

回復期リハ病棟における 病棟専従チーム

長崎リハビリテーション病院の場合



社団法人 是真会

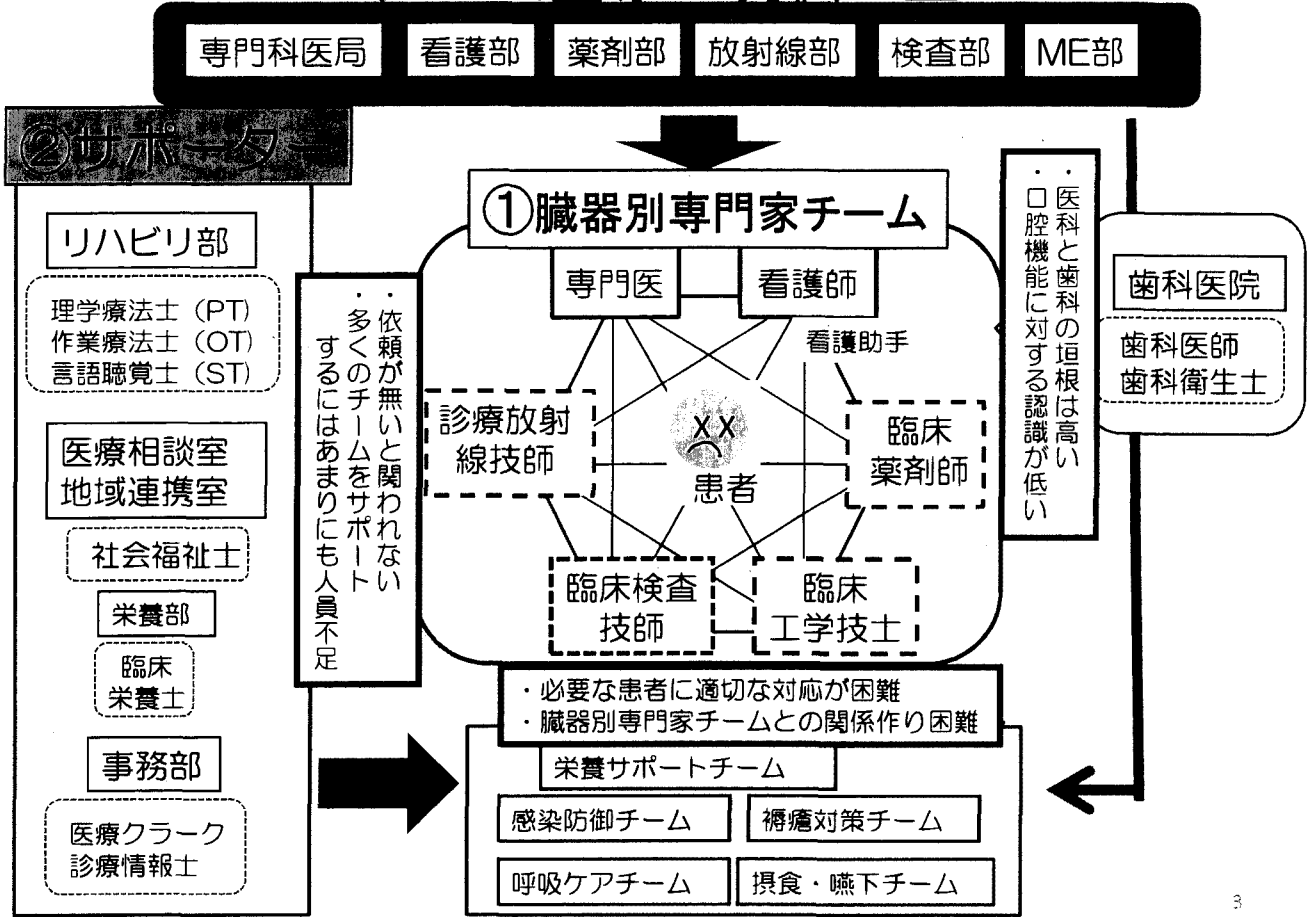
長崎リハビリテーション病院

院長 栗原正紀

