

## 山形県内の医療施設における常設医療チーム活動および 関連する診療報酬加算届出の状況についての調査

前田 邦彦<sup>1)</sup>・井上 京子<sup>2)</sup>・神先 秀人<sup>3)</sup>  
慶徳 民夫<sup>4)</sup>・竹原 敦<sup>5)</sup>

### A Questionnaire Investigation on the Situation of the Interprofessional Collaboration Activity for Medical Care and the Related Medical Fee Application in Medical Facilities in Yamagata Prefecture

Kunihiko Maeda<sup>1)</sup>, Kyoko Inoue<sup>2)</sup>, Hideto Kanzaki<sup>3)</sup>, Tamio Keitoku<sup>4)</sup>, Shun Takehara<sup>5)</sup>

#### ABSTRACT

In the medical and welfare service, interprofessional collaboration (IPC) is developing in Japan. In fact, Ministry of Health, Labour and Welfare promotes IPC practice such as nutrition support team (NST), infection control team (ICT), palliative care team, etc. by the additional payment of the medical fee based upon the health insurance. Because our recognition on the situation of IPC practice in the local area was necessary to upgrading of the interprofessional education (IPE) in the Yamagata Prefectural University of Health Science, an investigation using a questionnaire was performed targeting hospitals within this area. A response rate was 69.1%. ICT, the management team for medical safety and the pressure ulcer treatment team were operated in almost all hospitals responded. These activities appeared to be related not only to the medical and health effects, but also to the facility standards or quality evaluation of the hospitals. NST and the rehabilitation teams were operated in half of the hospitals, but only a few of them requested the additional payment of the fee because it seemed to be difficult to satisfy the requirements of exclusive duty or the securing of fulltime human resources.

**Key words** : interprofessional collaboration (IPC), health insurance, medical fee, questionnaire

- 
- 1) 山形県立保健医療大学学長  
〒990-2212 山形市上柳 260 番地  
President, Yamagata Prefectural University of  
Health Science, Yamagata, Japan
  - 2) 山形県立保健医療大学保健医療学部看護学科  
〒990-2212 山形市上柳 260 番地  
Department of Nursing, Faculty of Health Science,  
Yamagata Prefectural University of Health Science,  
Yamagata, Japan
  - 3) 山形県立保健医療大学保健医療学部理学療法学科  
〒990-2212 山形市上柳 260 番地  
Department of Physical Therapy, Faculty of Health Science,  
Yamagata Prefectural University of Health Science,  
Yamagata, Japan

- 4) 山形県立保健医療大学保健医療学部作業療法学科  
〒990-2212 山形市上柳 260 番地  
Department of Occupational Therapy,  
Faculty of Health Science, Yamagata Prefectural  
University of Health Science, Yamagata, Japan
- 5) 湘南医療大学保健医療学部リハビリテーション学科  
作業療法学専攻  
〒244-0806 神奈川県横浜市戸塚区上品濃 16-18  
Course for Occupational Therapists, Department of  
Rehabilitation, Shonan University of Medical Sciences

(受付日 2017. 12. 25, 受理日 2018. 3. 30)

## 緒 言

近年、医療・保健の領域においては、①知識・技術の高度化や専門分化、②サービスを受容するクライアントおよびそのニーズの多様性の拡大、③医師不足・看護師不足に象徴されるような人的資源の絶対的不足や偏り、さらに④医療費や介護費用などが社会に大きくなっているという経済的負担の増大など、様々な問題・課題が顕在化している。このような状況の中で、直面する課題に対応するためには、様々な専門性を有する医療従事者が連携し、協働することが重要であるという認識が共有されつつあり、多職種連携（いわゆる「チーム医療」）が官民をあげて広く推進されてきている。実際、厚生労働省は平成 21（2009）年度より、「チーム医療の推進に関する検討会」を組織し、多職種連携の推進を促進してきた<sup>1)</sup>。また、平成 22（2010）年度、平成 24（2012）年度の診療報酬改定では、栄養サポート・チーム加算、呼吸ケア・チーム加算、感染対策チーム加算、緩和ケアチーム加算などを設け、診療における多職種からなる医療チームの活動の評価・推進の姿勢を明確にしている（表 1）<sup>2)3)4)</sup>。同様の機運は本邦のみならず、国際的にも認められ、IPW（interprofessional working）あるいは IPC（interprofessional collaboration）として、その実践が推奨され、普及がすすんでいる。

