

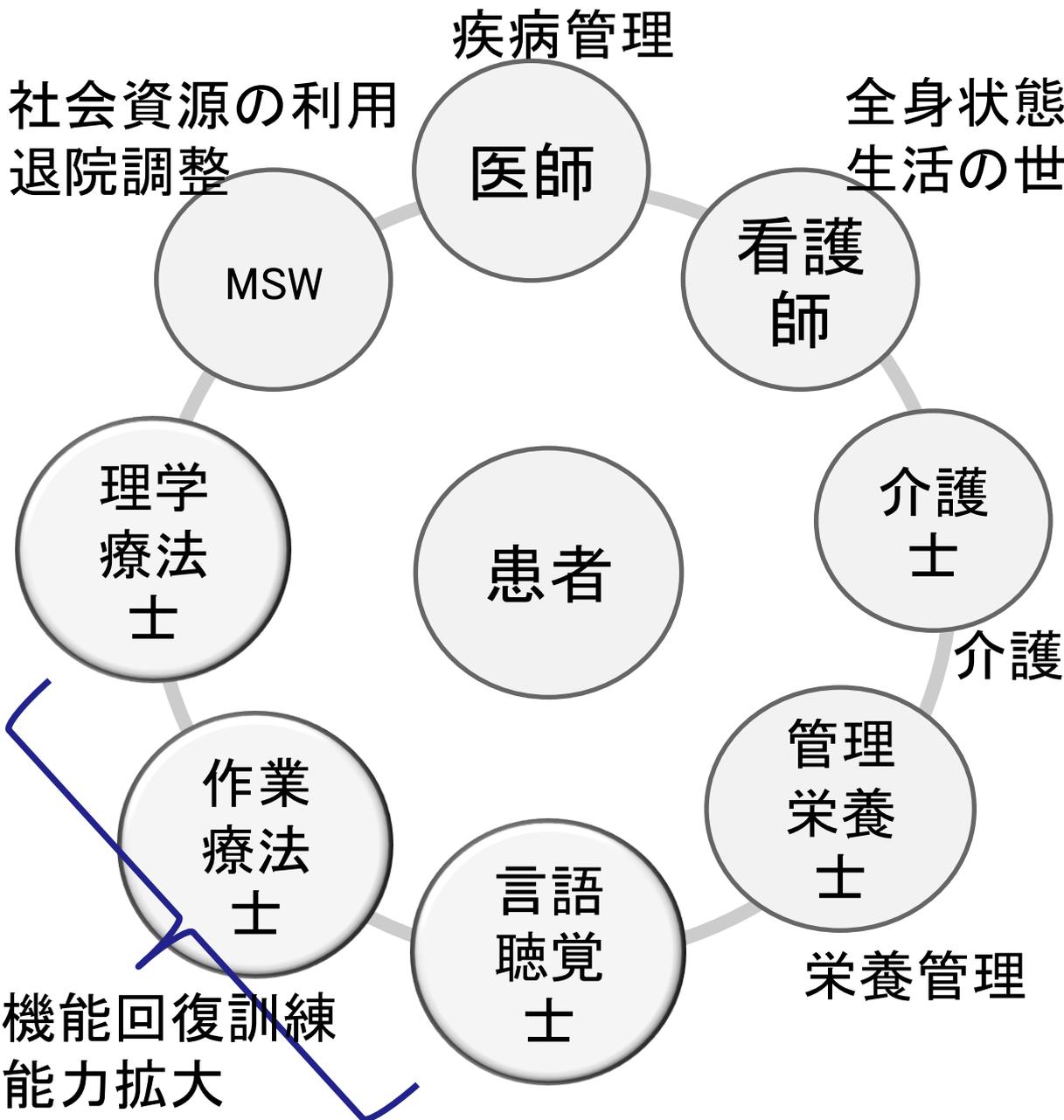
リハビリテーションチーム医療における 事例提示

小川克巳(熊本総合医療リハビリテーション学院, 理学療法士)

中村春基(兵庫県立総合リハビリテーションセンター
リハビリテーション中央病院, 作業療法士)

森田秋子(初台リハビリテーション病院, 言語聴覚士)

入院におけるチーム医療の在り方



カンファレンスの役割

- 情報の発信・受信
- 情報の共有・統合
- 問題点の抽出
- 課題の検討
- 方向性の決定

リハビリテーションチームの連携の流れ

入院の流れ	リハビリテーションサービスの提供	チーム連携による患者側のメリット
<p>入院</p> <p>初回カンファレンス</p> <p>定期カンファレンス 退院先決定へ</p> <p>退院前カンファレンス 退院</p>	<p>評価 予後予測 機能回復訓練</p> <p>ADL拡大</p> <p>再評価 退院先検討 家屋訪問 家屋改造 退院後サービス調整</p>	<p>病状や予後についてのわかりやすい説明</p> <p>スタッフが同じ目標を共有</p> <p>統一された介助方法による安定した生活</p> <p>適切な心理的サポート</p> <p>退院先決定のための情報提供</p> <p>効率的な医療による入院期間の短縮</p>

事例提示

臨床現場でみかける事例をもとに、連携のうまくいった例とうまくいかなかった例を提示し、比較検討を行う。各職種を以下のように略す。

Dr: 医師、Ns: 看護師、PT: 理学療法士、OT: 作業療法士、
ST: 言語聴覚士、MSW: 医療ソーシャルワーカー、CN: 管理栄養士

1. リハビリテーションチーム医療事例報告

成功事例: 事例1・2・3

失敗事例: 事例4・5

2. 精神科リハビリテーションにおける チーム医療の報告

事例1

整形外科リハビリテーションチーム

(成功事例)

チーム医療成功例(1)

症 例:17歳 男性

疾患名:バイク事故による脊髄損傷

障害名:両下肢麻痺・膀胱直腸障害

背 景:高校2年を修了し春休みでの自損事故

<入院時評価>

1. すべてに対して反抗的でリハビリ意欲なし
2. 胸椎11損傷による両下肢の完全麻痺
3. 左下肢に若干の知覚残存があるもその他は消失
4. 排尿は圧迫・排便は下剤を使用
5. 復学については本人は否定的

初期カンファレンス

医師：両下肢麻痺・膀胱直腸障害の回復は見込みなし

看護師：入院後、病棟規則を乱し、又は布団をかぶり寝ている

心理士：発症後1週であり、障害を受容できずに苦悶中

P T：前向きな姿勢がなく、人間関係構築中

O T：OT室に現れず未対応

MSW：現状においては方向性に関する本人の意向は別として復学をゴールとしたい。家族の意向も復学にある。

カンファレンスで導き出された方針



ゴール：高校3年への復学、復学に必要な車いす操作機能獲得

看護師：病棟生活の規律化と精神的なサポート

心理士：当面、毎日面談し精神的サポート

P T：徐々に訓練量を増やし、車椅子による早期自立

O T：病棟生活の自立

MSW：家族及び高校へ復学方針の伝達と問題点の把握

中間カンファレンス

医師：両下肢麻痺・膀胱直腸障害の回復は見られない

看護師：病棟生活も落ち着き、本来の明るさを感じる。

心理士：高校復学の可能性によって意欲的になってきた。

P T:車椅子による階段昇降、耐久性共に十分

O T:ADLにおいて問題点なし

MSW:高校への車椅子での復学は過去に例が無いなどの理由で復学拒否

カンファレンスで導き出された方針



ゴール：高校3年への復学のため教育委員会と校長への説明と説得を展開 必要があればスタッフを派遣

P T:本人と共に高校に行き車椅子でのデモンストレーションを行うこと

O T:PTと同行

MSW:学校側はエレベーターがない事が最大の理由
学校までスタッフが行くための調整開始

経過とまとめ

1. 初期ゴール設定通りに高校3年への復学となった。
2. この復学はその県にあって初めての出来事であった。
3. 復学が可能になった背景
 - ・カンファレンスによりチーム方針が明確化されてこと
 - ・初期では総力を挙げて精神的なサポートができたこと
 - ・入院中期から本人が復学を目標にしたこと
 - ・MSWが家族に対して目標を伝え理解を得たこと
 - ・家族がリハビリ科の方針と一致したこと
 - ・PT、OTの努力によって車椅子操作やADL能力向上
 - ・高校まで6時間をかけて患者と共にスタッフが行ったこと
 - ・教員が車椅子の安全性・活動性を確認できたこと



この復学が全国紙に取り上げられ、その後の復学の指針となった。
高校卒業後、車椅子製作会社に就職し、現在も活躍中である。

事例2

整形外科リハビリテーションチーム
(成功事例)

チーム医療成功例(2)

症 例:37歳 男性

疾患名:労災事故による右前腕切断

背 景:子供2人の4人家族 収入源は本人のみ

<入院時評価>

1. 右前腕切断 実用長13cm
2. 断端形状良好
3. 前職である大工への復職を強く希望
4. 他職への転換には否定的
5. リハビリへの意欲は十分

初回カンファレンス

医師：切断端の医学的問題はなし

看護師：意欲的に左手による食事練習等を病棟で実施

心理士：めずらしいほど前向き

P T：断端に若干の疼痛があるも意欲的

O T：左手によるADL練習に意欲的に挑戦中

MSW：大工への復職を希望しているが能力的に可能か？

義肢装具士：大工仕事を分析し義手を研究

カンファレンスで導き出された方針



ゴール：現職（大工）復帰

P T：義手を自由に使える筋力等の向上に努める

O T：病棟生活の自立を当面は目指す

MSW：会社側との復職についての相談を開始

労災補償について労働基準局と打ち合わせ

義肢装具士：大工仕事に適応した義手を製作

中間カンファレンス

医師：大工仕事が可能か否かの判断が必要

看護師：病棟生活は左手で十分にこなしている。

心理士：復職についての困難性を感じ不安感が強くなっている。

P T：鉋やノコの練習を行うも非常に困難性あり

O T：鉋やノコの改良等を行うも復職の困難性高い

MSW：大工への復職が困難か否かの結論を求める

義肢装具士：義手の改良を行うも大工仕事までには至らず

カンファレンスで導き出された方針



ゴール：大工への復職は断念し職場転換を目指す

医師：現職復帰の困難性を説明

心理士：復職断念による精神的サポート

P T：義手を生活レベルの活用へ方向転換

O T：左手による事務作業の向上に最大努力

MSW：会社と配置転換による事務職での雇用継続を交渉

義肢装具士：装飾用義手の作成開始

経過とまとめ

1. 初期ゴール設定であった大工への現職復帰はかなわなかったが事務職への配置転換で復職した。
2. この会社において障害者の受け入れは初めてであった。
3. 復職が可能になった背景
 - ・カンファレンスによりチーム方針変更が明確化されたこと
 - ・本人の家族への責任感が強かったこと
 - ・MSWが会社とコンスタントな情報提供を行ったこと
 - ・PT、OTが現職復帰へ最大限の努力を行ったこと
 - ・義肢装具士が昼夜を問わず大工用の義手製作に努力したこと
 - ・現職復帰へ本人・チームスタッフが最大努力をしたことで本人が配置転換（事務職）への受容ができたこと



事務職として復帰し、現場での指導等を行っている。

事例3

脳卒中リハビリテーションチーム

(成功事例)

症例:82歳 女性

疾患名:脳梗塞

障害名:重度失語症、中等度摂食嚥下障害、全般的認知機能低下

<入院時評価>

- ・ 重度右片麻痺、重度失語、全般的認知機能低下
- ・ コミュニケーションは口頭でやり取り困難
- ・ 日常生活全般に介助を必要とする
- ・ 嚥下機能低下を認め、3食経管栄養
- ・ 長男夫婦は、介護が必要であっても経口摂取が可能となれば自宅引き取りを希望

カンファレンス

MD: 仮性球麻痺による嚥下機能低下は認めるが、病巣から判断し嚥下障害については廃用的要因が強い

Ns: 自宅での食生活について聴取したところ、もともと少食で、偏食傾向があり、1年中アイスクリームを食べていた。

PT: 重度右片麻痺、高齢のため歩行は困難だが、介助量軽減は可

OT: 尿意便意はあり、軽介助でトイレでの排泄を目指す

ST: 嚥下機能低下は認めるが、経口摂取は可能なレベル
少量ずつならアイスクリームの摂取も可能と思われる

CN: アイスの提供や補助栄養飲料を凍らすなどの対応も可能

MSW: 夫は死別。長男夫婦と同居。嫁は週3回のパートをしているが、時間を短縮し介護をすることが可能。経口摂取が可能となれば、介助が必要であっても自宅引き取りを希望している。



食事の経口摂取、介助量軽減をはかり、自宅退院を目指す

カンファレンス

MD: 仮性球麻痺による嚥下機能低下は認めるが、病巣から判断し嚥下障害については廃用的要因が強い

Ns: 自宅での食生活について聴取 → 少食で、偏食傾向があった。1年中、毎日アイスクリームを食べていた。

ST: 嚥下機能低下は認めるが、経口摂取は可能なレベル(水分にトロミは必要)

少量ずつならアイスクリームの摂取も可能と思われる

CN: アイスの提供や補助栄養飲料を凍らすなどの対応も可能

カンファレンスで導き出された方針



バニラアイスの摂取を開始。問題なければ補助栄養飲料を凍らしたものを段階的に導入。ST訓練で開始し、病棟での摂取に拡大する。その後、段階的に食事を導入し、経管離脱し補助栄養摂取を目指す。