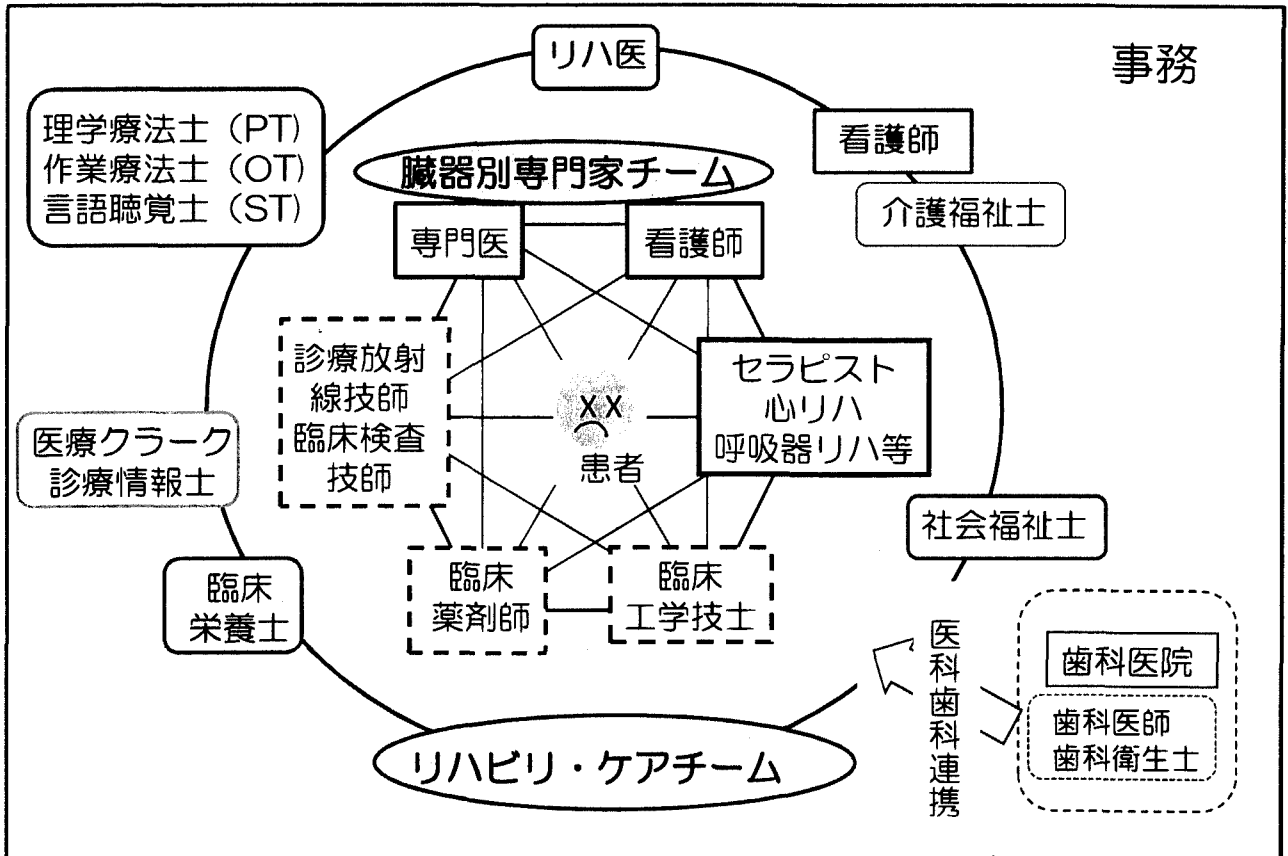
1

【1】 チーム医療のあり方

チーム医療の現状の型

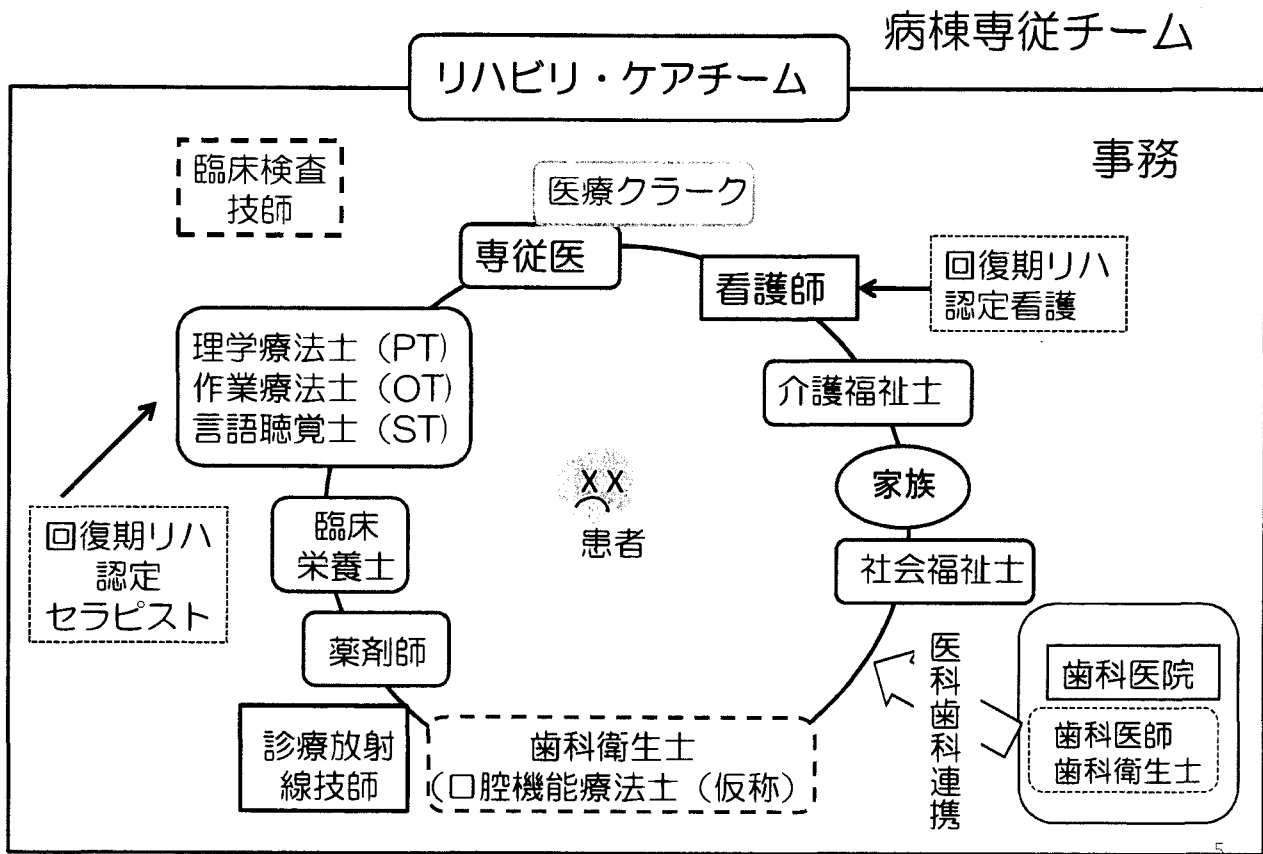


病棟専従チームの型 (例：高齢者専門急性期病棟)