このような状況を背景として、保健医療専門職の教育においても、多職種連携の理解・普及に関する教育（多職種連携教育）が必要とされてきており、実際に国内の多くの医療・保健・福祉専門職養成機関では多職種連携に関する講義・実習が採り入れられている。文部科学省も高度医療人材養成機能充実の施策の一環として「チーム医療推進のための大学病院職員の人材養成システムの確立」というテーマでの取り組みに助成をおこなっている<sup>5)</sup>。さらに、国際的にも IPE（interprofessional education）あるいは IDE（interdiscipline education）として、活発な活動が展開されている。

山形県立保健医療大学（本学）は、複数の専門職養成課程（看護学科、理学療法学科、作業療法学科）を擁し、多彩な教育スタッフに恵まれていたことから、開学時より、3 学科共通の必修科目

である「チーム医療論」を中心に、継続的に多職種連携教育を実践してきている。とくに、近年、実際が多職種連携の現場の見学実習やロール・プレイ形式の事例検討などを授業に組み入れ、質の高い教育の展開を試みているが、そのような教育の実践においては、地域の医療機関や保健福祉施設等における多職種連携の現状の評価や問題点の把握はもっとも重要な課題と思われた。

保健医療領域における多職種連携の実践、活動、意識などの評価については、尺度の開発などいくつかの試みが公表されている<sup>6)7)8)</sup>が、調査の煩雑さや対象の選定の困難さなどから、まだ十分に活用されるにいたっていない。本研究では、山形県内の医療施設における常設医療チームの活動および関連する診療報酬加算届出の状況についての質問票を用いた調査を行なった。このような医療チームの稼働割合の調査が多職種連携の現状をどの程度本質的に評価するものであるかは、さらに議論が必要であるが、その進展状況や各施設の多職種連携にむきあう姿勢を探る一つの端緒と考えられる。また、本研究によって、本学の多職種連携教育の向後の展開に資する情報が得られることも期待される。

## 調査対象と方法

2013 年の 2 月～8 月の期間に、山形県内の、有床診療所ならびに無床診療所を除く、医療施設（68 施設）を対象に自作の調査票を郵送し、調査を行なった。これらの対象施設については、山形県がホームページで公開している「病院要覧」にもとづいて、施設長あてに調査依頼の文書および調査票を発送するとともに、同封の返信用封筒を用いて、回収した。

調査内容は、(1) 各施設の設置形態（国立、県立・公立、市町村立、私立などの区別）、病床数、単科か複数科かという病院種別などの基本属性、(2) 下記に示す 13 種の医療チームについての施設内での稼働状況（常設し活動しているかどうか）、(3) 稼働している場合、関連する診療報酬加算の請求の有無、さらに (4) 下記に示す以外の医療チーム活動あるいは多職種連携活動の有無（自由記載）であった。

