたら、少し上手くって嬉しかった」という言葉からは、苦手意識を持ち敬遠しがちだった心のケアへの関心と理解が深まっていることがわかった。

リエゾンラウンドに対するアンケートを実施していないため客観性はないが、病棟看護師からフィードバックされた言葉からは、今後もラウンドを継続することで、タイムリーな相談が可能となり、看護師が患者の苦悩に寄り添い、患者への関心といたわりというケア本来

の働きを持ち続けられるようサポートすること（現場の看護師による問題解決技法の習得）ができること期待される。（報告書添付2）

- がん専門相談員（看護師）のがん患者および家族への役割：2011年度6～12月における当院医療連携相談室内の相談総数は2,486件で、そのうち、がん専門相談員（看護師）による対応件数は1,642件であった。（相談者背景：院内42%vs.院外58%，本人46% vs.家族50%vs.その他4%）であった。相談業務を概説すると、以下の特徴がある。

- ① 院内におけるがん相談は、面談が多く、リピーターも多い。
- ② 利用者は、診断期から緩和ケアまでの経過に渡り、特に診断期術前など不安や治療に関する意志決定前後の情報収集や納得のために利用されている。
- ③ 医療の高度化と専門性が高まる中で急性期医療機関である当院では、平均在院日数の短縮、外来診療への治療のシフトしている。そのため、がんの告知、再発のICなど重大な話を患者や家族は聞いて意志決定を求められている。その前後の心理的サポートや情報の捕捉を求める相談が多い。
- ④ 多くのがん患者の療養環境が病院から在宅にシフトしている。退院後など治療中1人で自分や家族の病気のサポートを悩んでいるため、就業への復帰や家族内への病状説明方法などの相談も多い。
- ⑤ 1人1人の個のケースのどれだけ柔軟な対応ができるかという支援を求めている。
- ⑥ 予約制ではないため、相談したいときに誰でも相談できることは利用しやすい。
- ⑦ がん専門相談員が1人のため、逆に、継続した相談対応が出来る。
- ⑧ 医療連携相談室の場所および機能から言って、患者および家族が院内外問わずアクセスしやすい。
- ⑨ 治療に関してがん患者や家族は、知りたいと思うことをわかるように説明を受けたいと思う。気兼ねや遠慮、羞恥心などの感情も伴い表現しづらい時や、問題が大きすぎる場合は、自分の頭の中でも整理できておらず、何から聞けばよいのかわからない場合が多い。
- ⑩ がん相談窓口が2部署で対応しているため、相談内容（前方支援、後方支援、Ns、MSW）対応者の専門性や役割により相談者が行き来している。（報告書添付3）

- がん看護専門看護師のがん患者および家族への役割：平成23年6月～12月のがん看護専門看護師への相談・依頼内容は以下の通りである。

①緩和ケア外来初診で医師の診察前にかん看護専門看護師が面談したケース＝228件
（このうち院内治療診療科からのコンサルト＝48件）

②緩和ケアチームへのコンサルテーション件数（入院患者）＝112件

③緩和ケア外来でがん看護専門看護師のみが面談したケース＝7件
（外から＝5件、医療連携相談室経由＝1件、院内からの依頼＝1件）

緩和ケア外来においては、前医から受診を勧められても理解や納得ができていなかったり、患者本人にはまだ同意を得ていなかったり、まず説明を聞きたいという場合もある。このような段階では医師による診療の必要性が乏しく、まず看護師から適切な情報提供を行うことが効果的・効率的と思われる。

また、インテーク面接は患者・家族の気持ちの整理や緩和ケアに対する正しい理解を促し、その後の意思決定をスムーズにしていると思われる。

さらに緩和ケアチームにおいては、多職種が関わることで、患者を多角的に捉え、身体・精神(心理)・生活などの全人的・全体的なアプローチが可能になるとと思われる。

- FA (financial adviser) の役割（医療費についての相談）：

平成23年6月～12月のFA相談件数は346件で、その内容は経済的相談167件、退院時未収43件(計207件)が約6割を占めている。FAの対応によって、全額免除する(約15%)部分的に免除する(約60%)などの対応策がとられた。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

- 多職種ミーティングは、チーム医療には不可欠な手段であるが、スケジュールの調整などで後手に回ってしまったり開催できないことが多い。本実証事業のひとつとして代表的な二つの多職種ミーティングの効果についてRCTデザインで検証した。第1段階としては、各臨床科が病棟スタッフとの間で情報を共有する目的のミーティングが通常行われているが、そこに他の職種からのスタッフが定期的に参加するだけで、心理社会的な視点が加わった「厚みのある」ミーティング(情報共有型)に変わっていき、病棟ナースのチーム医療満足度が向上した。ここまでの手間はそれほど多くない。そしてこの日常的なミーティングの中で焦点化された事例については少人数の病棟スタッフに心理社会的な多職種が集まるミーティングを開催する。問題はすでにピンポイント化されているので、必要な多職種も限られ、スケジュール調整にも手間取らない。この「事例検討型」ミーティングによって、病棟ナースの間には問題解決技法が習得され、「情報共有型」のミーティングとは、全く異なったチーム医療満足度が得られることになる。(報告書添付1)
- 心理社会的問題の早期発見のために、リエゾン・ナースと精神科医の2名が、週1回約2時間をかけてICUなども含む全病棟を回診した。その日のリーダー・ナースに対して心理社会的な問題が起こりそうな事例はないかと問うもので、いわば「御用聞き的な」回診をリエゾン・ラウンドと名付けた。2ヶ月目くらいになると周知され、病棟から問題になる以前のケースが口頭で相談されるようになり、緊急と思われる事例は、その場で診察をし、主治医に助言するようになった。従来の主治医からのコンサルテーションを待っているだけでは、問題が大きくなりすぎ解決のためにスタッフが疲弊することもしばしば指摘されてきたことである。その意味では、このリエゾン・ラウンドは、早期発見と早期治療。それに問題を未然に防ぐ機能をも有していて、臨床的にも時間的にも効率の高いチーム医療の形態となることが示された。(報告書添付2)
- がん専門相談員の業務は、医療連携業務として、予約対応、転院調整、かかりつけ医や往診医紹介などの機能も担っている。その役割から社会のリソース、院内・院外との地域のリソース(例えば薬局、かかりつけ医など)との顔の見える連携が必要である。そのため社会資源との直接的で定期的な連絡会議などが必要であろう。

また、医療連携相談室は相談窓口として、迅速な意思決定が求められることが多い。それぞれの部署の役割を明確に把握し、院内院外の情報を集約しているがん専門相談員(看護師)が専従していることで、その機能が最大限に発揮できると思われる。さらに、相談者が気軽に立ち寄りやすくアクセスしやすい環境であることは重要である。当院では、患者や家族の主たる動線上に目に留まりやすいよう配置されている。最後に、相談窓口あるいは相談員については、ゆっくり傾聴し、心理的サポートをベースとした情報収集のうえで評価し、問題を共有し、相談者が自分で出来ること(問題解決技法)を支援することが主たる役割であると認識することが大切である。そのためには、各診療科医師および各科外来看護師、がん専門看護師、認定看護師、薬剤師、検査技師、リハビリスタッフ、栄養士などと、日頃の医療相談、地域との連携調整における相談や情報提供、対応結果についてフィードバックし合あう

ことで、双方向性の教育的効果を期待したコミュニケーション可能になり、チーム医療に有益な水平の関係性が構築される。(報告書添付3)

総括評価

《継続していきたいこと》

- 多職種ミーティングによって病棟看護師は、チーム医療に関する満足度を実感することがわかった。今後も、本実証事業においてRCTデザインで検討した多職種ミーティングを今後も継続していく。基本的には毎週行われている【情報共有型】ミーティングに他の職種が参加し必要な場合に意見を述べ、心理社会的な問題が生じた際には、関係する多職種による【事例検討型】ミーティングを迅速に招集していく。
- 各病棟で、臨床レベルでの問題点にはまだ上がっていない心理社会的な問題を有した事例を、週1回行う「リエゾンラウンド」によって早期発見し、早期解決あるいは予防的な解決を迅速に図る。
- 患者や家族がアクセスしやすい地域連携室を基地として、そこに専従するがん専門相談員が、臨床各科の医師・病棟や外来の看護師・リエゾナーズ・がん看護専門看護師・医療ソーシャルワーカー・FAらと定期的ミーティングを開くことにより、さらに密接な連携を図っていく。

《新たに始めたいこと》

- リエゾンラウンドは病棟が対象で、入院患者の諸問題を早期発見するものであったが、その対処を外来に拡大する。考えられる外来は、オンコロジーセンターや消化器センターのような複数の臨床科が関与するセンターである。これらのセンターで生じかけている心理社会的な問題を早期発見し、早期解決することが目的である。この発想は、入院病棟を対象としたリエゾンラウンドを知った外来看護師からの要請が実際にあったために、ニーズを知ったのである。
- 院内の医療連携相談室は、患者・家族からの相談窓口であり、医療連携業務として、予約対応、転院調整、かかりつけ医や往診医紹介などの機能も担っている。その役割から社会のリソース、院内・院外との地域のリソース(例えば薬局、かかりつけ医など)との「顔の見える連携」が特に望まれている。病院医師とかかりつけ医との連携、病院医師と地域の療養病床を持つ病院・リハビリテーション病院との連携、病院薬剤師と地域の保険薬局との連携、病院緩和医療医と在宅医療医師や訪問看護ステーションの看護師らとの連携、などさまざまな院外施設との連携機能は特に重要になってくる。そのためには、地域医療者を対象とした病院での講習会だけではなく、事例を用いたワークショップ形式の研修会が効果的であることは、さまざまな研修会などでも立証されている。来年度は、このような地域医療機関との連携のための、効果的な研修方法を開発していきたい。
- 平成24年の診療報酬改定でも重点課題としてあげられてきたチーム医療加算が診療報酬化された。しかし、たとえば精神科リエゾンチーム加算にしても、専従となる常勤精神保健福祉士、常勤作業療法士、常勤薬剤師又は常勤臨床心理技術者などの研修についても地域病院スタッフを対象にした包括的な研修システムの構築も手がけていきたい。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

リエゾンDrとリエゾンNsの参加による定期的ミーティングへの介入によって、チーム医療の満足度が増大したことは評価できる。さらに、2種類のミーティング（全体・情報共有型と少人数・事例検討型）を状況によって使い分けたことが効果的であった。

リエゾンDrとNsのリエゾンラウンドによる御用聞き的回診が、Nsのストレスケアに有効であったことに加え、問題の早期発見、早期治療にもつながる材能を有していた。

課題は、上記リエゾンチームと、がん相談窓口の連携、関連の仕組みが不明確である点。

重症精神障害者の社会復帰を促進するための精神科多職種チーム (独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院)

チームを形成する目的

重大な他害行為（殺人など）を行った精神障害者の社会復帰を目的として、平成 17 年 7 月 15 日に医療観察法が施行された。医療対象となる精神障害者は、精神疾患と障害に加え、重大な他害行為の既往を持ち、精神疾患の治療のみならず、生活支援や社会的支援、さらには重大な他害行為を行った者としての社会復帰の支援・援助が必要である。本申請の精神科多職種チームを形成する目的は、多岐にわたる医療サービスを専門的かつ包括的に提供し、社会復帰を促進することである。また、精神科医療全般に広く応用することにより、長期入院精神障害者の社会復帰を促進するモデルを考案することである。さらに、従来の精神医療では薬物療法が中心に行われてきたが、疾病教育、服薬心理教育、ストレスコーピング、再発予防、再発時の対処など、慢性疾患セルフマネジメント能力の向上を目指した心理社会的治療の実践は乏しいのが現状であった。したがって、精神障害者は、精神疾患や薬物療法、再発予防に関する知識に乏しく、医療や服薬中断が起り、再入院を余儀なくされてきた。このような現状を踏まえ、多職種による心理社会的治療により、慢性疾患セルフマネジメント能力を向上させ、精神疾患の再発を予防し、社会復帰を促進することが、もう一つの医療チーム形成の目的である。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

本多職種チームは、医師、看護師、薬剤師、心理療法士、作業療法士、精神保健福祉士、管理栄養士から構成し、それぞれ職種ごとの役割は以下の通りである。

医師は診断と薬物療法を行うとともに、チームリーダーとしての役割と責任を負う。

看護師は薬剤師と協力し、当施設にて作成済みのテキストやワークブックを用いて、15セッションからなる疾病教育及び服薬心理教育を実施する。実施後には、精神症状のセルフモニタリングシートや服薬管理シートを用いて、入院中から服薬行動の習慣化を行う。また、再発のサインを理解させ、再発時の対処行動・受療行動を検討する。

薬剤師は、処方薬の薬効と服薬方法、服薬の意義について個別の対象者ごとに説明し、薬物療法に対する理解を深める。

心理療法士は、重大な他害行為にまつわる生活歴、家族関係、心理的葛藤等について個別心理療法を実践する。また、薬物抵抗性の精神病症状に対しては、CBT for Psychosis 等の認知行動療法を実施する。

作業療法士は、精神疾患に伴う生活障害の回復を目指し、個別または集団作業療法を実施する。作業療法士は、対象者の病的な側面だけではなく、健康的な側面にも注目し、入院生活から地域生活につながる回復イメージの獲得や維持を促進する作業療法を実施する。

精神保健福祉士は、退院後の地域関連機関との連携の促進と地域ケア計画の作成を促進する役割を担う。退院地の地域関連機関の担当者を入院当初より集め、ケア会議を開催する。ケア会議には対象者も参加し、担当者との信頼関係の構築を進めるとともに、退院後のクライシスプラン（危機介入計画）を含むケア計画を作成する。

管理栄養士は、単身生活を目指す対象者の健康的であり豊かな食生活の実現を支援・援助する。入院中より栄養指導に加え、調理実習を通して退院後、役に立つ調理技術の獲得を進める。

チームによって得られる効果（評価方法）

従来からの精神科医療でも、多職種チームの必要性が指摘されてきたが、保険診療報酬上の制約もあり、十分な多職種チーム医療が実践されてきたとは言えず、ましてや多職種チーム医療の効果検証はまったく手つかずの状態であった。そのような課題を抱える中、人的・物的資源を集中的に投入することによって医療チームを形成すれば、重症精神障害者の社会復帰の促進を図ることが期待され、また、その際に関与された多職種チーム医療を精神医療全般に普及させることによって、精神障害者の退院促進、地域生活の定着、ひいては精神医療費の削減が広く期待される。

本事業の医療チームの効果を実証するために、入院から退院まで継続的に評価尺度を用いて、精神症状、病識、向精神薬による副作用、医療アドヒアランスを測定する。評価尺度は、精神症状についてはPANSS (Positive and Negative Symptom Scale)、病識については the Schedule for Assessment of Insight、副作用については薬原性錐体外路症状評価尺度 DIEPSS (Drug Induced Extra-pyramidal Symptoms Scale)、アドヒアランスについては HCR-20 (Historical, Clinical, Risk Management-20) を用いる。

本事業の実施期間は 1 年間と短く、実現可能性の検討が必要である。国立精神・神経医療研究センターは我が国の精神医療並びに研究を牽引する役割が求められており、その一つとして、我が国で初めての医療観察法病棟を開設し、手厚い多職種チーム医療モデルを提示し、その後、全国に開設された医療観察法病棟 26 施設のモデル施設としての役割を果たしてきた。すなわち、すでに実践されている精神科多職種チームによる医療を対象として実証検証することによって、わずか 1 年間という短期間であっても確実に成果をあげることが可能であり、実現可能性や費用対効果費の高いチーム医療実証事業と考えられる。また、本チーム医療は全国の指定入院医療機関のモデルとなっており、このネットワークを通して、広く精神医療全般への普及を図ったり、多施設での実証検証に発展させたりする可能性を持っている。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

本実証事業により、開始した取り組みとその効果を項目別に述べる。

1. 疾患セルフマネジメントを目指した多職種チーム医療

従来から継続してきた医師及び看護師による疾病教育や服薬心理教育（統合失調症、気分障害、物質使用障害）を週 1 回 45 分程度の集団療法として実施した。作業療法士は、週 2～3 回 30 分程度リラクゼーションやストレッチなどストレス軽減を目的とした取り組みを行った。看護師と臨床心理療法士は、週 1 回 30 分程度 10 回からなる精神症状のセルフモニタリング、再発時の対処、クライシスプランの作成を目的とした個人及び集団療法を実施した。これの効果については、クラークが担当者に対して下記の評価尺度を入院時、入院後 6 ヶ月後、退院時に記入を依頼し回収し、データ入力を行った。評価尺度としては、精神症状については PANSS (Positive and Negative Symptom Scale)、病識については the Schedule for Assessment of Insight、副作用については薬原性錐体外路症状評価尺度 DIEPSS (Drug Induced Extra-pyramidal Symptoms Scale)、アドヒアランスについては HCR-20 (Historical, Clinical, Risk Management-20、退院時のみ) を用いた。ただし、医療観察法病棟の平均入院期間は 2 年間であり、事業年度中の退院者数は少なく、統計学的解析には至らなかった。しかし、今後の継続評価の体制を整えるこ

とができた。

2. 薬剤師と管理栄養士の新たな参加により、多職種チーム機能を強化した。

① 薬剤師

薬剤師と栄養管理士の役割は、前項に示したとおりである。司法領域においては、薬物抵抗性の統合失調症の割合が高く、海外の司法病棟においては clozapine の処方率は 50%~70%に達している。我が国の医療観察法病棟における処方率は 5%未満と推定されており、clozapine による薬物療法の導入と普及が期待されている。処方率が低値にとどまっている背景には、無顆粒球症をはじめとする重篤な副作用が出現すること、その予防と適切な対応のために Clozaril Patient Monitoring Service (CPMS)（医療機関、医療従事者及び患者を登録し、血液検査の確実な実施と処方の判断を支援するサービス）が存在しているが、きわめて専門的な知識と煩雑な手続きが必要になること、を挙げることができる。本事業の開始後、クロザリル管理薬剤師や CPMS コーディネート業務担当者（看護師）を導入し、また、防衛医科大学病院と連携し無顆粒球症をはじめとする副作用出現時の体制を整えた。また、投与開始前、開始後、薬剤師による服薬指導を実施した。本事業により clozapine 処方体制を整え、2 例について投与を開始し、新たな症例への導入を予定している。

② 管理栄養士

精神障害者における代謝性疾患の高い罹患率や、抗精神病薬の持つ糖脂質代謝への副作用が広く知られている。しかし、医療観察法病棟の診療報酬は定額制であり、積極的な取り組みが実施できなかったのが現状である。本事業により管理栄養士による栄養指導、栄養サポートチームによる月 1 回の回診を開始した。栄養サポートチームは、精神科医、循環器内科医、管理栄養士、臨床検査技師から構成されている。これによって、栄養サポートチームによる糖脂質代謝に対する評価の実施、評価結果に応じた定期的血液検査の実施、管理栄養士による栄養指導、作業療法士による運動療法を導入した。また、栄養管理士は、退院後も引き続き、通院医療の訪問チームに参加し、在宅での栄養指導や調理指導を行った。

3. 多職種チーム会議の進め方の改善

医療観察法病棟では、従来から治療評価会議と呼ばれる、いわゆるケースカンファレンスが週 1 回実施されていた。このカンファレンスでは、入院対象者全員 33 例について検討を行っていた。しかし、約 2 時間 30 分に及ぶカンファレンスは非効率的であり、進行方法に改善が求められていた。本事業の開始に伴って、クラークによる会議の事前準備（会場、資料の準備）や議事録作成、会議前の症例シートの作成、スポット症例と呼ばれる 5 例についての集中的な検討を開始した。従来の会議は“報告型ミーティング”であったが、“意志決定型ミーティング”あるいは“問題解決型ミーティング”へと様変わりし、治療方針に関して明確な決定と問題解決が図られるようになった。また、専門職種には属さない事務職員いわゆるクラークの配置と活用により、各職種間の連携や情報共有が円滑かつ適切に行われるようになった。さらに、クラーク業務として、研究コーディネートの業務の 1 部を委譲することにより、欠損データが減少した。

4. 医療観察法通院医療の開始

医療観察法医療は、通院医療と入院医療がある。本事業開始後、通院医療の準備を開始し、関東信越厚生局から指定通院医療機関の指定を受け、平成 23 年 10 月 13 日より通院医療を開始した。院内の通院多職種チームを編成するとともに、社会復帰調整官の開催

する月 1 回のケア会議に参加し、関連機関との連携を強化した。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

1. チーム医療の普及に必須の“儉約の視点”

近年、医療に対するユーザーの要求水準は高まり、また、サービス業としての同業者間での競争も激しくなっているのが医療の現状である。高い医療水準を実現し満足度の向上を目指す切り札の一つとして、チーム医療を位置づけることができる。チーム医療では、患者の持つニーズの評価を実施し、各職種が専門性の高い医療を包括的に提供することが目的とされる。このような医療では、潤沢なスタッフの確保や診療報酬の裏付けが不可欠である。しかし、医療現場のスタッフ不足、過剰労働、診療報酬の制限など、臨床現場の労働環境は厳しく、かつ医療機関の経済的基盤は脆弱なのが現状である。

国立精神・神経医療研究センター病院では、従来から行われてきた多職種チーム医療に加えて本事業を実施したが、本年度の事業で得られた成果を診療報酬内で精神医療全般に普及するためには、費用対効果費の視点を欠かすことができない。当センターでの前述の「3. 多職種チーム会議の進め方の改善」「クランクの活用」など、徹底した効率化が求められると考えられた。患者のニーズを満たす最低限の構成職種と最小の医療の提供によって、チーム医療を実施する“儉約”の視点も不可欠であろう。

2. チーム医療の種類

本事業において、clozapine 導入を促進するために編成された多職種チームは、精神科領域においては“高度専門医療チーム”と位置づけられる。一方、医療観察法通院医療の実現を目的として形成された“地域ケア医療チーム”は、医療機関のネットワーク全体をゆるやかなチームに見立てた医療機関横断的な医療チームと見なすことができる。高度専門医療チームは、チーム医療でなければ成し得ない高度かつ専門的医療の提供を可能にする。地域ケア医療チームでは、患者のニーズに応じ生活に密着し、利便性の高い医療を継続的に提供する。この 2 つの異なるチーム医療は、相互にその存在を認識し、役割分担しながら医療を進めることが肝要である。精神科医療においては、高度専門医療と地域ケア医療チームとの言わばハイブリッドシステムによる医療が求められていると思われる。

総括評価

本事業によって行った取り組みは、当センターにとって必要不可欠な医療となりつつある。今後も継続していく予定であり、さらに新たな取り組みも実施していく予定である。

医療観察法病棟では、専従スタッフから構成された、担当多職種チームが決められており、対象者（患者）一人一人に個別の担当多職種チームがついていた。さらに、clozapine 導入のチームや栄養サポートチームが週 1 回から月 1 回の頻度で回診して来て、高度専門的アドバイスをを行った。しかし、病棟に専従しており病棟の事情や個別の対象者の特性を熟知した担当多職種チームから見ると、現実離れしているアドバイスや指示も含まれていることがあり、しばしば実現可能性が低く、チーム内連携だけではなく、“チーム間連携”の重要性が認識された。

病棟管理者の立場から、同一チームの中に人員補強を行ってチームの機能強化を図るのか、新たにチームを立ち上げ、一人の患者に対して複数のチームが関わり、チームがオーバーラップして重層的に医療を提供するのか、それぞれの長所と短所を検討する必要性を強く感じ

た。後者の場合、コンサルテーションに来たチームの意見は病棟担当チームに実践されず活かされない可能性がある。また、患者の声としては、患者にとって未知のチーム医療よりも、主治医あるいは受け持ち看護師が唯一の窓口として相談役、医療提供を継続的に引き受けてくれることを希望していた。患者の声に応えるためには、チーム医療では分散しがちな医療の窓口、役割、責任などを引き受けるコーディネーターの設定が必要であろう。

本年度の事業を終了し継続するに当たって、我々の実践したチーム医療の必要性を再考させられた。本事業において実践したチーム医療は、チーム医療でなければ達成できない最低限の医療の確保を目的としているのか(minimum requirement)、あるいはそれを超えた付加価値を提供し患者の満足度を最大限にする医療を目指しているのか(maximum requirement)、再考させられた。重症精神障害者の社会復帰の実現を目指すには、最低限の必須のチーム医療であった。今後、我が国の限られた医療費を考えると、チーム医療の必要性、優先順位を考える上では minimum requirement と maximum requirement の視点は重要だとあらためて考えさせられた。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

7つの職種がチームを構成し、それぞれの役割も明記されており、「多職種」チームとして相応しい活動と評価される。

また、多職種チーム会議のあり方が変化していく様子に関する報告は、ケースカンファランスに時間がかかりすぎるというデメリットを乗り越えるための示唆に富んでいるうえに、「クラークの活用」という具体性も含まれている。

本領域におけるチーム医療は、その重要性が指摘されているものの、人員数の問題も存在するためなかなか実現できていないのが実情である。本事業では報告書に示された多剤併用の減少等への寄与をはじめ、さまざまな形で効果が示されている。これに実効性をもたせるためには、報告書に指摘があるように、何らかの政策的配慮が必要ではないかと思われる。

デイケアにおける疾病教育チーム (独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院)