常に状況を家族に説明、在宅での介助方法を検討しながら、サービスについても検討する。

経過とまとめ

- 脳梗塞後重度右片麻痺嚥下障害を認めた82歳女性。
- 医師、STの情報より嚥下機能は比較的良好であることがわかったが、食事摂取の拒否が顕著であった。
- PTOTより自立は困難であるが、介助量は軽減が可能。
- 看護師がもともとアイスが好物であった情報を得、試行的に摂取をうながすとアイスは拒否なく口にした。
- これを利用し補助栄養を凍らせ摂取をうながした。特に好きだった種類のアイスのカップを家族が提供し、その中に入れたものは喜んで食べた。
- 関係職種間の情報共有を頻回に行い、状況を把握し、統一した対応で症例の改善を見守った。
- 3食経口摂取が可能となり、介助量が軽減し、サービス利用のもと、自宅に退院することができた。

事例4

脳卒中リハビリテーションチーム

(失敗事例)

症例：60歳 男性

疾患名：脳梗塞

障害名：左片麻痺、注意障害、左半側空間無視、
全般的認知機能低下

<入院時評価>

- ・ 中等度左片麻痺、重度注意障害、重度半側空間無視など高次脳機能障害を認める。
- ・ 座位は可能であるが注意がそれると左に倒れ、ADLは全般的に見守り、介助が必要
- ・ 記憶は比較的保たれているが、多弁で一方的な発言が多く、介助者の気持ちを推測できない

カンファレンス

MD: 麻痺が重く、回復には時間がかかる、入院期間は長めに設定
Ns: コールが定着しない。愁訴多い。排泄管理は不確実。食事で左側を食べ残す。介入が必要

PT: 体幹、左下肢随意性にアプローチし、歩行訓練を行う

OT: 食事、整容動作へアプローチし、移乗・トイレ動作の介助量軽減を目指す

ST: 机上検査で左見落としあり、会話は一方的。注意機能訓練を行う

SW: 妻と2人暮らし。妻は5日パートで仕事をしているが、回数時間を減らすことは可能。自宅への引き取りを希望しており、少しでも良くなってほしいと願っている



方針

それぞれの職種の目標に向けてアプローチし、改善を目指す。家族への介助指導、サービス調整を行い、自宅復帰を目指す。入院期間は4ヶ月。

＜家族情報＞

妻と二人暮らし、妻は週5日パートで働いているが、可能であれば症例の引き取りを希望している。少しでもよくなっ
て欲しいと願っている。

【問題点】

現在ADLに重度介助を要す。麻痺は中等度であり、年齢
から回復の可能性も期待できるが、重度の高次脳機能障
害が残存すれば自立が難しい可能性もある。自宅復帰の
ためには、ADLの改善と家族を含めた退院後のサービス
調整が必要。

経過

- ・本症例について、業務の煩雑さからカンファレンスは初回のみの実施となり、以後は書面での連絡を取り合うこととなったが、なかなか頻回に行うことは困難であった。
- ・3か月後、それぞれの職種でリハビリテーションが進み身体機能、高次脳機能ともに改善を認めたが、ADLは思うような改善につながらず、全般に介助誘導が必要なレベルにとどまった。
- ・家族は回復を希望していたが、発症後3か月半の時点で突然に家族に介助指導が行われ、退院日の決定を求められた。介助量が多く、家屋改造や備品の用意も必要であると言われた。仕事も休むことができず、妻はパニックに陥ってしまった。



妻は引き取りを拒否し、施設入所を申込み、施設へ退院する方向で話が進むことになった

まとめ

- 脳梗塞による重度左片麻痺、重度高次脳機能障害により、入院時ADLは全介助であった。60歳と年齢が若いことから改善の可能性も考えられたが、入院3か月時点で介助が必要なレベルであった。
- 初回以降カンファレンスが行われず、チーム内での情報共有、状況認識が不足していた。また、全体としての目標がはっきり定まっていなかった。
- 妻は働いていたが、夫の引き取りの気持ちがあった。しかし入院3か月半の時点で、突然2週間後の引き取りをせまられ、心理的に動揺、その後妻の状態が改善せず、本症例の退院先は施設となった。
- 早期から妻への情報提供を十分行い、症例の状況を共有し、退院後の生活イメージ、サービス検討を含む具体的な目標が提示されていた場合、自宅退院が可能であったケースと考えられた。

事例5

脳卒中リハビリテーションチーム

(失敗事例)

症 例:68歳 男性

疾患名:脳梗塞

障害名:右片麻痺

背 景:夫婦二人住まい 息子夫婦が近隣に居住

<入院時評価>

1. 言語的コミュニケーション不可(意思確認可能)
2. 右上肢BS I 右下肢BS III
3. ADLほぼ全介助
4. 高次脳機能障害なし
5. 尿意・便意あるも自立した対処は不可能

初回カンファレンス

- 医師：右上下肢の麻痺の状態はシビアだが全身状態は安定
看護師：病棟では全介助であり依存的
心理士：ショック状態でありうつ的傾向
P T：右手の回復は困難であるが右下肢の回復は可能性あり
O T：利き手交換によって生活自立を目指す
S T：軽度の失語を呈する
MSW：奥さんは自宅復帰を希望

カンファレンスで導き出された方針



- ゴール：家庭内自立による復帰
心理士：精神的サポートに全力を投入
P T：1本杖歩行の確立
O T：利き手交換によるADLの自立
S T：コミュニケーション手段の獲得
MSW：奥さん及び息子夫婦との家庭復帰への調整

中間カンファレンス(発症2か月)

医師:家庭内自立へ更に1か月の入院加療が必要

看護師:病棟内ADLは歩行を除いて自立

心理士:落ち着いた精神状態で努力を継続

P T:歩行の自立まで4~6週間が必要

O T:利き手交換は順調 家屋調査終了

S T:失語に関しては大きな変化なし

M S W:具体的な家屋改造を計画中

カンファレンスで導き出された方針



ゴール:1ヶ月の入院延伸で家庭内自立を目指す

医師:退院後は外来でのリハビリ継続の方針

心理士:奥さんの精神的サポートが必要

P T:歩行自立へより積極的対応

O T:家屋改造を具体化

S T:外来での継続を視野に言語聴覚療法を継続

MSW:家屋改造に伴う財政負担を調整

経過とまとめ

1. リハビリ科の治療方針にかかわらず脳卒中科のベッドコントロールのために中間カンファレンスの1週後に突如退院
2. 退院先は老人保健施設であり、十分なリハビリ量を提供するには困難性あり
3. チーム医療が成就できなかった背景
 - ・脳卒中科の医師がカンファレンスに参加していなかったこと
 - ・脳卒中科の医師にリハビリ方針を十分に伝達しなかったこと
 - ・脳卒中科の病棟看護師にリハビリ方針が伝わっていなかったこと
 - ・病院全体がベッドコントロールを第一義としていること
 - ・急性期病院にあってリハビリ医療のありかたが不整合的になっていること



自立歩行目前であったが現在は全く歩行不可の状態

リハビリテーションのポイント

チーム医療はリハビリテーションの正否を決定する要件であり、その中核はカンファレンスである。

特に重要な観点は以下の3点である

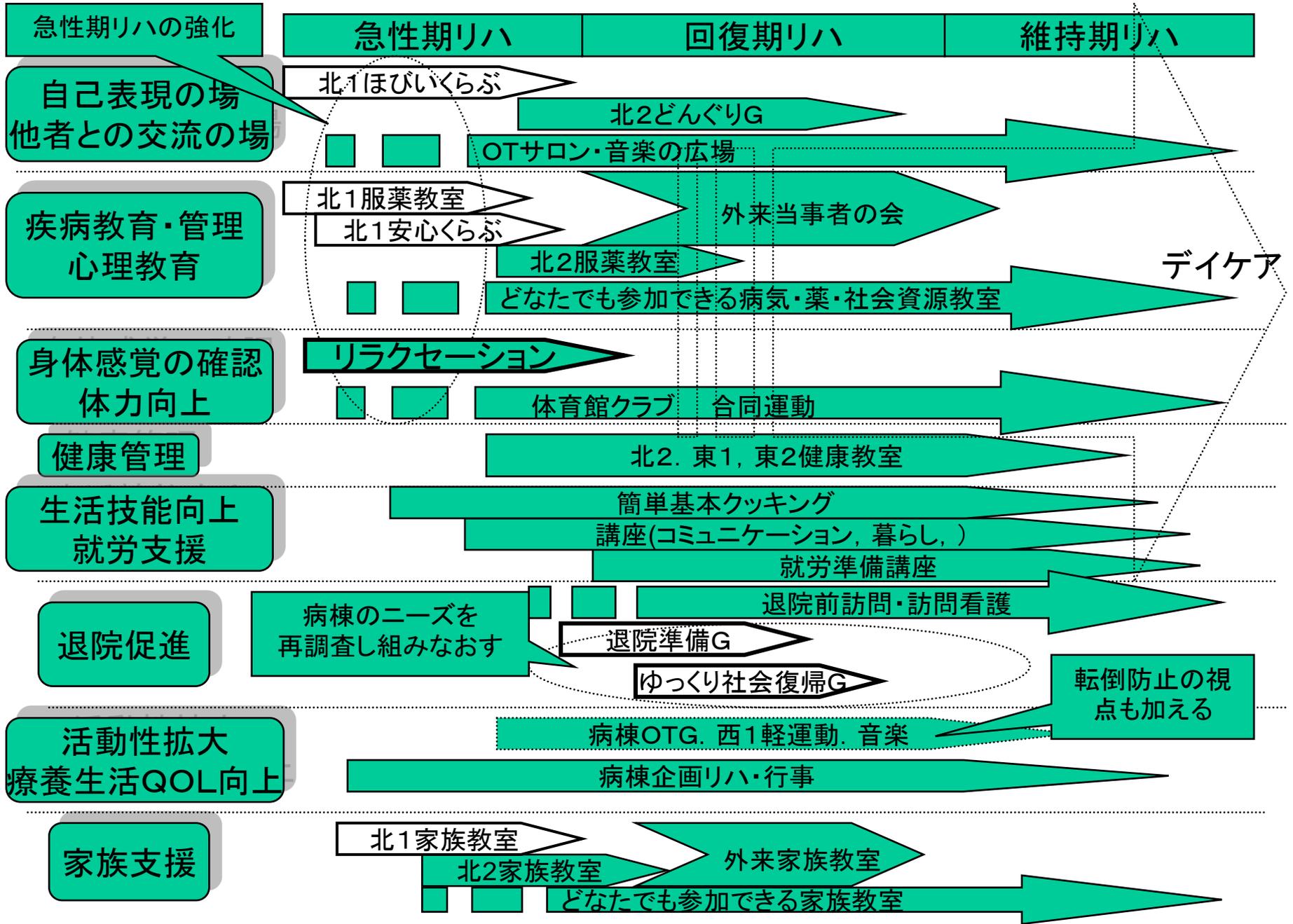
1. 関係職種間の頻回な情報交換と情報共有
2. チームとしての共通目標
3. 家族の参加
4. 専門職が互いに尊重しあう

⇒質の向上・教育の充実

精神科リハビリテーションにおける チーム医療の報告

社団法人 日本作業療法士協会
中村 春基

A病院のリハビリテーションの全体図(H21年度)