調査の対象とした医療チーム活動は、①栄養サ

表1 平成22(2010)年度および平成24(2012)年度の診療報酬等改正で認められたチーム医療に係る診療報酬加算等

チームの名称	診療報酬上の加算	内 容
栄養サポート・チーム	栄養サポート・チーム加算	栄養管理体制その他につき厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者について、週1回に限り所定点数を加算する。
呼吸ケアサポート・チーム	呼吸ケアチーム加算	厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、当該患者について、週1回に限り所定点数を加算する。
褥瘡管理チーム	褥瘡患者管理加算 褥瘡ハイリスク患者ケア加算	厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、必要があって褥瘡管理が行われた場合に、入院中1回に限り所定点数を加算する。
緩和ケアチーム	外来緩和ケア管理料	医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として、麻薬を投与している入院中の患者以外のがん患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、外来において、症状緩和に係る専従のチーム（緩和ケアチーム）による診療が行われた場合に算定する。
感染症対策チーム（感染対策委員会、ICTなどを含む）	感染防止対策加算1 感染防止対策加算2	・感染防止対策加算1 ① 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止対策部門を設置していること ② 以下からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師 イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師 ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策に関わる専任の薬剤師 エ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師（ア又はイのうち1名は専従であること）③ 年4回以上、感染防止対策加算1を算定する医療機関は、感染防止対策加算2を算定する医療機関と共同カンファレンスを開催すること。 ・感染防止対策加算2（感染防止対策加算1と異なる部分を記載）① 一般病床の病床数が300床未満の医療機関であることを標準とする。② 感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。感染防止対策チームの構成員については、感染防止対策加算1の要件から、イに定める看護師の研修要件を不要とする。また、ア又はイのいずれも専任でも可能とする。③ 年4回以上、感染防止対策加算1を算定する医療機関の主催する共同カンファレンスに参加すること。
医療安全管理チーム（医療安全管理部門）	医療安全対策加算1 医療安全対策加算2	厚生労働大臣が定める組織的な医療安全対策に係る施設基準（イ 医療安全対策に係る研修を受けた専従の薬剤師、看護師等が医療安全管理者として配置されていること。ロ 当該保険医療機関内に医療安全管理部門を設置し、組織的に医療安全対策を実施する体制が整備されていること。ハ 当該保険医療機関内に患者相談窓口を設置していること。）に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数を加算する。
精神科リエゾンチーム	精神科リエゾンチーム加算	厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、抑うつ若しくはせん妄を有する患者、精神疾患を有する患者又は自殺企図により入院した患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して、当該患者の精神症状の評価等の必要な診療を行った場合に、当該患者について、所定点数を加算する。
臓器・造血幹細胞移植に関するチーム	移植後患者指導管理料	臓器移植（角膜移植を除く）又は造血幹細胞移植を受けた患者（以下「臓器等移植後の患者」という）が、移植した臓器又は造血幹細胞を長期に渡って生着させるために、多職種が連携して、移植の特殊性に配慮した専門的な外来管理を行うことを評価するものである。 臓器移植後の患者については「1 臓器移植後の場合」を、造血幹細胞移植後の患者については「2 造血幹細胞移植後の場合」を算定する。

厚生労働省保険局医療課：平成22年度診療報酬改定の概要<sup>2)</sup> および厚生労働省保険局医療課：平成24年度診療報酬改定の概要<sup>4)</sup>より

表 2 回答施設の内訳

設置形態	施設数	病院規模(病床数)	施設数	病院種別	施設数
国立	1	450床～	5	単科	7
県立・公立	8	300～450床	7	複数科	40
市町村立	11	150～300床	13		
私立	26	～150床	22		
その他	1				
合計	47	合計	47	合計	47

ポート・チーム、②呼吸ケアサポート・チーム、③リハビリテーション・チーム、④摂食・嚥下チーム、⑤糖尿病チーム、⑥褥瘡管理チーム、⑦感染症対策チーム、⑧緩和ケアチーム、⑨医療安全管理チーム、⑩救急医療チーム、⑪医療機器安全管理チーム、⑫精神科リエゾンチーム、⑬臓器移植後の医学管理チームであり、おもに平成 22 (2010) 年度、平成 24 (2012) 年度の診療報酬等改訂で、加算が認められたものである。

調査結果については、度数分布表を作成し、チーム活動ごとにその稼働割合を集計した。また、施設規模とチーム稼働状況や加算申請の有無の関連を検討するため、対象施設を 300 床以上と 300 床未満に分けて、クロス集計を行なった。尚、病床規模の区分については、診療報酬の改定などの影響についての日医総研の調査<sup>9)</sup>において、病院はその特性から、「20～99 床」、「100～299 床」、「300 床以上」の 3 つに区分されるという指摘がなされていることを参考に、300 床以上と 300 床未満に区別して集計した。