チームを形成する目的

- ・ 精神科デイケア通所中の患者において、プログラムに基づいた多角的な疾病教育を行うことにより、QOL向上、再燃予防、再燃時の早期発見・早期治療を目指す。
- ・ 多職種が相互に関わることにより、質の高いプログラムの提供と継続的なケアが可能となる。
- ・ 専門職が事前に評価を行い、類似した課題を有する少人数対象のプログラムを行うことで、より個々の問題に見合った指導が可能となる。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

- ・ 医師を中心としたチームにおいて、プログラムの立案、作成、実施、評価を行う。さらにミーティングを介した情報共有、カルテを介したフィードバック、必要に応じた個人指導を行い、継続的にフォローアップをする。
- ・ プログラムとしては、「上手な生き方プログラム（統合失調症疾病教育）」「うつ集団療法」「就労認知リハ」「おくすり教室」「健康教室」を実施する。
- ・ 医師：各プログラムの監修を行い、必要時スーパービジョンとしてスタッフをフォローする。
- ・ 看護師：看護師的立場から、身体的心理的ケアを行う。本人のニーズと臨床データに基づいた対象者の選定を行う。面談を通じて実施されたプログラムの効果の確認を行う。
- ・ 臨床心理士：プログラム中における、認知行動療法、集団精神療法などを取り入れた各種精神療法に関わり指導を行う。
- ・ 精神保健福祉士：「上手な生き方プログラム」「健康教室」を通じて、社会資源の活用やソーシャルスキルの向上を促し、個々の目標に到達するための援助を行う。
- ・ 作業療法士：日常生活における作業能力の評価を行い、指導内容が実践できる方法などの指導を行う。
- ・ 栄養士：「健康教室」を通して、基本的な食事の重要性から日々の食生活まで、患者さんの理解度や生活能力に応じた教育を行う。また、精神疾患で多い肥満等の生活習慣病を作業療法士とともに「食と運動」を両面から実践を交えながら講義を行う。
- ・ 薬剤師：「おくすり教室」において、薬理作用、服薬継続の意義、必要性、服薬に関連した注意事項などを教育する。また、「上手な生き方プログラム」「うつ集団療法」において、くすりに関連したセッションの講義を行う。

(取り組み開始後の工夫点)

- ・ 患者さんの様子や問題点などについて、多職種間でタイムリーな情報共有を行うべく、以下に取り組んだ。
- ① 評価シートの活用
- ・ プログラム各回において、評価シートを用いて、患者による自己評価およびプログラム担当の多職種スタッフが評価をして、適宜フォローを行う。
 - ・ 評価項目には、参加態度に関する共通項目と、内容理解に関する各回の項目を挙げた。

- ・ 評価シートは、患者からデイケアの個別担当スタッフへ、学習内容の確認を行う際に使用し、担当スタッフが、プログラム中の患者の様子を把握しやすいプロセスを確立した。
- ・ 評価シートは、電子カルテに掲載し、全スタッフが情報共有できるようにした。

② 宿題の活用

- ・ プログラム各回に、自分の考えを記述する宿題を課した。
- ・ 宿題は、主治医やデイケアの個別担当スタッフと相談、確認しながら行う内容とし、宿題に取り組むことで個別面談が行われるシステムを確立した。

チームによって得られる効果（評価方法）

- 病気についての学習を深めることにより、再燃時の対処方法の獲得することができる。（個別面接により評価）また、早期発見・早期治療により入院を回避することができる。
- 薬についての学習を通して、アドヒアランスの向上（DAI-10による評価）が期待できる。また、同様の薬物治療を行っている仲間との会話を通して、薬と上手に付き合う方法を獲得することができる。
- 栄養の基本的概念や精神科薬物療法下で特に注意すべきことを学ぶことにより、食生活の充実、生活習慣病の予防（BMI、コレステロール値などで評価）などが期待できる。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

- ① 多職種チームが関わるプログラムが増えたことにより、患者は、日常の諸問題について、専門の職種に意見が聞きやすくなった。これにより、より質の高い医療サービスが提供できていると考えられる。
- ② 評価シートを導入したことで、プログラムの担当者が理解度や習熟度をタイムリーに把握することができ、必要なフォローやアドバイスをすることができた。同様に、患者もプログラムの理解度等を確認し、質問がしやすい環境ができた。また、デイケアの個別担当スタッフが、評価シートを確認するプロセスを作ったことで、スタッフは患者のプログラム中の様子等の把握が充実した。
- ③ 宿題を利用して、プログラムの内容について主治医やデイケアの個別担当スタッフと個別面接をするプロセスが確立した。これにより、患者は、内容について理解を深め、知識を定着することができ、スタッフは患者と共通のテーマで話すことにより、患者理解が深まった。
- ④ プログラム実施により、以下のような結果が得られた。

《おくすり教室》

- ・ 4グループ総計26人に実施し、アドヒアランス評価指標として用いたDAI-10については、参加前平均 3.5 ± 3.24 から、参加後 4.8 ± 3.29 と改善傾向がみられた。
- ・ 学んだ内容に関連した事柄を、診察等で主治医に相談した患者は、26名中14名であり、相談内容は、「薬の種類について」「飲み方」「不眠」「副作用」「服用回数」「飲み忘れの対応」「眠気、だるさ」「剤型」「治験について」「適応について」などであり、処方変更になったケースもあった。

《健康教室》

- ・ 3グループ総計17人に実施し、1ヶ月間でBMIは 29.1 ± 4.8 から 28.5 ± 4.5 へ

減少、総コレステロール値は $199.9 \pm 27.2 \text{mg/dl}$ から $194.4 \pm 30 \text{mg/dl}$ へ改善傾向がみられた。

- ・ 教室参加期間中、日常生活やデイケア運動プログラムを通して、何らかの運動を続けており、意識づけにつながったと思われる。その後は、自己流で頑張りすぎて続かない、体調を崩した後再開に至らなかったなど、継続フォローの必要性和共に難しい一面も伺えた。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

- ・ 今回の取り組みは、精神科デイケア内で実施したが、今後は、入院患者を対象とした多職種チームで行っている疾患教育等で、応用していきたいと考えている。そのため、担当スタッフの変更や新たなプログラムの立ち上げ等に有効な手順書を作成し、最小負担で最大メリットが得られ、継続しやすいシステムづくりが必要であると考えられる。
- ・ 取り組みにより、医療サービスの質の向上は得られたと考えられる。一方で、スタッフの業務量が増え、負担は増大した。継続するためには、合理化と人員配置が課題となっている。
- ・ 職種によっては、業務を兼任していることが多く、デイケア業務への時間配分が十分でないため、患者情報の収集に関する負担が大きい。そのため、専任が好ましいと考えられる。

総括評価

- ・ 実証事業のミーティングを多職種で重ねたことにより、個々の業務をチームで見直し、質の高いサービス提供を検討することができた。また、問題点や課題を皆で考えることにより、スタッフ間に安心感や信頼感が生まれたことを実感できた。
- ・ 講義形式では、参加者の知的レベルや個々のこだわりなどにより、参加者間の理解力や課題遂行能力の差が浮き彫りになることがあった。参加者全員の満足度を考慮した、わかりやすい進行や、見やすい資料作りについても、今後とも試行錯誤を重ねていきたいと考える。
- ・ この度の取り組みで、単なる「多職種による医療」から、真の「チーム医療」に発展させる素地を作り上げることができた。再発予防・自立支援といった精神科リハビリテーションの分野で、患者の生活を包括的に評価し、多面的に支援することの必要性を、スタッフ間で共有できたことは大きな成果であった。今後は、患者からのフィードバックも含めたアウトカムの評価により、システムの改良・成熟を図るとともに、病棟における急性期治療等に適用できるシステムに拡張してゆくことが課題となる。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

7つの職種がチームを構成し、それぞれの役割も明記されており、「多職種」チームとして相応しい活動と評価される。プログラムの名称（上手な生き方プログラム等々）だけでなく、具体的な回数・実施間隔・必要時間など、もう少し追検証が可能な範囲の記載が報告書の本文にほしかった。

精神科における身体合併症治療専門チーム (独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院)

チームを形成する目的

精神障害者の身体合併症入院医療は、①Medical Psychiatric Unit (MPU)と呼ばれる精神科病棟での入院治療と、②コンサルテーション・リエゾン サービス(CLS)と呼ばれる身体科での入院治療に2大別される。両モデルともにチーム医療であることに変わりないが、①では身体科医師が精神科病棟に往診し、②では精神科医が身体科病棟に往診する。精神症状が顕著な場合、MPUモデルが適切であり、身体合併症が重症の場合、CLSモデルが機能的であろう。しかし、我が国の精神障害者の身体合併症医療の現状を見ると、MPUモデルは普及しておらず、総合病院でのCLSモデルが主流である。重大な他害行為を行った重症精神障害者の場合、激しい精神症状のためにCLSモデルでの医療は困難であり、MPUモデルが必要である。さらに、医療観察法対象者の場合、裁判所の決定による入院であり、精神科病院からの転院は現実的には容易ではなく、身体合併症治療に際しては多大な困難が存在している。このような背景から、国立精神・神経医療研究センター病院では、平成23年4月4日身体合併症医療にも対応可能な医療観察法による精神科病棟を開設した。同病棟には、小手術室、透析設備、陽圧室と陰圧室なども設置された。この身体合併症対応医療観察法病棟には、精神科医と身体科医、看護師、薬剤師、心理療法士、作業療法士、精神保健福祉士、管理栄養士からなる「精神障害者身体合併症治療チーム」が形成され、その目的は言うまでもなく、重症精神障害と身体合併症を同時に適切かつ円滑に治療することと、これまで実現できなかったMPUモデルを具体的に提案することである。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

本多職種チームは、精神科医と身体科医（主として総合内科医と総合外科医）、看護師、薬剤師、心理療法士、作業療法士、精神保健福祉士、管理栄養士から構成し、それぞれ職種ごとの役割は以下の通りである。

精神科医は、主治医でありチームリーダーであり、精神科治療及び身体科治療すべての最終責任を負うこととする。また、精神障害の診断と治療を担当するだけでなく、身体合併症に伴う精神症状の治療・管理を担当する。手術の施行に際しては、術前後の精神症状の管理を行う。

身体科医は、身体疾患の内科的ならびに外科的治療を担当する。その際には、精神障害の特性に配慮した説明と同意、治療方法の選択と実施など、精神科医と密な連携を行う。

看護師は、精神科病棟看護師として精神科看護を実施するとともに、身体科看護を行う。また、チーム内ではコーディネーターを担当して、各職種の連携、役割分担、情報共有の促進などに努める。

薬剤師は、看護師とともに疾病教育や服薬心理教育を実施する。身体合併症治療に際しては、向精神薬と身体科治療薬との相互作用、向精神薬の身体疾患に与える影響、術前後の薬物管理などに関する情報の収集と提供を行う。

心理療法士は、身体合併症に伴う心理的負荷がもともとの精神障害に与える影響を考慮して身体疾患治療が円滑に実施されるように、受容的・共感的・支持的心理療法を実施する。また、個別の心理療法で明らかとなった身体疾患に対する不安・焦燥などを踏まえ、精神障害者が適切に自己決定できるように支援・援助し、自己決定の結果をチームメンバーに伝え

る媒介者の役割を担う。

作業療法士は、精神科作業療法を実施するだけでなく、身体合併症の治療にとって必要な運動療法、身体機能の回復や日常生活機能の回復を目指した作業療法を実施する。また、手術に際しては、術前術後に関節拘縮や筋力低下が起こらないように早期離床を目的とした作業療法を提供する。

精神保健福祉士は、精神保健福祉に関する情報提供や相談業務だけでなく、精神障害者が適切な身体疾患治療を受けられるように医療制度や自立支援制度などに関する情報提供や申請手続きなどの援助を行う。

管理栄養士は、身体合併症の治療にとって必要な栄養指導を実施する。また、精神障害者の特性に配慮して、精神障害者でも継続可能な食事・間食に関する栄養指導を実施し、看護師と協力して入院生活での実践を試みる。

チームによって得られる効果（評価方法）

WHOは、何人であろうともいかなる状況にあろうとも、適切な医療を受ける権利があることを宣言しており、精神科医療において、身体合併症医療の実現は焦眉の課題である。

重症精神障害者の場合、精神症状が激しく身体科での入院管理は困難であり、従来から総合病院で行われてきたCLSモデルでは対応できないのが現状である。本事業の「精神科身体合併症治療チーム」は精神科病棟内で合併症治療を行うことから、重症精神障害者の身体合併症治療を実現すること、および本事業を通してMPUモデルを明示することが期待される。

また、医療チームによって得られる効果の測定を目的として、精神症状の評価についてはPANSS (Positive and Negative Syndrome Scale)を用いて、身体疾患についてはPerformance Statusを用いて、入院から退院まで継続的に評価し、精神症状と身体疾患の改善を経時的に調査することによって、医療チームによって得られた効果を明らかにする。さらに、MPUモデルで対応可能な精神症状や身体疾患を類型化し、同モデルの適応と適応外の疾患を明らかにする。最終的には、本事業で明らかとなったMPUモデルと総合病院で行われているCLSモデルを比較し、それぞれの長所と短所を抽出し、両モデルの役割分担を示す。

本事業の実施期間は1年間と短く、実現可能性の検討が必要である。我が国には重大な他害行為を行った精神障害者の入院医療を担当する指定入院医療機関が26施設設置されている。厚生労働科学研究班によって、重大な他害行為を行った精神障害者の身体合併症医療を担う施設の必要性が指摘され、平成22年4月4日に当院に身体合併症対応を目的の一つとする精神科病棟が設置された。同病棟では、すでに「精神科における身体合併症治療専門チーム」が形成され、チーム医療を提供してきた。すなわち、すでに実践されているチーム医療を対象として実証検証することによって、わずか1年間という短期間であっても確実に成果をあげることが可能である。本チーム医療は全国の指定入院医療機関26施設から、身体合併症医療を目的とする転院を受け入れており、そのチーム医療の効果は施設内にとどまらず、施設外への効果が期待できる。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

本実証事業により、上記の取り組みを実施し、下記の効果を得た。

1. 身体合併症を持つ医療観察法対象者の受け入れ

医療観察法病棟の多職種チームと身体科医（総合内科医や総合外科医）の間で受け入れ準備会議を開催し、「医療観察法対象者 身体合併症依頼書」「身体疾患治療同意書」を作成し、全国の医療観察法指定入院医療機関 26 施設に配布するとともに、医療観察法関連職種研修会において広報活動を行った。

2. 入院対象者における身体合併症有病率の増加とそのチーム医療

本実証事業を実施した医療観察法身体合併症病棟の規模は 33 床であり、厚生労働省の入院処遇ガイドラインでは入院期間は 1 年半と想定されており、年間入院数は 15 名程度にとどまる。入院対象者における身体合併症の有病率は平成 22 年度には 21.4% (28 人中 6 人) (病棟オープン年度であり新規入院数は例外的に多い)であったが、平成 23 年度、本事業開始後、80.0% (15 人中 12 人)に急増した。この原因として、本事業により当該病棟の身体合併症受け入れ機能が広く知られるようになったこと、入院依頼に対して精神科病棟スタッフと身体科医によるカンファレンスが持たれ受け入れが比較的円滑に行われたこと、を挙げることができる。

また、身体科医がコンサルテーションの目的で精神科病棟に往診し、連携体制を強化することにより、事業年度を含む平成 22 年度と 23 年度にかけて、入院対象者に対して鼠径ヘルニア、胆嚢炎、虫垂炎、PEG 造設 (2 件)、小脳腫瘍 (膠芽腫)、下顎肉腫瘍、都合 7 件の手術を実施した。さらに、麻酔科医の往診により病棟内の小手術室を利用して、統合失調症 3 名に対して修正型電気ケイレン療法(m-ECT)を実施した。

3. 身体科受診と治療開始までの期間

従来から、精神障害に身体疾患を合併すると、その治療の引受先を確保するのは容易ではなかった。しかし、医療観察法身体合併症病棟を設置し、本事業により身体科医との連携体制を強化したことにより、身体合併症治療開始までの所要期間は、即日または 1 週間以内が大多数となった。また、治療前後に Performance Status を実施した 20 名においては、1.85 点から 0.6 点へと統計学的に有意な日常生活の改善を認めた (U-test, $p < 0.05$)。

以上のような精神科病棟に身体合併症機能を付加し、身体科医の往診により医療を提供する精神科病棟では希有であり、本事業による上記の成果だけではなく、今後の我が国の MPU モデルの実践例として発展が期待される。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

全国に 26 の医療観察法病棟があり総病床数は 666 床に及んでいるが、身体合併症対応機能を有する病棟は当センターのみである。精神障害者の身体合併症医療の確保の困難さは従来から指摘されており、当センターでの病棟設置や、本事業による広報と機能強化により、身体合併症治療目的の転院数の増加が期待された。あらかじめ身体合併症が診断されている場合、入院時に当センターが選択され、新規入院者における身体合併症有病率は 21.4%から 80.0%に増加した。しかし、入院後に発生した身体合併症を理由に転院した者は 2 名のみであった。その理由は、身体合併症の緊急性や、地元を離れて入院するデメリットなど様々な課題が存在するからである。本事業の取り組みを通じて実感したのは、当病棟のような極めて高度専門的な病棟は重症精神障害者に限定し、軽症精神障害者の身体合併症医療はいわゆる総合病院における精神科リエゾンモデルの導入と定着により提供することが望まれる。

本事業では、精神科病棟において手術前後の管理を経験した。精神科病棟医師や看護師は手術前後の医学的管理の経験に乏しく、総合内科医や総合外科医、一般病棟から見ると重症

精神障害者の精神症状の評価や治療の経験はほとんどなく、手術前後の病棟の選定を巡っては、事業開始当初、カンファレンスにおいても押しつけ合いともいえる議論が行われた。症例を重ねるに連れ、手術当日の管理は一般病棟で行うこと、その際には精神科病棟看護師が付き添いを行うこと、手術翌日には精神科病棟に戻ることなどが暗黙のうちに定着した。それ以降は、手術前後の役割分担が円滑に行われた。本事業の経験を通して提案したいモデルは、精神科病棟スタッフと一般科病棟スタッフから構成される「精神障害者身体合併症治療チーム」である。このような精神科医が精神科以外の領域に関わるチーム医療のモデルは、救命救急センター、緩和医療、臓器移植など様々な領域において見いだすことができるが、精神科医の位置づけはコンサルタント（相談を受ける人）である。重症精神障害者や軽症身体疾患においては、精神科医が主体的・能動的に運営するチーム医療を提案したい。

総括評価

本事業によるチーム医療の取り組みによって、精神科病棟の身体合併症に対する過剰反応や、一般病棟の精神障害者に対する過剰反応は大きく解消された。今後も積極的に本事業の取り組みを継続・発展させていく予定である。精神科診療も身体科診療も当センターが持っていた機能であるにもかかわらず、その連携が不十分なために精神障害者の身体合併症医療を十分に提供することができなかつた経緯があった。すなわち従来から存在する“病棟専属型医療チーム”同士を“病棟連結型医療チーム”を編成し連携を綿密にすることで潜在する能力を引き出すことに成功した。従来からも、病棟巡回型チーム医療（組織横断型チーム医療）は実践されてきた。その例を挙げると、呼吸サポートチーム、褥創回診チーム、栄養サポートチームなどである。ただし、このような組織横断型チームと“病棟連結型チーム”とはまったく異なるものである。病棟巡回型チーム医療はコンサルテーション業務を中心としていたのに対して、病棟連結型チームは医療の主体的・能動的担い手となるチームである点が大きく異なる。

病棟管理者の視点に立って考えると、上記のような病棟専属型医療チーム、病棟巡回型チーム、病棟連結型チームなど明確に意識して、目的に見合ったチーム作り、チーム編成を進めることが必要であろう。また、チーム医療推進方策を考える上でも重要な視点だと考える。（その他）

本チーム医療の実践はやや特殊なものであるが、精神科スタッフが主体的・能動的に関わる精神障害者身体疾患治療モデルを構築していきたい。特に、精神科医は加療服薬やリストカットなど反復自殺企図例に対するチーム医療において、コンサルタントの立場（無関心な立場から）を離れ、積極的に関わるべきであろう。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

精神科系、身体科系の関係者が連携してアプローチすることの効果を示したことは評価できる。

一方、各職種での関わりの実態と効果を示して欲しい。医師、看護については、連携の部分での課題は明らかになったが、多職種間での問題はなかったのか興味あるところ。

長期入院医療の構造の中で、重装備での治療効果を早急に明らかにする必要があると思います。最終的には、精神科特例の見直しに向けたチーム医療のあり方を示して欲しい。

報告書で示された結果は、この領域におけるチーム医療の重要性を証明したのみならず、

この領域における医療安全、医療の質の向上にとって必要不可欠であることが示されている。ただこのチーム医療を全国的に展開するためには、人員数が大きな壁となるであろうことから、政策的配慮が必要なのではないかと思われる。

治療適正化委員会
(医療法人静和会 浅井病院)

チームを形成する目的

抗精神病薬多剤併用大量療法の症例(以下対象者)に対して、多職種によって構成された医療チームが第三者的な視点から、より適正な治療を提案することにより、医療の安全を確保していく。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

--役割・業務内容--

薬剤師：対象者抽出システムの管理・運用，対象者の抽出，処方提案，各種検査値からみた対応策の提案，主治医に対する情報提供

医師：薬剤調節の可能性の判断，検査未実施者に対する検査オーダーの入力

看護師：対象患者の状態報告，定期検査実施のための患者に対する促し，薬剤調節中の症状増悪時への対処，生活指導，落ち着いて療養できる環境調整

臨床検査技師：対象者の定期検査未実施者の抽出，各種検査値からみた必要検査の提案，検査未実施者に対する検査実施を促すためのカルテ記載

事務職員：対象者抽出システムの構築・運用

--実施方法--

- ① 対象者抽出システム（指定期間内における 1 日当たりの抗精神病薬の chlorpromazine(CP)換算値・薬剤数・抗パーキンソン病薬の biperiden(BP)換算値・下剤使用量などを患者別に抽出できるシステム）を用いて，多剤併用大量療法(CP 換算値 1000mg 以上もしくは抗精神病薬薬剤数 3 剤以上服用)の患者を抽出する。
- ② 1 回/1 ヶ月～6 ヶ月の割合で治療適正化委員会を開催し，多職種による対象患者の状態把握・薬剤減量の可否・処方変更方法・看護方法等について多職種で検討を行う。また，検査実施状況を把握し，必要検査の検討・提案を行う。
- ③ 委員会の検討結果を電子カルテを通じて各対象者の主治医に対して情報提供を行う。
- ④ 委員会の検討結果に基づき，各病棟担当薬剤師は病棟看護師と共に，薬剤減量方法や不穏時の対処法等について検討し，主治医に処方提案を行い，薬剤の単純化を支援する。

チームによって得られる効果（評価方法）

抗精神病薬の多剤併用大量処方による有害事象回避のための、処方の単純化等以下の項目を目指すことが可能となる。

- ・ 副作用早期発見・予防のための心電図検査(特に QTc 延長)・血液検査等の確実な実施
- ・ 多職種の協働による状態変化の早期発見，迅速な対応
- ・ 処方の単純化による服薬アドヒアランスの向上及び QOL 改善
- ・ 下剤等，副作用治療のための薬剤の減少
- ・ 治療目的と情報の共有化

評価方法：抗精神病薬のクロルプロマジン換算値、薬剤数、ピペリデン換算値、下剤使用量、QTc 延長、転倒転落発生頻度等の推移

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

多剤併用大量療法を受けていた対象者(82名)について検討し、委員会として治療適正化のための介入を行い、以下の結果が得られた。

- 1) 82名の対象者のうち、35.4%(29名)が治療適正化のための介入により単純化され、対象外(CP換算値1000mg未滿かつ抗精神病薬薬剤数2剤以下)となった。また、82名の対象者のうち10名が退院となった。
- 2) 抗精神病薬の平均服用量(CP換算値)が、介入前は 1215 ± 87.2 mg/日であったが、介入後は 998.4 ± 71.7 mg/日に有意に減少した。同様に、薬剤数も 2.5 ± 0.2 剤から 2.1 ± 0.1 剤に有意に減少した。
- 3) 抗パーキンソン病薬の平均服用量(BP換算値)が、介入前は 2.0 ± 0.4 mg/日であったが、介入後は 1.5 ± 0.3 mg/日に減少した。同様に、薬剤数も 0.7 ± 0.1 剤から 0.6 ± 0.1 剤に減少した。
- 4) 大腸刺激性下剤の1つであるsennoside使用量が、介入前は 14.8 ± 4.0 mg/日であったが、介入後は 12.3 ± 3.4 mg/日に減少した。
- 5) 介入前QTc延長の見られた7名の患者のうち、2名でQTc延長が改善された。
- 6) 血液検査実施率が、介入前は90.0%であったが、介入後は92.6%に増加した。
- 7) 心電図検査実施率が、介入前は63.8%であったが、介入後は85.2%に増加した。

--考察--

- ・ 上記1)-5)の結果から、医療チームによる多剤併用大量療法の適正化は薬剤性の副作用の軽減につながったと考えられる。
- ・ 上記6)-7)の結果から、医療チームによる治療の適正化は身体状態悪化の早期発見、また突然死のリスク軽減等につながったと考えられる。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