Aさん

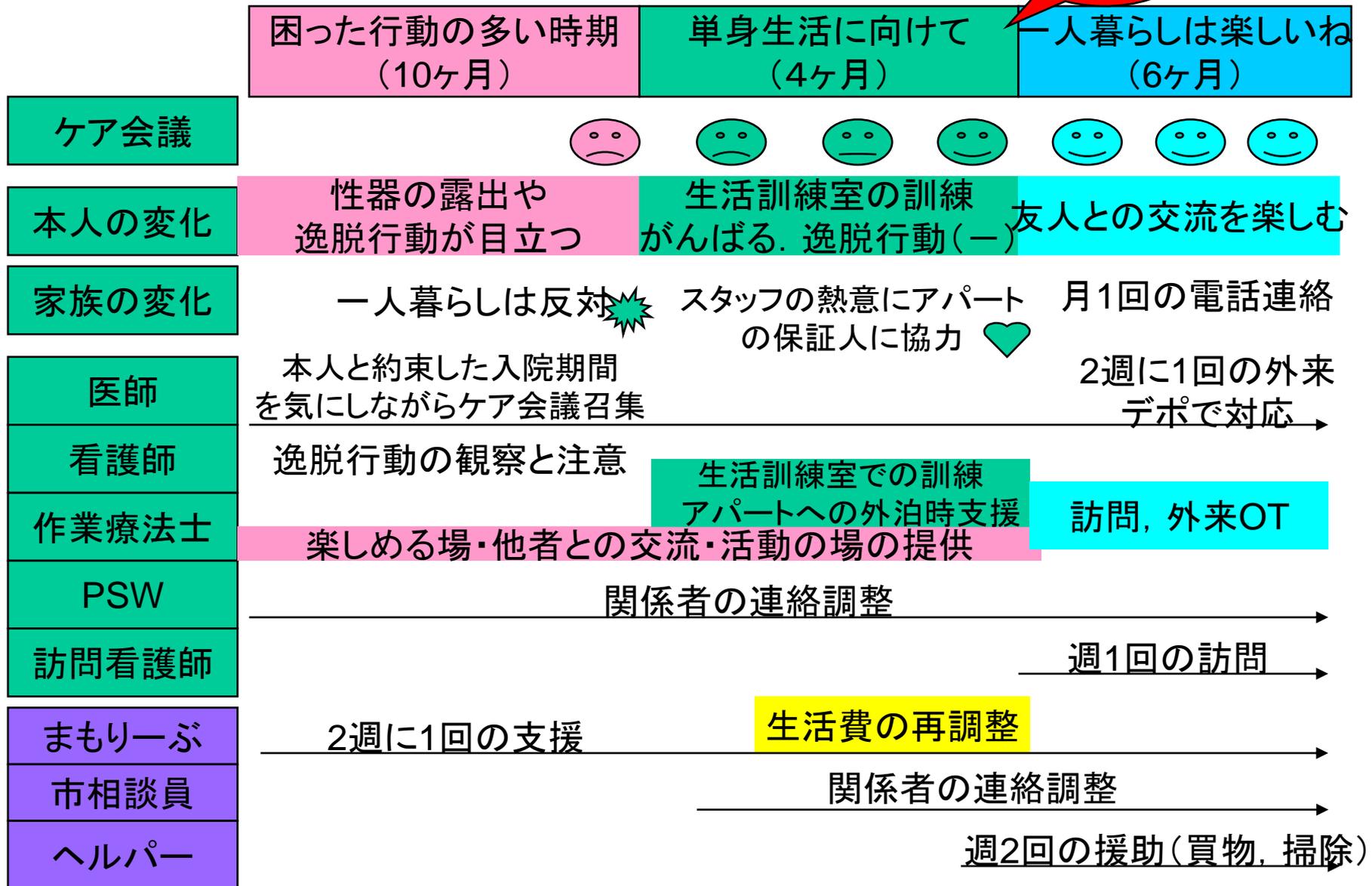
- 40歳代後半 男性 統合失調症
- 15年程の長期入院の後，食事つき寮に退院した．退院後は訪問看護の援助を受けていた
- 忘れっぽい，その時思いついたことで行動し，約束を忘れることもしばしば．
- 根っからの女性好き．
- 女性関係のトラブルから2年程で再入院（入院は半年という約束）．
- 病棟では穏やかなマイペースな生活．作業療法へのほぼ毎日参加（将棋，音楽，体育館クラブなど）時々準夜勤務の若い看護師等に性器をみせるなどワイセツ行為が問題となり，退院に向けた支援までに至らなかった．
- 家族も退院には消極的であった．

一人暮らしをしたい Aさんの希望を受けて

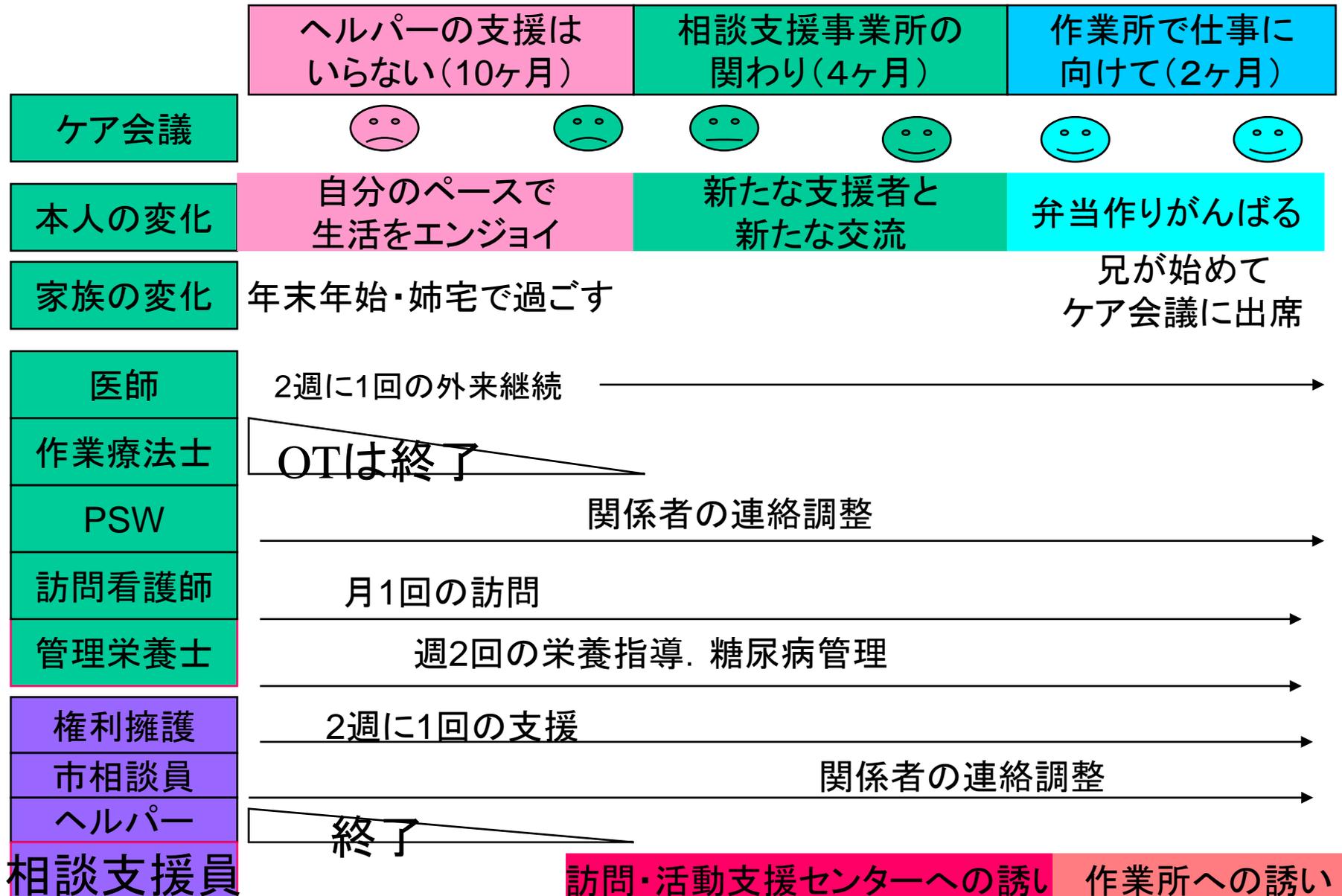
- ケア会議にて、一人暮らしをしたい、寮にはもどりたくない。という希望が話された。
- Aさんの希望を受けて、Aさんの能力評価も兼ねた生活訓練室での個人作業療法を開始した。
- 意外に生活能力が高いAさんが確認でき、支援チームは一人暮らしを支持していった。
- 重装備の支援体制を組んで、家族からの了解を得る作業も行った。

Aさんの支援経過

退院



Aさんの支援経過 II



入院生活の予定(急性期利用者用)

入院生活の予定

様

入院日 年 月 日

入院形態

入院生活で 出会う人々	主治医： 担当の医師です。あなたに合った治療をしていきます。	看護師： 担当の看護師です。入院中のお世話をします。	作業療法士： 一緒に過ごし、活動を通して退院準備のお手伝いをします。	ケースワーカー： お金、仕事、住まいなどについて相談にのります。	臨床心理士 困っていることについて一緒に考えていきます。
入院		一ヶ月		二ヶ月	三ヶ月
本人の めやす	★夜ぐっすり眠れる ★個室でゆっくり過ごせる ★三食の食事がおいしく食べられる ★薬の飲み心地を相談できる		★少しずつ生活範囲が広がっても気分が安定している ★自分にあったリハビリが開始できる ★他の患者さんと穏やかに過ごせる	★様々な人と出会ったり、活動しても気分が安定している ★薬やお金の管理ができる ★退院後の生活を具体的に考えることができる	
くすり	薬物療法 (様々な精神症状を落ち着かせるため、薬が処方されます)				
面接	主治医 看護師	臨床心理士 ケースワーカー 作業療法士	病気や薬について少しずつ勉強していきます 家族教室		服薬指導 退院指導
リハビリ テーション	個人OT	個人OT	病棟OT	ソーシャル	センターOT
生活行動 範囲	個室中心 *治療上必要な場合は、行動が制限される場合があります。その際はその都度説明します。	個室から 徐々に 4人部屋に	病棟から病院内・ テイルームですごしていただきます	1人で外に散歩ができます 家族と外出・外泊ができます	院外へ行動範囲が広がります 外泊を繰り返し、退院に向けて準備します
入院生活	買い物は原則として代理で行います。	食事はお部屋で食べていただきます ホールまで出て食事をさせていただきます	食堂で皆さんと一緒に食事をさせていただきます。	1人のスケジュール 朝食 7:30 昼食 12:00 検温 13:00 夕食 18:00 消灯 21:30	
	火、金、日がお風呂です(介助の方は火、金)				

急性期支援の目安(医療者用)

回復のイメージ	急性期	亜急性期(臨界期)	回復期前期	回復期後期
	2週	カンファレンス	4週	カンファレンス 8週 カンファレンス 退院カンファレンス
各時期の支援課題	<ul style="list-style-type: none"> ●安全・安静の確保 ●休息の確保 ●安心感を伝える 	<ul style="list-style-type: none"> ●休息の確保 ●現実への移行の準備 ●生活リズムの回復 	<ul style="list-style-type: none"> ●休息の確保 ●現実への移行の準備 ●生活リズムの回復 	<ul style="list-style-type: none"> ●休息の確保 ●疾病理解の促進 ●現実検討の回復
本人のめやす	<ul style="list-style-type: none"> ★夜ぐっすり眠れる ★個室でゆっくり過ごせる ★食事をおいしく食べられる 	<ul style="list-style-type: none"> ★薬を飲んだ感じが話せる ★少しずつ生活範囲が広がっても安心できる ★自分にあたりハビリが開始できる 	<ul style="list-style-type: none"> ★他の患者さんと穏やかにすごせる 	<ul style="list-style-type: none"> ★さまざまな人と出会ったり、活動しても安定している ★退院後の生活を具体的に考えることができる
家族支援のめやす	<ul style="list-style-type: none"> ★休息の確保 ★見通しを得るための知識提供 		<ul style="list-style-type: none"> ★疾病理解の促進 (症状の認識と回復過程の説明) 	<ul style="list-style-type: none"> ★病院・地域など使える支援を理解する
医師	<ul style="list-style-type: none"> ・医療への導入 ・心身機能の診断と当面の治療方針 	<ul style="list-style-type: none"> ・初期治療効果の判定 ・行動範囲の拡大(転室の検討) 	<ul style="list-style-type: none"> ・見通しを具体的に説明 	<ul style="list-style-type: none"> ・回復過程の説明 ・外泊の検討と過ごし方の検討 ・病気や薬の説明 ・地域支援との連携
看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・不安・混乱への対応(安心感を伝える) ・セルフケア能力の評価と状態に合わせた支援(水分・栄養摂取、清潔保持など) ・睡眠状態の観察と確保 ・生活リズムの観察と確保 	<ul style="list-style-type: none"> ・行動範囲の拡大(付き添いでの買い物や散歩など) ・入院生活の再オリエンテーション 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活リズム回復援助 ・セルフケアの自立支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・活動と休息のバランス調整 ・外泊や外出の調整 ・回復過程の説明 ・症状や薬物の関係の説明 ・今後の生活に関する不安への対応 ・各種活動への参加支援と調整
PSW	<ul style="list-style-type: none"> ・家族への導入面接 ・関係機関の連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族相談 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族教室開催 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の地域資源や制度の紹介・連携
OT	<ul style="list-style-type: none"> ・作業療法導入面接 	<ul style="list-style-type: none"> ・個人作業療法開始(短時間) 	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟作業療法開始 ・現実感の回復 身体感覚の回復 ・混乱状態から統合していく過程を支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・ソーシャルセンター作業療法開始 ・楽しむ体験 *基礎体力の回復 ・自己ペースの理解 *自信回復 ・回復の確認と今後の目標設定
臨床心理士	<ul style="list-style-type: none"> ・初回面接 	<ul style="list-style-type: none"> ・信頼関係の確立 	<ul style="list-style-type: none"> ・心理面接(支持的心理療法) 	<ul style="list-style-type: none"> 心理学的査定
支援の心づもり	<ul style="list-style-type: none"> 安心感を伝えるために ・訪室する時は深呼吸 ・入院する経緯を振り返ろう ・話はじっくり聞ける体制 	<ul style="list-style-type: none"> 現実感が目覚めてきたときに ・できるようになったことに目を向けよう ・顔を洗う、歯をみがくなど一つ一つの行為を大事にして一緒にやってみよう 	<ul style="list-style-type: none"> 活動と休息を保障するために ・やれるからと言ってお互いががんばりすぎではないけない ・休みたいときはいつでも休んで良いことを伝える 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の生活イメージをつかむために ・本人・家族の希望を具体的に聞く ・利用できる社会資源を知り、連絡をとる

慢性期支援の実際

支援の時期と課題	導入期 その人を知ろう	展開期 あきらめずじっくりと 取り敢えずカンファレンス	社会復帰準備期 あせらず地域につなぐ
本人への支援課題	<ul style="list-style-type: none">・生活史を知る・希望や不安を知る・社会生活の査定・支援チーム結成	<ul style="list-style-type: none">・自信を取り戻すための機会を作る・必要な情報や体験の提供・生活基盤の獲得・必要な支援の検討・将来の生活イメージを作る	<ul style="list-style-type: none">・生活基盤の確定・安心して社会生活に移行するための体験プログラム・社会生活支援の体制作り
家族への支援課題	<ul style="list-style-type: none">・歴史を知る・不安と希望を知る・本人との関係を知る	<ul style="list-style-type: none">・支援継続・必要な情報や体験の提供・家族の出来る事の確認・共通理解を元に将来の生活イメージを作る	<ul style="list-style-type: none">・危機対応を含めた支援体制作り・家族の役割確認
カンファレンスとチームの動き	<ul style="list-style-type: none">・チームの結成・支援イメージを共有・役割分担	<ul style="list-style-type: none">・支援内容の見直しと役割分担の修正・評価は内面を重視	<ul style="list-style-type: none">・退院準備の計画 / 実施 / 評価・退院後の支援体制作り