倫理的配慮として、本調査の目的・方法・公開方法等について説明した文書を調査票とともに郵送し、対象施設の十分な理解を得るよう心掛けるとともに、調査票の返送をもって、本研究に任意に同意したと見なされるが随時撤回が可能であることを説明した。また、解析にあたっては、病院名や回答者が特定されないように最大限の匿名化をはかり、調査協力施設や個人への影響を可及的に回避した。

さらに、本県の多職種連携活動が、他の地域と比べてどのような状況にあるのかを探るため、東北厚生局、関東信越厚生局のホーム・ページより、届出項目別の施設基準の届出受理状況を閲覧し、

2013 年時点での東北各県および新潟県、東京都における NST 加算、医療安全対策加算 1・2、感染防止対策加算 1・2 の届出施設の割合について算出し、比較検討した。

## 結果および考察

調査票を郵送した 68 施設のうち、47 施設から回答が得られた (回答率 69.1%)。回答がえられた施設の内訳は表 2 に示した。

回答が得られた施設での常設医療チームの設置状況を割合の多い順に示すと、図 1 のごとくなる。もっとも多く多くの施設に常設されていたチーム活動は感染対策チームおよび感染対策委員会であり、回答の得られたすべての施設に設置されていた。続いて、医療安全管理チームであり、97.9% の施設に常設されていた。これらは院内感染の防止や医療事故の防止を目的に設置されている院内組織であるが、入院基本料の算定や病院機能評価などに関連している活動であり、かならずしも医療上の必要性のみからだけではなく、施設の設置・維持のために組み入れられた組織・活動と考えられ、実際、これらの医療チームの活動は、当該施設の医療実践水準や設置基準を判断・評価する指標の一つとなっている<sup>10)</sup>。3 番目に多い常設医療チームである、褥瘡管理チーム (93.6%) についても、上記の感染対策チームや医療安全管理チームと同様の側面を有しており、実際、その後の診療報酬改定では、褥瘡管理加算は廃止され、褥瘡管理チームの稼働は入院基本料の施設基準に組み入れられている。<sup>11)</sup>