- ・ 治療適正化における各職種のマンパワーの不足により一度に多くの対象者への介入が困難であり、依然として半数の患者に介入できていない。
- ・ 薬剤減量に伴う状態変化時の対応策が確立されていない。
- ・ 薬物血中濃度の管理・身体的異常の早期発見など、安全に治療を行うためにも、検査を拒否する対象者への対策を検討する必要がある。
- ・ 定期検査のシステムを活用するなど、検査率増加のための効率化を図る必要がある。
- ・ 委員会の提案・介入に対し主治医の抵抗感があり、治療適正化のさらなる周知・理解を図る必要がある。
- ・ 委員会に参加していないスタッフの理解が不足しており、施設全体に取り組みを周知徹底する必要がある。

総括評価

- ・ メディカルスタッフの考え方が、薬剤の単純化・不必要な薬剤をなくしていく、という全人的な見方になってきた。
- ・ チームで本取組を行うことで、患者情報の共有を迅速に行うことができるようになった。

- ・ 状態変化が起きた際にいち早く対応することができた。
- (その他)
- ・ 今回は、抗精神病薬を中心に治療適正化を行ったが、今後は本取り組みに加えて、抗不安薬・睡眠薬の多剤併用についても調査・検討を行っていく予定である。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

多剤併用大量療法が行われている症例に対し、有害事象を回避する為の予測を QTC 延長、薬物血中濃度と言った客観性のある検査データを元に検証し、チームで働き掛けている点も斬新で評価できる。

意志の疎通が困難な患者が多いと思われる入院患者が大半を占めていると考えられる病院環境の中で、患者の同意を得ることの難しさは想像に難くない。

報告にも記載されているが、チーム構成員になっていない職員がこの活動を理解していない。これをポイントにし、全職員に活動の重要性を周知させ、病院職員全員で検査の必要性を説けば、検査を拒否している患者の説得に貢献できるのではないか。

ケースワーカーでも、医事課職員でも栄養科のスタッフでも、病室へ入室する可能性のある人材全員の協力を仰ぎ患者自身の利益となる事を理解させ、検査を受けてもらうように活動するのはどうか。

また、患者家族とは十分なインフォームドコンセントを実施し、予定されていた期日より退院が早まった経緯を、チーム介入により投薬量・期間などが改善した結果であることを説明する必要があると思われる。

チーム医療推進特別委員会～チームで取り組む自殺予防対策～ (医療法人静和会 浅井病院)

チームを形成する目的

過量服薬等により入院した自殺未遂者では、身体症状の改善を図る目的で急性期内科病棟へ入院となる場合が多い。しかし、身体症状が落ち着き、意識障害も改善傾向を示す時期になると、患者の行動と心理状況に乖離がみられる場合もあり、衝動行動の予測が付き難い。従って、内科病棟での対応は限界となり、精神症状の安定を図るために精神科病棟へ転棟するケースも少なくない。医療チームの形成により、病棟の移動により発生する治療の隙間をなくし、各職種の専門性を生かした介入によって自殺の再企図の防止につなげる。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

内科医：身体的治療

精神科医：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

看護師：心理的危機介入、身体的・心理的ケア、家族ケア

薬剤師：精神療法的なサポートを含め患者と面談し結果を処方設計にフィードバック，施設における採用薬剤の見直しを行い重複投与が行われない環境の整備を図る，大量服薬により致死的な症状に至る可能性のある薬剤が自殺未遂者に処方されていないかをチェックする，自殺未遂者が再企図を企てない環境整備として残薬調整を行う，患者・家族教育を実施し頓用薬や睡眠導入剤の適正な服用方法の指導

精神保健福祉士：自殺危険度の評価を行うため危険因子・保護因子について情報収集を行う，職業問題・経済問題・生活問題を持つ対象者に早期に介入し制度の活用等により問題解決を図る，退院後必要な支援が受けられ再企図を防止できるよう支援体制の構築，保健福祉関係機関への連絡調整をおこなう

理学療法士・作業療法士：身体機能障害の増悪・廃用症候群等の予防を目的としたリハビリ治療を行う

新たな取組：過量服薬により内科病棟に入院した患者（以下対象者）毎に、『自殺防止パス』『自殺未遂者支援情報収集シート』『自殺危険度評価シート』を用い，多職種が収集した情報の共有化を図ることで，対象者が抱える問題の多面的な抽出を試みた。対象者が抱える問題と治療方針について，多職種によるショートカンファレンスを実施し，適正な治療継続につなげた。評価方法として『内科から精神科病棟への転棟率』『本実証事業対象者の内科／精神科平均入院期間』を追加し，HAM-D 評価はうつ病患者が少ないため除外した。

チームによって得られる効果（評価方法）

- ・ 自殺未遂者に対して、各専門職の職能を生かした多面的な関わりは、自殺未遂を起こした原因の迅速・正確な把握につながり、医療チームの検討により適正な自殺予防に向けた方策が立てられやすく、実行しやすいと考える。
- ・ 自殺未遂者に多くの医療従事者が関わることで、見捨てられているという孤独感を、多くの人に見守られているという安心感に変える事が期待できる。

(具体的な評価方法)

- ・ 自殺企図による再入院状況 ・ハミルトンうつ病評価尺度 (Hamilton's Rating Scale for Depression ; HAM-D) ・精神科退院一ヶ月以内の自傷行為状況等

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について (評価方法を踏まえて)

取組：対象者に対して、内科病棟入院中は各職種（内科医，精神科医，薬剤師，内科／精神科／外来看護師，理学療法士，精神保健福祉士等）が『自殺防止パス』，『自殺未遂者支援情報収集シート』に則って，各専門性に基づいた状況把握・情報収集を行った。入院当日（遅くとも翌日）の意識覚醒後，精神科医が『自殺危険度評価シート』を用いて，対象者の自殺危険度評価を間隔（半日以上）を空けて2度実施した。2度目の自殺危険度評価直後に多職種によるショートカンファレンスを開催し，精神科病棟入院治療の必要性についての検討や，対象者が抱える問題に対応する適切な職種等について検討した。

結果：本実証事業の対象者は11名であった。対象者の内科から精神科病棟への転棟率は，本実証事業の開始前（2007年1月～2011年7月）は20.9%（40件／191件）であったのに対し，本実証事業（2011年8月～2012年3月）では54.5%（6件／11件）であった。また，本実証事業対象者の内科／精神科平均入院期間は，内科病棟平均入院期間が2.45±0.45日，精神科に転棟した対象者の精神科病棟平均入院期間は49.42±17.21日であった。対象者について調査した結果，自殺企図の背景には，健康問題90%（うつ病45%，統合失調症36%，アルコール依存27%），経済・生活問題63%，家庭問題63%，勤務問題9%，男女問題9%（重複回答あり）等の問題があることが判明した。対象者において初回入院患者は7名（63.7%）であった。一方，過量服薬で内科病棟に入院歴（2007年1月～2011年7月間）があった患者は4名（36.3%）で，それぞれの入院回数は6回，3回，2回，1回であったが，本実証事業期間内では対象者の過量服薬による再入院はみられなかった。精神科への転棟によって介入に十分な時間が取れることから，自殺企図の原因の解明と対象者が抱える問題（複合的な場合も含め）の対応に，各専門職種が連携を取りやすい環境が構築できたと考えられる。一例として，精神保健福祉士が訪問看護の必要性を挙げた対象者2名に対し，訪問看護師による定期的な病状確認等が実施された。自殺企図患者に対しては精神的介入が必要とされる場合が多いため，内科病棟入院時から多職種による精神的介入が重要と考えられる。過量服薬による自殺再企図防止には，内科・精神科医療チーム連携が重要であることが本実証事業で示されたと考えられる。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

- ・ 自殺企図者への介入には十分な知識と経験が求められるが，当院では内科だけでなく精神科スタッフ（一部）においても，自殺企図患者への対応について十分に理解されていないことが本実証事業で明らかとなった。
- ・ 今後，自殺防止対策に地域を含めた国全体で取り組むには，自殺企図患者や希死念慮を抱く患者の対応についての研修会・勉強会等を繰り返し実施し，関係する全ての医療スタッフに精神的ケアについての教育を実施する必要があると考えられる。
- ・ 外来移行後の過量服薬の再発防止には，薬剤師が自殺企図患者の服薬状況や残薬状況を

把握する体制が必要と考えられ、体制づくりには病薬連携の推進が重要と考えられる。

- ・ 本実証事業においても自殺企図の背景には経済的問題が大きく関与していることがあり、行政機関を巻き込んだ更に積極的な経済的介入が必要と考えられる。

総括評価

これまでは各職種がその専門性において個々に自殺企図に対する介入方法を探り、対応を検討してきた。しかし、本実証事業によって、過量服薬による自殺防止対策にチームで取り組むことで、患者が抱える問題を多面的に把握することができ、解決すべき問題に対して適切な職種を介入させることが可能になることが示唆された。特に、多職種によるショートカンファレンスの実施は情報共有や治療方針の統一に有効な手段であり、内科・精神科医の業務負担軽減にも繋がると考えられる。本実証事業では期間が限られており、長期にわたる過量服薬による自殺再企図防止の実証は困難であるため、今後も本取組を継続する必要がある。

また、新たな取組として、過量服薬に対する退院後の自殺企図再発防止を目的とした保険薬局薬剤師の院内ショートカンファレンスへの参加や、服薬指導内容や残薬情報等のフィードバックを、保険薬局の協力を得て実施していく予定である。更に、自殺企図患者対応を病院全体に周知徹底するために、本医療チームによる勉強会を院内にて開催する予定である。

(その他)

多職種の関与により対象者の入院時点での状態を十分に把握することができる環境が作れたが、今後は退院後にも地域を巻き込んだ介入を継続して行うことが必要と考えられる。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

自殺予防という、バイオ・サイコ・ソーシャルな視点が欠かせないチーム医療において、サイコに最も直結している心理職がチームの中にいないのは残念に感じた。

入院患者の自殺企図の背景を分析し、ショートカンファレンスの積み重ねにより、情報の共有とアセスメント方法の活用など診断の根拠となるものを共通認識するなど、チームメンバーがチーム医療の有効性、手ごたえを確認できることが重要であり、短期間の取組みであっても、再入院がないという成果と院内・院外の問題、課題が明らかになりました。

院内スタッフの教育及び外来移行後の病薬連携の推進については、具体的な取組みの方向性が見られているので、更に発展できるよう推進して欲しい。入院患者に関しては、院内でチーム医療が形成され、成果が得られたが、退院後の病院と地域の連携の段階では、中心的役割を誰(どの職種・その部署)が担い、どこで検討できるか、病院として共通認識をもってシステムの中に組み入れ、明示しておくことが重要。

経済的介入のために行政機関との連携については、薬薬連携の推進は、地域において新しい取組みだと思いますが、地域の薬局はこうした連携を求めています。推進充実が期待される。

地元の保健所・保健福祉事務所の精神保健福祉士と連携することは早急にできる取組である。

せん妄サポートチーム (国立がん研究センター東病院)

チームを形成する目的

周術期や急性期におけるせん妄の発症・重症化を予防するために多職種による標準化された介入プログラムを整備し、転倒・転落の事故の予防や合併症の予防、入院期間の短縮、患者家族のQOLの向上を図ると同時に、その有効性を検証する。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

精神科医：

各病棟にてコンサルテーション活動をおこない、患者の治療方針に沿ったリスクアセスメントとその対応、抗精神病薬の処方、リハビリテーションの指示をおこなう。施設で統一された対応をするために、標準化された介入プログラムを整備し、その運用を指導する。またせん妄に関する医療者の技能向上のために、病棟カンファレンスや医療安全講習会を通して教育・啓発活動をおこなう。

緩和ケア医：

せん妄の治療を進める上で重要な、疼痛管理を担当し、硬膜外麻酔の実施やオピオイドの処方・管理をおこなう。

主治医：

手術前、治療開始前に、包括的評価(Comprehensive Geriatric Assessment)をおこない、ハイリスクの患者に対しては術前看護指導や、術前リハビリテーション、認知症対応(精神科外来)、家族教室と連携して、エビデンスのある予防的介入をおこなう。治療期には、標準化されたリスクアセスメントをおこない、せん妄誘発の危険性のある薬剤は中止し、予防に向けた介入を看護と共同でおこなう。家族に対しては、あらかじめせん妄に関する教育をおこない、予防的な取り組みを進めると同時に、発症した場合の早期発見、重症化防止のための介入の協力を得る。

看護師：

(周術期外来担当、嚥下リハビリテーション担当)

外来においては、術前の包括的評価(Comprehensive Geriatric Assessment)をおこない、身体だけではなく精神、社会的背景をふまえたリスク評価をおこなう(周術期・治療期外来)。

(病棟看護師・リエゾン精神看護専門看護師)

入院においては、せん妄発症を予防するために標準化された介入プログラムを提供する。具体的には、海外のガイドライン(NICE)で示されている睡眠・疼痛管理、リハビリテーションなど6項目からなる介入をおこなう。また、Confusion Assessment Method (CAM)など世界的に標準化されたせん妄診断ツールを用いて、定期的な評価をおこない、早期発見できる体制を整える。せん妄に対する薬物療法が開始された場合には、定期的なモニタリングを行い、薬効の評価をおこなう。

(退院支援担当・がん看護専門看護師)

退院時においては、外来に移行後にせん妄の再燃を予防するために、訪問看護師や在宅医と連携を取り、今後のせん妄の治療方針や情報提供を行う。

薬剤師：

入院時に持参薬確認とせん妄のリスク評価を行い、リスクの高い薬剤を使用している場合には病棟と担当医に対して注意を喚起するとともに、リスクを下げるための処方設計を提案する。

せん妄治療に対しては、定期的な薬効評価と有害事象対策を行い、錐体外路症状の発現を予防する。

理学療法士：

せん妄の発症を予防するためには入院期間を通してのROM運動など、せん妄の発症を予防するリハビリテーションプログラムを実施する。

チームによって得られる効果（評価方法）

- ・ せん妄の発症率が低下する
- ・ 転倒転落、点滴抜去などの事故の発生率が低下する
- ・ せん妄の重症度が低下する
- ・ 退院時のせん妄合併率が低下する
- ・ 治療の継続率が向上する
- ・ 除痛率が改善する

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

院内コンサルテーションチームと連携し、年間で209名のせん妄のコンサルトを受け、治療及び管理にあたり、主治医チームと連携して治療にあたった。同時に施設内で発症したせん妄の要因を検討し、その30%に薬剤が関連すること、不適切な薬剤選択を防ぐことでせん妄発症数を減らすことが可能なことが予想された。

1. せん妄重症化を予防する効果的な教育プログラムの提供

せん妄の治療・ケアと教育プログラム開発に関して、がん看護の経験のあるエキスパートが参加したフォーカスグループインタビューによって、外来・入院（一般病棟、ICU）・緩和ケアのさまざまなセッティングでのせん妄に対応する問題点を抽出し、行動科学的に分析して教育プログラムの対象・内容・方法について検討を行った。

エキスパートの備える技能から教育プログラムに含めるべきコアとなる技能を抽出したところ、

- ① 情報収集（準備因子、身体・治療状況、精神・行動・認知、生活機能、生活環境、パーソナリティ、治療の見通しと方針）
- ② 観察（身体症状、精神・行動・認知、変化・日内変動）
- ③ 評価・診断（カルテにせん妄と書ける・報告できる、せん妄の直接因子に関連する情報の再評価、重症度を評価できる、せん妄のサブタイプ（低活動）を同定できる、スクリーニングツールを使える、せん妄対応に関連するリソースを評価できる）
- ④ 介入・ケア（原因（身体要因）に基づいた対応ができる、適切な薬物が使える（指示・依頼）、患者の安全を確保する、療養環境を調整する、認知機能を支援する、行動を支援する、コミュニケーションに配慮をする）
- ⑤ 教育・情報提供（同僚：情報共有のために記録できる・伝達できる、主治医に「せん妄」であると言える・対応を依頼できる、家族にせん妄の知識・接し方を伝える、精神

科・他職種へコンサルテーションできる、患者に事前のせん妄の知識を提供する)の5つの領域が同定された。

これを踏まえて、上記の5つの領域の技能を教育プログラムの開発を計画し、①せん妄発見の手がかりになる場面、②せん妄の統合的な評価と連携の場面、の2つの場面を題材としたワークショップをおこない、2回試行した。研修会受講前後で、参加者の知識の向上がみられた。今後、内容を修正して各病棟において継続的に実施する予定である。

2. せん妄重症化を予防するのに効果的な薬剤師による薬剤管理

がん専門薬剤師が関係したせん妄に関連する事象は、せん妄症状(26%)が最も多く、次いでせん妄原因への対処(25%)、せん妄治療(17%)、せん妄下での疼痛管理(12%)の順であった。イベントの詳細としてせん妄症状は転倒転落(5%)、不眠(5%)、次いで情動障害(3.8%)、ルート抜去(3.3%)であった。せん妄原因への対処では感染(6.3%)、脳疾患(5.4%)、抗浮腫治療(3.8%)、栄養・輸液管理(3.8%)であった。せん妄治療では退院・転院調整(7.5%)、抗精神病薬治療(7.1%)、鎮静(2.5%)であった。

上記調査をふまえて、薬剤管理指導上の問題点を抽出したところ、「せん妄に関する教育・知識の不足」を起点として「患者との接し方が分からない」「せん妄の症状が分からない」、「治療法が分からない」、「薬学的問題(相互作用・副作用)」、「医療者間でのコミュニケーション不足」などの問題が派生していた。また、独立した項目としてせん妄による認知能力の低下から「身体症状に関する患者コメントの正確性が担保出来ない」が挙げられた。上記内容をフィードバックし、院内指導への参考とした。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

実証事業により、施設内のせん妄発症要因に即したスタッフ教育プログラムを開発し、その施行をおこなった。パイロット版を施行した結果、従来の座学での研修会とは異なり、実践的な診断、対応に関する技能の研修が可能な状態になった。また、対応に関する問題を抽出した結果、判断と同様に、医療チーム内での情報の共有、特に問題意識を共有するコミュニケーションの問題が繰り返し指摘された。

チーム医療を実践する上で重要な点は、各職種が専門性を発揮すると同時に、臨床現場で起きている事象を共有することが指摘されている。情報共有のツールとして電子カルテ等のITも有力な対応方法ではあるが、問題意識を共有するためのコミュニケーション(リーダーシップ)については、まだ教育を含めて対応がなされていない。チーム医療を推進する上で、多職種チームのコミュニケーションを促進するための問題点の抽出と介入プログラムの整備が課題となろう。

総括評価

せん妄に対する問題抽出と、問題解決に向けた教育プログラムの開発をおこなった。チーム医療の実践が指摘されているが、適切なチームの形成と運用が行われるには、未解決な課題が多い。特に、チーム医療の運用については、単にチームを作れ場実践できる者ではない。問題解決に対応した適切な医療チームの形成方法、ならびにチーム内のコミュニケーションに関する実践例の紹介やプロセス評価を行い、問題の抽出と促進プログラムの開発の推進が重要である。

(その他)

せん妄対策としてチーム医療が推進され、その一環としてリエゾン加算が設定された。しかし、リエゾン加算の算定要件が、臨床設定とずれており（実質的に看護師によるケアやアセスメントが中心であるが、医学的な対応が難しいPSWや心理職が専従になっているなど）、機能が難しい。加算要件を現実的な設定に変更してほしい。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

せん妄そのものの理解、評価、治療においても多くの課題が明らかになった。せん妄重症化を予防する効果的な教育プログラムの開発と研修を試行し結果を示した。薬剤管理指導上の問題点が抽出された点は評価できる。

課題としては、一日の活動と休息といった、24時間ケアという包括的なアプローチが必要と思われる点。そのような意味で、余暇時間の過ごし方、その人らしい趣味や活動といった側面からの支援のあり方についても検証して頂きたい。

「院内コンサルテーションチームと連携し」とあるが、この「せん妄サポートチーム」と「院内コンサルテーションチーム」がどのように重複しているのか、または重複していないのか、何よりもどのように連携しているのか、の記載がもう少し欲しかった。

緩和ケアチーム (石巻赤十字病院)

チームを形成する目的

当チームの目的は、がん治療の初期段階から苦痛を伴う症状を緩和し、治療を受ける患者がその人らしい生き方を選択しがん治療に取り組むことが出来るようにサポートすることである。

当チームの活動は、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対し、全人的な視点から問題を早期に発見し、的確なアセスメントと治療を行い、QOL を改善するアプローチを行う。

当チームは多職種で構成されたチームであり、各職種の専門分野の知識と技術により、患者とその家族に対してより良い効果が得られるように、主治医や病棟看護師をはじめとする病棟担当チームを支援する。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

毎日外来もしくは各病棟のカンファレンスに参加し、事例検討を通じて実践的な緩和ケアの普及を図っている。また、月に 1 回連携作業部会を行い、研修会の企画や石巻地区在宅ホスピスケア連絡会の企画等を行っている。石巻地区在宅ホスピスケア連絡会の目的は地域の緩和ケアの普及と協力体制の構築であり、当院と宮城県東部保健福祉事務所が共催で石巻地区在宅ホスピスケア連絡会を開催し、地域の緩和ケア関連機関とともに研修会等を行っている。

医師：緩和医療を専門に行う医師が所属している。病期や時期を問わず、当該患者の疼痛その他の身体症状の緩和に努める。チームメンバーと協力しながら適切な医学的介入についてアドバイスをしたり、併診担当医となって直接患者の診察を行い、患者の治療にあたり緩和ケアに取り組む。

看護師：紹介された患者の情報収集を行いデータの整理を行い、病棟カンファレンスの中心的役割を担い、病棟担当チームと緩和ケアチームの連絡・調整の役割を果たす。患者が安全、安心かつ安楽な療養生活を送ることが出来るように、病棟看護師やコメディカルと連携して看護方針をたて、担当看護師の関わりについて助言する。また、退院支援のための看護師もおり、他医療機関との連携調整を行う。

薬剤師：薬物療法が効果的かつ安全に行われるように、患者及びその家族に薬剤情報を提供するとともに、使用薬剤のコンプライアンスをチェックする。個別の薬剤指導は週に 5 回、1 回 20～30 分程度行い、処方された内服薬についての効果と副作用について確認を行う。

臨床心理士：患者の心理的側面からのアセスメントに基づき、病棟スタッフに関わりの方法について助言を行う。また、担当医からの依頼によって、患者やその家族に対して面接をすることで、心理的な評価を行い、こころのつらさについての助言を行う。個別の心理的支援は、週に 1 回、3～4 人程度の面接を行っている。病状によっては面接回数を増やしている。

チームによって得られる効果（評価方法）

【効果】

- ・ がん患者の身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな苦痛を取り除くことで、心身の安寧が図られ、治療やケアに安心して臨めるようにする。
- ・ 専門的なチームが関わることで、患者とその家族の満足度向上につながる。
- ・ 精神的支援、意思決定支援、療養場所の調整、家族への支援、終末期の諸問題への対応について、専門チームがサポートすることで、緩和ケアに関する困難な問題を、日常業務の中でより効果的に解決できるようにするために活動することで、主治医や看護師の業務負担軽減となる。

【評価方法】

- ・ 患者満足度、緩和ケアチームへの依頼件数

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

【緩和ケア教育】

主治医・看護師を含めた医療従事者への緩和ケアの知識・技術の向上も緩和ケアチーム介入の目的である。一次的緩和ケアによって、患者へのより専門性を発揮するために、自施設及び地域の医療従事者へ向けた研修の場の機会を設けた（院内外を問わずに参加可能）。

- ・ 緩和ケアチーム研修会 年4回
 - 第1回 緩和医療とがん疼痛治療（参加者49名）
 - 第2回 入院から在宅療養への円滑な移行（参加者43名）
 - 第3回 がん患者のリハビリテーション（参加者70名）
 - 第4回 気持ちのつらさを抱える患者との接し方（参加者48名）
- ・ 院内の医療従事者及び地域の医療・福祉従事者（石巻在宅ホスピスケア連絡会との共催）大切な人を失うということ ～医療者は遺族をどう支えるか～（参加者112名）（遺族ケア・グリーンケア）

【緩和ケアチームの役割と活動内容】

平成23年度の依頼件数は平成24年2月29日現在で、210件（前年度227件）であった。新規依頼内容は、疼痛緩和が最も多く、疼痛以外の症状の緩和、精神的サポート、療養環境調整の順となっている。疾患別にみるとがん診療に関わる診療科すべてからチーム介入への依頼があり、緩和ケアチームは院内において認識された結果であると考えられる。介入後の転帰は、ここ数年の活動を通して、約半数近くの患者が死亡の転帰を迎えていた。今年度は、在宅療養への移行患者が前年度より40%以上も増加し、在宅療養調整の促進となり、行政での在宅死亡率向上へ寄与した結果となった。依頼患者は、継続したよりよい緩和ケアが提供できるように、患者の情報を多面的にアセスメントし評価できる院内情報システムでの評価管理システムを活用している。依頼患者の初期アセスメント→ケア・処置の実施→継続評価を一連の経過で、観察項目やケアの内容を経時的にみることができ、患者の変化を時間の流れに沿って評価でき、病棟との多職種カンファレンスにおいても有効に活用し、患者のケアに生かすことができた。

主診療科とは週1回定期的にカンファレンスを開催し、実践されたケアの評価や課題について、モニタリングし、より良いケアをタイムリーに提供し、主診療科とのコミュニケーションが密に行われ、医療従事者に対する十分なサポートを行うことができた。