退院に向けて（慢性期利用者用）

退院に向けて（入院が長い方用）

宮城県立精神医療センター

	1. これからのことを考えよう！	2. いまできることから始めよう！	3. 退院後のことを考えよう！
めやす	<ul style="list-style-type: none"> ・話ができるスタッフを見つけましょう ・今までのことを振り返ってみましょう ・家族と会って話をしてみましょう 	<ul style="list-style-type: none"> ・今できることをみましょう ・何ができるか試してみましょう ・病気や薬についてを学びましょう ・利用できる社会資源を見学してみましょう ・退院した人の体験も聞いてみましょう ・これからどんな生活がしたいか考えてみましょう 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活にあたって利用できるサービスを利用してきましょう ・退院先で何回か練習してみましょう ・退院するにあたって不安なことは話をしておきましょう ・何かあったときの相談相手を決めておきましょう

ゆっくり、進めていきましょう

あなたの担当医師は _____
 担当看護師は _____
 担当ワーカーは _____
 担当作業療法士は _____

慢性期支援の目安(医療者用)

慢性期支援のめあす

宮城県立精神医療センター

	導入期 (その人を知ろう)	展開期 (あきらめずにじっくりとやりあえずカンファレンス)	社会復帰準備期 (あせらず地域につなぐ)
各時期の支援課題	<ul style="list-style-type: none"> 本人のこれまでの人生を知る 本人の希望や不安を知る 自分の病気や治療について思いを知る 本人の社会生活上のアセスメントを行う 支援チームを組む 	<ul style="list-style-type: none"> 自信回復・自己評価を高める機会を提供する 病気や治療に対する知識・情報を提供する 利用できる社会資源について情報を提供する 当事者モデルと接触する機会を提供する 本人にとってのこころの支えをみつける 支援チームにおける支援内容の見直しを積み重ねる 経済面や住居など生活基盤を整えていく 将来の生活イメージをともに作っていく 	<ul style="list-style-type: none"> 必要なサービスが利用できるように支援する 支援を受けながらの社会生活を作り上げる 生活の場での具体的な体験を積み重ねる 関係機関や職種との連携調整を行い支援チームをつくる 生活基盤(収入・住居)を確定する
家族に対する支援	<ul style="list-style-type: none"> 家族の歴史を知る。不安と希望を知る 家族の気持ちを出し表す機会を作る 本人と家族との情緒的な関係を確認する 	<ul style="list-style-type: none"> 本人と家族の交流を増やす(面会・外出・外泊) 病気に対する知識・情報を提供する 家族の自己評価を高める 家族が今後できることを明らかにする(家族のチームへの導入) 	<ul style="list-style-type: none"> 退院に向けた具体的な協力を得る(経済的、心理的、生活上) 退院に向けて家族への安心感を提供する
カンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> 各職種が知り得る情報を持ち寄り、本人・家族に対する支援のイメージを共有する 各職種が何をするか決める 	<ul style="list-style-type: none"> 支援内容の見直しを行い、各職種の役割分担を繰り返す。 	<ul style="list-style-type: none"> 必要な地域支援関係者を含めて生活支援の具体化と役割分担を行う
医師	<ul style="list-style-type: none"> 【本人に関して】 記録を見直し治療歴や発症・再発状況を把握する。 本人・受け持ち看護師を含めた合同面接を行い、本人の不安や今の生活についての思いを共有する。 各スタッフが持つ、本人へのイメージを把握し、共有する。 【家族に関して】 面接を通して、家族の歴史と現状(不安や希望)を知る。 家族の本人を支える力を知る。 家族と本人のこれまでの関係を知る。 支援策を考える。 	<ul style="list-style-type: none"> 【本人に関して】 現在の生活の中で、安定を支えている要素を把握する。 今後の見通し、病気、治療、退院の条件、支援策など必要な情報を具体的に伝え、将来の生活を共に考える。 働きかけの節目ごとに反応を確認し、肯定的な評価を伝え続ける。 状態を総合的に評価して、本人への働きかけの程度を調整していく。 【家族に関して】 家族面接を通して支援を継続し、必要な情報を伝え、本人の将来の生活のイメージをともに作っていく。 【チームに対して】 支援の意義と効果の保証を継続する。 	<ul style="list-style-type: none"> 【本人に関して】 働きかけの内容・量・速度の調整 不安材料の把握と対応 退院後の具体的な生活のイメージを本人と関係者が共有できるようにする。 社会生活維持に必要な事項を提示し検討・確認する。 今後の希望や入院生活についての思いを確かめる。 基本的支援の継続 【家族に関して】 今後の支援策と家族の役割の確認 危機介入に対応の説明と確認 不安事項の確認と対応 基本的支援の継続
看護師	<ul style="list-style-type: none"> これまでの生活歴を知る 希望・不安などを知る 出来る部分、良い所を探り、引き出す 病気や病状についての認識の程度を知る 日常生活の能力を評価する 家族と本人との関係を把握する 	<ul style="list-style-type: none"> 病気に対する知識・情報を提供する 日常生活の能力を徐々に高めるように関わる(金銭管理、生活リズムを保つ、健康管理など) 社会資源についての情報を提供する(交通機関、公共機関、各種制度などの利用) 支援上のキーパーソンを見つける 退院後の帰住地はどこか確認する 新たな関心を引き出す 	<ul style="list-style-type: none"> 退院に向けての不安の内容を把握する 住居を確保(車庫、施設、家族と同居する) 退院に向けての生活技能訓練(外泊、生活訓練棟の利用など)を行う 経済的問題を確認する 緊急時の対応の仕方(SOSの出し方)を伝え、確認する 家族の役割確認と連携を図る 外来看護 退院後の治療へのスムーズな移行のために、退院カンファレンスに参加する。 退院前エンターテインメントを行う 退院後、訪問看護を利用する場合、情報収集、顔合わせを行う。 退院カンファレンスに参加する
訪問看護			<ul style="list-style-type: none"> 退院後の現実的な生活をケア会議などを通して本人や家族、関係者と共有し、支援体制を組む 必要な支援を具体的に提供する
PSW	<ul style="list-style-type: none"> 本人・家族の今後の生活に対するイメージを出し表せる場を作る 必要な支援、利用すべき制度を把握する 	<ul style="list-style-type: none"> 本人・家族のイメージを具体的にするために社会資源の情報提供や施設見学に同行する 必要な支援の利用を勧める 	
作業療法士	<ul style="list-style-type: none"> 本人の希望を面接を通して知る チームと連携をとり情報収集する 本人の馴染みの活動や取り組める活動を一緒に探す 	<ul style="list-style-type: none"> 活動を通して自信回復を促す・成功体験を積むことで自己評価を高める。 他者との共有体験を通して、良いコミュニケーション体験を積む。 院外に向けた活動を展開し、社会資源を知る機会を提供する。 活動を通して、病気や薬の知識を提供する。 活動を通して当事者モデルとの交流を深める。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の生活を考慮した生活能力をアセスメントする。 退院後の生活に向けた具体的な準備・訓練・調整を行う。 退院後に支援するスタッフとの連絡調整を行う。
臨床心理士	<ul style="list-style-type: none"> じっくりと時間をとって面接し、信頼関係を築く 必要に応じて心理検査を行う 本人の動機付けの程度・目標・課題を探る 		
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> カルテまたはカンファレンスを通して、入院までの経過、家庭環境など本人プロフィールを知る。 薬歴、副作用経験の有無などの情報を収集し、「薬剤管理指導記録」を作成する。 面談を行い、服薬状況を知り、信頼関係を築く。 	<ul style="list-style-type: none"> 薬に対する疑問、不安、不満などを聞き取り、他スタッフに伝える。 理解度に応じて、薬に関する説明を口頭で行う。場合により、主治医からの了解のもとに薬剤情報を文書で提供する。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院に向け、不安や期待など、様々な気持ちを整理し、心理的な面での準備ができるようにする。 本人に合ったストレス対処法を共に考え、そのバリエーションが増えるようにする 必要に応じて、他の支援スタッフに本人の心理的特徴や、かかわる上でのポイントなどの情報を提供する。 服薬の自己管理が可能になった段階で、管理上の基本的な知識、服薬を正しく継続するために必要な情報を伝える。 必要に応じて、服薬教室や家族教室に参加する。
管理栄養士	<ul style="list-style-type: none"> これまでの食生活・健康歴を知る 食事への関心・不安の程度を知る 食生活の自立の程度を知る 健康への関心の程度を知る <p>◎面談・訪問を通して</p>	<ul style="list-style-type: none"> 食生活に関する情報を提供する。 食生活における社会資源情報を提供する。 食生活の自己決定の機会を提供する。 <p>◎面談、栄養指導、選択メニュー、誕生メニュー等を通して</p>	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の食生活イメージを共有する。 必要な社会資源等を調整する。 食に関する地域でのサポート体制を調整する。 調理指導、栄養指導、個別セレクトを通して、選ぶ、作る、考える等の体験を積む。 ◎面談、栄養指導、調理指導、退院(個別)セレクト
デイケア			<ul style="list-style-type: none"> 退院後、デイケア利用が想定される場合は情報収集、見学、試験通所を行う 退院時カンファレンスに参加する。
利用できるプログラム	個人OT OTサロン	OTサロン 体育館クラブ 音楽の広場 手芸教室 病気・薬・社会資源教室	ゆっくり社会復帰G グループホーム入居準備G

チーム医療の鍵1:

早期からケア会議を開催

- 対象者を中心とした地域の含む多職種チームを作る
- 定期的なケア会議の開催.情報の共有と各職種の役割確認
- ケースカンファレンス・ケア会議以外での情報共有も重要
- ケア会議には本人,家族が入ることを原則とする

チーム医療の鍵2:エンパワメント体験

- 多職種がチームを組むことで、対象者のみならず、専門職がエンパワメントされる体験が、次のチーム形成へのモチベーションになる。
- 楽、楽しい体験が次につながる

チーム医療の鍵3:

チームのマネジメント役の重要性

- 多職種チームは号令役が必要.
- 誰でもチーム員を収集することができる保障と, チームマネジメント役を決める必要がある. (病棟管理者, PSWなど, 状況により決めていく)
- マネジメント役は院内から地域へ移行していく

チーム医療の鍵4：仕組みづくり

- 多職種チームの動き方にルールを作る必要がある。
- パスや治療指針はその根幹をなすもの
- ケア会議の開催方法やチームのマネジメント役などを明文化し、誰でもわかり、利用できる仕組みにする

入院

入院から地域との連携

Dr, Ns, PSW, OTR, CP等の
チームによる初期アセスメント
キーワーカーの設定(職種限定なし)

ケア会議と目標設定

プログラム実施(個別プログラム)