一方、実際の診療活動に直接かかわる実働的な医療チームの中では、栄養サポート・チーム、医

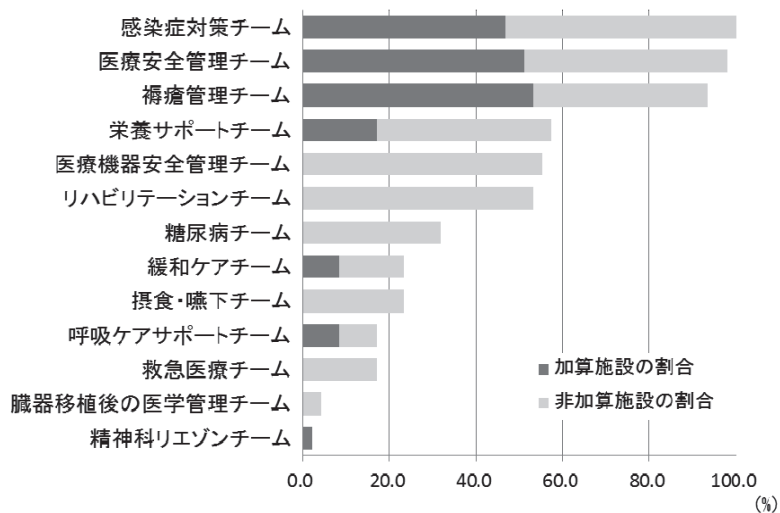


図1 山形県の有床医療施設における常設チーム医療活動の稼働状況および診療報酬加算

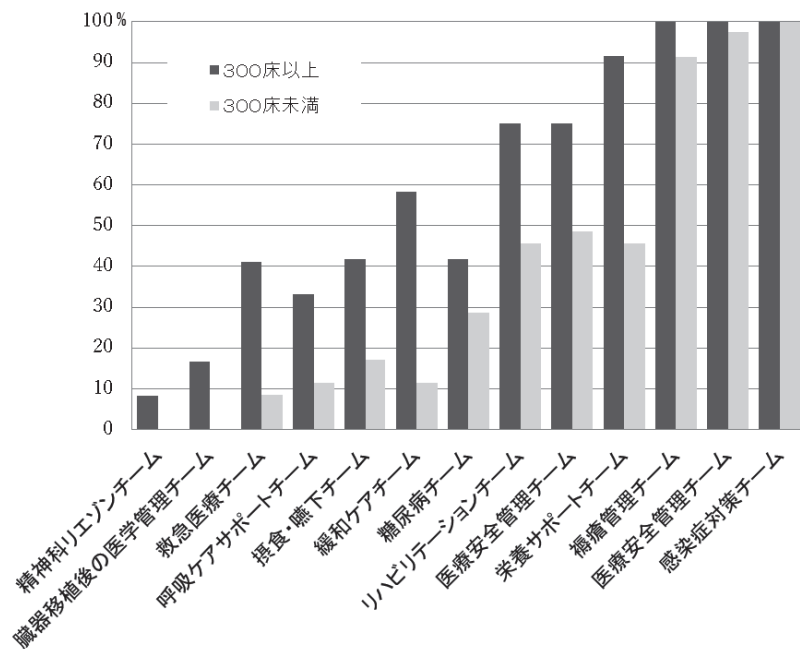


図2 300床以上と300床未満の施設における常設チーム医療活動の比較

療安全管理チーム、リハビリテーションチームがおおよそ半数の施設で常設・活動していた。ただし、これらについては、診療報酬の加算をおこなっている施設は少数であった。これは、担当する各保健医療専門職の充足も充分でない中で、専任・専従要件を満たすような人的配置が難しいということに関連していると思われる。

また、緩和ケアチーム、呼吸ケアサポート・チーム、糖尿病チーム、移植後医療管理チームなど個別の疾患に対する医療チームに関しては稼働して

いる割合も少なく、そのような疾患毎の多職種連携がまだ十分に普及していないことが示された。これは、専門医や認定看護師など個別の疾患に対応した専門職が本県ではまだ不足していることにも一因があると思われる。

医療施設の規模別に常設医療チームの稼働状況を集計すると図2のごとくとなる。この結果からは、病床数300床以上の比較的規模の大きな施設では医療チームの活動がある程度普及してきているが、小規模施設ではまだ普及が充分でない状況

表 3 自由記載欄に記された調査施設で独自におこなっている多職種連携の取り組みあるいは多職種連携活動に関する意見

- ・学習会として、月一回の勉強会を開催している。
- ・感染防止、医療安全、褥瘡については、年 2 回程度の学習会を開催している。
- ・各チームでは、チーム・メンバー、リンク・ナース等に対するレベルアップ目的の学習会開催と他の職員（関連職種全体）に対しても全体の底上げを目的に研修会・学習会を企画・開催している。
- ・より専門的な知識・技術の必要性から、各認定看護師・専門看護師の育成に対して支援している。
- ・BLS（一次救命処置）研修会を全職員で実施している。
- ・栄養サポート、呼吸ケア、医療安全に関しては、平成 24 年度より看護科中心にメンバーを選出（ライセンスを生かして人選）しての小集団活動があり、学習会を開催し、質向上につなげている（診療報酬の算定までにはいたっていないが…）。また、小集団活動として、感染チーム、褥瘡チーム、糖尿病チームなども活動している。
- ・各病棟に感染、褥瘡、栄養、がん看護、退院支援に関するリンクナースを配置し、それぞれのチーム医療の充実および質の向上を図っている。
- ・当院のような小規模の病院においては少ない専門職集団で活動しなければならない。しかし、サービスの向上と質を担保するためにはチーム医療が重要であることは認識している。
- ・診療報酬上、専任・専従要件があるため、加算等には結びつかない中で、職員一人が何役も担いながら、横断的な委員会活動等を実践している。横断的な委員会活動は他職種の理解を深めると同時に自院の現状や問題などが明らかになり、目標管理により効果的な問題解決に繋がると考えている。
- ・チーム内での事例検討、データ集計方法についての検討、実践状況の報告、連携パスについての検討、院内ラウンドなどを行なっている。