今回の評価指標とした患者・家族への満足度調査においては、直接チームへの評価としてデータ収集は行わなかったが、依頼患者の21%が継続介入となっており、チーム医療の協力的体制の表れと考えられる。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

院内のチーム活動は浸透し理解されてきており、年々緩和ケアチームへの依頼は着実に伸びている。緩和ケアを切れ目なく行うためには、主診療科や地域の医療機関との連携が不可欠である。今後は、院内における緩和ケア提供の一層の充実と地域全体の緩和ケアチーム活動にどのように取り組んでいくかが課題である。すべての患者が適切な時期に緩和ケアサービスを受けられるようなシステムを構築していく必要がある。

総括評価

直接ケア・コンサルテーション型の両方を併せもつ当緩和ケアチームの活動は、チームとしてのスキルアップと同時に、当院に勤務する医療従事者のすべてが基本的な緩和ケアを理解し、適切なサポートを提供できるように関わりを促進してきた。

緩和ケアチームとの共同診療による実践の向上がもたらされる可能性が示唆された。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

多職種役割が分かりやすく整理されており、かつ毎日カンファレンスを行うなどの積極的な臨床実践が評価される。地域の福祉事務所や関係機関との連携もされており、地域住民に資する医療体制と思われる。在宅療養への移行患者が前年度よりも40%も増加したなど、その影響も記載されている。総じて、地域に根ざした緩和ケアチームとしてその活動は賞賛される。

可能であれば、患者や家族の満足度評価や地域関係機関からの要望（アンケート等）の整理などが行われると、さらに望ましいものと思われる

また、今後は、緩和ケアチームが病棟だけではなく、地域の在宅ホスピスケア連絡会の企画等を行うのは取組を行ってはどうか。地域で働く医師は病院で行なわれている医療をよく知っているが、逆は真ならずである。在宅のことは在宅医療機関が担う、という形を目指さないと、真の在宅医療は育たない。この意味で今後の課題が試される事業だと思う。

婦人科チーム (碧南市民病院)

チームを形成する目的

婦人科病棟では良性疾患と悪性疾患で入院する患者が存在する。妻、母としての立場の患者も多く、社会的支援、精神的支援も必要度が高くなっている。特に悪性疾患の場合、治療期間も長く、入退院を繰り返すことも多い。さまざまな問題を抱えた患者をサポートするために、専門性を活かしたスタッフが対応することが、治療の質、安全性に必要となっている。そのために病棟専従型の多職種チームを構成する。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

医師：治療方針の決定、医学的管理。

看護師：医師の治療方針に沿って、看護管理を行う。看護ケア、IC 同席、病状把握、患者・家族からの情報収集などを行い、患者・家族との信頼関係を築く。他職種との連携を行う。

薬剤師：患者状態を確認し、治療提案、薬物療法提案、処方設計、処方提案、処方オーダー、検査依頼、IC 同席、家族面談など含めた薬学的管理を行う。がん患者の場合、術前・術後の薬物療法について説明し、術後、合併症、副作用などの発現がないか観察する。治療シメンの確認後、IC に同席し、治療について説明を行う。治療が開始されると、患者状態（身体状況、検査値、画像等）を確認し、投与量、副作用などのチェックを行い、問題があれば医師に報告、処方設計、処方提案を行う。必要時、オーダー入力を行う。患者・家族からの情報収集を行い、薬物療法、治療法について説明を行う。

チームの運営に関する事項

- ・ 週に1度のカンファレンスによる情報の共有。
- ・ 収集した情報はすぐに共有。
- ・ 薬剤師の常駐化（不在時は院内 PHS または携帯電話で対応）
- ・ 必要に応じて他職種（地域連携室、栄養室、画像診断室など）との連携

チームによって得られる効果（評価方法）

- ・ 安全かつ効率的な治療による、在院日数の短縮
- ・ 医療費の削減、物理的コストの削減
- ・ 副作用、合併症、原疾患の悪化などの回避、早期発見、早期対応
- ・ 患者・家族の治療に対する不安の解消、治療意識の改善
- ・ 医師の業務軽減

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

- ・ 安全かつ効率的な治療による、在院日数の短縮
- ・ 医療費の削減、物理的コストの削減
- ・ 副作用、合併症、原疾患の悪化などの回避、早期発見、早期対応

上記の項目に対して、婦人科手術におけるチーム医療の評価（資料1）、がん化学療法におけるチーム医療の評価（資料2）で評価した。

また、在院日数（産科も含む）については

	平均在院日数
平成23年 9月	5.6
10月	5.7
11月	5.8
12月	4.9
平成24年 1月	5.1
2月	5.9
平均	5.5

であった。

- ・ 患者・家族の治療に対する不安の解消、治療意識の改善
がん化学療法を受ける患者・家族の治療に対する不安の解消（資料3）で評価した。
- ・ 医師の業務軽減
医師の業務軽減への取り組み（資料4）で提示する。
- ・ 婦人科チームの対応についての患者評価
婦人科チームの対応についての患者の評価（資料5）を行った。

これらの結果からチーム医療が円滑に行われ、評価できることが分かった。また、病棟に薬剤師を常駐させることによって、医師の業務軽減を含めた、チーム医療の質を高めることにつながると考えられた。日々の業務をチーム医療で行っていくことは患者・家族の不安の軽減、医療スタッフの負担軽減や医療の質の向上、病院経営にもメリットが提供できると考えられた。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

当院では平成元年から病棟に薬剤師を配置している。産婦人科病棟では平成6年から配置、平成21年からは1名の常駐薬剤師が活動している。日々の業務内でのチーム医療を円滑に行うためには、薬剤師が積極的に活動することが重要であり、臨床経験を積んで、医師・看護師に信頼されることが大切である。常駐薬剤師を配置すれば必ず、チーム医療の質が向上するわけではないが、常駐させることにより、臨床薬剤師としての経験やスキルは確実に向上していくと考える。看護師においても、チーム医療を行うことによって、ただ医師の指示を行うだけでなく、患者の検査値を含む臨床症状から、看護判断ができるようになり、カンファレンス等で積極的に意見を言えるようになると考える。当チームが円滑にチーム医療を行えるようになった要因は、医師がそれぞれの職種に対して、プロフェッショナルとしての技量を求めたこと、その期待に添える結果を出したこと、結果を出したことが信頼関係につながったこと、信頼関係によって、看護師・薬剤師の責任で行えることを増やしてくれたことによると考える。

チーム医療を円滑に行うためには、個人の人間性によるところが大きい要因であることは事実ではあるが、それに頼ってはいは円滑なチーム医療は進んでいかない。チーム医療を進

める第1歩は、病棟常駐臨床薬剤師を配置することだと考える。24年の診療報酬改定で、薬剤師の病棟業務に加算が新設されたことは朗報ではあるが、さらなる行政の後押しが必要であると考えます。

総括評価

婦人科ではチーム医療が円滑に行えているが、婦人科チームの医師からは、薬剤師のレベルに差があり、任せられる者と任せられない者がいる、婦人科で仕事ができるような薬剤師を育てなさいと意見を頂いている。婦人科チームの看護師からは薬剤師が常駐しているとすぐに相談できるから安心、医師が外来中や手術中で対応に困っても、なんでも聞いて、対応策が早く見つかるからうれしい、と意見を頂いている。今回は調査対象としてなかったが、医師・看護師からの問い合わせや相談は日に3~4件程度あった。また、婦人科の患者からはみんなが話を聞いてくれるし、すぐに対応してくれるからうれしいという意見を頂いている。現時点で、常駐薬剤師がいない病棟からは薬剤師を常駐させてほしいと医師・看護師より要望されており、4月からは全病棟に専任薬剤師を配置する予定である。医療に求められるチーム医療は日々繰り返される日常業務での役割が重要で、日常業務の中で解決できない問題は高い専門性を持ったチームで対応するのがより良いチーム医療の姿ではないかと思っている。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

薬剤師の病棟配置を長く実行し、婦人科領域におけるチーム医療の役割について具体的な資料とともに報告されていることから、全病棟には配置できないものの、薬剤師の病棟配置を考えている施設等にとっても、大いに参考になるのではないかとと思われる。

精神科急性期退院促進クリニカルパスチーム (桶狭間病院 藤田こころケアセンター)

チームを形成する目的

統合失調症・気分（感情）障害圏の患者に対し多職種で関わり、あらゆる専門分野から患者にアプローチをかける事によって患者や家族のニーズに応じた治療が提供でき、その結果が早期退院へ結び付ける。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

当医療チームが活動を始めてから、入院期間短縮と再入院率（在宅日数の延長）がどのように変化をしたかをクリニカルパス（以下パス）導入患者、未導入患者のデータを検証し、評価する

また、患者及び患者家族の治療満足度がどの程度上がったかを調査する。

チームによって得られる効果（評価方法）

在宅期間の短縮と、退院後に再入院となるまでの期間の延長が期待される。

当医療チームが活動を始めた前後で入院期間の短縮と、再入院率がどう変化したかを検証し、評価する。また、患者及び患者家族の治療満足度がどの程度上がったかを調査する。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

治療方針を患者および家族と相談しながら決定していく Shared Decision Making（以下SDMと略す）に基づいた情報と責任の共有が果たされた結果が患者治療満足度に示されている。

パス導入前では各職種の情報が職種間で十分に共有されていなかったため多職種がチームとして機能していなかった。

パス導入後は、患者に対しどの時期にどの職種がなにをするかが明確になった。定期的にも多職種チームカンファレンスを実施することができる上、カンファレンス以外の時間帯でも多職種の情報を取得することが容易であり、共通の視点、目的意識を持って患者にかかわることができた。患者、家族のニーズに応じた対応もできるようになった。

また定期的実施した退院前訪問では、入院初期から家族の不安や疾患に対応する理解度が確認できるため入院早期から必要に応じた心理教育が実施でき、より良好なアウトリーチにつながる結果となった。以上のことが満足度の向上につながったと考える。

- ・患者及び患者家族の治療満足度表データ（添付資料参照）

またパス導入患者と未導入患者の入院日数、再入院の有無、再入院までの日数を t 検定にて評価した。

- ・平均在院日数および在宅日数
気分障害

① 入院日数			
パス	n	平均入院日数 (SD)	p
有	39	49.2 (28.2)	0.08
無	124	37.5 (38.6)	

② 再入院			
パス	n	再入院／総数 (%)	p
有	39	4/39 (10.3)	0.49
無	124	18/124 (14.5)	

③ 再入院までの日数			
パス	n	平均再入院日数 (SD)	p
有	4	94.5 (56.8)	0.08
無	18	48.1 (43.6)	

統合失調症

① 入院日数			
パス	n	平均入院日数 (SD)	p
有	66	59.0 (36.5)	0.77
無	175	61.8 (76.1)	

② 再入院			
パス	n	再入院／総数 (%)	p
有	66	12/66 (18.2)	0.85
無	175	30/175 (17.1)	

③ 再入院までの日数			
パス	n	平均再入院日数 (SD)	p
有	12	129.9 (120.2)	0.43
無	30	101.1 (100.6)	

1. 入院日数では、パス有の気分障害では平均 49.2 日、パス無では平均 37.5 日でややパス無の群の入院日数が短くなったが有意差はなかった。
また統合失調症患者ではパス有は平均 59.0 日、パス無では平均 61.8 日で差はなかった。
2. 再入院の有無では、気分障害、統合失調症とも有意差はなかった。
3. 再入院までの日数では気分障害パス有は 94.5 日、パス無は 48.1 日であった。p value 0.08 と有意差はないものの、ややパス有の群が再入院までの日数は長かった。
統合失調症パス有は 129.9 日、パスなしは 101.1 日であった。

気分障害においては、入院日数の評価より、パスを導入した群のほうが導入しなかった群より長くなる傾向が見られた。これは気分障害病棟でパスを導入しない患者では「環境が合わない」、という理由で治療を中断し退院となるケースがあるための結果と考える。また、再入院の割合及び再入院までの期間は改善の傾向がみられた。

統合失調症においては、入院期間に差はないが、チームでのかかわりを通して心理教育がなされた結果、患者および家族の疾患理解と、訪問看護やデイケアなどのアウトリーチが十分に行われ、再入院までの社会参加の期間が延長され、また再燃した早期に入院へ

移行することができた。

今回の調査では対象者数が少ないため今後も例数を増やしての検証が必要と考える。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

勤務時間内で多職種が集まってカンファレンスを実施するための調整が難しく、時間外に行うこともある。またSDMや退院前訪問でもスタッフの業務と家族の都合との調整が難しく設定回数が実施できず期待される効果が得られないときもある。

また、詳細な患者情報が容易に保たれるため、濃厚なサービスが可能である。一方、機会労働が増える結果となった。

チーム医療による濃厚で良質な治療にはマンパワーが必要で、人件費をふまえ診療報酬の点数化が必要と考える。

精神科領域も5事業5疾患となったこともあり、病診連携による良好なアウトリーチを目指す必要がある。そのために地域の通院機関や転院機関との情報伝達や情報共有ができる地域連携パスを導入したシステム構築が急務である。

総括評価

精神評価尺度を使用することで症状観察が同じ視点で見ることができ、それがスタッフのコミュニケーションツールともなった。またスタッフのモチベーションが向上し「ないと困る」「他の疾患でもクリカルパスが欲しい」等意見が聞かれた。

クリニカルパスは多職種でのチーム医療を通じ、共通認識のもとに患者に関わることができると患者の満足度も上がり、患者の在院日数の短縮、在宅日数の延長につながる。よってクリニカルパスは有効と考え、継続して行っていく。

今後は、長期患者クリニカルパスの導入を行い長期患者の退院促進を促していく。クライアントパスも導入することで、患者自身に治療協力者としての自覚を促し、より患者満足度の向上を目指したい。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

「多職種」といっても、実際にどのような職種がどれくらいの人数でこのチームに関わったのかという具体的な報告が参考資料ではなく報告書の本文にほしかった。また、パスを導入することが、報告書にある「SDM」にどのようにつながっているのかに関する具体的な考察がより詳細に書かれていると良かった。

精神科における長期入院患者の地域移行支援チーム (医療法人唐虹会 虹と海のホスピタル)

チームを形成する目的

近年、精神保健福祉領域ではアウトリーチ支援のあり方が議論されることが多く、当院においても地域移行支援プロジェクト（通称：虹プロジェクト：精神障がい者の社会復帰の手助けをするために、多職種が協力して援助を行う）専門の多職種チームを結成し、そこで長期入院中の患者さん一人ひとりの希望や能力に合わせた個別的な支援計画をたて、多職種での訪問看護やデイケアによるプログラムと合わせながら、チームで患者さんの社会復帰をサポートしていく。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

精神科医師:入院中の精神症状や経過、治療方針などの情報提供を行い、地域での生活を継続できるようチームの連携を促進する。患者さんの不安材料など把握し家族とも対応について確認する。

訪問看護師:精神障がいをもちながらも地域生活を維持できるよう、生活の中の医療・看護的なニーズに応じた支援を行う。家族もケアの対象者として位置づけ、患者さんと家族双方のQOLの向上を図る。

病棟看護師:地域生活に対する不安などの内容を把握する。住居確保の調整。生活技能訓練(外泊の調整、退院前訪問看護、緊急時の対応の仕方)

精神保健福祉士:社会資源の情報提供や施設見学同行。ケア会議などを通し、情報を関係者で共有し支援体制を構築する。

作業療法士:活動を通して自信回復を促す。自己評価の向上。退院後の生活能力のアセスメントを行う。訪問看護に同行し生活能力の向上を支援する。

臨床心理士:自己評価・自己効力感が高まるように援助。本人にあったストレス対処法などを共に考える。他の支援スタッフへ患者さんの心理的特徴や、関わる上でのポイントなど提供する。

薬剤師:服薬に対する疑問、不安、不満などの情報を把握し、チームメンバーと共有する。服薬アドヒアランスの向上のための知識や情報を伝える。

管理栄養士:退院後の食生活イメージの共有。調理指導・栄養指導を通して、選ぶ・作るなどの体験を積む。

チームによって得られる効果（評価方法）

共同住居「にじの家」、「コーポはる」を始めとした生活環境設定、退院後に病院側が積極的に関わることが出来るような退院支援計画を作成・実行することで、それまで退院できなかった患者さんが退院することができる。

実際に生活する場でリハビリテーションを行ないながら、日常生活能力を維持することができる。

医療側で地域生活の「準備」をするよりも、医療側が患者さんの生活に寄り添い、患者さんの地域生活を「維持する」視点で支援を行うほうが、リハビリテーションの観点からも非常に効果的である。

多職種の医療チームで関わることにより、ニーズに応じた日常的で身近なサービスを包括

的に提供できる。

※具体的な評価方法

医療の質	アウトカム評価	平均在院日数	長期入院患者の地域移行実施の割合
		デイケア利用率	訪問看護利用率
	ストラクチャー評価	専門職種の配置	電子カルテ導入
患者の視点	アウトカム評価	平均在院日数	長期入院患者の地域移行実施の割合
従事者の視点	アウトカム評価	各専門職種の専門性向上	
	ストラクチャー評価	専門職の365日24時間対応の有無	
		カンファレンスの開催回数	
経済的視点	病院収益		

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

H23 年度

共同住居「にじの家」 定員 5名 利用者 4名 H23 年度新規入居 2名

「コーポはる」 定員 12名 利用者 11名 H23 年度新規入居 2名

1) 医療の質に関して

平均在院日数に関して平成23年度は2月末現在で322.11日であり、平成22年度の年間平均354.45日より短縮した。平成21年度は541.76であり虹プロジェクトを開始した事により病院全体で長期入院患者さんの地域移行支援への意識が高まった結果、平均在院日数も短縮していった。

精神科地域移行実施に関しては、5年以上の入院患者さんのH23年度退院者数は13名であり届出必要数の7名を上回る結果となった。

地域移行支援のため専任看護師・PSWを配置したことで、チームマネジメントが円滑に行え、医局・病棟・外来・デイケア・訪問看護・作業療法・心理の各セクション間とのコミュニケーションがスムーズにいき、多職種間協働を図ることができ結果として医療の質を高めることが出来た。

平成23年2月14日より電子カルテを導入した事により、病院全体の各部署で同時にカルテを閲覧でき情報の共有化が行いやすくなり、1人の患者さんの情報をリアルタイムに把握することにより、よりスムーズな介入が出来る様になった。また診療情報提供書などの紙媒体に関しても診療情報管理士を配置し電子カルテへの取り込みなどを行い適切な情報の管理を実践した。デイトケア・ショートケア・訪問看護利用率に関しては虹プロジェクトの中の支援としてプログラムに組み込んでいるためほぼ100%に近いものとなった。

デイトケアに関しても平日以外に土曜・祝日・年末など治療プログラム提供することにより地域で生活される患者さんのQOL向上につながっている。

2) 従事者の視点

毎月1回定期的に虹プロジェクト委員会を開催し利用者の活動状況、生活状況の報告、共同住居・アパートの現状と課題、入居者が入院された際の入院時の状況、治療計画、入院

中の生活状況の把握を行うことで、チーム内で情報の共有ができ問題点に関しても早期に介入しニーズに応じた日常的で身近なサービスを包括的に提供することが出来た。

個別的には地域移行後 3 ヶ月の評価を主治医、デイケアスタッフ・地域移行支援スタッフなど多職種で行い、より個別的な支援を実施できた。専門職の365日 24 時間対応に関しては、地域移行推進専門看護師が365日 24 時間体勢で携帯電話により対応しており、身近な問題から気軽に相談でき地域での生活の支えとなった。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

多職種間協働に関しての院内での理解が当初は不十分であり、業務の標準化もできておらず統一した支援が出来なかった。

退院促進をうたっているながらも不動産契約の際の保証人契約など乗り越えなければならない問題がある際にも地域の行政機関からの支援がまったくと言ってよいほど得られなかった。

総括評価

精神障がい者の地域生活支援や、障害福祉サービスの利用量は徐々に増加してきており、居住系サービスについても増加してきている。しかしながら当院のように民間の単科精神科病院においては地域の社会資源も少ない現状の中で社会的入院による長期入院の患者さんが退院できない状況であった。そこで病院内の地域移行の取り組みの中心的役割を担うことを目的とした専門部署を立ち上げた。専門部署が中心となり各職種間での情報共有を行い、病院内外でのカンファレンス開催や退院の準備・環境整備のための退院前訪問・家族教育・心理教育・服薬指導・調理指導・栄養指導などの活動をチーム全体で実施していく中でしだいに院内スタッフにも地域移行支援の意識が高まり、医師においても今までは退院困難とされていたケースにおいても院内の地域移行支援プログラムを活用し、退院支援を行う意識が高まりチーム全体の共通認識ができた。

患者さん自身も退院してすぐアパート生活が出来ると思っていた方が虹の家で共同生活を行っていく中で自分の見通しが甘かったと気づけたケースもあり、実際に地域で生活する場でリハビリテーションを行ないながら、日常生活能力を維持することができた。

当院の地域移行支援プロジェクト（通称：虹プロジェクト）は患者さんの地域移行を推進する重要な役割を担っており、またその効果も高いことから今後も継続します。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

精神疾患を患う患者に対する在宅支援はこれからの大きな課題であることを以前から考えていたが、本事業では問題解決の一つの方向性が示されたと思う。

ただし、病院医師が在宅に出向くという方向と同時に市井の精神科専門医の力をどのように引き出すかがこれからの課題だと考えている。

統合失調症家族支援チーム (福岡県立精神医療センター太宰府病院)

チームを形成する目的

統合失調症患者を抱える家族に対して、多職種チームによる家族心理教育を中心とした家族支援を実施することで、患者家族の介護負担を軽減するだけでなく、統合失調症患者の早期の退院や社会復帰を促進し、再発・再入院を予防する。また、多職種チームで取り組むことにより、それぞれの家族の個別的なニーズに対応した支援が可能となる。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

精神科医師：チームリーダー、統合失調症の治療全般に関する情報提供

薬剤師：薬物療法に関する情報提供、家族のコンプライアンスの向上を目的とした相談、介入、グループワークの運営

看護師：統合失調症者との付き合い方についての情報提供、グループワークの運営

作業療法士：精神科リハビリテーションに関する情報提供、グループワークの運営

精神保健福祉士：社会資源の内容や利用についての情報提供、個別家族へのソーシャルワーク、グループワークの運営

臨床心理士：家族心理教育プログラム全体のコーディネート、グループワークのコーディネート

【家族心理教育プログラムの概要】

当院通院中の統合失調症の患者家族を対象に、多職種チームによる家族心理教育プログラムを実施。平成23年9月～平成24年2月の月1回(土曜日)、全6回のプログラムを行った。前半は講義による情報提供パート、後半はグループワークによる対処技能向上パート。スタッフは講義の講師、グループワーク時にはリーダー、コリーダー、板書(記録)の役割を担う。

講義の内容(講師)：①病気の特徴と治療について(医師)、②リハビリテーション(作業療法士)、③お薬についてのQ&A(薬剤師)、④病気との付き合い方(看護師)、⑤生活習慣と薬の副作用(医師)、⑥社会資源について(精神保健福祉士)

チームによって得られる効果(評価方法)

統合失調症患者の家族に対して家族心理教育プログラムを中心とした家族支援を実施することで、統合失調症家族の介護負担の軽減、家族のメンタルヘルスの向上、および統合失調症患者の再発・再入院率の低下や入院期間の短縮化、社会復帰の促進、さらには医療スタッフの自己効力感の獲得が期待される。評価方法としては、医療チームによる支援活動と並行して家族協力尺度、生活困難度、服薬遵守質問票、GHQ-28などの各種評価スケールを実施する。また、当該患者の入院日数、再入院率、薬物療法の単剤化率などでの評価を行う。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について(評価方法を踏まえて)

平成23年9月～平成24年2月の間に全6回(月1回)のセッションを実施した。

全参加家族数：24家族34名

患者との続柄：父親9名、母親23名、兄弟2名

患者の診断名：統合失調症 22 名、その他 2 名

【医療サービスの効果】

- ・ 家族の精神的健康度(GHQ-28 総得点)：開始時 7.13 点(問題あり)→終了時 4.76 点(正常)患者家族の精神的健康度は家族心理教育で疾患に対する情報を得たり、悩みを共有したりすることで改善していた。
- ・ 患者本人の精神症状についての主治医評価(BPRS)：開始時 34.68→終了時 28.75
患者本人の精神症状も改善傾向。家族の対処能力が上がることで本人にも良い影響がある。
- ・ 薬剤使用状況(抗精神薬のクロルプロマジン換算値)：
開始前 881mg→第 3 回終了時 851mg→第 6 回終了時 740mg
→終了 1 か月後 744mg
患者本人の抗精神薬の総量も減少傾向。症状の改善に伴う薬物使用量の減量が見られた。
終了 1 か月後にも再増量することなく経過。

【安全性】

- ・ 家族心理教育自体が任意での参加であるため、不調時には参加しないでも良いなど侵襲性は低く安全性は確保されている。
- ・ 1 名のみ講義中に不調を訴えたため、個別対応にて対処。
- ・ 患者本人に直接的な影響は無い。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