作業
療法

心理
教育

利用できる
資源制度
情報提供

家族
支援

退院後の生活を想定

退院時ケア会議

退院後のケアプラン作成
退院後も定期的なケア会議

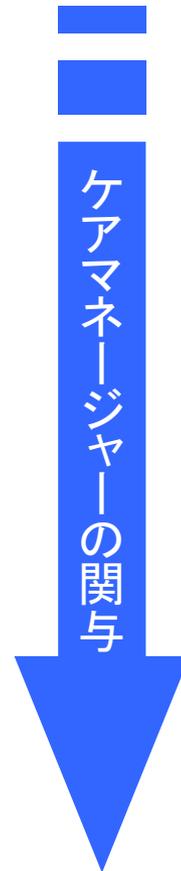
訪問

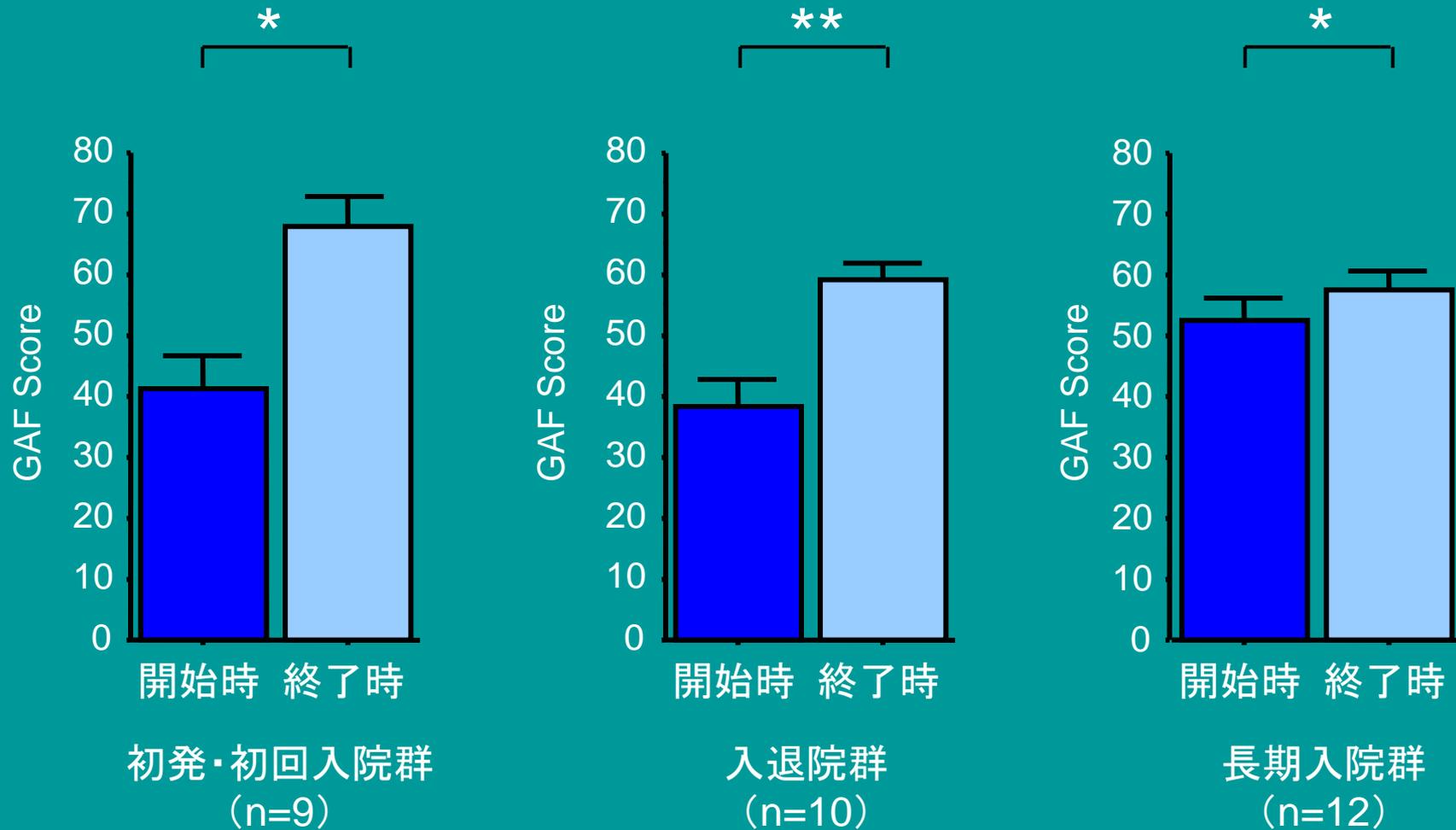
外来
OT

ショートケア
デイケア

自立支援
法等地域
サービス

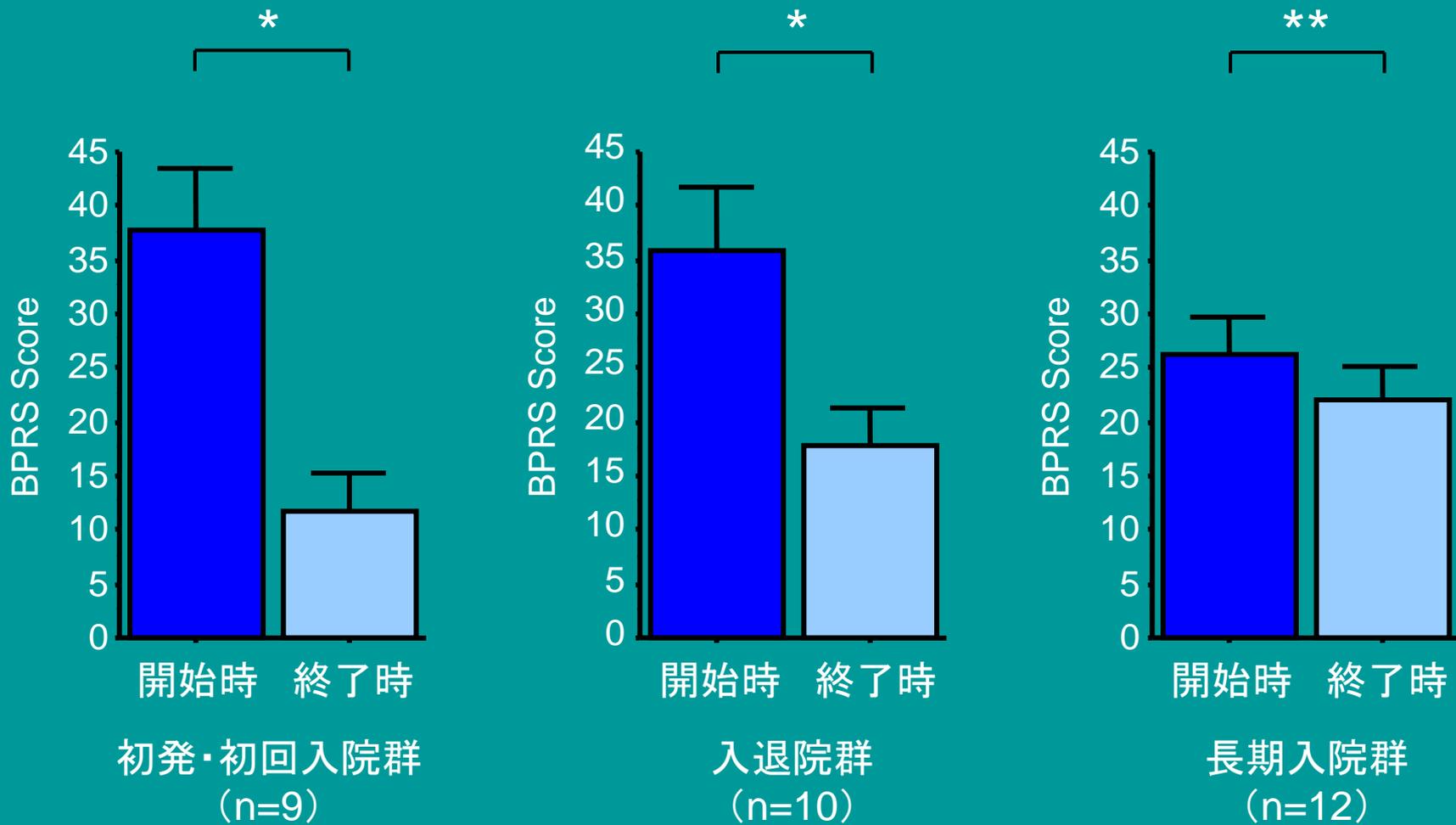
定期的ケア会議
(2週, 4週, 8週, 16週等)





mean±SE, Wilcoxon test : *p<0.05, **p<0.01

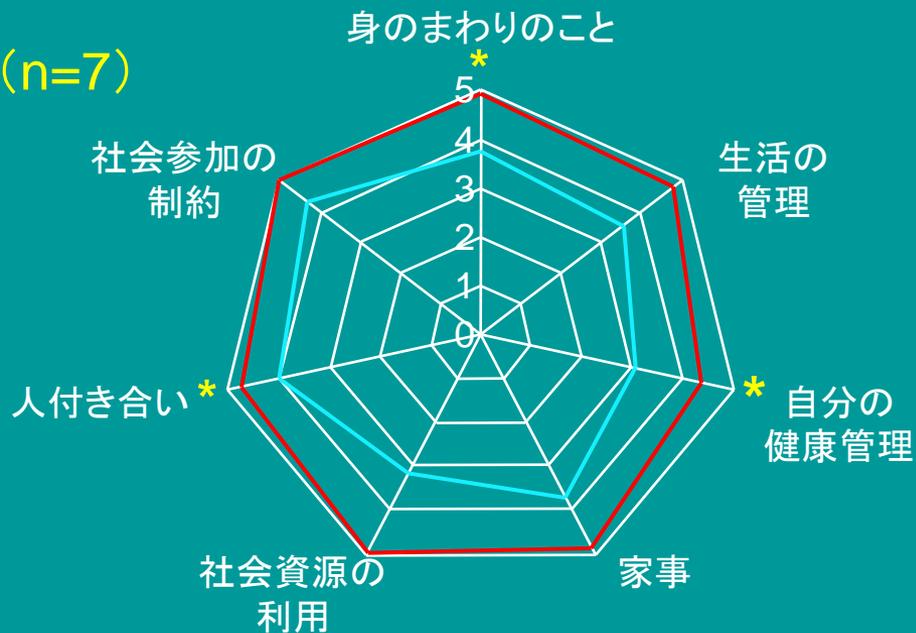
GAFスコアの群別前後比較



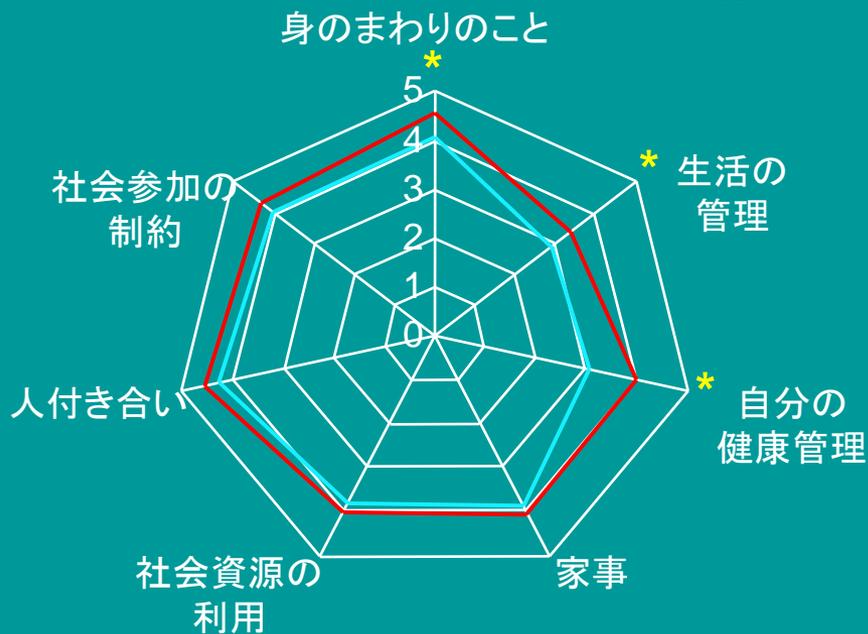
mean±SE, Wilcoxon test : *p<0.05, **p<0.01

BPRSスコアの群別前後比較

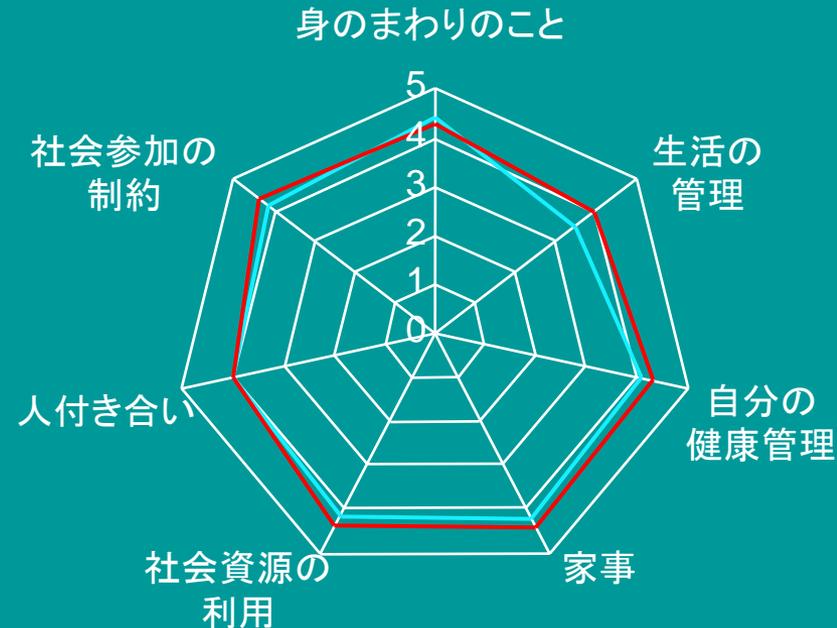
初発・初回入院群 (n=7)



入退院群 (n=7)

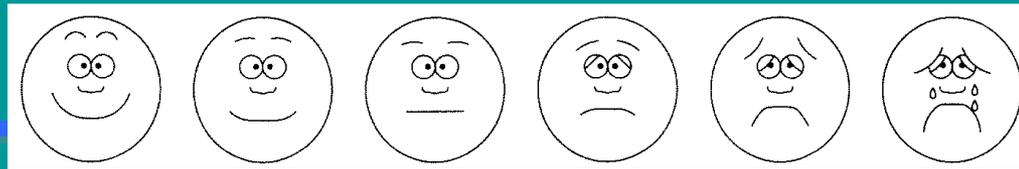


長期入院群 (n=8)



ケアアセスメント スコアの群別前後比較

アンケート結果-1(本人)