が示唆された。

表 3 には、調査項目として挙げた以外の多職種連携活動について、自由記載欄に記されたものを総括・表示した。この中では、院内学習会や委員会などの取り組みが紹介されており、人的資源の限界や専従・専任要件を満足できないために常設チームの稼働や診療報酬加算には結び付かないものの、多職種連携活動を志向している県内各医療機関の姿勢が伺われた。

文献等の検索をした範囲では、現在のところ、本県以外でのこのような調査の報告はほとんど認められず、本県の保健・医療における多職種連携活動の進展・普及状況がどの程度であるかについて、他地域との比較・検討は難しい。この点で、東北厚生局および関東信越厚生局の公表している届出受理機関名簿から算出した 2013 年当時の栄養サポート・チーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算の届出状況を比較したのが、表 4 である。この結果は、各県の医療施設（病院）数をもとに届出施設の割合を機械的に算出したもので、ただちに多職種連携活動の実態を表している

とは云えないが、専従・専任要件などの様々な条件を踏まえて、積極的に加算をとれるような体制を院内に構築し、届出につながっていることを考慮すれば、ある程度、多職種連携に対する意識を反映しているとも考えられる。そのような点から、あらためて、東北 6 県および新潟県、東京都を比較すると、本県は比較的届出の割合が高いことが伺える。また、興味深いことに、一般的に都市化がすすんでいると思われる東京都や宮城県では届出施設の割合が低く、本県を含めて、都市化がすすんでいない地方において届出施設の割合が高い傾向が見られた。地方においては、医師不足、看護師不足などに象徴される人的医療資源の不足状態がすすんでおり、多職種連携の展開によって、そのような状況を幾分かでも補おうという対応の現れとも考えられた。

個別の医療チーム活動においては、診療報酬加算の導入などの施策によって、当該活動が今後、活発におこなわれるあるいは拡充するという見方をしめしている報告があり<sup>11) 12)</sup>、このような施策のもと、医療施設の現場において、多職種連携活

表4 東北各県、新潟県、東京都における栄養サポート・チーム加算、医療安全加算、感染防止対策加算の届出状況 (2013年当時)

	医療施設数 ※	栄養サポート・チーム加算 届出施設の割合 (%) ※※	医療安全対策加算 1、同 2 届出施設の割合 (%) ※※	感染防止対策加算 1、同 2 届出施設の割合 (%) ※※
山形県	68	11.8	33.8	25.0
岩手県	92	9.8	38.0	42.4
青森県	101	5.0	27.2	26.7
福島県	128	3.1	41.4	25.8
秋田県	73	2.7	28.8	32.9
宮城県	142	0.7	13.4	3.5
新潟県	131	6.9	29.8	21.4
東京都	646	0.5	13.6	6.0

※各都県の2013年医療施設(動態)調査結果から算出

※※東北各県については東北厚生局、新潟県および東京都については関東信越厚生局のホームページ内の届出受理機関名簿から算出

動がどのように展開されるかはきわめて興味深い。本調査結果を基盤とし、他県の施設などとの共同調査や本県における継続した調査をおこなうことによって、多職種連携活動の状況や今後の展開が明らかになることが期待される。

## 結 語

県内の医療施設を対象とし、診療報酬加算が認められている医療チームの活動を中心に、多職種連携活動がどのように実践されているかについて、調査票を用いた調査を行なった。その結果、感染対策チーム、医療安全管理チーム、褥瘡管理チームは多くの施設において活動していた。一方、栄養サポート・チーム、リハビリテーションチームなどは半数の施設で稼働していたが、診療報酬の加算に結び付いている施設は少なかった。専任・専従などの人的要件を満たすことが難しいことが加算に結び付いていない理由の一つと考えられた。それでも本県は他県に比較すると、診療報酬加算の施設基準の届出の割合は比較的高く、また、院内学習会や院内委員会で、多職種連携についての前向きな姿勢が伺われた。