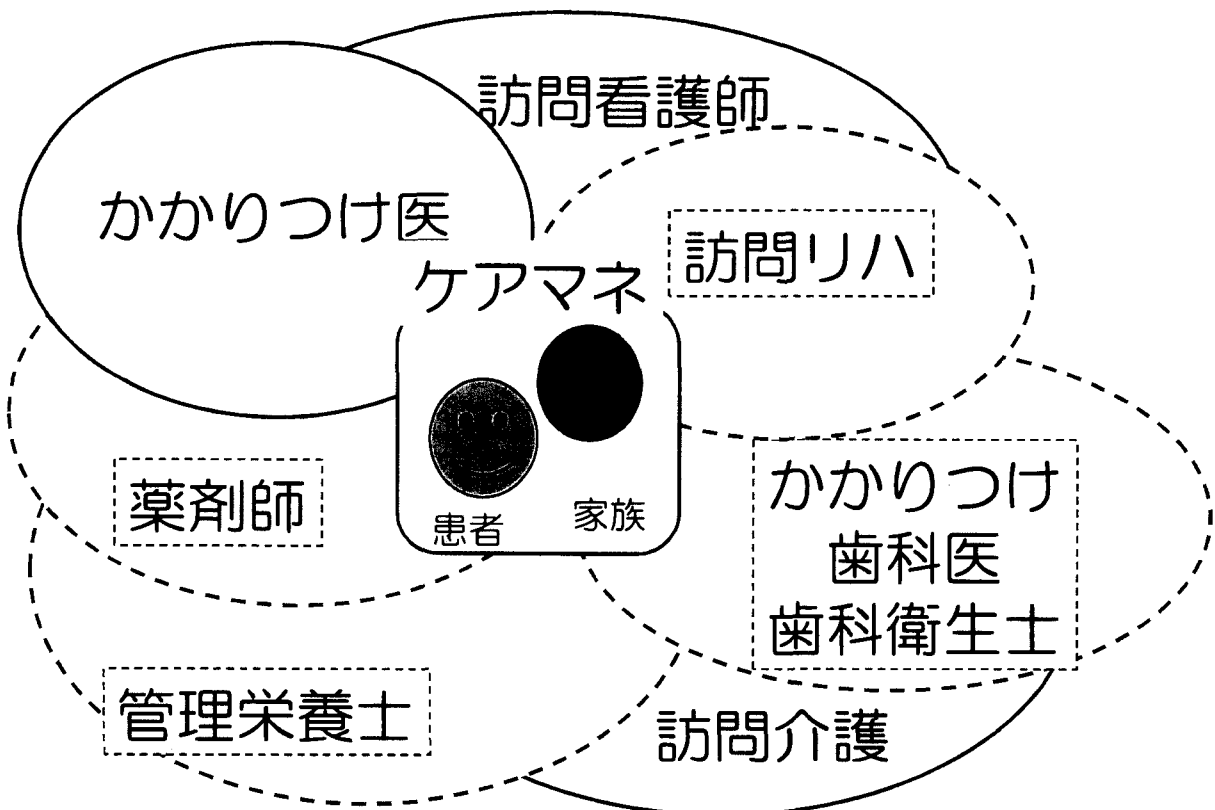


--- 通常、病棟専従にならないであろう職種

回復期リハ病棟のチーム（例：脳血管患者病棟）



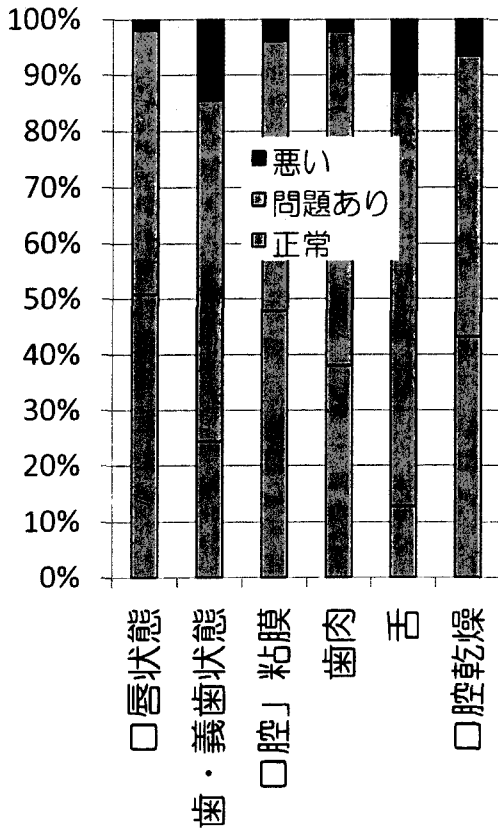
慢性期（生活期）在宅サポートチーム



【2】急性期からの患者の実状

平成22年入院患者511人の評価結果

入院時口腔環境評価



入院時栄養問題

| 入院時栄養管理 | 人数 | % |
|------------------|-----|----|
| 血清Alb ≤ 3.2 g/dl | 79 | 15 |
| %標準体重 ≤ 80% | 83 | 16 |
| 栄養サポート対象患者 | 187 | 37 |

- ① 体重に明らかな異常あり
- ② 食事摂取量が少ない
- ③ 下痢・嘔吐あり
- ④ 血清Alb値3.2 g・dl以下
- ⑤ Stage II以上の褥瘡
- ⑥ 経腸栄養患者

- ・ 入院患者の50%以上が入院時口腔に問題あり
- ・ 入院患者の37%が栄養サポートが必要

回復期（亜急性期）で問題となる疾患

| | |
|--------|---|
| 慢性疾患 | 高血圧・糖尿病・高コレステロール血症 |
| 中枢疾患 | 脳卒中再発・水頭症・慢性硬膜下血腫 (CSH)・痙攣 |