大変役に立つ
5点

4点

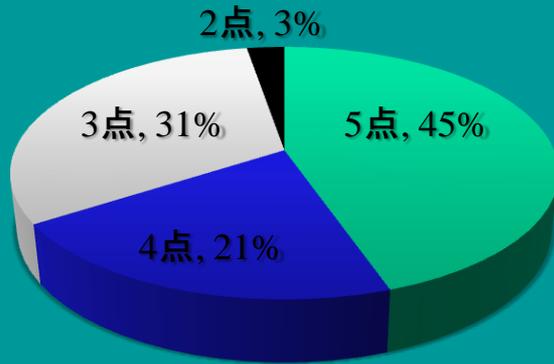
普通
3点

2点

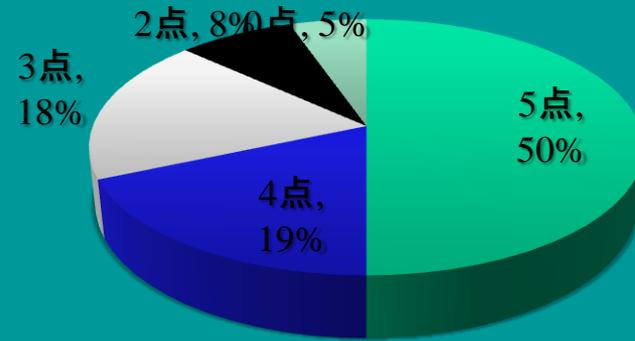
1点

役に立たない
0点

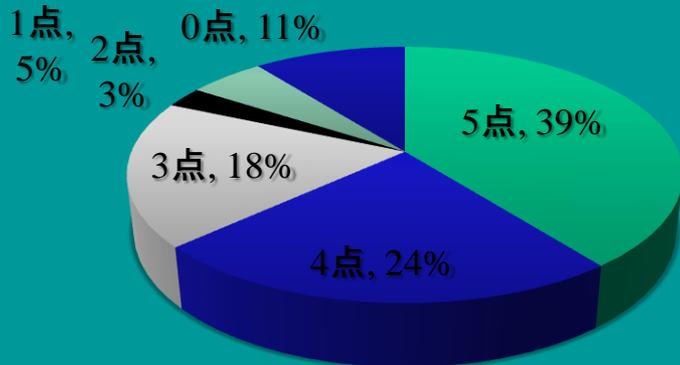
プログラム全体の満足度(本人:n=38)



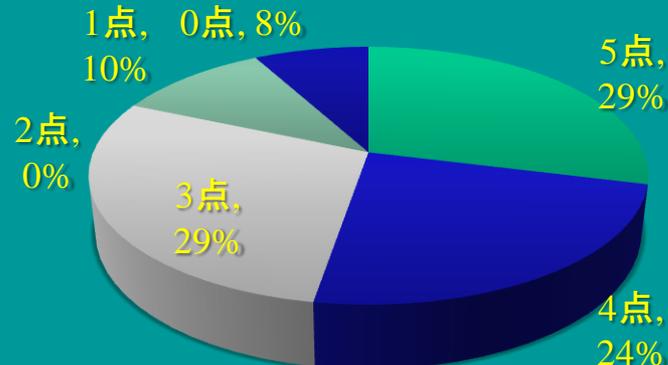
ケア会議満足度(本人:n=38)



退院後の支援体制の満足度(本人:n=38)

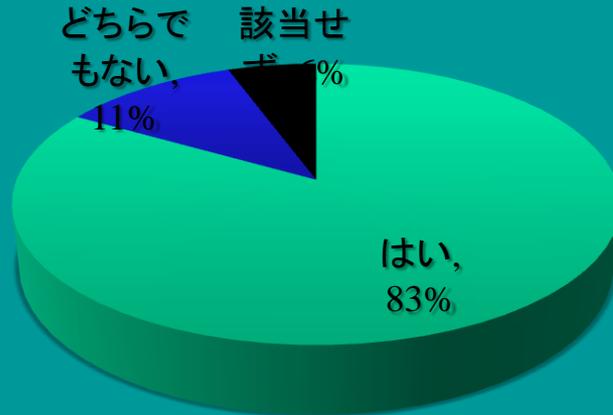


再発サインへの対処法の学び(本人:n=38)

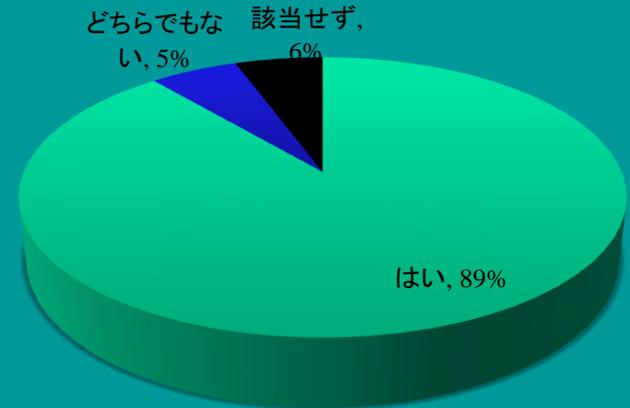


アンケート結果-2(家族)

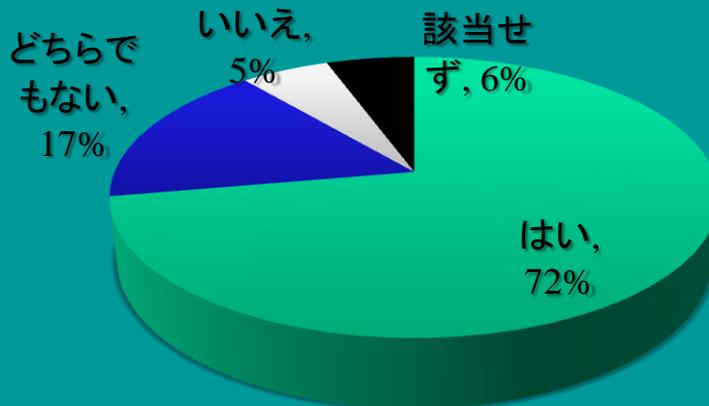
プログラム全体満足度(家族:n=18)



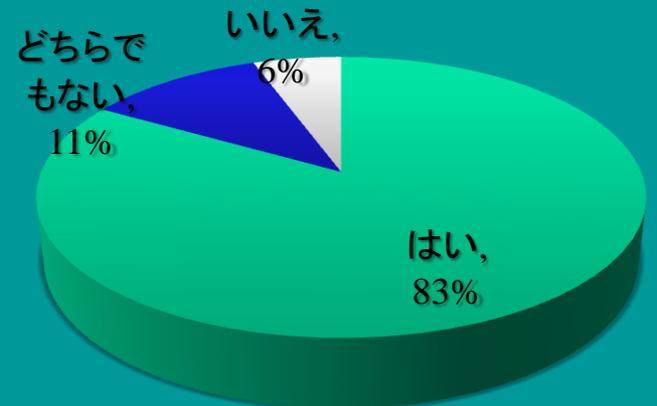
ケア会議満足度(家族:n=18)



再発サインへの対処法が学べた(家族n=18)

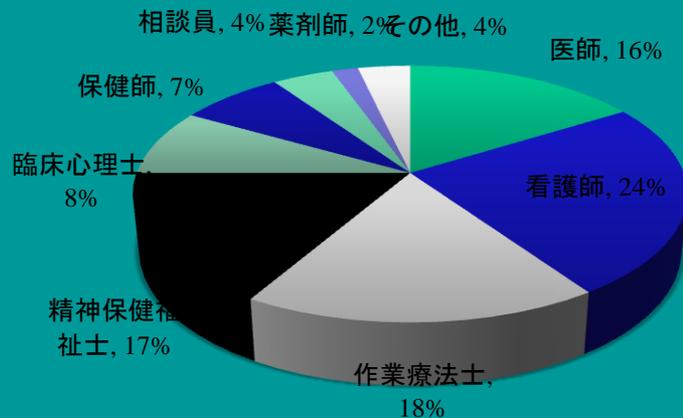


退院後の支援体制の満足度(家族:n=18)

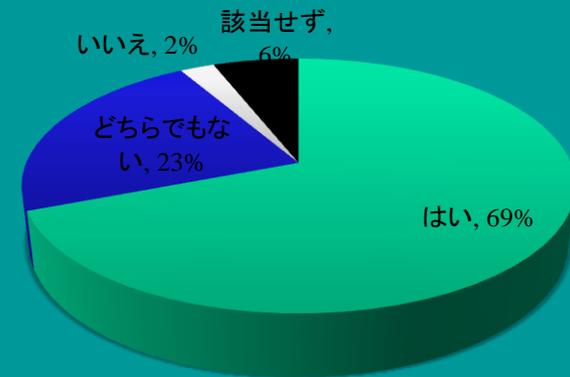


アンケート結果-3(スタッフ)

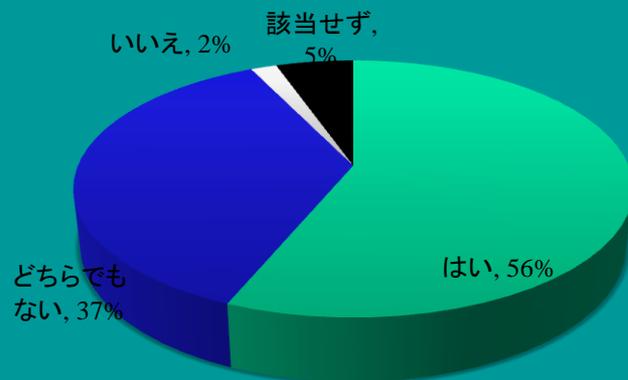
回答者(スタッフ n=168)



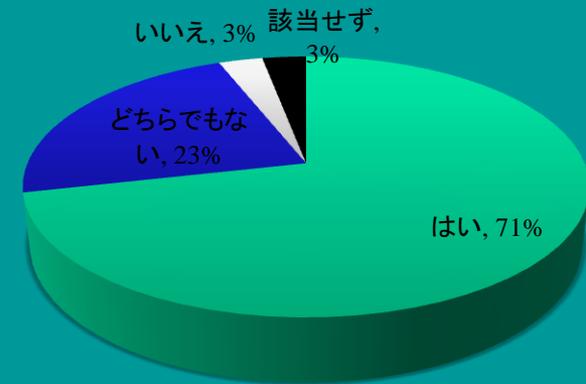
ケア会議満足度(スタッフ n=168)



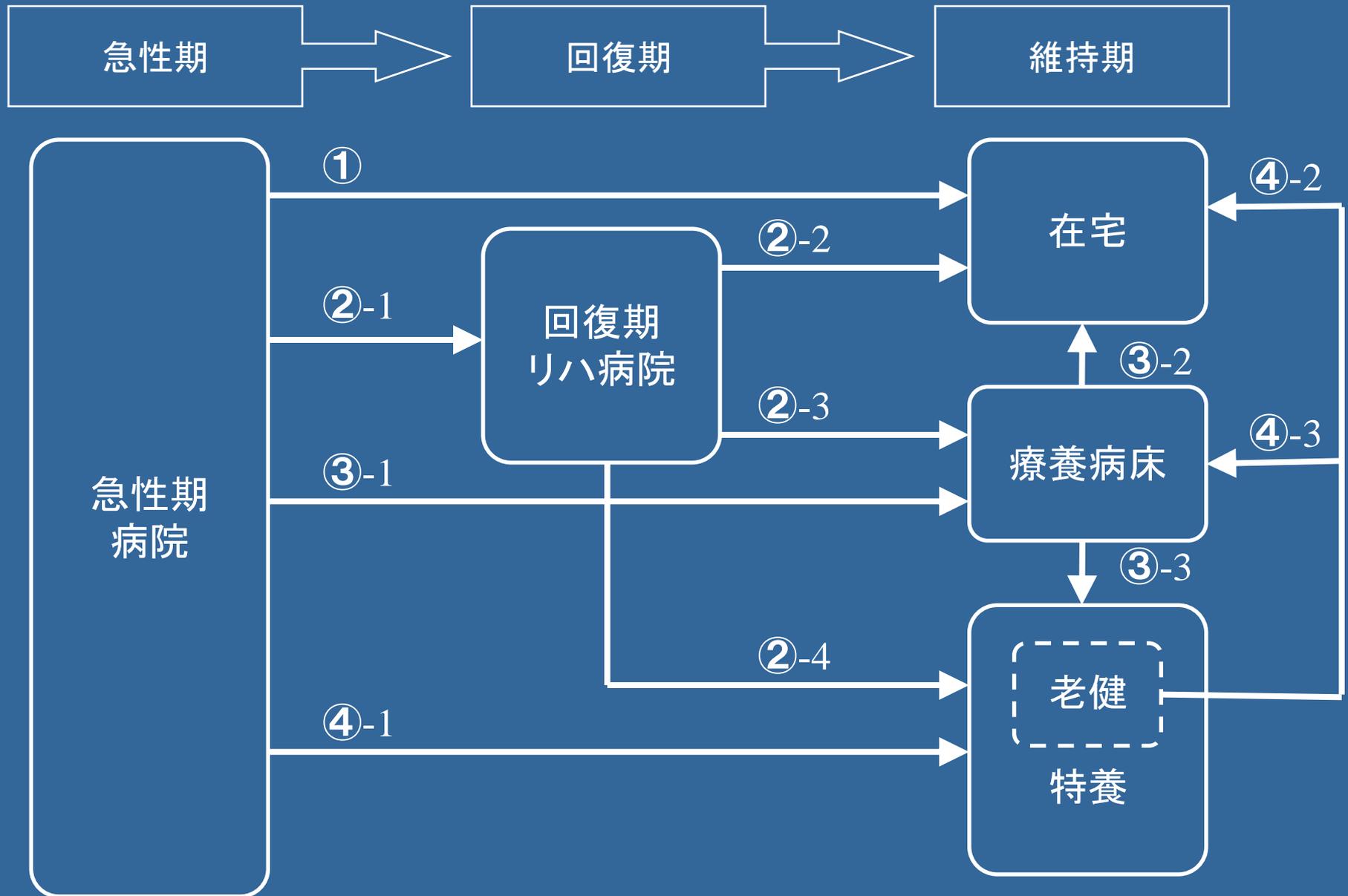
プログラム全体満足度(スタッフ n=168)