## 文 献

- 1) 厚生労働省編: チーム医療の推進について、「チーム医療の推進に関する検討会」報告書 2010年3月公表 [cited 2012 March 04]. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf>
- 2) 厚生労働省保険局医療課: 平成22年度診療報酬改定の概要 2010年3月公表 [cited 2012 March 04]. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken12/dl/index-002.pdf>
- 3) 武藤正樹. 2010年度診療報酬改定とチーム医療. 月刊保険診療. 2010; 65 (6): 126-127.
- 4) 厚生労働省保険局医療課: 平成24年度診療報酬改定の概要 2012年3月公表 [cited 2012 March 04]. [http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/h24\\_01-03.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/h24_01-03.pdf)
- 5) 文部科学省: 平成23年度「チーム医療推進のための大学病院職員の人材養成システムの確立」選定取組の概要と選定理由及び選定委員会からの意見. 2011年9月公表 [cited 2012 March 04]. [http://www.mext.go.jp/a\\_menu/koutou/kaikaku/teamiryou/\\_icsFiles/afieldfile/2011/09/28/1310698\\_2.pdf](http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/kaikaku/teamiryou/_icsFiles/afieldfile/2011/09/28/1310698_2.pdf)
- 6) 三沢 良, 佐相邦英, 山口裕幸: 看護チームのチームワーク測定尺度の作成. 社会心理学研

- 究. 2009; 24 (3): 219-232.
- 7) 小味慶子, 大西麻未, 菅田勝也: Collaborative Practice Scales 日本語版の信頼性・妥当性と医師－看護師間の協働的実践の測定. 日看管会誌. 2010; 14 (2): 15-21.
- 8) Orchard CA, King GA, Khalili H, Bezzina MB: Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): development and testing of the instrument. J Contin Educ Health Prof. 2012; 32 (1): 58-67.
- 9) 前田由美子: 病床規模別にみた病院の現状－2010 年度診療報酬改定後の中小病院に着目して－. 日医総研ワーキングペーパー 238, 2011
- 10) 厚生労働省: 平成 24 年厚生労働省告示第 76 号. 診療報酬の算定方法の一部を改正する件. 2012
- 11) (一社)日本褥瘡学会編: 平成 26 年度 (2014 年度) 診療報酬改定. 褥瘡関連項目に関する指針. 東京: 照林社; 2014.
- 12) 保坂 隆. チーム医療に基づくこれからの精神科リエゾンの実践. 臨床精神医学. 2017; 46 (1): 5-11.



## 要 旨

保健・医療の領域では、多職種連携（いわゆる「チーム医療」）が推進されている。実際、厚生労働省では診療報酬改正で、栄養サポート・チーム、感染症対策チームなどの多職種からなる医療チームの活動に対して診療報酬加算を認めている。我々は本学における多職種連携教育の拡充をはかる上で、このような山形県内の医療チームの活動の状況を把握することが必要と考え、県内の医療施設を対象に、診療報酬加算が認められている医療チームの活動がどの程度実施されているかについて、調査票を用いた調査を行なった。調査票の回収率は、69.1%。感染対策チーム、医療安全管理チーム、褥瘡管理チームはほとんどの施設において稼働していたが、これらは、施設基準や病院評価などとも関連しており、診療上の必要性のみからの活動とはいえないと思われた。一方、栄養サポート・チーム、リハビリテーション・チームなどは半数の施設で稼働していたが、診療報酬の加算をおこなっている施設は少なかった。専任・専従などの人的要件を満たすことが難しいことが加算に結び付いていない理由の一つと考えられた。

**キーワード：**多職種連携 チーム医療 診療報酬 質問紙調査