| 循環器疾患 | 虚血性心疾患・心不全・不整脈・静脈血栓症・大動脈瘤 |
| 呼吸器疾患 | 肺炎・喘息・COPD |
| 消化器疾患 | 胆のう炎・イレウス |
| その他 | 尿路感染症・腎不全・抑うつ状態 (PSD)・ASO・変形性関節症・創感染・褥瘡・口腔内疾患 |
| 潜在する疾患 | 癌・結石・睡眠時無呼吸・横隔膜ヘルニア |
| 転倒外傷 | 大腿骨骨折・圧迫骨折・頭蓋内出血 (CSH含む) |

適切な予防・診断・治療

(医師・看護師の重要な守備範囲)

医師に総合診療的視点が必要



重複障害患者の増加

例：脳卒中後遺症＋慢性心不全、OA、COPD、癌など。

急性期医療の問題

- ・ 基礎疾患の治療が中途半端
- ・ 潜在する疾患検索が不十分
- ・ リハビリ・ケアが消えていく！
- ・ 栄養管理が不十分
- ・ 急性期リハビリが普及していない



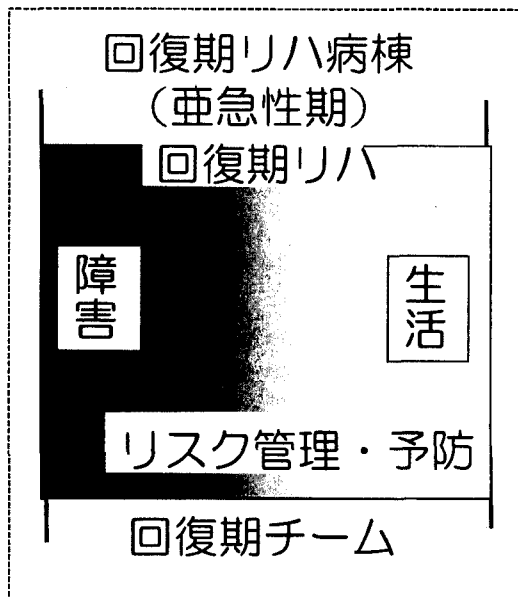
高齢者の多い病棟は
専従チームが必要！

9

【3】長崎リハビリテーション病院 における チームアプローチの工夫

＝視点＝

＝役割＝



- ① 障害の改善・ADL自立
- ② 安定した
地域生活の再建
(臓器別治療を地域生活に繋ぐ)
- ③ リスク管理・予防
 - ・ 再発、合併症予防と治療
 - ・ 潜在する疾患対策
 - ・ 慢性疾患治療