早期退院支援への理解が深まった(スタッフ n=168)



退院患者の移動のパターン (資料 1)



厚生労働省

チーム医療方策検討WG

チーム医療検証事業への具体的提案と
チーム医療の評価の提案

初台リハビリテーション病院

ソーシャルワーカー

取出 涼子

(チーム医療推進協議会)

何のためのチーム医療か？ 「目的」について①

□これまでの議論

- × 医療費の削減のため
 - × 医師の負担軽減のため
 - × 平均在院日数短縮のため
 - × 医療者が働きやすいしくみ
 - × メディカルスタッフを十分活用してもらうため
- ・・・これらは結果論。目的そのものではないのでは？

何のためのチーム医療か？

「目的」について②

- 近代の医療は専門分化が進む一方、患者の望む医療も多様化している
- 高度に進歩した専門的医療を患者の「生活」につなげることが重要である。
- これに対応するためには、高い専門性を持つメディカルスタッフが連携しつつ、適切に補完し合うことが不可欠である。

何のためのチーム医療か？ 「目的」について③

- 専門分化した医療を背景として、
チーム医療の形態は多岐にわたっているのが
実情である。
- 患者もチームの一員である。
- チーム医療では患者と各メディカルスタッフは
情報を共有する。
- その結果、患者自身の最良の医療の選択が
促進される。

チーム医療のプロセス(案)

□ 方法

- ①ひとり一人、さまざまな背景をもつ患者から、治療に当たっての要望を十分に聞き取る
- ②医学の進歩：膨大な知識、臓器別治療技術の高度化と細分化をチームで補完する
- ③最新の情報を元に、標準的な療法、臨床試験、代替療法までを客観的に根拠(エビデンス)で患者に示す
- ④患者と共に、患者にとっての個別、かつ最良の治療方法を選択する
- ⑤治療自体を生活につなげていく
- ⑥家族のサポートやケアも忘れない

問題提起①

専門チームを増やすことがチーム医療か？

□チーム医療検討方策WGの目的

H23年度チーム医療検証事業にむけて

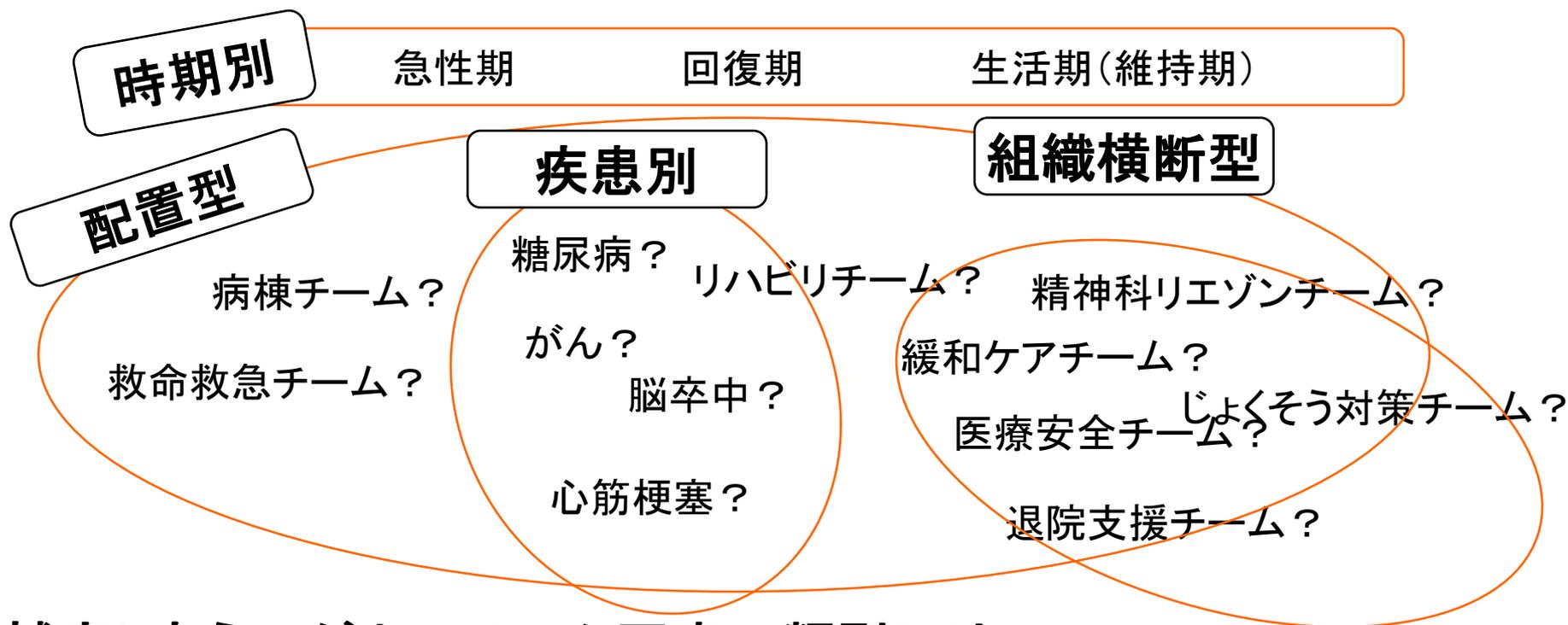
- ①どの領域を検証するのがいいのか、
- ②検証の際、どのような基準(ガイドライン)で評価するか

□これまでのチーム医療検討方策WGでの議論

- チーム医療実践に必要な人員が十分そろってはじめてチーム医療を検討する必要性が議論された
- ‘組織横断型チーム’を増やしたいという議論はなかった

多様なチーム医療・・・どこから検証？

本来は活動する全てのチームに焦点があたるべき



補完しあうのがよいチーム医療の類型には
病棟配置型チームと 組織横断型チームがある。
お互いに補完しあうとよい。治療時期によっても変化する。

提案①

病棟配置型チームの検証

- 病棟配置型チームによってどこまでチーム医療の目的が達成されるかを検証する
(近森委員、栗原委員のスライド参照)
病棟にメディカルスタッフを過不足なく配置するとどうなるかを検証
- 「DPCで包括払いにすると、必要な検査や治療をしない医療機関が出てくる」
→ 「倫理」も評価に加える必要あり

「病棟配置型チーム」と病院内配置基準

病院

救急救命士

ドクターカー・ドクターヘリ・病院救急車に
1名搭乗
救急医療機関内に1名配置

診療放射線技師

機械1台に3名

細胞検査士

患者100名:2名

臨床工学技士

医療安全責任者として定数

診療情報管理士

退院患者1000名につき1名

臨床心理士

医療機関1名

医科・歯科連携

歯科医師・歯科衛生士

病棟配置

医師・看護師・薬剤師
管理栄養士
ソーシャルワーカー

作業療法士

病院(精神科病院を含む)の適応人員配置
介護・福祉・教育など地域生活支援への拡大

理学療法士

1日担当患者10名まで、
老人保健施設 25名入所者:1名のPT

言語聴覚士

医療機関における適正な人員配置
介護、福祉、教育、保健領域における拡大

多職種
カンファレンス

情報共有
システム

チーム医療教育

地域

医療ソーシャルワーカー（社会福祉士）の業務

急性期病院

救命救急センター

脳卒中センター

周産期 小児 精神科

がん治療 小児虐待

外来部門 心臓血管治療

総合相談部門 透析

退院支援・地域連携部門

その他さまざまな...

緩和ケアチーム

回復期リハ病棟

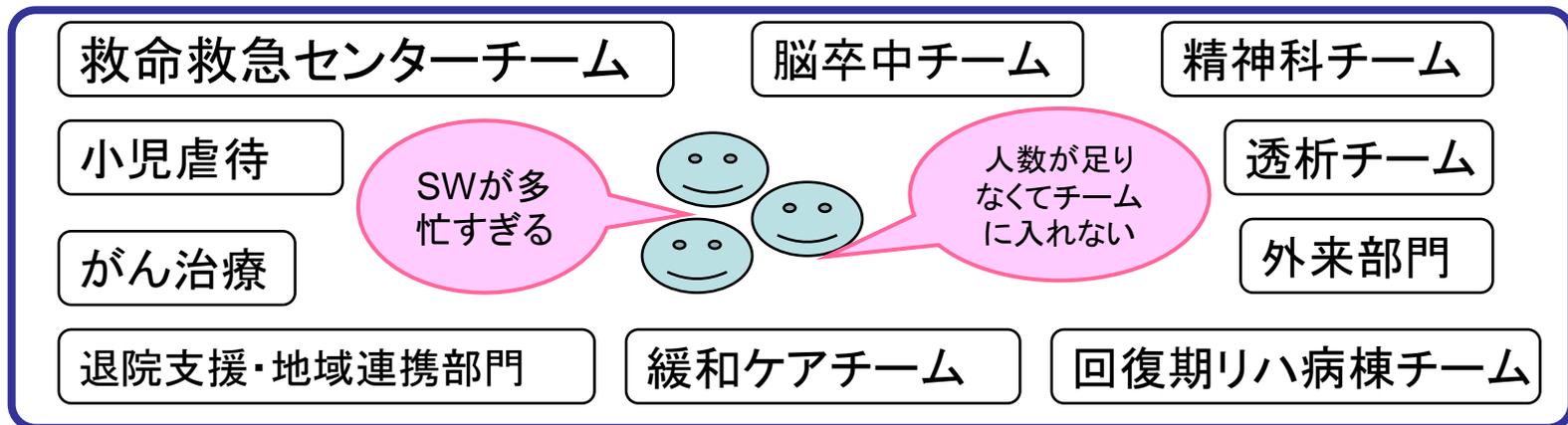
医療療養・障害者病棟

■さまざまな治療場面で
患者・家族の要望をよく伺い
治療を生活につなげます

身元不明・キーパーソン不在／疎遠／高齢
医療費支払い困難 外国人 自殺企図患者
治療拒否 虐待 多問題家族
医療スタッフと信頼関係が構築できない
退院後の生活が不安
入院中の生活が不安
退院計画・退院（転院）援助
社会保障制度活用
在宅緩和ケア（看取り） 在宅医療
入院相談機能 総合相談機能
苦情 家族のケア
その他

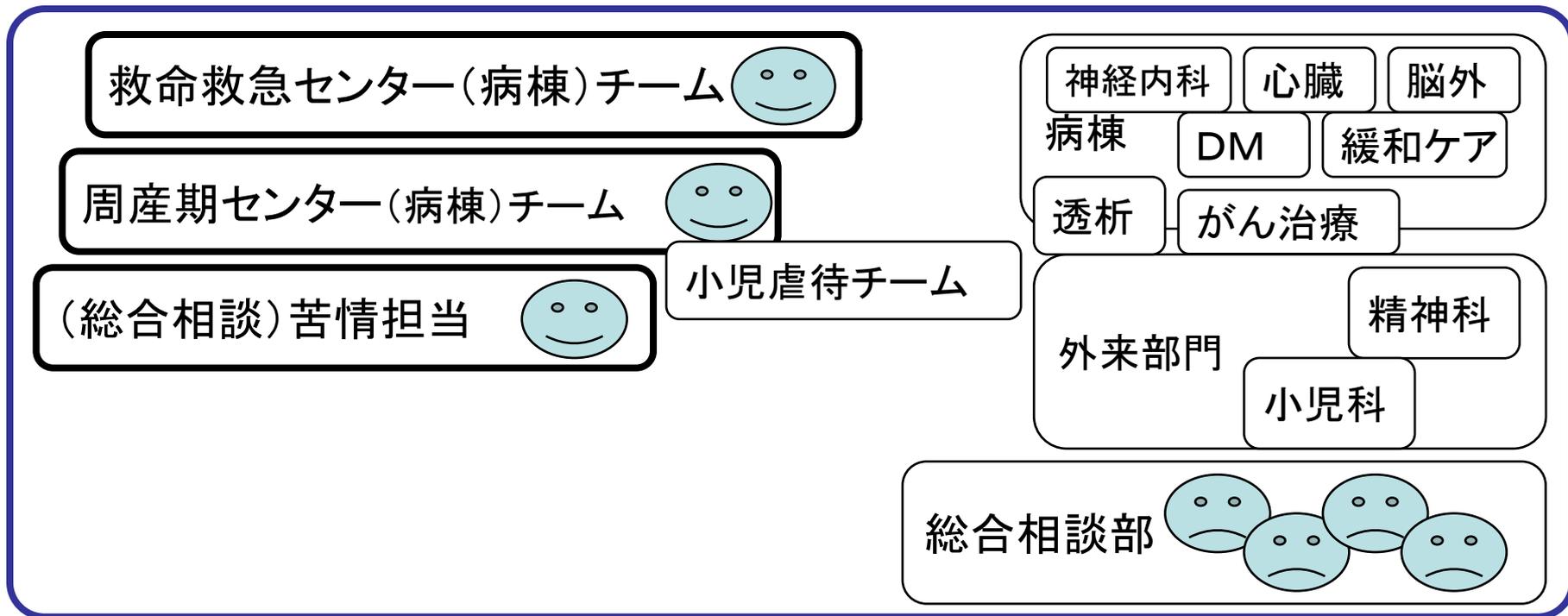
チームアプローチのための ソーシャルワーカーの課題

- 病院には多くのチームが存在する。
多くのソーシャルワーカーがチームを掛け持ち



- 必要なカンファレンスに入れない
多忙で援助に時間がかかる
援助が必要な人にかかわれない
→ 他の職員が苦手な「転院」に特化するSW急増！
専門チームが増えすぎると
本来の「チームアプローチ」に参画できない ・ できていない