- ・ 終了後のフォローアップ
家族心理教育終了後の支援が不十分であるため、フォローアップセッション等を実施し、支援を継続していく必要がある。
- ・ 個別ケースへの対応
今回、社会資源の相談、家族環境の調整などの個別対応を実施できたケースは数例であり、今後、他機関との調整も含めて検討していく必要がある。
- ・ スタッフの育成
家族心理教育(特にグループワーク)を進めていく上で、スタッフには標準版家族心理教育などのマニュアルの把握が必要であり、育成や研修が不可欠。ただし、研修機会が限られている。
- ・ 費用について
家族心理教育に対して診療報酬上の規定がないため、費用対効果の点から実施が困難となりやすい。家族支援に対する診療報酬上の評価など、費用面の検討が必要。
- ・ 非協力的な家族の勧誘
今回の参加家族は患者の治療に比較的協力的であったが、非協力的な家族が患者の治療を阻害しているケースも多く、そのような家族への介入が今後の課題である。

総括評価

- ・ 参加家族からは、「自分たちだけが悩んでいるわけじゃないことが分かったほっとした」「他の家族の話がとてもためになった」「もっと早くこんな場があれば…」「この会が終わった後が不安。これがあるから 1 ヶ月がんばれたのに…」などといった感想が寄せられた。

家族心理教育へのニーズは高く、その声を受けて今後も継続して取り組んでいく予定である。年度毎に1クール(全6回)。

- ・ 医療チームのスタッフ以外からは、家族からの取り組みが見えづらいとの意見があるため、院内スタッフ向けの研修やフィードバックを検討していく必要がある。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

統合失調症の患者のみならず、家族に対しても多職種チームで対応することで、より個々のニーズにあわせた支援を行おうとしたことは評価できるが、グループワーク形式でのアプローチが主で、個々の家族の特性に応じたきめの細かい対応ができたかどうかは不明。グループを症状の重症度や家族構成別に分ける等の対応も効果的である可能性もあるのではないかと。

また、通院している患者の家族が対象者であるのなら、職場や学校を含めた、地域社会に対する教育・啓発のためのアプローチも重要であると思われる。また、報告書にもあるように、長期に渡ってフォローしてゆく体制の整備（家族会の結成などを含む）が重要であると思われた。

今後は、参加者に対して終了時にアンケートを行い、それを質的にも数量的にも整理するなど、参加したご家族がこの家族心理教育プログラムをどう体験したのかというデータを取る等の工夫も望まれる。

うつ病の集団認知行動療法チーム (福岡県立精神医療センター太宰府病院)

チームを形成する目的

うつ病およびうつ状態にある患者に対して、集団認知行動療法を中心とした多職種チームによる支援を実施することで、認知と行動の修正によるセルフコントロール能力の獲得だけでなく、精神医学的なフォローやソーシャルワークといった多面的なケアを提供することで、うつ病やうつ状態患者の社会復帰を促進し再発・再入院を予防する。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

精神科医：チームリーダー、薬物療法、うつ病に関する精神医学的知識の情報提供、診断も含めた患者の集団療法への適応性の判定

看護師：日常生活能力の評価・指導・助言、グループワークの運営

作業療法士：作業能力の評価、リハビリテーションプログラムの提供、グループワークの運営

精神保健福祉士：社会復帰へ向けたソーシャルワーク、グループワークの運営

臨床心理士：集団認知行動療法グループのコーディネーター、認知面の評価

【集団認知行動療法グループの概要】

1クール全8回(週1回、90分/回)で、毎回3~6名程度のうつ病および抑うつ状態の患者を対象に「うつ病の集団認知行動療法」を実施。各セッションは講義とグループワークで構成されており、テキストに沿って進められる。グループワーク時には、スタッフはリーダー、コリーダー、板書(記録)の役割を担う。

セッションの内容：①オリエンテーションと認知行動療法の説明、②うつ病とは・うつ的思考、③考え方を変える方法、④⑤⑥コラム法にもとづくバランス思考、⑦問題解決法、⑧再発予防とアサーティブコミュニケーション。

チームによって得られる効果(評価方法)

うつ病に対する認知行動療法の効果は実証されており、集団認知行動療法を実施することで認知と行動の修正によりうつ状態の改善を図るだけでなく、精神医学的な介入や心理社会的な介入など多職種チームによる多面的な支援を提供することで、入院期間の短縮、再発・再入院率の低下、復職率の向上などが期待される。

評価方法としては、HAM-D、SDS、在院日数、予後の追跡調査を実施する。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について(評価方法を踏まえて)

平成23年3月~平成24年3月の間に5クールを実施した。

全参加者数：29名(内6名中断)

修了者数：23名(男性12名、女性11名)、平均年齢47.14歳

診断名：うつ病16名、双極性障害2名、適応障害(抑うつ状態)4名、その他1名

【医療サービスの効果】*修了者23名について

・自己評価によるうつ症状(SDS 合計得点の平均)：開始前 54.65 点(=うつ病圏)→修了後

48.57 点(=神経症圏)

- ・主治医評価によるうつ症状(HAM-D 合計得点の平均)：開始前 12.47 点→修了後 8.85 点
自己評価、主治医評価ともうつ症状は改善している。認知行動療法にてうつ状態に陥りやすい認知パターンを修正することで、客観的な評価だけでなく主観的にも気分が改善した。また、集団で実施することにより、患者間の共感、相互作用が生まれ、効果を高めている。
 - ・予後調査
入院患者については、グループ期間中もしくは修了後にすべての患者が退院となっており、退院後 3 か月以内に入院となったケースは 1 例のみ。持続的な効果を示している。
- * 在院期間については、外来のみの参加患者も多いため省略することとする。

【安全性】

- ・ グループの途中で中断となったケースが 6 例あった。中断理由としては、①退院による中断 2 名、別疾患による入院 1 名、体調不良 1 名、不明 2 名であった。
- ・ グループ参加が原因でうつ症状が悪化したケースは無かった。任意参加のグループであるため、不調時には参加しないことを選択できるなど、侵襲性が低く安全性は確保されているが、中断者のフォローアップも必要である。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

- ・ 対象者の適用について
近年、うつ病という概念が拡がりを見せており、それに合わせて対象
- ・ 修了後のフォローアップ
グループ修了後の支援が不十分であるため、フォローアップセッション等を実施し、認知の修正を継続して支援していく必要がある。
- ・ 個別対応
今回、就労相談、環境調整などの個別対応を実施できたケースは数例であり、今後、他機関との調整も含めて検討していく必要がある。
- ・ グループセラピスト（リーダー）の育成
プログラムを進めていく上で、少なくともリーダーには認知行動療法と集団精神療法の両方の経験が必要であり、スタッフの育成、研修が必要。ただし、研修機会が限られているため、研修機会を作ってもらえると良い。
- ・ 費用について
集団認知行動療法に対して診療報酬上の規定がないため、費用対効果の点から実施が困難となりやすい。うつの個人認知行動療法と同様に診療報酬の適用となるなど、費用面の検討が必要。
- ・ 集団認知行動療法に付随したプログラムの導入
うつ病のリハビリテーションという点では、作業療法や運動療法などのプログラムを付随して導入することも必要。

総括評価

- ・ 患者の感想として、「同じ悩みを持つ人の話を聞くことができて良かった」「考え方は一

つではないと分かった」「少しプラス思考になった」などの肯定的な意見が多く、改善点として「回数が少ない」「時間が短い」といったことが挙げられた。

- ・ 医療チーム以外のスタッフからは、「認知行動療法自体が難しい」「どんな患者を導入すればよいか分からない」といった意見もあるため、院内での研修も検討していく。
- ・ この取り組みに対して外部の機関や患者からの問い合わせも増えており、今後も継続して実施していく予定。年間5クール程度。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

対象者の多面的な評価が必要と言われる認知行動療法が、多職種が協業する形で行われたこと、また、修了者に関しては、主観的及び客観的評価のいずれにおいても改善が見られている点などは評価される。

ただし、前者において行動療法の中での役割分担及び協業は考えられているものの、各職種の専門性を生かしたものが見あたらないことがやや惜しまれる。さらに言えば、2割ほどの中断者がいる点や、患者が退院した際等の環境変化が生じた場合のフォローアップ等が今後の重要な課題になると思われる。

また、認知行動療法を個別で行う場合と集団で実施する場合のそれぞれのメリット・デメリットを明確にすることで、より個々のニーズに合ったアプローチが可能になるのではないかと考える。

精神科離島巡回診療チーム (沖縄県立八重山病院)

チームを形成する目的

離島（西表島、波照間島、小浜島、与那国島）で生活する住民に対して、八重山病院精神科医師・看護師、離島駐在保健師、診療所医師・看護師が協力して、精神科医療および精神保健福祉サービスを提供する。それにより住民の精神保健の向上に貢献する。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

精神科医師：巡回診療に出向き、診察、診断、治療（投薬）、患者・家族への説明、離島診療所医師と協議、スタッフへの指示などを行う。チーム全体をリードする。

精神科看護師：巡回診療に同行、診療介助、患者・家族への生活指導などを行う。

駐在保健師：離島に駐在し、地域住民の健康問題全般に関わる。精神科巡回診療にも同行し、情報提供、診療介助、患者・家族への生活指導などを行う。

離島診療所医師：離島に常駐し、地域住民の診療を行う。精神科巡回診療にも同行し、精神科医師とともに診療を行う。精神科医師のスーパーバイズを受け、日常的な診療や緊急時の対応を行う。

離島診療所看護師：診療所医師を補佐し看護を提供する。

チームによって得られる効果（評価方法）

離島に生活する住民が、質の高い精神科医療および精神保健福祉サービスを利用できるようになる。

それにより、住民の精神衛生が向上する。また、受診にかかる経済的負担を軽減する効果が期待できる。経済的効果については、離島から病院のある石垣島までの受診経費などと比較することで検証できる。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

チームによる離島巡回診療と離島在住の住民が船舶を使って石垣島にある八重山病院を受診して精神科治療を受ける場合と比較した場合、天候によっては危険と身体的負担になり、経済的負担も大きい離島からの個別受診を避けられることにより、身体的にも経済的にも負担を軽減する効果は大きいと判断される。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

病院から精神科医師・看護師を派遣する巡回診療は、現在のところ2ヶ月に1回が限界である。

その間の病状変化や急患の出現に即時に対応することは現在のところ困難であることが課題として認識された。

現時点でのとりあえずの解決策は、離島にある診療所での医療的対応力を向上させてゆくことであるが、長期的には巡回診療の回数を増やすなど検討が必要と考えている。

総括評価

総合的には、離島における精神科診療のニーズにこたえる方法として、巡回診療は非常に有

効であり、住民の期待に沿うものであると考えられる。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

離島の精神科診療ニーズに応える活動は、医療資源の乏しい離島の現状に意義のある実践として評価できる。

**急性期からリハビリテーション・社会復帰までのリカバリー支援包括システム
バージョンアップ 2011**
(社会医療法人近森会近森病院第二分院)

チームを形成する目的

近森病院第二分院と高知メンタルリハビリテーションセンターが総合心療センターちかもりとして情報を共有し、急性期～リハビリテーション、社会復帰までトータルなチーム医療を実践することにより、患者および家族のリカバリーを促進・支援する。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

(上位システム) 総合心療センターちかもり

- ・第二分院：精神科急性期治療病棟（正看護師比率 100%）・回復期病棟・精神科認定看護師（退院調整領域）配置・外来、作業療法室、ストレスケアセンターパティオ（医師 1 名・看護師 1 名・作業療法士 2 名・臨床心理士 2 名）、薬剤部、臨床栄養科、医療相談部、心理室、事務部
- ・高知メンタルリハビリテーションセンター；メンタルクリニックデイケア（医師 1 名・看護師 2 名・作業療法士 3 名・臨床心理士 1 名）、訪問看護ステーション、援護寮（看護師 3 名・PSW1 名）、地域生活支援センター（PSW4 名）

(サブシステム)

全体ミーティング、診療会議、スタッフミーティング

- ・【全体ミーティング：(月～金) 8：40～9：00】

機能：情報の共有・タイムリーな計画の修正

医師：各所属長あるいは主任およびリーダーより、前日の情報を得て、必要時指示あるいは適切な助言をする。前日の入院患者・本日の退院患者に関するサマリー・課題について提供する。

看護師：病棟および外来より、前日の特記事項として情報を提供する。時間外電話対応の内容と対応について報告する。他部署より必要な情報を得る。

作業療法士：前日のOTプログラムにおける特記事項を提供する。他部署より必要な情報を得る。

精神保健福祉士：前日の医療相談件数や内容に関する情報を提供する。他部署より必要な情報を得る。

ディケア・訪問看護ステーション・援護寮・地域生活支援センタースタッフ：前日の特記事項を提供する。他部署より必要な情報を得る。

臨床心理士・管理栄養士・薬剤師：情報を得る。必要時情報提供する。

管理者（院長・副院長・事務長・看護部長・高知メンタルリハビリテーションセンター長）：各部署より情報を得て、管理的にあるいは倫理的に問題のある情報をセレクトし適切な助言や指導を行う。

- ・【診療会議：毎木 17：00～18：00】

機能：情報の共有・情報の確認・方針の修正・ディスカッション・マネージメント・連携・調整（内容は、入院・退院調整・方針・社会資源・栄養・隔離・薬物療法・リハビリテーション・倫理的視点など）

医師：直近 1 週間のうちに入院した担当患者の治療方針・ゴールの設定・入院期間・退院後に使う社会資源に関する情報及び直近 1 週間のうちに退院した患者、数日後に退院する担当患者の外来での計画について情報を提供する。多職種とディスカッションし、方針や計画を変更する。

看護師・作業療法士・精神保健福祉士・臨床心理士・管理栄養士・薬剤師：それぞれの専門性を活かして必要に応じて情報交換を行う。1 週間のうちに感じたジレンマや現場の問題に関する事例を提供する。

デイケア・訪問看護ステーション・援護寮・地域生活支援センタースタッフ：それぞれの機能から、必要に応じて情報交換を行う。1 週間のうちに感じたジレンマや現場の問題に関する事例を提供する。

・ **【スタッフミーティング 2 回/年】**

機能；組織におけるトップダウンとボトムアップシステムの効果的運用

各職種・スタッフが全員参加し、6 月には今年度の目標の共有と問題点に対する計画の発表、3 月にはその評価と課題について報告する。

チーム運営に関する事項（サブ・サブシステム）

リカバリー委員会、退院調整グループ、部署単位カンファレンス（入院時担当者カンファレンス、担当者カンファレンス、主治医別カンファレンス、退院時担当者カンファレンス、外来ミーティング）、NST、ストレス病棟とパティオの連携、クリニカルパス、時間外電話対応など

例；リカバリー委員会

リカバリー委員会の構成

副院長（医師）、看護部長、作業療法室室長、退院調整認定看護師、メンタルクリニック
デイケア責任者（看護師）、ストレスケアパティオデイケア責任者（作業療法士）、医療相談室主任（PSW）、臨床栄養科主任

《患者対象の治療グループ》

○語ってぼちぼち行こう会；1 回/月 18：30～20：30

対象者；休職者（就労前者）・就労者で希望者

機能；うつ状態、ストレス疾患の患者の就労支援および就労維持支援

メンバー；副院長、ストレスケアセンターパティオメンバー（看護師、作業療法士、臨床心理士）、作業療法士

該当研修；松井紀和先生・磯田雄二郎先生

○薬に立つ会；1 回/週 15：00～16：00

対象者；希望者とスタッフからの推薦で同意が得られた患者

機能；薬についての情報・知識を提供すると共に患者のもつ不安や問題について一緒に考える

メンバー；看護師、作業療法士、薬剤師

該当研修；磯田雄二郎先生

○ストレスグループ；1 回/週 15：00～16：00

対象者；希望者とスタッフからの推薦で同意が得られた患者

機能；ストレスの原因や対処方法についての情報・知識を提供すると共に患者のもつ不安や問題について一緒に考える

メンバー；看護師、臨床心理士、作業療法士

研修；磯田雄二郎先生・小野京子先生

ODBT グループ；1回/週 14：00～17：00

対象者；医師より指示あるいはスタッフが推薦するパーソナリティ障害で同意が得られた患者

機能；4つの視点から、パーソナリティ障害の患者が生きやすいスキルを習得する

メンバー；治療；担当医師 グループ運営；看護師、作業療法士、臨床心理士 個人面接；看護師、臨床心理士 支援；担当看護師（病棟・外来）担当コメディカル（ディケア・OT）

コンサルテーション；遊佐安一郎先生

OAH グループ；1回/週 14：00～17：00

対象者；医師より指示あるいはスタッフが推薦するパーソナリティ障害で同意が得られた患者

機能；パーソナリティ障害の患者が生きやすいスキルを習得する

メンバー；ディケア看護師、臨床心理士、病棟看護師、PSW

コンサルテーション；水島広子先生

○ステップアップ統合失調症心理教育グループ；1回/週

対象者；医師より指示あるいはスタッフが推薦する統合失調症と診断され、同意が得られた患者

機能；疾患を持って生活していくための情報・知識を提供すると共に患者のもつ不安や問題について一緒に考える

メンバー；医師、ディケアメンバー、外来看護師、薬剤師、PSW

研修；松井紀和先生・磯田雄二郎先生

○自己表現教室（発達障害心理教育）グループ；1回/週

対象者；医師より指示あるいはスタッフが推薦する発達障害と診断され、同意が得られた患者

機能；スキルや情報・知識を提供すると共に患者のもつ不安や問題について一緒に考える

メンバー；ディケアメンバー、病棟看護師

コンサルテーション；小野美紀先生

○対人関係療法グループ

対象者；摂食障害・社会不安障害・うつ病者で医師あるいはスタッフが推薦し、同意が得られた患者

機能；対人関係上の問題が、病理に影響していると考える方を対象に対人関係の問題やストレスの解決や適応を促す。

メンバー；臨床心理士、作業療法士、病棟看護師

コンサルテーション；水島広子先生

○おいしく食べるコツグループ；週1回/月 中止→外来患者中心に運動・食事療法へ

対象者；希望者、医師より指示あるいはスタッフが推薦する成人病および成人病予備軍で、同意が得られた患者

機能；栄養や運動についての情報・知識の提供と患者のもつ不安や問題について一緒に考える

メンバー；糖尿病療養指導士（看護師）、管理栄養士、作業療法士

《家族を対象としたグループ》

○統合失調症家族相談会グループ；1回/月 13：00～17：00

対象者；希望者、医師より指示あるいはスタッフが推薦する統合失調症患者の家族で、同意得られた家族

機能；家族に疾患に関する情報・知識を提供すると共に、家族のもつ不安や問題に対して一緒に考え、また考える力を養うような支援を行う

メンバー；医師、標準版家族心理教育インストラクター（病棟看護師）、看護師（訪問看護ST・病棟）、管理栄養士、薬剤師、作業療法士、PSW

コンサルテーション；伊藤順一郎先生・遊佐安一郎先生 該当研修；瀧本優子先生

○統合失調症家族相談会フォローアップグループ；1回/月 13：00～17：00

対象者；上記のグループを終了した家族

機能；家族のセルフケア能力を高める

メンバー；標準版家族心理教育インストラクター（地域生活支援センターPSW）、看護師（病棟）

コンサルテーション；伊藤順一郎先生・遊佐安一郎先生 該当研修；磯田雄二郎先生

○うつ家族相談会グループ；1回/週 中止→個別対応へ（うつ看護認定看護師が中心となる）

対象者；希望者、医師より指示あるいはスタッフが推薦するうつ状態の患者の家族で、同意が得られた家族

メンバー；病棟看護師、臨床心理士、PSW、作業療法士、管理栄養士

○摂食障害家族相談会グループ；1回/月

対象者；希望者、医師より指示あるいはスタッフが推薦する摂食障害患者の家族で、同意得られた家族

メンバー；医師、看護師、管理栄養士、PSW

コンサルテーション；水島広子先生

退院調整グループ

退院調整グループの構成

退院調整認定看護師、3 病棟看護師、外来看護師、作業療法士、メンタルクリニックディケアスタッフ、ストレスケアパティオディケアスタッフ、訪問看護ステーションスタッフ、援護寮スタッフ、PSW、管理栄養士、薬剤師

機能；どの患者にどのような支援が必要なのかアセスメントし、効果的な多職種支援チームを結成し、

機能させることが重要なポイントとなる。2 週間に 1 回退院調整カンファレンスを行い、1 週間に 1 回

の診療会議にて意見や提案を行う。各部署単位で担当者とともに、退院に関する支援を行っていく。

具体的活動として、各々の部署の退院調整スタッフは、退院調整の必要な対象者を把握し、担当者と共にケアマネジメントを展開し、退院促進していく。そのために必要な情報を共有し、必要なスキルを習得できるように、チームでの研修活動、退院調整ツールの開発などにも取り組んでいる。退院調整認定看護師は、自らが質の高い実践を提供すると共に、スタッフの教育や調整を行う。

コンサルテーション；武田直子（退院調整認定看護師）

* 教育計画とのリンク（コンサルタント・研修事業）

* 開催されなかった治療グループ

チームによって得られる効果（評価方法）

医療の質 : 医療の質の向上・治療効果の向上

患者の視点 : 再入院防止・地域生活の定着・患者および満足度の向上（退院までの不安の解消・退院後の安心感など）・早期社会復帰・就労維持・復職

医療スタッフの視点 : 医療スタッフが随時方針の確認でき、些細な変化に対応できることによる地域生活支援の技術の向上と地域に向けた在宅生活のイメージの獲得・職員満足度の向上（動機付け）・知識の習得（科学知・暗黙知）・

経済的視点 : 医療費の削減・協業と分業による利益

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

結果

別紙表参照；資料1（構造・過程）資料2（結果・課題）資料3（退院調整チームの結果）

平均在院日数；94,9日（平成23年3月1日～平成24年2月29日）

急性期率；77,8%（平成23年3月1日～平成24年2月29日）

医療スタッフの離職率；医師0%・看護師0%・介護福祉士0%・看護助手0%・作業療法士0%・臨床心理士0%・薬剤師0%・精神保健福祉士0%・管理栄養士0%・医療事務0%

考察

- ・ サブ・サブシステムのリカバリー委員会の配下にある各治療グループは、レゴ型チーム医療であり、複数の利用者に対して業務として落とし込み、それぞれの職種が専門性を生かしたスキルを最大限に発揮することにより、成果を生み出すことができている。また、タイムリーな各カンファレンスや会議をもつこと（もたれあい型チーム医療）は、個別の対象者に対して医療の質の向上を保障する。そのことにより、看護師・作業療法士・精神保健福祉士・臨床心理士・薬剤師・管理栄養士が、医師とともに、効果的な治療ができるように協業した結果につながる。そして、臨床現場で職種関係なく、縦断的かつ横断的に効果的・効率的な活動を行うことができる組織風土に繋がる。（チーム医療）その結果、平均在院日数短縮・在宅生活の維持・職員の職務満足（離職防止）につながる。
- ・ 医師と効率的に協業するためには、各医療スタッフたちの専門的な高い知識と技術が必要である。院内教育の中で当院の利用者の疾患や症状に対し、効果的な治療をしている講師を招き、全職種が自由に参加し、それぞれの職種の専門性を生かした治療の知識と技術を習得し活用するようにしている。日本精神科看護技術協会が精神科認定看護師を育成しており、当院には退院調整領域とうつ看護領域の認定が活動している。また、心理教育・家族教室ネットワークが家族心理教育インストラクターを養成しており、当院では2名の看護師と1名の精神保健福祉士が認定を受けて活動している。さらにスペシャリストが活躍するためには、優秀なジェネラリストが揃っていることが重要である。例えば、約30年

前から継続している事例検討会（高知県立大学教授スーパーバイズ 1 回/月）は、セルフケアの視点から各人の考えを深める。招聘講師による SST 初級コースや認知行動療法、承認スキルは全職員が受講するような工夫をしている。全スタッフが、院内外の多数の研修の中から自らのキャリアをデザインし、自己研鑽に努める環境がある。以上のような教育体系が、職員のやる気を高め、チーム医療への貢献が図れる。

- ・ 入院と外来を担当する第二分院と地域生活支援センターや訪問看護などの在宅部門が連携し、毎朝報告をしあうこと（全体ミーティング）や週に 1 回カンファレンスを行うこと（診療会議）により、早期入院の査定や早期退院の調整ができ質の高い在宅生活を支援することや入院期間を短縮することができる。その際には、倫理的視点からディスカッションを深め、当院の理念である「そのひとらしさ」を支援することに努めている。
- ・ スタッフミーティングにおいて、事務長から診療報酬や実績、院長から理念や方針が全職員に伝達後、各所属別に現状の問題分析や課題・目標などを話し合い、スタッフから上がった課題の改善に組織が取り組み、それを実践したり報告したりすることで、お互いの信頼関係が生まれてくる（縦の関係）。同時に各部署の現状も共有することができることにより、部署間でのコミュニケーションが円滑となり、協業・分業の効率化が図れる（横の関係）。（コミュニケーション・対等なディスカッション・ボトムアップ）
- ・ チーム医療が効果的に効率的に公平に提供される基本には、医師のリーダーシップが重要である。チームの中で対等な言動をとりつつ、理念・方針を明確に示し、責任と医療スタッフの自律を保障するリーダーシップが、職員の職務満足につながっている。（リーダーシップ）
- ・ ディケア・地域生活支援センター・訪問看護ステーションスタッフは、業務外で、作業所・障害者職業センター・グループホーム・就労機関などとの調整をしていることが、在宅生活の維持や就労支援につながっている。（連携）
- ・ システムを可視化して、構造・過程・成果を整理すると、全職員に体系が浸透し、成果に向けての意識の向上や効率化・機能促進が図れる。（システム管理）
- ・ 職場環境を充足することにより、医療スタッフのモチベーションが向上し、現場の生産性が向上する。（D・マクレガー；Y 理論）