10



長崎リハビリテーション病院

救急医療を支えることで
安心した地域生活を支援

平成20年2月開設

回復期リハビリ専門

主に発症から1ヶ月前後の
脳卒中患者さんに集中的な
リハビリテーションを実施

回復期リハ病棟：3病棟

全館回復期リハビリ病床
3病棟（143床）
療養病床



地域生活に繋ぐ場
=>病院らしくない病院

回復期リハ病棟におけるチームづくり

課題

- ①縦割り組織（専門職間の壁の存在）とチーム
- ②多職種専門家集団による情報の共有化
- ③患者の日常生活に沿った支援
- ④集中的リハ実施
- ⑤マネジメント機能

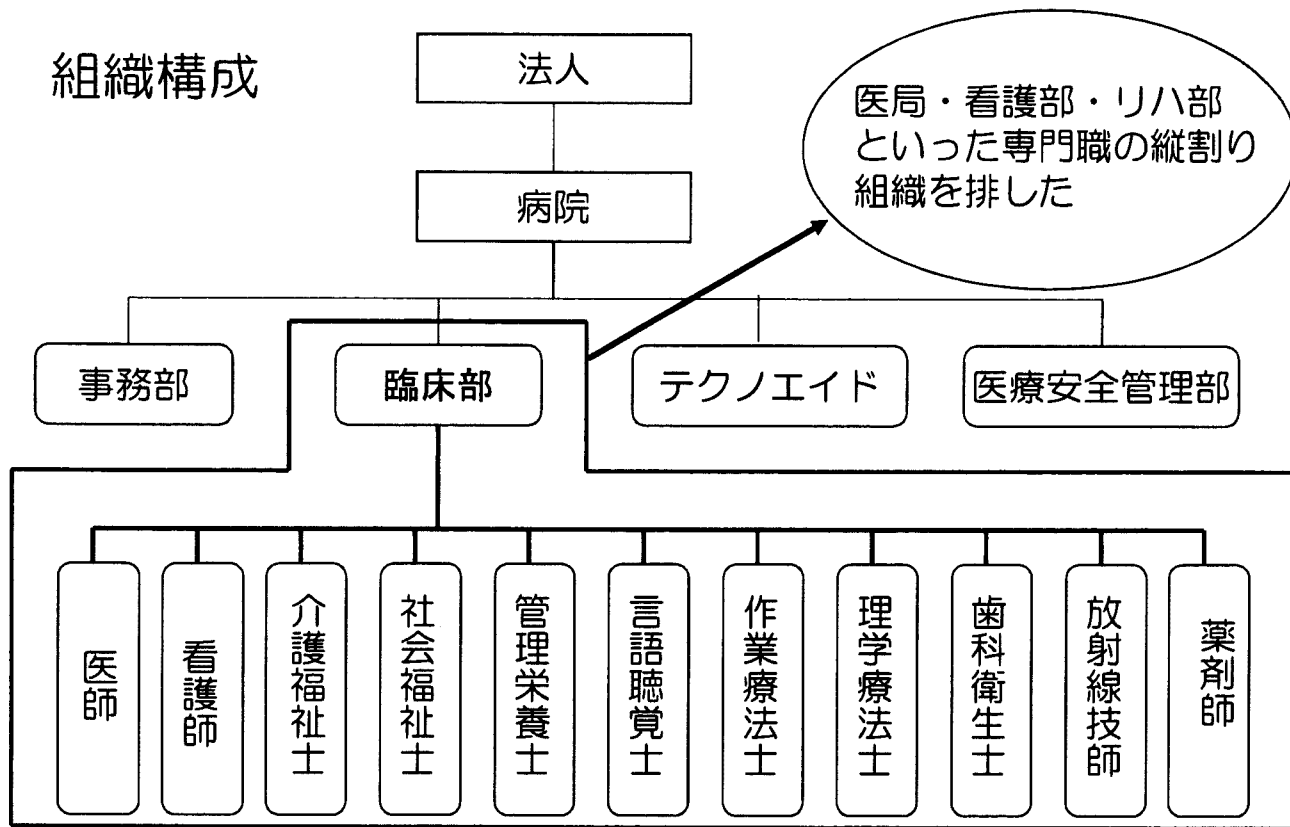


対策

- ①組織図の抜本的見直し
- ②多職種病棟専従体制（電子カルテ導入）
- ③看護が基盤となったチームづくり
- ④セラピストの365日勤務体制
- ⑤マネジャー制

チーム医療の発信の場（実現のための工夫）

組織構成



13

回復期リハビリ病棟

診療報酬上の人員配置

| | | |
|--------|------|--------|
| | 専任医師 | 1名 |
| | 看護師 | 15 : 1 |
| 非専門職 → | 看護助手 | 30 : 1 |
| | 専従PT | } 2名 |
| | 専従OT | |
| | | ← 1名 |