北里大学病院の場合



■ 1069床、21病棟にSW7名

救命救急センター・母子周産期センター・苦情担当に特化した担当者、そのほかの領域を4名で対応

■ 退院支援は退院支援看護師と協働、在宅・転院両方に係る ¹²

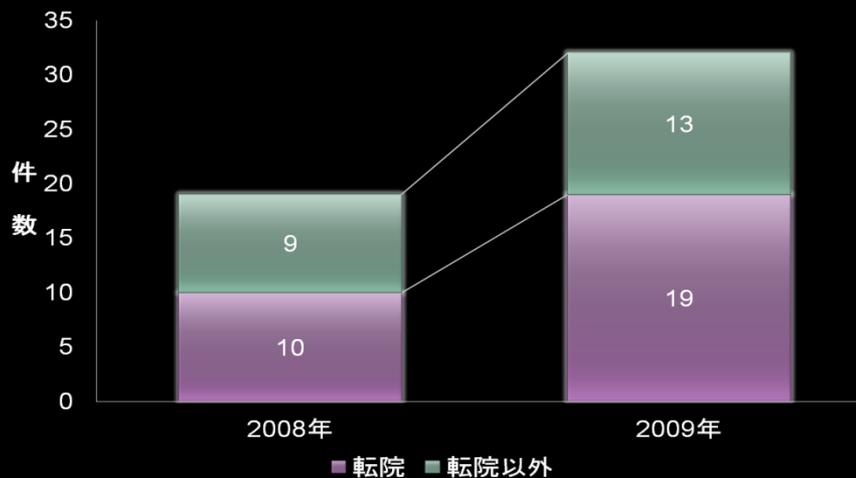
北里大学病院 救命救急センターの例

三次救急医療施設 病棟35床

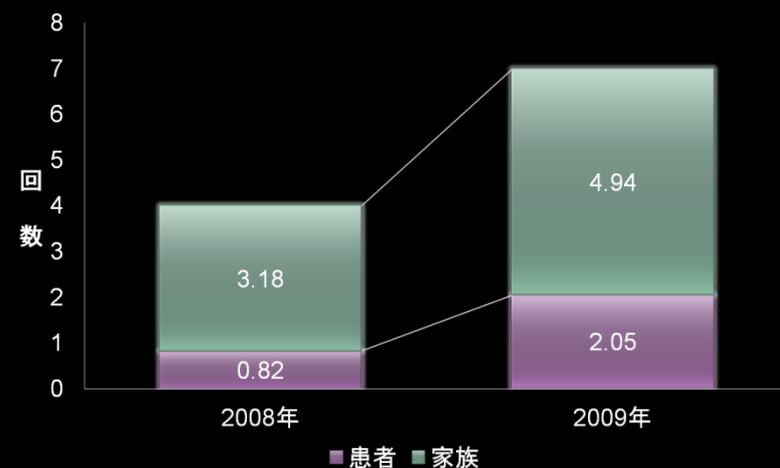
重症患者かつ社会背景が複雑な方などが来院

管理栄養士・薬剤師・ソーシャルワーカーが病棟配置

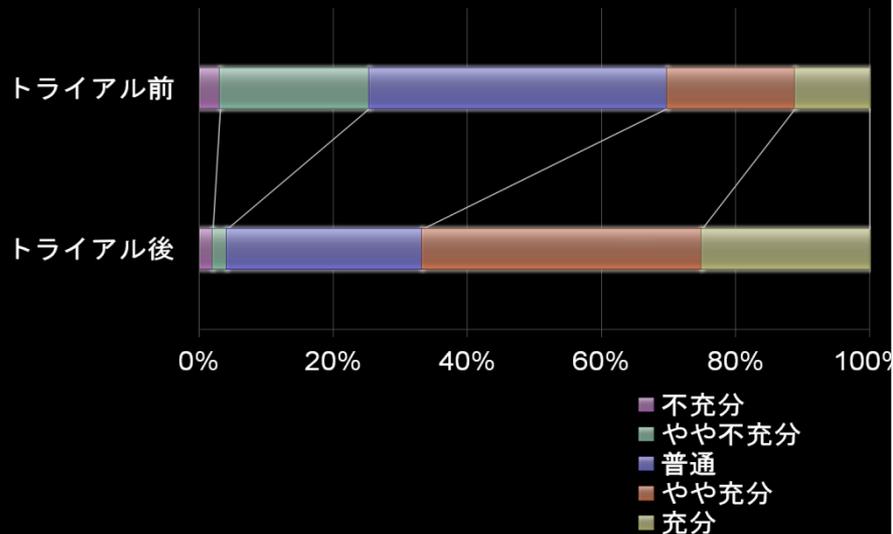
①MSW依頼件数 病棟配置化で2倍



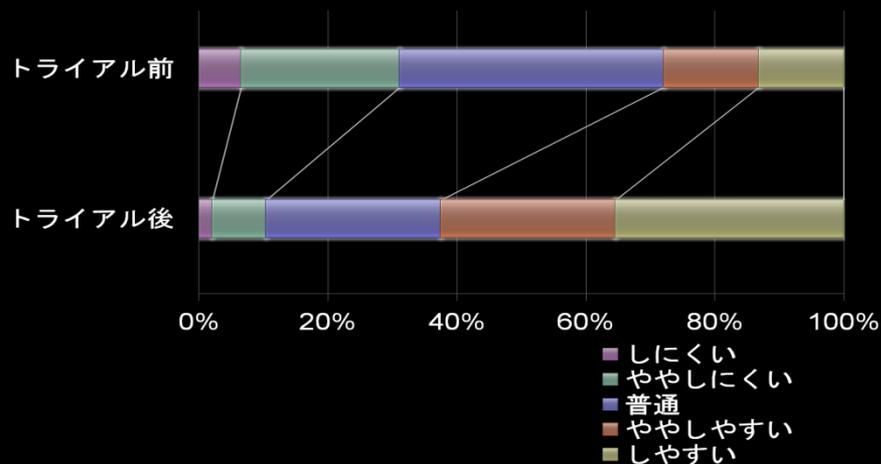
①患者・家族への直接援助回数 配置化で2倍



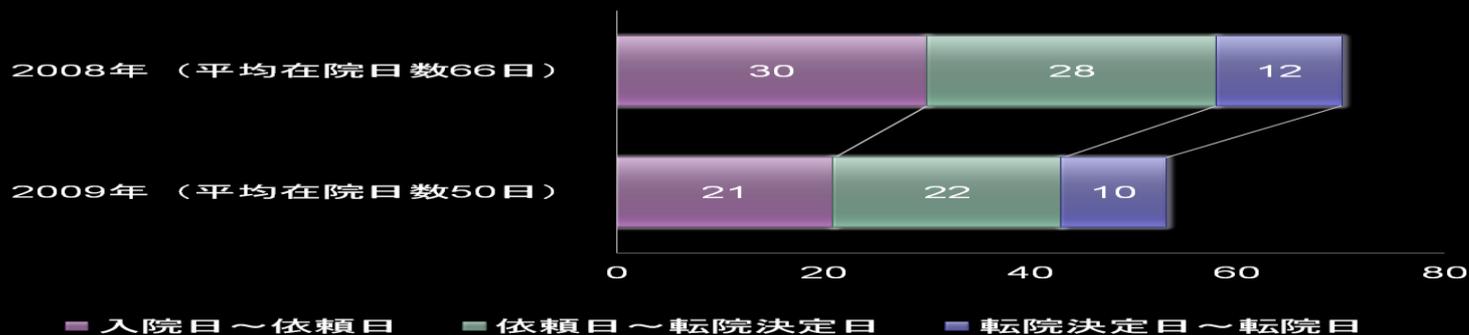
③患者・家族の支援が充分に行われている 30%→70%へ



④患者の生活背景が把握しやすい 25%→60%へ



⑤結果的に、平均在院日数も短縮:効果の要因は、MSWのスクリーニング機能



北里大学病院 救命救急センターの例

管理栄養士 病棟配置のメリット

1. 救命救急の患者は病態変化が大きい
 - 患者は食事状況も大きく変化する。
 - 早い対応ができ、適切な食事療法が可能
2. 救命救急の患者は急な転院が多い
 - NSTでかかっている情報を細やかに次の転院先に伝達し連携できる
3. 食事状況について、患者・家族に丁寧に説明できる

北里大学病院 救命救急センターの例

薬剤師 病棟配置のメリット

1. 救命救急センターは医薬品（特に注射薬）の使用量が多い
→ 医薬品管理が行き届く
2. 救命救急センターは、多種類・リスクの高い薬の使用が多い
→ リスク回避の対応がリアルタイムで可能
3. 救命救急センターは重症患者が多い
→ 薬剤選択や投与量の変更を柔軟に対応することで臓器障害を予防
4. 医師・看護師が相談しやすい→リスクが減少する

病棟配置チームのメリット

(例) 医師・看護師・管理栄養士・薬剤師・SW

- 自職種による援助対象者のスクリーニングが可能
- 配置化による時間確保、優先的に業務遂行が可能
- 医療の中心にいる「看護師」との協働が取りやすい
(“専門チーム”に比べ)



- 問題発生前から予防的に援助ができる
- 多くの患者・家族の相談に乗ることができる
- 治療初期から退院に向けた援助を開始することで、治療を「生活」につなげやすい(SWの配置は有効です！)

- ◆ 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の病棟への関与も、早期から「生活への視点」を持ち、退院後の自宅生活を地域で支えることができる。

提案②

病棟配置チームだけでいいのか？

□ ‘組織横断チーム’ の検証の提案

医科歯科連携の検証を提案

高齢者の退院を阻害する因子は

排泄……リハビリ

食事……栄養 口腔ケア リハビリ

早急に解決が必要な 業務上の通称「グレーゾーン」の整理

□ 診療放射線技師：

- ①放射性医薬品を作成すること(ミルクング)
核医学検査等を適切に実施することができる。
- ②CTおよびMRI検査時等において、自動注入器で造影剤を注入するとともに、造影剤を注入した後に針抜すること
- ③消化管X線検査(注腸検査：大腸のバリウム検査)でのゾンデ挿入、バリウム注入などもグレーゾーンの一つです。

□ 細胞検査士：判定が陰性であった検体の取り扱い。

□ 救急救命士；

- ・救急医療機関に就業している救急救命士が院内の処置室等で実施している処置

提案③

チーム医療の評価の議論喚起

- それぞれのチーム医療の**目的とその達成度**を検証すべきである。
- チーム医療の評価には**医療の質評価**という観点が必要である。

提案

①P4P 日本版の作成

②米国 COE 日本版の作成

チームの評価(例)

P4Pを参考に検討

□ 構造評価

- 明確なチームの目標をもっているか？
- 目標達成のために必要な職種がそろっているか？
- 治療のエビデンスがあるか？
- 情報共有システムをもっているか？

□ プロセス評価

- 最新の技術、知識を提供しているか？
- 患者が、個別性に合わせた選択をしているか？
- 治療後の生活につながっているか？
- 金儲け主義になっていないか？
- 情報共有ができていますか？
- カンファレンスを行っているか？
- 心理面をケアしているか？
- 生活面をケアしているか？
- 家族をケアしているか？
- チーム医療教育をしているか・受けているか？
- フォローアップ評価をしているか？

□ アウトカム評価

- 目標が達成できたか？
- 重症化を予防できたか？
- 疾病の早期発見ができたか？
- 回復促進 再発予防 生活問題の軽減ができたか？
- 患者・家族に安全な医療の提供ができたか？
- 患者の満足度 家族の満足度は向上できたか？
- 医師の負担軽減できたか？
- スタッフの満足度は向上できたか？

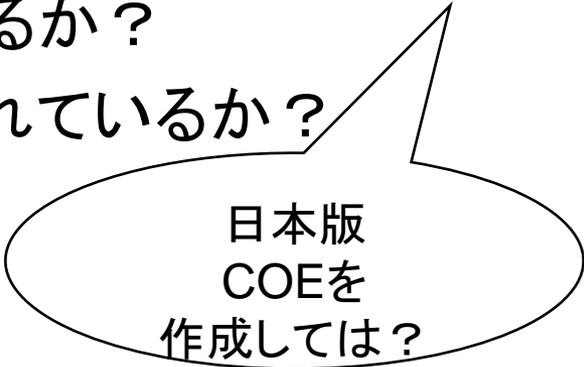
チームの評価(例)

アメリカ: Center of Excellence (COE)

- 肥満外科治療の例
- 1990年代 安全に医療を行うための基準
(EBMまたはEBPに基づく)

施設要件例(それぞれ疾患などによって異なる):

- ・医師の経験要件・・・経験した症例数など
- ・看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床心理士、MSWが専従配置されているか?
- ・治療後のフォローアップを行っているか?
- ・サポートグループが定期的に行われているか?
- ・その他・・・



日本版
COEを
作成しては?

チームの評価 どのように評価をするのか

- 理想のチームを検証する
- 日本で、「患者のために」「本当にいい医療を実践するために」捨て身で行っているよいチーム医療を取材し、すこしでもそれを普及していくつもりで、の評価の試みをおこなうのはどうか？
- 二次的な効果：すべての職種に焦点をあてて考えることは、雇用対策にもつながる