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

今回の取り組みで明確になった当院の今後の課題

環境・システム

- ・ 効率的・効果的な構造の構築及び改善
- ・ 社会のニーズに応じたグループ運営（フレキシブル・スピーディ・タイムリー）
- ・ 利用者の継続支援システムの構築
- ・ バリエーションが生じた際の対応マニュアル作成
- ・ 一般 ER との連携

利用者側の視点

- ・ 利用者のニーズ・成長に応じた対応（ステップアップ）
- ・ 利用者や家族の参画推進（エンパワメント）
- ・ 利用者の理解度に対するツールの利用あるいは開発（エデュケーション・サポート）
- ・ 主観的評価測定（満足度）の可視化 *バイヤスに注意

医療者側

- ・ グループ利用者率の向上（PR・動機付け・意図的介入）
- ・ 医療者のスキルの向上（治療・査定）
- ・ 医療スタッフ間の情報交換の定着・連携の意識強化
- ・ 主観的評価測定（満足度）の可視化
- ・ 客観的評価測定の可視化（ドロップアウト率の低下・参加率の向上を図る）
- ・ スーパーバイザーの効果的活用
- ・ 現状を理解すること（社会・医療・現場）
- ・ 治療グループの成果を利用者に可視化し、選ばれる治療グループになる

解決策の提言

現在の診療報酬上のマンパワーでは、複数のグループ運営やチーム医療は不可能である。精神科医療における診療報酬上のマンパワーの見直しが必要。ただし、現代の社会では、精神疾患（慢性期）をもつ患者にとって不利益が多く、退院できない現状がある。（地域の受け入れ、家族の問題など）看護人員配置と平均在院日数の関係性についての十分な検討が必要である。

むしろ評価されるべきは、平均在院日数や再入院の回数ではなく、在宅生活維持日数や就労期間であり、それらを維持するために活用された資源である。例えば、対処行動としての休息入院や緊急避難入院は、社会生活維持のために必要である。そうすると、在宅部門・外来部門の人的資源（質・量）が重要となり、医師不足や医師の疲弊を解決するために、医療スタッフ（看護師・作業療法士・精神保健福祉士・臨床心理士・薬剤師・管理栄養士）の質と量を確保しなければならない。そして、チームを組んで質の高い医療を提供していくシステムが必要である。

社会の変化に伴う精神科医療の変化や複雑化への対応が遅れている。うつ患者の早期発見や早期介入システムの構築、すなわち企業や産業医との連携を早急に強化する必要性や自殺をしている広義のうつ患者に対し、多様な対応方法の必要性がある。

診療報酬は、構造・過程・成果を総合的にみて対応するべきであると思う。成果の可視化を明確にして、今後の診療報酬に、マンパワーの充足や教育体系の構築や資格の活用などの視点での改定を希望する。

総括評価

今回は上位システムからサブ・サブシステムまでトータルに構造・過程・成果を可能な範囲で可視化する努力をした。そこで見えてきたものは、それぞれのサブ・サブシステムが評価ツールを明確にして、適切な段階での評価を可視化していなければ成果が明確にできないということであった。各グループのスタッフたちは、そのことに気づき、今後どのようなツールを使って評価していかねばならないのかという視点に立って考え始めている。そのような視点を自らもつことができたことが最大の収穫である。そして、自分たちは社会や利用者に対して良いことをしていて、それらを繋げていくために可視化していく作業の必要性も学んでいる。また、一つひとつのシステムを整理することにより明らかになる課題や連携、そして新たな取り組みなど、今、現場でブレインストーミングやディスカッションがにぎわっている。新たな発想が飛び交い、これからも夢や希望をもって創造的でやりがいのある医療が提供していけそうである。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

チーム医療を推進する上位システムからサブシステムまでの取組を報告されている。このようなチーム医療の取組の必要性は高く評価できる。

このような組織活動の成果を平均在院日数・急性期率とスタッフの離職率としていることは納得できるが、プロセスとして医療現場での具体的なシステムを構築していくことも重要であると考えます。有効な方策の構築がチーム医療の質に繋がるといえる。

報告書でも述べているとおり、今後はターゲットを絞り、具体的な活動テーマにおけるその評価ツールを明確にされた計画書が必要と考えます。

「もっとおいしく・もっと楽しく！」
重症心身障害児・者に安全でおいしいペースト食提供プロジェクト
(東部島根医療福祉センター)

チームを形成する目的

ペースト食等の二次調理の提供が必要な重症心身障害児・者が誤嚥せず、より安全に食べられるよう適切な食事環境（適正な食形態、食事姿勢、介助方法）を作るためのチームアプローチ

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

医師：VEによる嚥下機能評価。利用者とその家族へのインフォームドコンセント。

看護師：食事介助とその時得られた情報の記録とフィードバック。スタッフ間のコーディネート。

管理栄養士：利用者の栄養状態、摂食・嚥下機能の把握とそれに応じた食形態の調整。

調理師：試作品作成。調理工程、調理技術の統一。利用者の摂食・嚥下機能の把握と求められる食形態での調理。

PT・ST・OT：利用者の摂食・嚥下機能の評価。介助方法の検討と、統一化にむけたケアプランの立案。

療育・生活支援員：日々の食事介助とその時得られた情報のフィードバック。

チームメンバー全員：試作品の試食と評価。試作品提供時の摂食・嚥下にかかわる評価。

<実施方法>

- ・ 2週間に1回の試食会の開催（1次評価）
- ・ 利用者への試作品提供時の摂食、嚥下にかかわる評価（1次評価を通過したものについて）
- ・ チームカンファレンスの開催（試食会后、ケアプラン作成時）
- ・ 管理栄養士、調理員、リハビリスタッフによる病棟・食堂ラウンドの実施
- ・ 職員全体への啓発を目的とした研修会の開催
- ・ VEによる摂食嚥下評価（VFからVEへ）

チームによって得られる効果（評価方法）

〔効果〕

1. 適切な食事環境の改善効果

（1）適切な食形態

- ① 増粘剤の使用法の改善による過度な付着性の減少、咽頭への残留減少、食事量の適正化、流動性の減少、味の向上、粘度の統一化を得られる。
- ② ペーストの立体化による口腔内への拡がり、気管への流れ込みの減少がはかれる。
- ③ 作業工程の見直しによる使用可能な食材の増加、食形態分類の整理ができる。

（2）食事姿勢

食事の際の姿勢選択の幅を拡大できる。

（3）介助方法

- ① 個々に合わせた形態に食事場面での調整が可能になる。

- ② 個人の摂食機能に応じた一口量の設定が可能になる。
- ③ 食物をのせる舌の位置が、介助者内で統一できる。

2. 利用者への効果

- ① 食事時間の短縮により疲労が軽減し、食事に伴う苦痛も軽減できる。
- ② 誤嚥による発熱や誤嚥性肺炎が減少する。
- ③ こぼしの減少により適正量が確実に摂取できる。
- ④ 摂取可能な食材が増えることによりメニューの幅が広がる。
- ⑤ 立体的になることにより、見た目の楽しさを感じることができ、かつ流動性の消失により、変化に富んだ味を楽しむことが可能となる。

3. その他の効果

- ① 介助者による現場での増粘剤の調整作業が不要となり、増粘剤のコストも削減できる。
- ② 床やエプロンへの食事の付着減少により、介助者への負担が軽減し、環境上も衛生状態が良好となる。
- ③ 食器洗浄の負担を軽減できる。

〔評価方法〕

- 1. 口腔機能・姿勢・介助の方法について、PT、OT、STによるビデオ撮影も含めた動作分析的摂食・嚥下機能評価を行う。
- 2. VF（嚥下造影テスト）による嚥下機能の評価、検討を行う。
- 3. 評価表にもとづく総合評価を行い効果判定をする。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

1. 適切な食事環境の改善効果

（1）適切な食形態

- ① 増粘剤の使用法の改善により過度な付着性の減少、味の向上、流動性の減少、粘度の統一化がはかれた（資料1）。また食べこぼしが減少し指示量の食事が確実に摂取できるようになったことで、全身の安定化につながった（対象者11名のうち2～3kgの体重増加がみられた利用者は3名、体重に変化のない利用者は8名、体重減少した利用者は0名であった）。

そして現場での増粘剤使用が減少（増粘剤使用46%減）した（資料2）。

- ② ペーストの立体化により口腔内への拡がりが増えた。また唾液の影響を受けず、口から食物が流れでないため、食べこぼしが減少した（資料3 I-2-2）-②参照）。
- ③ バイタプレップ導入によりごぼう、にらなど繊維質の多い食材をはじめ、あらゆる食材をペーストにすることが可能となった（常食と同じ食事提供が可能となった）。

粘度別に設定されていた形態（ゆるめ、ふつう、かためなど個別対応）がひとつに統一され、ペースト食の食形態分類が整理できた（盛り付け間違いや誤配膳などの事故がなくなった）。

（2）食事姿勢

昼食摂食時、実際に食事介助をしながら月1回合同カンファレンスを開催（毎回40名程度の職員が参加）し、食事姿勢の検討・評価をおこなった。その結果、個々に適した食事姿勢を一緒に考え選択することができた（資料4）。

そして利用者ごとの食事介助表が作成され介助方法の定着が図ることができた（資料

5)。

(3) 介助方法 (資料5)

- ① 個々に合わせた形態に食事場面での調整が可能となった。
- ② 個人の摂食機能に応じた一口量の設定が可能となった。
- ③ 食物をのせる舌の位置が介助者内で統一できるようになった。

2. 利用者への効果

- ① 食事時間の短縮により疲労が軽減した。
 - 対象者が重症心身障害児・者であるため、患者からの評価は期待できない。そこで全職員へのアンケートを実施し、その結果相対評価をおこなった(回答率 94%)。

*アンケートの実施方法

院内 LAN を利用しグループウェアの機能のひとつであるアンケート自動集計システムを使用。全職員にアンケートを一斉送信し、各自のパソコンで回答されたものを集計した(資料3)。

- ② 誤嚥による発熱や誤嚥性肺炎が減少した(過去5年間に4名が治療を必要としたが、今年度は2名であった)。
- ③ こぼしの減少により指示量の食事が確実に入るようになった(6-1-(1)-①参照)。
- ④ 摂取可能な食材が増えることによりメニューの幅が広がった。
結果、献立変更または食材を削除していた食事回数が減少した(平成22年10月と平成23年10月では使用品目、提供回数に大差はないが、今年度はすべて使用できるようになった。平成22年10月17品目36回、平成23年10月12品目25回提供)。
- ⑤ 食物の立体化が可能となり、メニューを見ただけで判断できるようになった。
また料理同士の混和がなくなり、それぞれの味を楽しむことが可能となった。

3. その他の効果

- ① 現場での調整作業が不要となり増粘剤のコストが削減できた(資料2)。
- ② 床やエプロンへの食事の付着減少により介助者への負担が軽減した(食後に清掃作業する外部委託の清掃業者より聴取)。
- ③ 食器洗浄時、下洗いがなくなり負担の軽減がはかれた。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

- ・ 利用者を中心とし、各職種がその専門性を活かして関わるのがチーム医療には必要だが、まだその体制ができていないのが現状である。今後の課題は、すべての職種が対等な立場で関わることのできる関係作り、自由に発言できるカンファレンスの開催、職種間のネットワークの構築と考える。今回のアンケート結果で明らかになった職種間の連絡調整、適切な情報開示の問題は、ネットワーク構築のために必要不可欠であるため、その方法を反省をふまえて検討していきたい。またケースカンファレンスの活用や、利用者参加型の医療体制の構築、家族を巻き込んだ研修会の開催や、体験型研修会の継続実施なども、チーム医療を進めるうえでの検討課題である。

総括評価

1. 全員で取り組むために、全体研修会（体験型）を開催したことで職種を問わず「食事」に対する関心が高まった。
2. チーム医療に対する意識の変化がみられた。
 - ・ 調理担当者が食事場面を見学し、利用者の特徴を理解したことが調理業務に反映され、安全性、見た目、味共に大幅な改善へとつながった。
 - ・ 自らの専門性をいかしたアプローチ方法を見出す姿勢がみられた。
 - ・ 研修内容を理解し直接関わりのない職種であっても協力体制をとるよう努めていた。
3. 「食事の安全性の向上」に向けた取り組みをすることで、リスクマネジメントの考え方が浸透してきた。
4. 連携不足を認識し、各職種の代表によるカンファレンスを行うことでネットワークの構築に努めた。
5. 今後はペースト食以外の食形態（刻み、刻みとろみ等）も変更し、全利用者の食事環境を考えていきたい。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

摂食に対して、多くの職種がカンファレンスを通して共通の認識を持つこと、手法の統一を図れたこと、多くの職種が関わり食形態、食事姿勢、介助方法等が検討され、増粘剤や食べこぼし等の効果も細かく見られていること、また、調理担当者の参加は、担当者自身の意識変革だけでなく、他職種の意識改革にも繋がったことは評価に値する。

摂食・嚥下については姿勢や筋力、呼吸、口腔環境なども陰に陽に影響を及ぼすことが知られており、リハ専門職の専門性をもっと活用すると共に歯科衛生士の参加を求めることも有用ではないかと思われる。

また、「もっとおいしく、もっと楽しく」というテーマであれば、対象者への評価分析及び検証が必要では？その一環としての家族等の参加も検討の対象としてはいかがか。

全員での取組は効果も大きいですが、非効率的でもあるので、効率よい体制作りの検討も必要と思われる。体験者が多くなってきているようなので、全体でのカンファレンスと各職種内でのカンファレンスを分けて行うことも必要と思われる。

メディカルダイエットサポートチーム (医療法人芳和会 くわみず病院)

チームを形成する目的

当院は睡眠医療認定機関病院として現在約 600 名の患者を管理している。当院の睡眠時無呼吸症候群（以下 SAS）患者の平均 BMI 値は約 27% であり、その他の健康障害を合併した肥満症患者の割合は高い。これらの患者は、経鼻的持続用圧呼吸療法（以下 CPAP）と同時に体重コントロールを行うことが最も重要である。医師をはじめ、看護師・管理栄養士などそれぞれの専門職が患者と関わり教育を行うことで肥満症患者の体重を減少させ、良好な CPAP 管理及び肥満に起因・関連する健康障害の発症の予防・進行を防ぐ。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

（役割・業務内容）

医師：肥満症の診断・タイプ別管理・治療方針の決定と総合的管理

看護師：チームの調整。入院時スクリーニング評価とプログラム確認。行動療法の実践（日常生活の振り返り、肥満シミュレーションやカロリー消費量算出などによる患者教育指導・患者支援）

* 入院のみでなく外来においても肥満症治療が実施できるよう 8 月看護外来を設置。
BMI30%以上の重症 SAS 患者を対象に看護外来を中心に教育・指導にも取り組んでいる

臨床検査技師：CPAP による治療状況（BMI/無呼吸・低呼吸（以下 AHI）SAS 検査管理

管理栄養士：食習慣の振り返り、嗜好調査の実施。各自の体重コントロール・病態に合わせた食事の選択、栄養指導など

理学療法士：目標体重、減量治療（消費エネルギー）に応じた運動療法の計画・指導・実践

薬剤師：薬剤指導

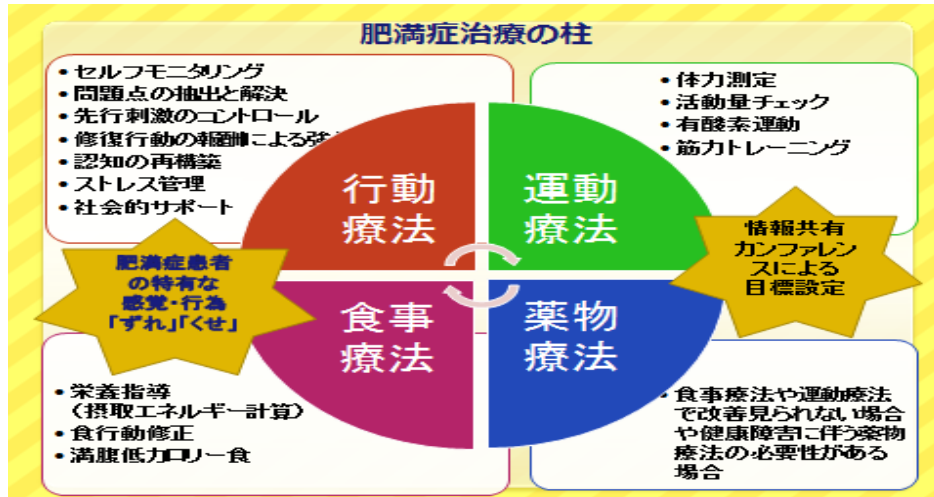


（実施方法）

肥満症サポートチームを結成。肥満症治療に関する患者教育用パンフレットの作成、スタッフ指導・学習会の実施。肥満症治療教育入院用クリニカルパスに沿った、1 週間の教育・指導の実施

入院時カンファレンスを開催。患者データ及び情報を共有し、行動療法・運動療法・食事療法についてプログラムを作成。「私の健康カルテ」を作成し、退院後も看護外来での継続指導実施

*看護外来における肥満症治療のプログラムや指導パンフレット等作成し活用していった。



チームによって得られる効果 (評価方法)

- ・ SAS と肥満、その他の健康障害を合併しているハイリスクの患者を対象に、個々のプログラムを作成、約 1 週間の教育入院を通して専門的な視点・管理・指導を行うことで、基礎となる生活習慣の見直しや治療「ダイエット」意識が高まり、減量への効果及び患者の生活の質の向上が期待できる
- ・ 外来においても継続した医療の提供・総合的な管理ができ、患者満足度の向上を図る
- ・ 半年後の体重減量率、無呼吸・低呼吸 (AHI) の変化を評価・患者満足度調査

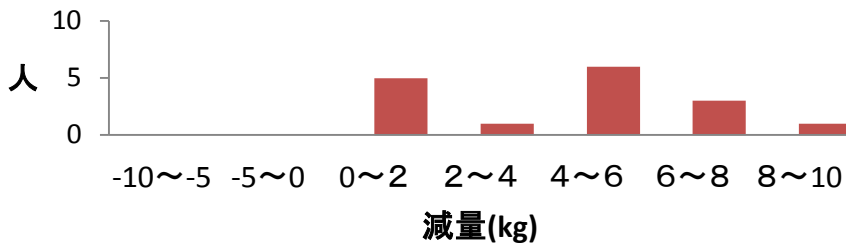
実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について (評価方法を踏まえて)

サポートチームの立ち上げから、これまでに 22 名 (入院 6 名・外来のみ 16 名) の患者を対象に実践。継続できていない患者 4 名、治療開始から間もない患者 3 名を除く 15 名が体重減量につながっている。

看護外来による継続した患者へのかかわりが一定の効果を得られたと考えられる。リバウンドした患者に対しても振り返りや目標の見直し、栄養指導や運動療法の検討などにより患者個々にあった指導が入院だけでなく外来においても実践できていることが要因ともいえる。

今回、肥満症治療サポートチームを立ち上げることにより、それぞれの職種における専門性がより発揮できる機会となった。体重減量が目標でなく、患者の日常生活を一緒に振り返っていく中で、患者自らが自己の問題点に気づき、行動変容へとつながり、自己管理方法や生活習慣を見直すきっかけとなった。なかには、食・生活習慣だけでなく患者の生活背景における社会的な問題も発見でき、患者のみでなく患者を支える家族へのサポートも行ったことで一定の効果を得られた事例もあった。

当院における減量率(kg)(15名)



AHIに関してはCPAP管理によって効果は必然とみられるため、今回、減量に伴う評価をするにあたっての期間が十分でないため、実証には至らなかった。しかし、CPAP管理中、3か月間で体重が7キロ近く減量できAHIがさらに改善し、CPAP圧が減量できている事例もあるため、今後評価していく。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

チーム立ち上げから半年での取り組みであり、実証には不十分であるため今後も継続して評価を行っていく。治療開始前の本人の食行動に関するダイアグラムでの半年後の変化をみていく必要がある。今後、取り組んでいくなかで、患者満足度調査の実施、当院管理中のSAS患者を中心とした体重コントロール・健康に対する意識調査等を行い、患者のニーズ等を確認し看護外来における機能の充実を図っていく必要がある。

肥満症治療に関する知識やダイエットアドバイザーとしてかかわっていくことができるスタッフの育成・拡大も必要。外来での看護体制などにより対応できる患者数も限られてくるため、体制の確保なども今後の課題である。

2012年度の診療報酬改定において、糖尿病患者に対する外来での透析予防診療チームの評価が新設されたように、慢性疾患患者の二次的合併症の予防や、今回の肥満症患者なども含めた疾患に起因・関連する健康障害の発症・進行を予防していくためには、外来におけるサポート体制は重要であり、その中での看護の役割は大きいと考える。しかし、病棟へ比重をおいた看護体制のなか、外来看護師の体制確保が困難な状況である。外来における看護師の役割に対する評価・チーム医療への取り組みへの評価についても今後、期待する。

総括評価

今回、肥満症治療サポートチームを立ち上げた際、患者より「ずっと体重の事が気になっていたけど、どうすればよいかわからなかった、病気とは違ってどこに相談してよいかわからなかった」など取り組みへの期待等の意見もきかれた。チームによって患者の問題を共有し個々にあった目標設定を行うことでコミュニケーションも図れた。患者自身もカンファレンスに参加し、目標を確認することで、治療意欲も高まり継続できる期待感もあるよう。これまで、外来診療の一場面では、なかなか踏み込んで継続してかかわることができなかった患者への健康管理について、医師が主体とならなくとも、必要な場面ごとにそれぞれの職種がチームリーダーとなって専門性を発揮しながら患者と関わっていくことができ、一定の効果が期待できると思われる。今回の取り組みにあたり、地域の開業医との学習会の開催など地域連携強化にもつながり、さらに内容の充実を図っていくためにも病院全体で取り組んでいく必要がある。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

肥満治療は難しい部分も多く、単一職種だけでなくチームとして多職種で取り組む方が成果が出やすい。今回は期間が短く十分な評価にはならなかったが、チームとしての取組は評価できる。

リバウンドを視野に入れた外来での継続的な指導も、外来看護師だけでなくチームで行う必要があると思われる。

患者の性格的な問題等もあることから、臨床心理士や精神科医の介入も必要と思われる。

減量外科チーム (四谷メディカルキューブ)

チームを形成する目的

一般的に肥満症治療にはチームアプローチが必要ということは広く知られている。なぜなら、肥満は身体疾患だけでなく、精神的疾患並びに社会的問題も多く抱えており非常に複雑な病態、いわゆる「Complicated Disease」であることがまず挙げられ、更に、肥満は、「Contagious Disease」とも言われており、本人だけでなく、本人にかかわる周囲の人々も治療対象としなければならいと言われている。その中でも、特に高度肥満症患者は、内科治療に難渋することが多く、外科治療だけが唯一、長期的な体重減少効果を証明されている治療方法である。私たち減量外科チームが取り扱う主疾患は「高度肥満」であり、高度肥満患者に対する肥満外科治療におけるチーム医療の必要性は、米国肥満代謝外科学会(ASMBS)や国際肥満代謝外科連盟(IFSO)のガイドラインにおいても述べられている。よって、肥満外科という分野、すなわち高度肥満という病態を治療するためには医師のみでなく、看護師や管理栄養士、更には、心理社会的問題等を取り扱うことのできる精神科医や臨床心理士、ソーシャルワーカーといった職種との協働が必要不可欠となる。

更に、その医療チームがきちんと形成されているかどうか、また、治療が安全且つ効果的に行われているのかどうかを評価するシステムの一つとして、ASMBSがCOE(Centers of Excellence:卓越した拠点)と呼ばれる認定制度を整備している。COEとして認定を受けるためには、多くの基準を満たす必要があるが、最も重要なポイントは以下の点である。

- ・ 施設における年間症例数が125例以上
- ・ 外科医の生涯執刀症例数が125例以上
- ・ 施設が経験豊富な外科医、看護師、医療コンサルタントなどから成る専門チームを有しており、長期にわたるフォローアップが行われ、その成績を報告出来る体制にあること
- ・ 患者のためのサポートグループが組織されていること

現時点(申請時点)において、ASMBSのCOEの認定を受けている施設は190施設程度あり、アメリカの民間保険会社の多くは、COE以外の施設での減量手術のコストをカバーしない仕組みが出来ている。北米以外でCOEの認定を受けている施設(International Centers of Excellence:ICE)は、ブラジル2、チリ1、インド2、メキシコ2、イギリス2、台湾1、スペイン1の計11施設。四谷メディカルキューブはICEの認定要件をほぼ満たしており、ICEを日本ではじめて取得するべく、準備を進めている。

当院は日本における肥満外科治療の8割以上を行っている組織であり、当院でのチーム医療の取り組み方が、今後の日本での肥満外科チーム医療のモデルとなると考えられる。

International Center of Excellence(以下ICE)認定(申請中)

- ICE(COE)を取得すること、そのことが、チーム医療が成り立っているということの証明且つ、安全性の高い治療が行うことが可能ということの証明となる。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