専任PT、OT、STが応援

専任は一般病床に軸足がある

14

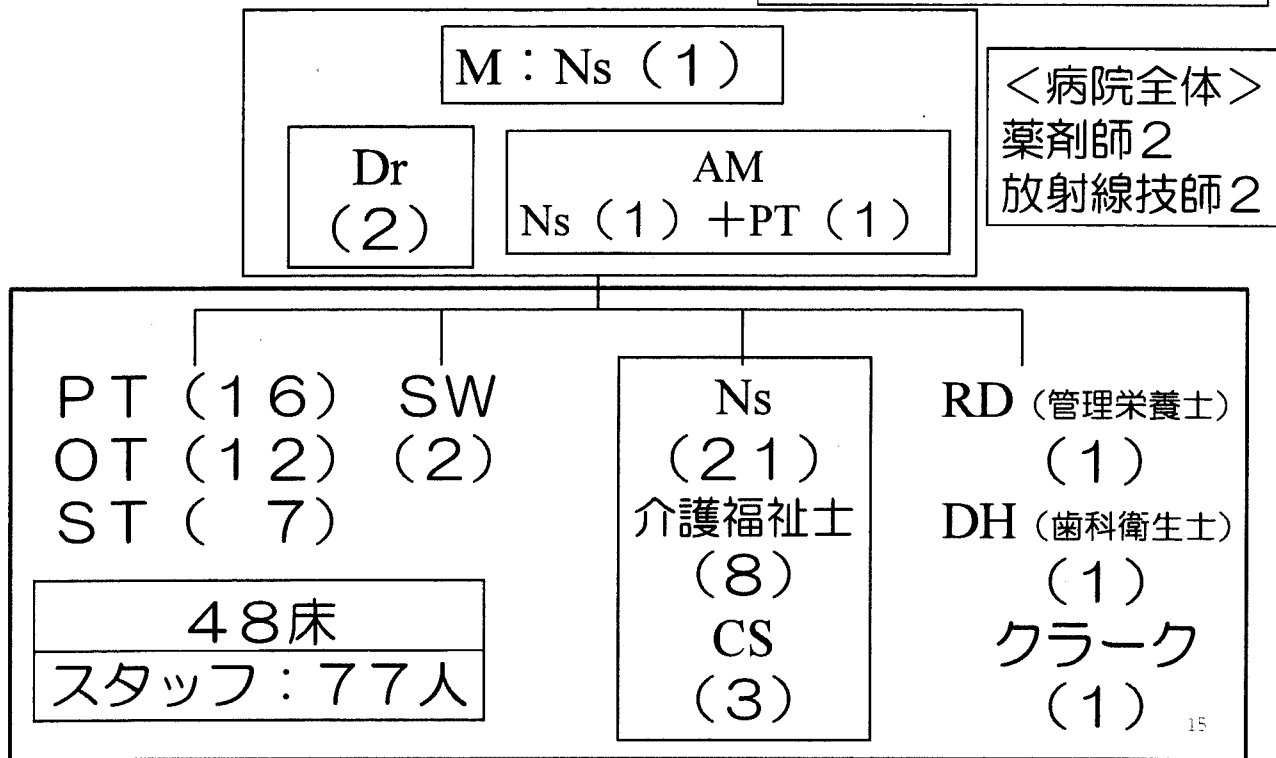
当院病棟（48床）人員配置

（全職種病棟専従制）

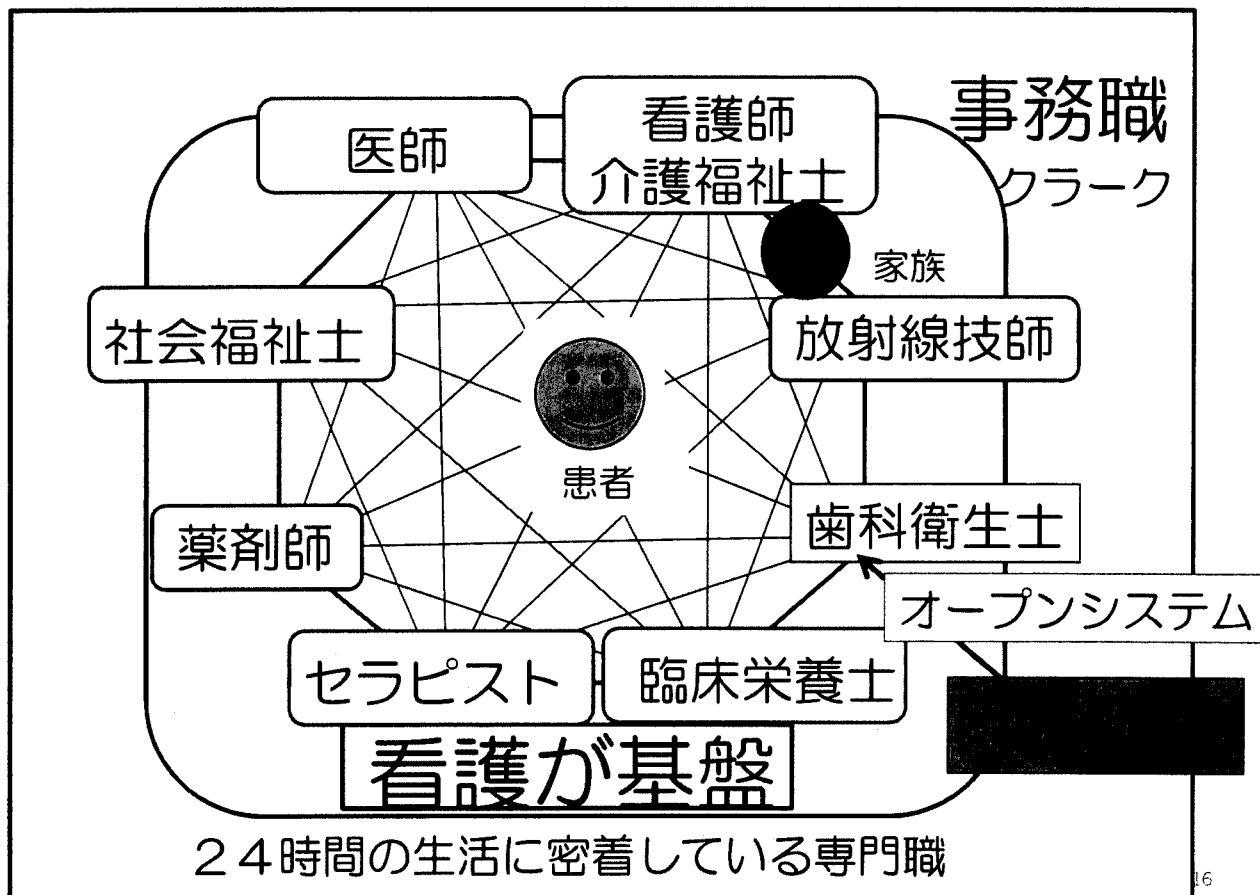
病床：人員＝1：1.6