1 減量外科医

- 減量外科チームにおける治療時のリーダー。手術及び、手術前後の疾病管理、フォロー

アップを外来にて行う。当院では、術後 1、3、6、12 ヶ月目及び 2 年目以降、1 年に 1 度の外来フォローを原則としている。体重変化に加えて、詳細な問診、理学所見、血液検査などにより合併症発生の有無を評価する。当院では、患者の希望、肥満度、病態などに応じて、腹腔鏡下胃バイパス術、腹腔鏡下胃バンディング術、腹腔鏡下袖状胃切除術など、複数の術式を施行している。術式により特有の合併症が存在するため、担当外科医は合併症の特徴、発生を疑う臨床徴候（サイン）、診断、治療などについて、十分に精通しておく必要がある。更に、術後の肥満随伴疾患の変化についても評価し、必要に応じて内服薬などの調整を行い、通常、肥満随伴疾患の大部分が臨床的治癒もしくは改善する。必要に応じてかかりつけ医ならびに専門医等（精神科医、心療内科医、内分泌代謝内科医）と連携する。

2 内科医

→ 多くの患者は高度肥満と併せて合併疾患(糖尿病, 高血圧, 睡眠時無呼吸等)を罹患している。術前に疾患をコントロールしておくことは、手術が安全に行う為に必須事項であり、外科医と連携しながら、疾患をコントロールする。また、手術後も術前に罹患していた疾患のコントロールを継続的に行う。

3 麻酔科医

→ 手術時の麻酔を安全に行う為、手術前から手術時にかけて、外来及び手術室にて呼吸管理と麻酔管理を行う。

4 看護師（手術室）

→ 手術前の情報収集やオリエンテーションなどを行い、看護計画の立案をすると共に、術中の安全管理などを行う。手術前の患者との良好なコミュニケーションにより、不安解消等も同時に行う。円滑な手術進行のための役割として医師の介助業務も行う。

5 看護師（病棟）

→ 入院中の食事・内服管理及び、フィジカルアセスメント、日常生活援助を主な業務としている。高度肥満患者は、肥満関連健康障害を持っていることが多いため、術後合併症の予防と早期発見に努めると同時に、個々の既往に応じた観察が不可欠である。また、性格特性を理解した上で、手術が安全に行われるよう、情報収集や説明・確認を繰り返し行っている。

6 看護師（外来）

→ 外来通院患者の診療補助、日常生活援助を主な業務としている。

7 管理栄養士

→ 患者にとって、手術後、最も大きく変化するのは食生活である。患者は術前、好きなものを好きなだけ摂るといった食生活を送っていることが多いが、減量手術の効果を出来るだけ高め、且つ、術後の栄養障害を回避するためには、決められた食生活（種類、量、食べ方、サプリメントの服用等）の遵守が必要不可欠である。術式により固有の合併症（ダンプング症候群、ビタミン欠乏症等）が起こりえるため、管理栄養士は各術式の特徴について習熟しておくとともに、問診、体重変化、血液検査、体組成変化、骨密度などのデータを参考にしながら、適切な栄養指導を行っている。食生活の大きな変化により患者が強い不安やストレスを感じることもある為、当院では、これらに迅速に対応するべく、外来での定期フォローに加えて、電話やメールでの相談にも随時、対応している。よって、主な役割は術前術後の栄養管理であり、業務の内容分類としては、外来栄養指導(個人)、入院栄養指導(個人)である。

8 薬剤師

→ 減量外科手術を受ける患者は多数の薬剤を服用している事が多い為、その薬剤を適切に管理することは、周術期における安全性の向上や、術後の患者 QOL の向上に重要な役割を果たす。薬剤師は薬の専門家として治療早期から関与し、術前・術後の服薬マネジメントを担当している。具体的には、術前薬剤師面談、入院時持参薬管理、退院時服薬指導、術前・術後薬剤相談などを通して、服用薬剤やアレルギー歴などのヒアリングと共に、手術前後における休薬説明や薬剤服用の指導等を行っている。持参薬を管理し、必要に応じて粉碎処理をして術後に服用して頂く。更に、電話、メールにて薬剤相談に対応している。

9 ソーシャルワーカー

→ 手術後は、体重減少や食生活の変化は必然的に起こる。その変化に伴い、自尊心や自己イメージなどの心理的变化や、家族関係、友人関係、職場での人間関係などの社会的な変化もまた、起こりえる場合が多い。ソーシャルワーカーは、その様な変化について熟知しておくとともに、家族や社会の中での患者の立場を悪化させない為に、心理的な相談や社会資源の利用などの支援を行っている。具体的には、外来での定期個別面接に加え、電話やメール、サポートグループ等を通して、心理的社会的問題に対応している。

10 医事

→ 費用についての取り決め、患者への資料送付、等々事務的な手続きを進める役割を果たしている。

11 コーディネーター

→ 治療全体をコーディネートする役割の人。現在はソーシャルワーカー、管理栄養士、減量外科専任看護師が兼務で行っている。患者がファーストコンタクトを取ってきたところから、手術後のフォローアップに至るまで、治療全体（院内外含めて）が円滑に進むようにサポートする役割を果たしている。

12 減量外科専任看護師（申請時以降、新しく加わった職種）

→ 当院での専任看護師は、減量外科治療の患者に専念し、患者スケジュール管理を担う。外来、手術室、病棟等、患者が存在するすべての場を自由に行き来することのできる存在である。術前・術後の患者の状態に合わせた指導・教育などを継続して行う。初診・検査・術後 1 ヶ月は必ず面接し、創部の確認の他、状態に合わせた生活指導を行う。電話やメールなどを通じた患者相談窓口も担っている。

また、患者と他のスタッフの間に立ち、治療プログラムを改良し、患者とスタッフの教育、ICE の継続、多業種とのチーム会議等を行う。コーディネーター（Bariatric Coordinator）の働きも担う。

チームによって得られる効果（評価方法）

肥満症という病態自体、チームで取り組まなければならない疾患であり、チームで取り組むことは患者に対してよりよい減量効果及び QOL 改善効果を出す為に必須事項である。肥満外科治療において、手術は治療の一要素に過ぎず、術後には適切な栄養管理・運動療法の継続、心理社会的フォローなどが長期にわたって必要不可欠である。当院では、6に示すような多職種が“減量外科チーム”を構成し、治療にあたっている。

チームで取り組む効果として得られるものは、以下のとおりである。

① 医学的視点

- ・ 体重減少（術前及び術後の1ヵ月、3ヵ月、6ヵ月、1年、2年、3年でのフォローアップ予定）
- ・ 東洋病その他の代謝生疾患の改選（HbA1cなどの検査、インシュリン離脱、内服薬の変化などで評価）
- ・ QOLの向上（SF-36にて評価）
- ・ 在院日数の変化

② 経済的視点

- ・ 費用対効果（医療費や支出の変化を算定）

③ 患者の視点

- ・ 患者満足度の向上（アンケートにて評価）
- ・ 治療への理解度の改善（術前知識テストにて評価）

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

まず、チーム医療レベルが高いものであるかどうかを判断する為の評価の1つとして、当チームでは「4:医療チームを形成する目的」にも記載したように、ICE(International Centers of Excellence)取得申請を認定機構である、サージカル・レビュー・コーポレーション(Surgical Review Corporation: SRC)に対して2010年6月に行った。その後、実際の現場視察を2012年1月10日(火)～1月11日(水)に受け、その結果、2012年1月19日、当院は減量外科治療を安全且つ効果的に行われているという評価、ICE取得に至った。審査から取得までが9日間というのは、異例の早さであり、高評価であったというコメントも査察官より頂いている。減量手術におけるICE取得は、全アジアで4番目、東アジアで2番目、日本では初である。

下記の印がICE取得の証明である。

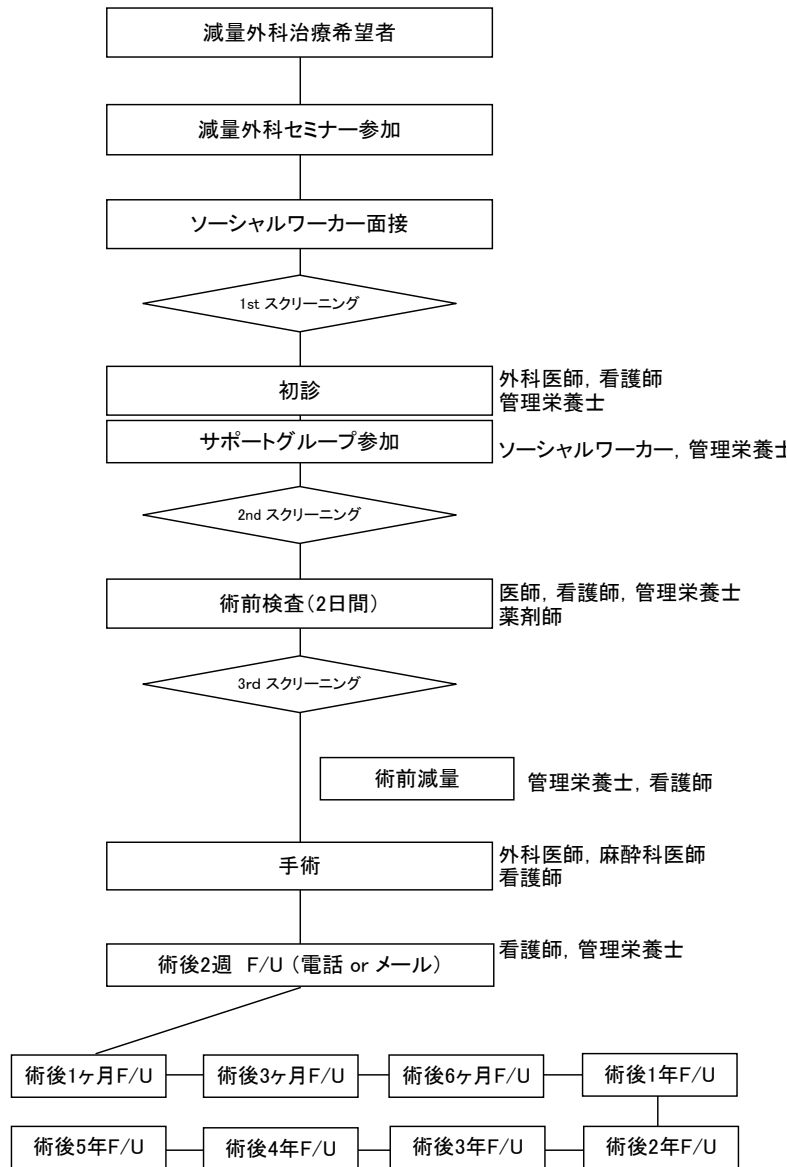


ICE取得は、病院組織全体として減量外科治療を行う土壌があること、減量外科手術を行う専門的スタッフが専従していること、言い換えるならば「減量外科チーム医療体制」が敷かれていること、更には、椅子や手術台など減量外科希望患者が関わる物全てが治療を安全に行うことが出来る耐荷重となっているかなどなど、全81項目にも及び審査をクリアすることが重要なポイントであった。ICEを取得出来たということは、一言で言うなら、優れて

いるチーム医療が評価されたといっても過言ではない。単独職種のみでは為し得なかった ICE 取得は下記に示す結果 1 つ 1 つに反映されている。それぞれの結果を示すとともに、どのような取り組みが良かったのか、その考察を記述する。

まず、下記の結果を理解する為に、各専門職種がどのようなタイミングで患者に関わっているのか、一連のフローチャートで示す。

減量外科治療, 全体の流れ(パス)



上記、フローチャートに沿って、各専門職種が患者に専門性を持って関わっている。上記のフローチャートは治療を安全且つ患者が安心して受けられることが最も大切なことであると考えて作成されたものであり、当院独自のチャートとなっている。更に、全ての術式における入院や検査などもクリニカルパスウェイが作成され、厳重に管理されている。そのパスにも各専門職種が関わる時間やタイミング等々が明記されている。なお、全てのクリニカルパスウェイやフローチャートは病院としての承認が得られている。

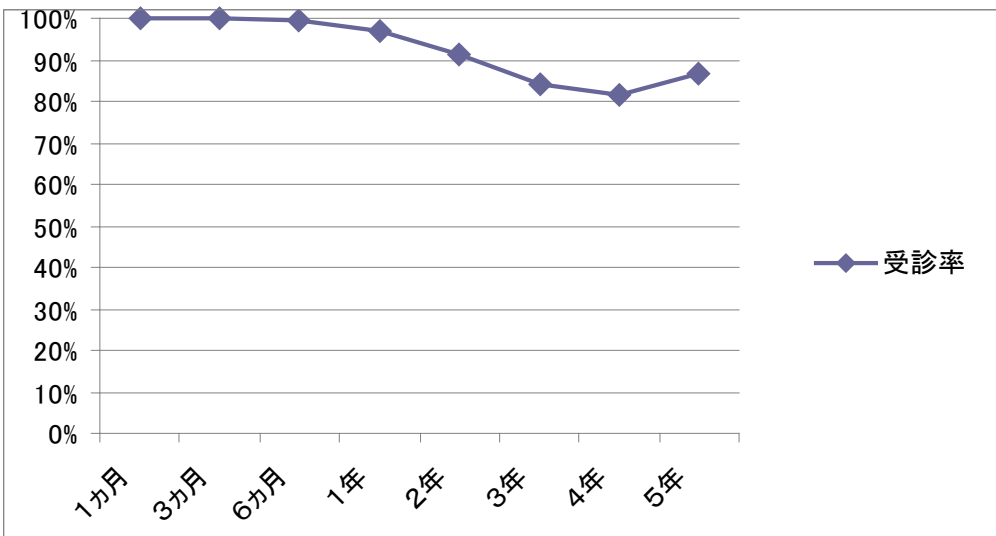
以下には、一連の関わりによって得られた結果（申請時に示した評価項目の結果）を示す。

① 医学的視点

➤ 体重減少（術前及び、術後 1 ヶ月、3 ヶ月、6 ヶ月、1 年、2 年、3 年、4 年でのフォ

フォローアップ)

2006年6月から、2011年12月末日までに手術を受けた患者は合計305名であった。フォローアップ率は以下の通りである。



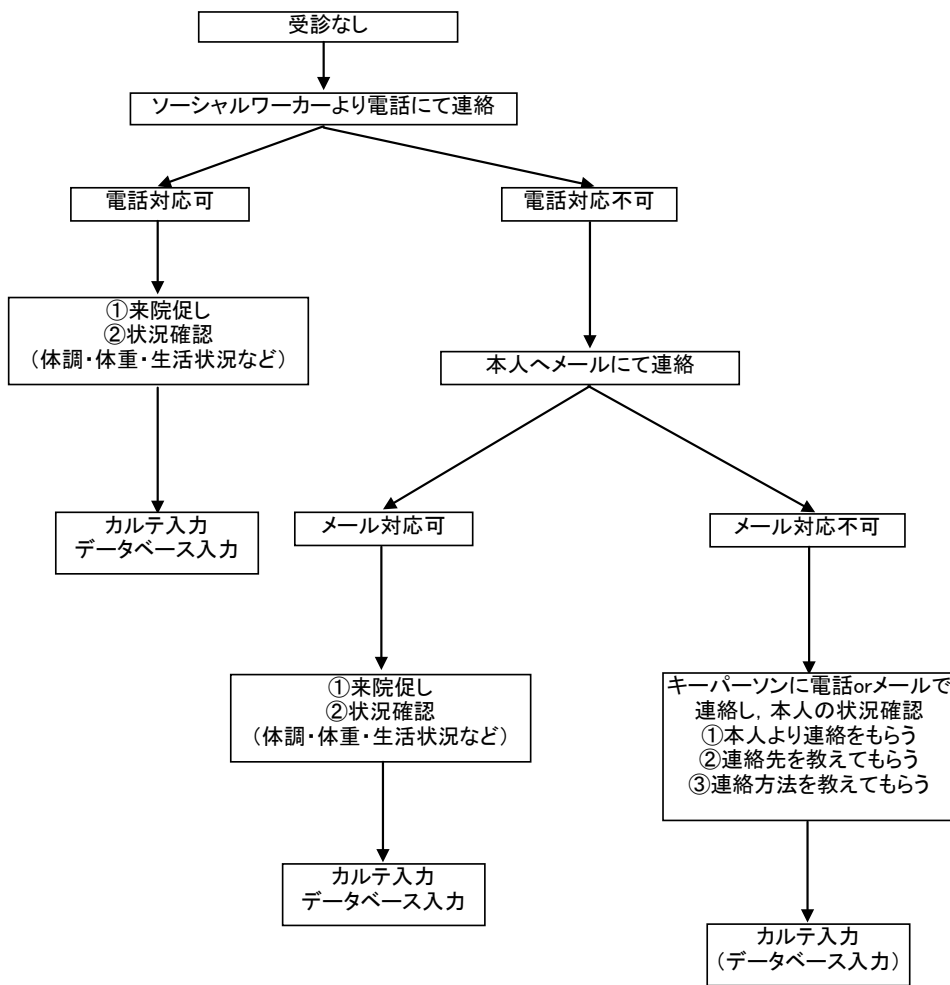
2011.12.29 現在のF/U率 (YMCで手術を受けた患者)

	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年	2年	3年	4年	5年
受診すべき人数	284	274	245	195	148	107	70	15
受診した人数	284	274	244	189	135	90	57	13
F/U率(%)	100.00	100.00	99.59	96.92	91.22	84.11	81.43	86.67

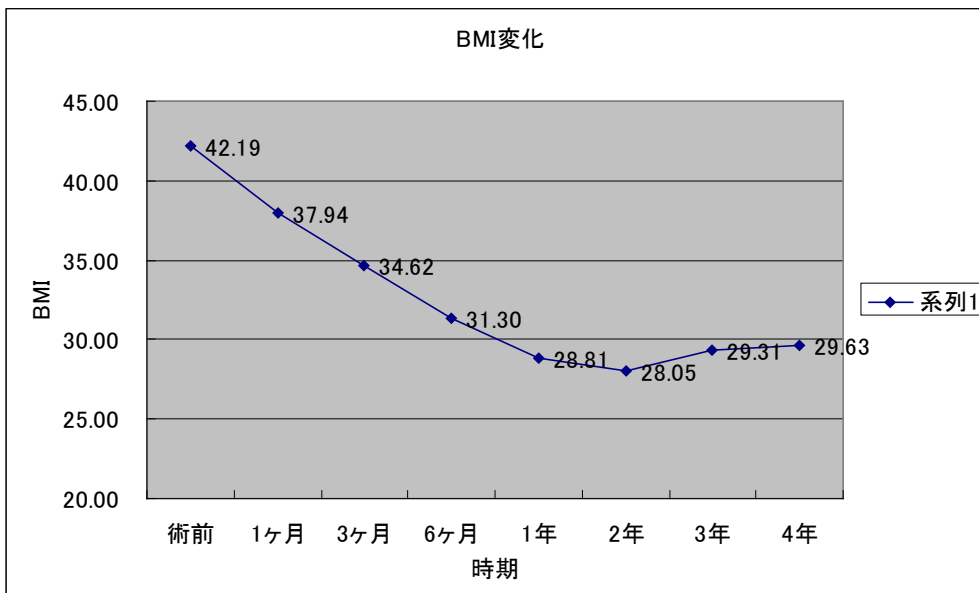
術後5年は母数が15と少ない為に、下記体重減少 (BMI 変化) にはカウントしないこととした。

また、外来受診率が5年、75%以上を維持しなければ、ICE取得には至らない。75%以上が維持できた術としては、ソーシャルワーカーによる電話及び、メール、訪問によるフォローが密に行われた為だと考えられる。実際には、下記のような手順に沿って外来促進及びフォローアップを行っている。

再診しなかった患者の経過観察プロセス



上記の様なプロトコルに則って行っていることにより、患者の状況がスタッフも理解することが出来、患者一人ひとりの対応方法などについて、スタッフ間で共有及び、密なフォロー体制を敷くことが出来たと考えられる。上記の手順での密なフォロー体制及びフォローアップレートが75%以上を維持できているからこそ、下記の様な体重減少の結果が得られているものと考えられる。

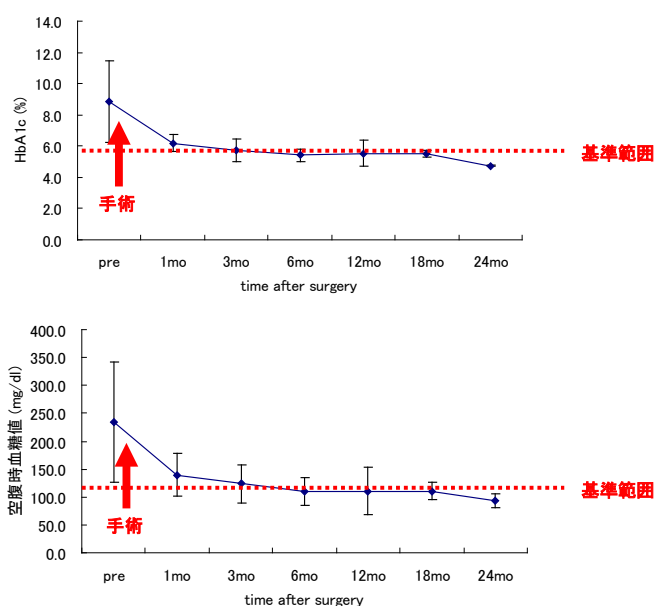


術前から、術後4年までのBMI変化を観察した。術後2年まで減少したBMIはその後、少なくとも4年まではBMI30以下で推移しているという結果であった。

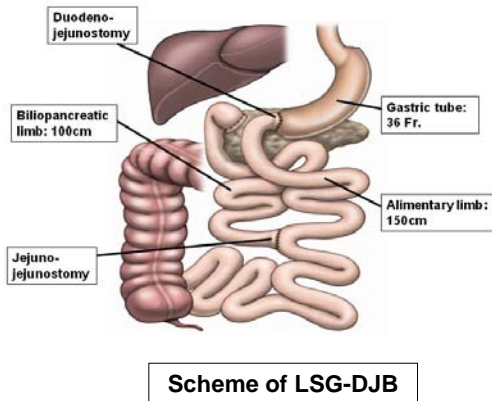
➤ 糖尿病その他の代謝性疾患の改善（HbA1cなどの検査、インシュリン離脱、内服薬の変化などで評価）

減量手術の肥満随伴疾患改善効果は極めて高く、最近では減量手術 (weight loss surgery) のみならず、代謝手術 (metabolic surgery) と呼ばれる。Buchwald らのメタ解析によると、減量手術が行われた症例のうち、術前に糖尿病を合併していた症例の76.8%で治癒 (抗糖尿病薬が不要になり、FBS, HbA1c が正常値化した状態を臨床的治癒とする)、86.0%で治癒もしくは改善が認められた。高脂血症では70%の症例で改善が認められた。高血圧症は61.7%で治癒、78.5%で治癒もしくは改善、睡眠時無呼吸は85.7%で治癒したと報告されている。糖尿病に関しては、行われる手術の種類 (術式) によって、術後の改善効果に大きな差が認められることが興味深い特徴として挙げられる。ADA (米国糖尿病学会) は、Clinical Practice Recommendations 2009 において、BMI 35kg/m² 以上で、生活習慣の改善ならびに薬物療法によるコントロールが困難な2型糖尿病患者に対しては、外科治療が考慮されるべきである、と報告した。下図に当院で減量外科治療が行なわれた、日本人2型糖尿病患者のヘモグロビンA1c値 (血糖コントロールの指標) ならびに空腹時血糖値の術前・術後変化を示す。いずれのパラメータも術後3-6ヶ月の、比較的早期に基準範囲内まで低下した。術前にインスリンを使用していた症例は、術後に全例インスリン治療から離脱した。結果として、術前に2型糖尿病を有していた症例の93%で臨床的治癒が得られ、残りの7%の症例においても明らかな改善が得られた。高血圧は85.7%の症例で臨床的治癒、残りの14.3%の症例で改善、また、脂質異常症は全例で臨床的治癒が得られた。関節症、胃食道逆流症、月経異常、息切れ、腹圧性尿失禁、睡眠時無呼吸症候群といった、その他の肥満随伴疾患に関しても、同様に高い改善効果が得られ、日本人高度肥満症例に対しても、減量外科治療は極めて高い、肥満随伴疾患改善効果を有するものと考えられた。

日本人2型糖尿病患者に対する腹腔鏡下スリーブバイパス術後のHbA1c, 空腹時血糖値の推移



Preliminary results of LSG-DJB (39 cases since 2007)



Scheme of LSG-DJB

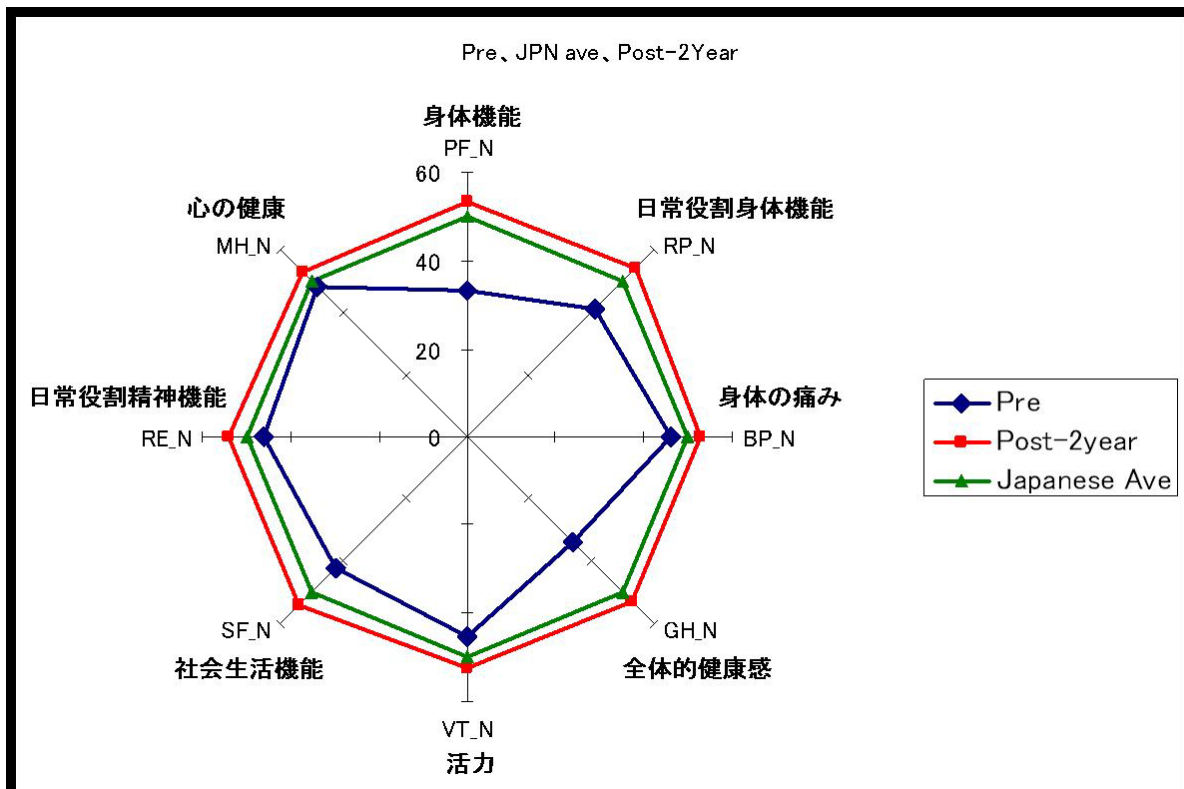
- 1) Post-OP % excess weight loss

6months	60.3±19.0%
12months	68.1±17.6%
18months	71.8±21.8%
24months	63.4±17.6%
- 2) Co-morbidity improvement
 - T2DM: 93% remission, 7% improvement
 - HTN: 85.7% remission, 14.3% improvement
 - HL: 100% remission
- 3) Complications (3/39, 7.7%)
 - Anastomotic leakage: n=1 (2.6%)
 - Post-OP pneumoniae: n=1 (2.6%)
 - Rhabdomyolysis: n=1 (2.6%)
 - Mortality: nil

Kasama K, Seki Y et al., Laparoscopic sleeve gastrectomy with duodenaljejunal bypass: Technique and preliminary results. *Obes Surg* (2009) 19:1341-1345

➤ QOL の向上 (SF-36 にて評価)

上記、体重経過とともに、QOL の調査を SF-36 ver2 (日本語版) を用いて行っており、術前及び術後 1 ヶ月、3 ヶ月、6 ヶ月、12 ヶ月、24 ヶ月、36 ヶ月、48 ヶ月、60 ヶ月に調査を行っている。2008 年より QOL 調査を開始し、2011 年末までに 2 年 (N=62) までのデータを収集することが出来ている。その結果を以下に示す。



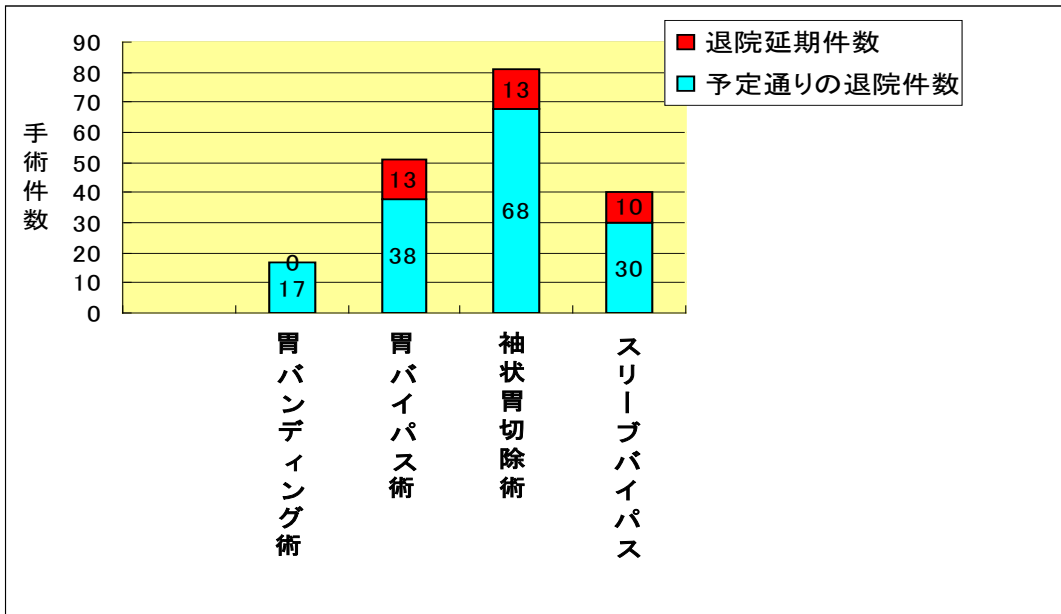
上記の図を見ると、術前は全ての項目で日本人国民平均値よりも低値であったにも関わらず、術後 2 年には、全項目にて、平均値を上回っているという結果となった。特に顕著であったのが、PF (Physical Function) と GH (General Health) の項目であり、自分自

身の健康状態を悪いと評価している傾向であったが、術後 2 年後は、自分は健康であると評価しているということになる。体重減少が測られたことにより、身体的活動能力及び自身が健康になったという実感を得ているということになる。

➤ 在院日数の変化

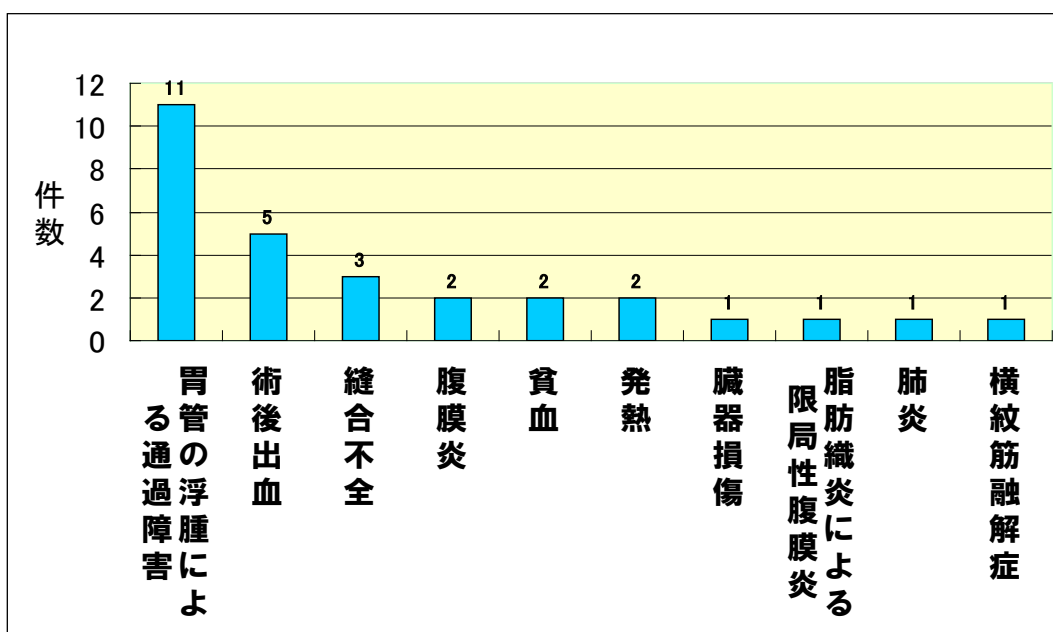
2006 年 6 月から 2010 年 10 月までに当院で減量手術を行った患者 189 名を対象とし、入院期間及び退院延期となった症例を抽出し、チャートレビューを行い、原因を分析した結果を下記に示し、改善策を検討した詳細を記述する。

各術式における、入院予定と退院延期件数は、下図の通りである。



胃バンディング手術のみ退院延期がないということが理解できる。その他の手術においては、胃バイパス術で 25.49%、次いでスリーブバイパス術 25.0%、袖状胃切除術 16.04% の退院延期率であった。

4つの術式の退院延期率の平均は 19.04%であり、80.96%の患者がパス通りに退院できているという結果になる。退院延期の理由を分析すると、以下の様になる。

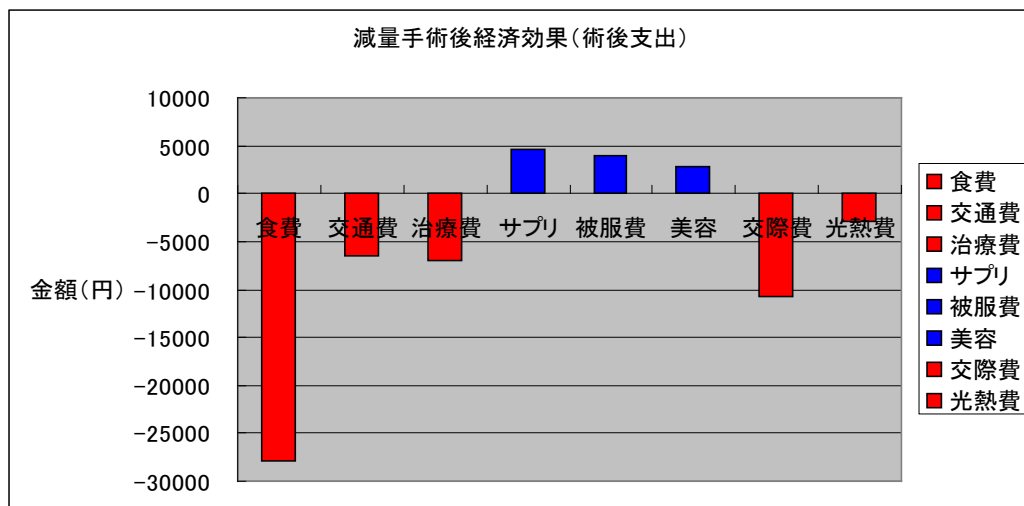


最も多かったのは胃管の浮腫による通過障害で、次に術後出血、縫合不全であった。一般的に、退院延期の要因には患者の心理社会的要因、システム要因などがあるが、退院延期理由は全て患者の術後身体的要因で、その他の要因はなかった。その理由として、外来前からの各専門職種による情報収集、アセスメント、入院・手術前のカンファレンスによる、患者各々に合った手術及び入院計画を行っているという事が考えられた。

② 経済的視点

➤ 費用対効果（医療費や支出の変化を算定）

当院で手術を受けた方へ手術前後の家計支出のアンケートを実施し、術前後の支出金の比較検討を行った。その結果は以下の通りである。



項目	食費	交通費	医療費	サプリメント費	被服費	美容費	交際費	光熱費
費用	-27,883 円	-6,426 円	-7,005 円	4,587 円	3,902 円	2,835 円	-10,655 円	-2,825 円

全項目を算出した結果は、月々43,470 円削減出来ているという計算となる。特に顕著に減少しているのは、食費であるが、注目すべき点は医療費である。医療費は月々約7,000 円の削減であり、上記糖尿病等の代謝性疾患の改善及び内服薬の低下により、支出が削減できているものと考えられる。Cremieux らの調査においても術後2年から4年で手術費用を回収できる計算であり、本調査においても同様の結果が得られたと推察される。結果、医療費削減に繋がる治療であるということも調査によって示唆された。

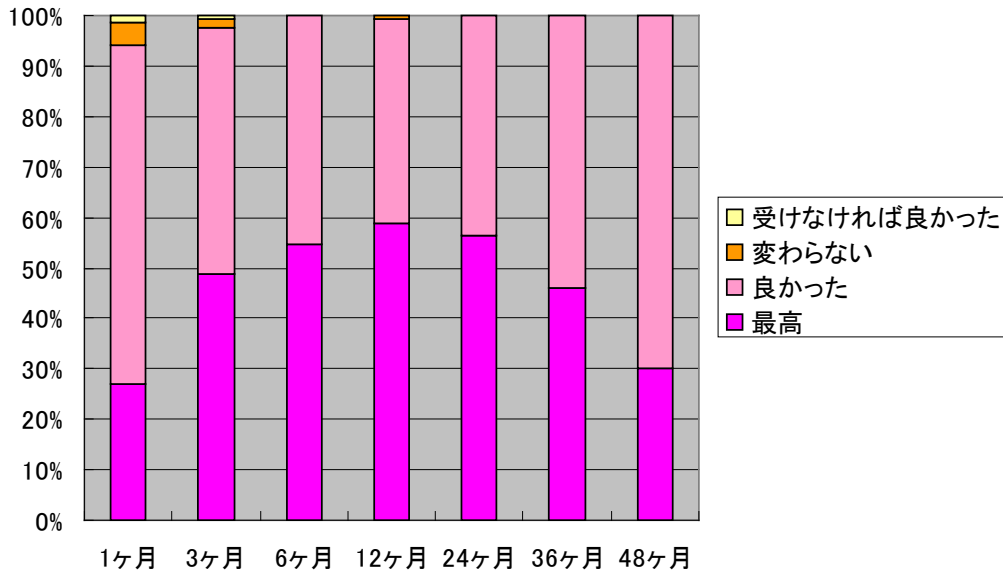
上記の様な結果が得られた背景には、手術という治療だけでは留まらない長期的なフォローが専門職種によってされていることにより、患者においても長期に良好な結果が得られている可能性があると考えられる。

③ 患者の視点

➤ 患者満足度の向上（アンケートにて評価）

手術を受けた後に減量手術を受けた感想について、術後1,3,6,12ヶ月以降、一年毎の検診時に治療の満足度調査をアンケート用紙を用いて調査を行っている。項目は「最高」「良かった」「変わらない」「最悪」の4段階評価である。下図がその結果である。

手術を受けて良かったですか？

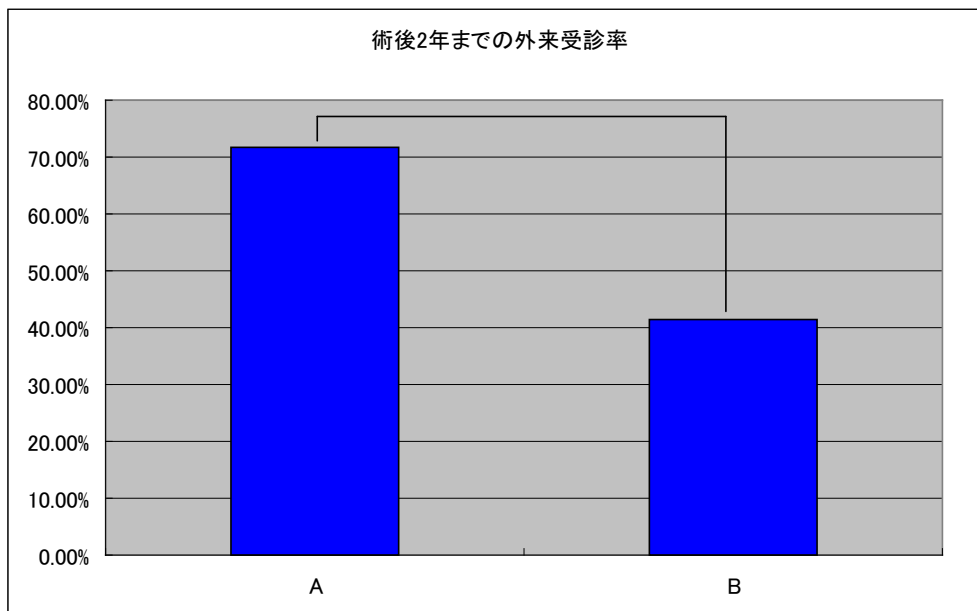


9割以上の患者が一連の時期を通して「良かった」あるいは「最高」と回答した。回答した理由について、患者にインタビューをすると、「身体が軽くなった」「病気が治った」という身体的側面で良かったという他に、「各専門職種が自分達を応援してくれていて、頑張ろう！そして頑張ってたよかったです！」というコメントをもらうことが多くある。その背景として、それぞれの専門職は必要に応じて術前後に抱える不安や疑問などに対し電話やメールで連絡を取り合い、状況に応じた相談に対応している。具体的には運動、生活指導や食事の摂取内容やその摂り方に関する教育、人間関係に関する相談等が挙げられる。これは患者自身の努力はもとより、その努力を継続させるようにチーム全体で関わってきたからこそ高い満足度が得られたのではないかと考えられる。

➤ 治療への理解度の改善（術前知識テストにて評価）

当院では、手術を希望する全患者に対して、治療に臨む態度及び最低限覚えておいて欲しい事項に対して確認テスト（○×形式、全25問、合格ラインは20点以上）を実施している。テストに合格しなかった者（20点以下の方）は、再度学習し、治療を希望するかどうかを確認し、希望するようであれば勉強していただいた後に再度テストを実施する。

以下は今までのテストの平均点数である。術後2年以上経過した148人を対象として術前知識テストの評価を行った。平均点数は23.02（最高点数25、最低点数13）であった。知識テスト点数を21点以上のA群と21点未満のB群の2群に分け、それぞれのフォローアップレポートを比較検討した結果を以下に示す。「術後2年までの外来受診率」とは、術後1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月、1年、2年の外来受診全てに来院したことを意味する。1度でも外来受診をしなかった、若しくは電話やメールでのフォローした場合には、下記では「術後2年の外来受診をした」とはカウントしなかった。



上記の結果より、点数が 21 点以上と 21 点未満では、外来受診率に有意な差があった。テストを受けるということは、治療に対しての学習をしていくということであり、患者の主体的意識を高める行動に繋がると当院としては考えている。実際に上記の結果より、テストの点数が低い人に比して点数が高い人は有意に外来受診率が良いことから、患者自らが主体的に治療に取り組む環境の大切さが理解できる。医療者としては患者が主体的に治療に取り組める環境を作ることも重要であると考えられる。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

今回の実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題及び良かった点は以下の事項であると考えられる。

① 良かった点

1 患者が治療に対して主体的に取り組める環境作り

治療が上手く経過する要因の一つとして、患者が主体的に治療に取り組むということは欠かせないと考えられた。実際に治療を受ける前、当院では初診時に患者自身が受ける治療に関する知識テストを実施した。その結果からも、テスト結果が悪い（点数が低い）方ほど、外来受診に対する頻度が低い傾向が確認された。当然のことながら、医療者と患者及び患者家族との信頼関係が大きな要因を及ぼすことは日常臨床を行うスタッフの認知及び先行研究によっても示されているが、患者が主体的に治療に取り組める環境を医療者側が整えていくことも重要なポイントとなる可能性が示唆された。言い換えるならば、患者自身がチームの主役となり、医療者は患者の希望に沿った支援を安全に実践することが重要であり、まさに患者と医療者が総合的なチームとして行わなければならないと考えられる。

2 病院全体としてのチームを認識及び活動の承認

チーム医療を推進する上で欠かせないポイントは、病院の承認を得ることである。病院組織全体が 1 つのチームであり、チーム全体として活動できる環境づくりが大切なのだと考えられる。今回、当院が I C E 取得に至ることが出来たのは、病院の治療及び治療の必要性

について理解があったことは非常に大きな要因として考えられる。組織もチームの 1 つとして、機能することも重要な視点であると考えられた。

3 専門職種の活動領域を有機的に機能する様、コーディネートするものの存在

チームが上手く機能した最も大きな要因の一つが、「コーディネーター」をチームの中心的役割に置いたことである。チーム医療を推進していくということは、多くの職種が関わるということである。多くの職種が関われば、具体的な業務を誰がどのように行うか？という課題が必ず発生する。その調整役としてコーディネーターが存在することで、業務全体が有機的に機能し、結果的に各専門職種が患者に対して専門性を活かした関わりが出来るようになるのではないかと考えられる。当院では、看護師、管理栄養士、ソーシャルワーカーがコーディネーターを兼務し各自の専門領域を大切にしつつ、コーディネーターとしての役割を付し、活動を始めた。なお、ICE 取得するに際しても、「減量外科コーディネーターを置かなければならない」というルールが存在する。そのことから、重要な役割を果たすものであることが体験的にも理解するに至った。

② 課題

1 チーム医療の継続性の問題

「チーム医療をどのように継続していくか」が課題である。その問題は、①メンバー交代の可能性、②業務量の増加である。一人では解決できない医療という枠組みでの治療は、常にこの問題と直面するものと考えられるが、当院は、この問題に対しての解決策として、①継続的なスタッフ教育システムの構築、②人員補充が必要であると考えている。

2 専従スタッフか兼任スタッフか？

チームを形成する際、当院でも問題となったのが、専従スタッフが良いのか？兼任スタッフで良いのか？という点である。当院では、減量外科センターを院内の一部の組織とし、外科医、減量外科専任看護師、管理栄養士、ソーシャルワーカーとして全て専従スタッフとして配置した。減量外科センターを開設前は、各職種が外科、看護部、医療連携室、栄養部等々に所属し、各部門の業務をしながら、兼務として業務を遂行していた。しかし、ICE 取得に際して課題でもあった、件数の増加、質の高い医療サービスの向上を目的として、専従スタッフとしての配置を 2011 年 11 月に決定した。専従になったことによるメリットは、①兼務の時よりも専従になったことにより、多くの業務をこなすことが出来るようになった。②チームの連携が兼務の時よりもスムーズになった。院内外の連携が図りやすくなった。③医療サービスの質が向上した。実際、減量外科専任看護師が中心となり、術前から術後にかけて継続的に患者に寄り添いながら関わっている。関わる方法としては、病院側から患者に対して積極的に状況を把握する為に電話やメールを通しての連絡をし、患者との連絡を密に取っていた。兼務で行っていた時には、病院側からの連絡を密に取ることが出来ず、手術に至る前に患者自らが治療を断念し、ドロップアウトしてしまうことが多々あった。しかしながら、専任になって関わり始めた以降、ドロップアウトは 0 件である。患者にとって、安心且つ安全に治療が受けられる環境が専従になったことにより整ったのではないかと考えられた。上記 3 点を専従になったメリットとして感じている。デメリットとしては、現場視点ではないと感じている。しかしながら、経営者視点で考えると、人員が必要になる・経費がかかる場合があると考えられた。

総括評価

上記に記した様に、チームでの取り組み、主にICE取得に向けた動きは、減量外科に携わるものだけでなく、病院内にいる全てのスタッフが同じ目標に向かっていく力となったと考えられる。ICE取得後、実際に治療に携わっていないスタッフから頂いたコメントとして「こんなに良いチーム医療を実践しているとは思わなかった。」「自分達も1つの組織の中の人間として協力しなくちゃだね！」など、良い意見をたくさんもらった。ICEを取得するという目標に向けた行動全てが、病院全体が1つのチームとして機能する結果となったものと感じている。ICE取得に向けてチームの結束力が高まっていくことが出来たからこそ、最終的に、良い結果、ICE取得が出来たのだと思う。ただし、課題でも述べた様に、ICE取得は通過点に過ぎず、今後はこの取得した状態を維持していかなければならない。今の状態に満足せず、更に高い質の医療を提供できるチームとして成長していくことが、今の私たちには求められていると院内スタッフ全員が肌で感じつつ日々の業務に取り組んでいる。

以下は、四谷メディカルキューブ運営企画局長より以下のコメントをいただいた。

ICE取得にあたっては減量外科センターの医師・看護師・栄養士・ソーシャルワーカーはもとより、薬剤師・放射線技師・検査技師など医療技術職、受付・各部署クランク・設備備品担当など事務職を含め、ほぼ全部署の職員参加でミーティングを重ねた。身体／心理の両面で他の患者さまとは異なった特性をもつ病的肥満患者さまへの理解を深め、その共通理解を基盤として職種ごとに役割分担を行い、チームとして対応できる体制を構築することができたと感じている。チーム医療に参加する機会の少ない事務職においても、椅子・トイレなど設備備品面における配慮、病的肥満患者さまの心理面に配慮した応接など、各々の専門性に則って意見を出し合いケア提供環境の向上に貢献することができたことは貴重な経験であった。今般の院内全体を巻き込んだチーム医療の展開は、患者さま中心のより良き医療提供への大きな前進達成と同時に、医療機関で働く職員の働きがいをも高める意味でも大きな意味をもつものであった。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

チーム医療に対し病院全体で取り組んでいるため、チームに関わる専門職種も多く、減量外科治療の希望時から術後2年までの体制が構築できている。ICE取得施設であり、評価できる。

患者が主体的に治療に取り組むことがなされ、また、専任の看護師がチーム医療のコーディネーター役になって治療を実行できたことがチーム医療を成功に導く要因ではないかと考えられる。

記載にもあるが、高い質を維持する専従の専門職種の教育体制の検討および専門職種の人数とそこにかかる人件費等の検討も必要と思われる。