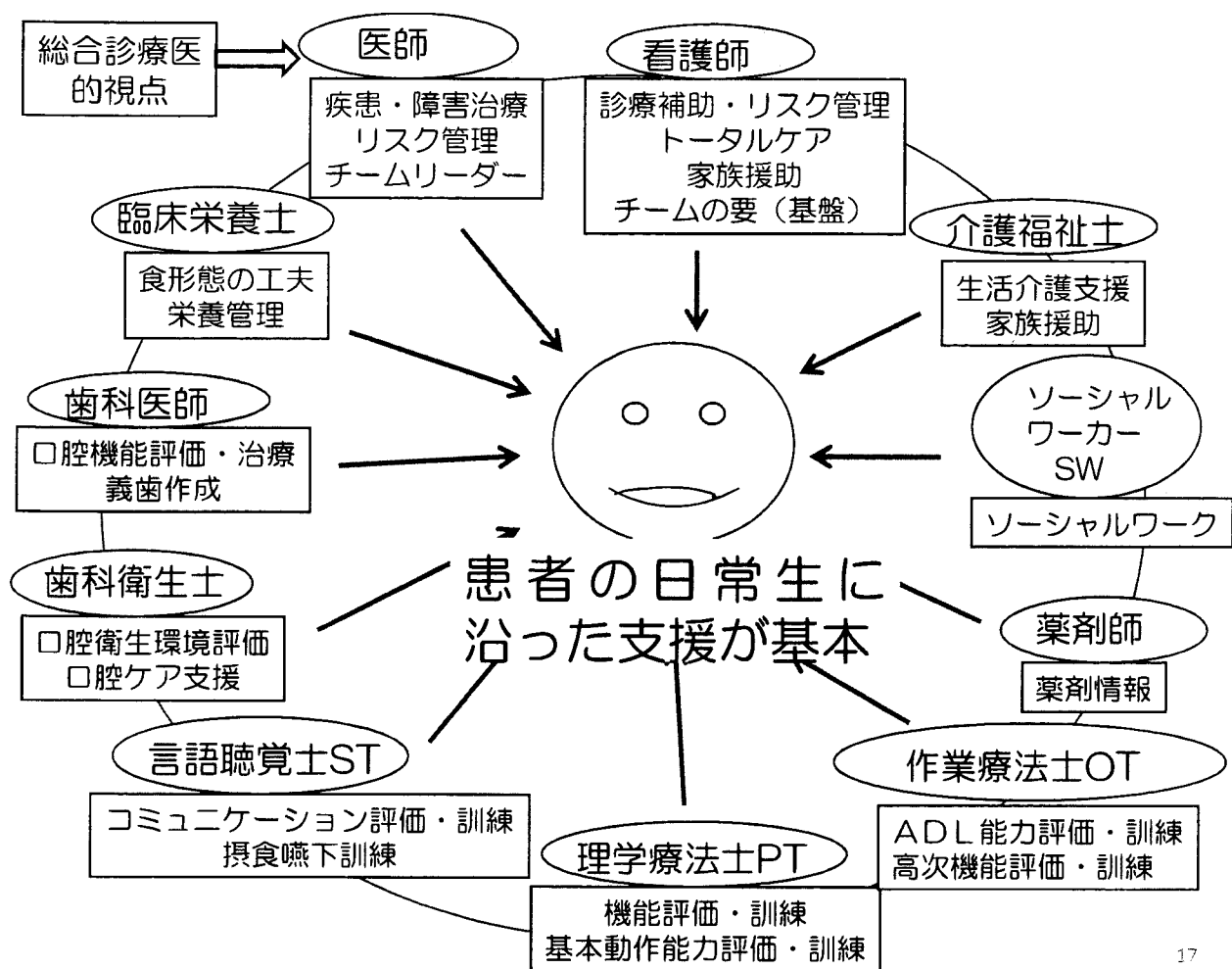
M：マネジャー

AM：アシスタントマネジャー



我々が目指すチーム構造





より良いチームアプローチ

＝チームマネジメントの原則＝

チームの基盤は看護

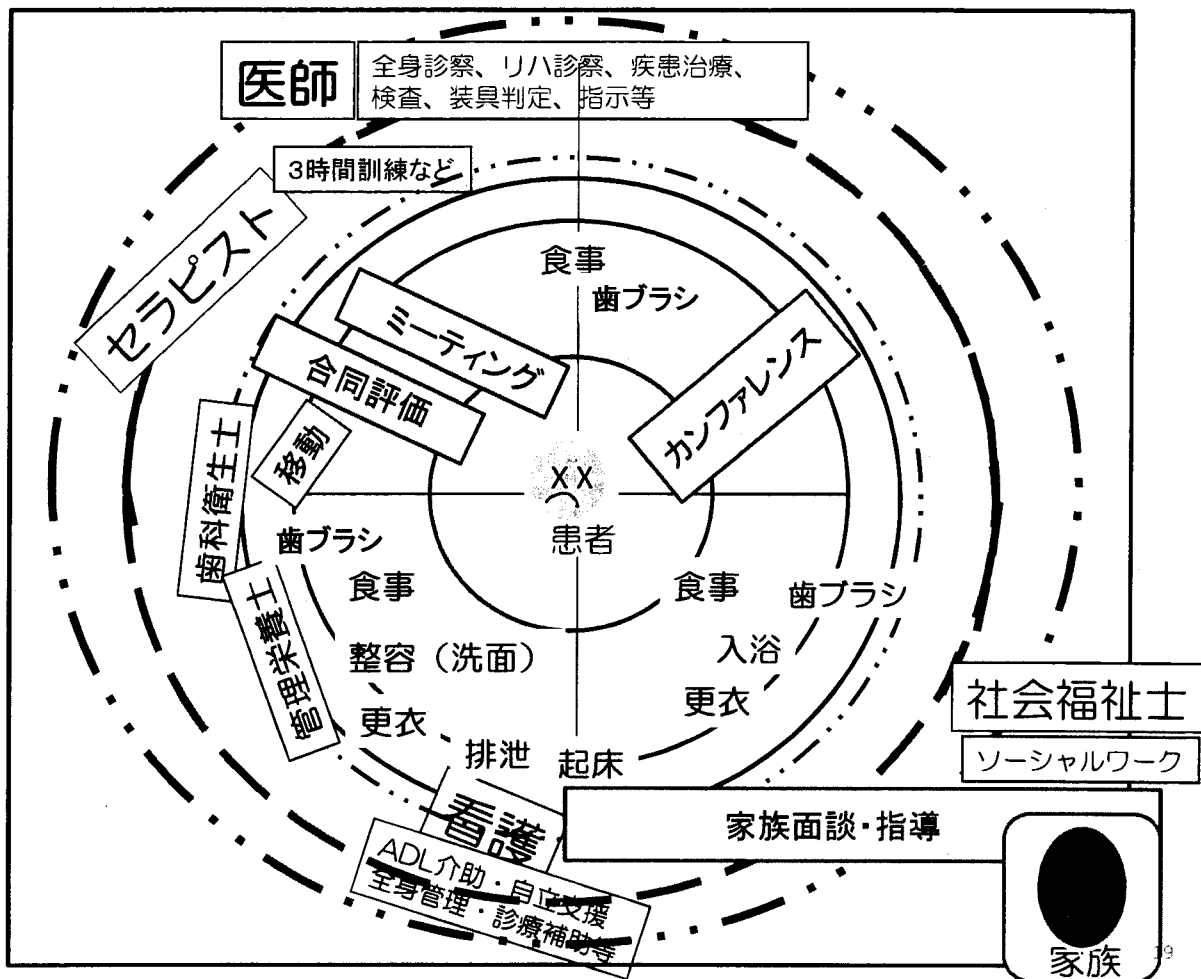
医師は良きコーディネーターであること

＝5原則＝

- ①互いに他職種を尊重し、
- ②明確な目標に向かって、
- ③それぞれの見地から評価を行い、
- ④専門的技術を
- ⑤効率良く提供する

#医師は生活・障害を理解する

総合診療医を目指すチームリーダー⁴⁸



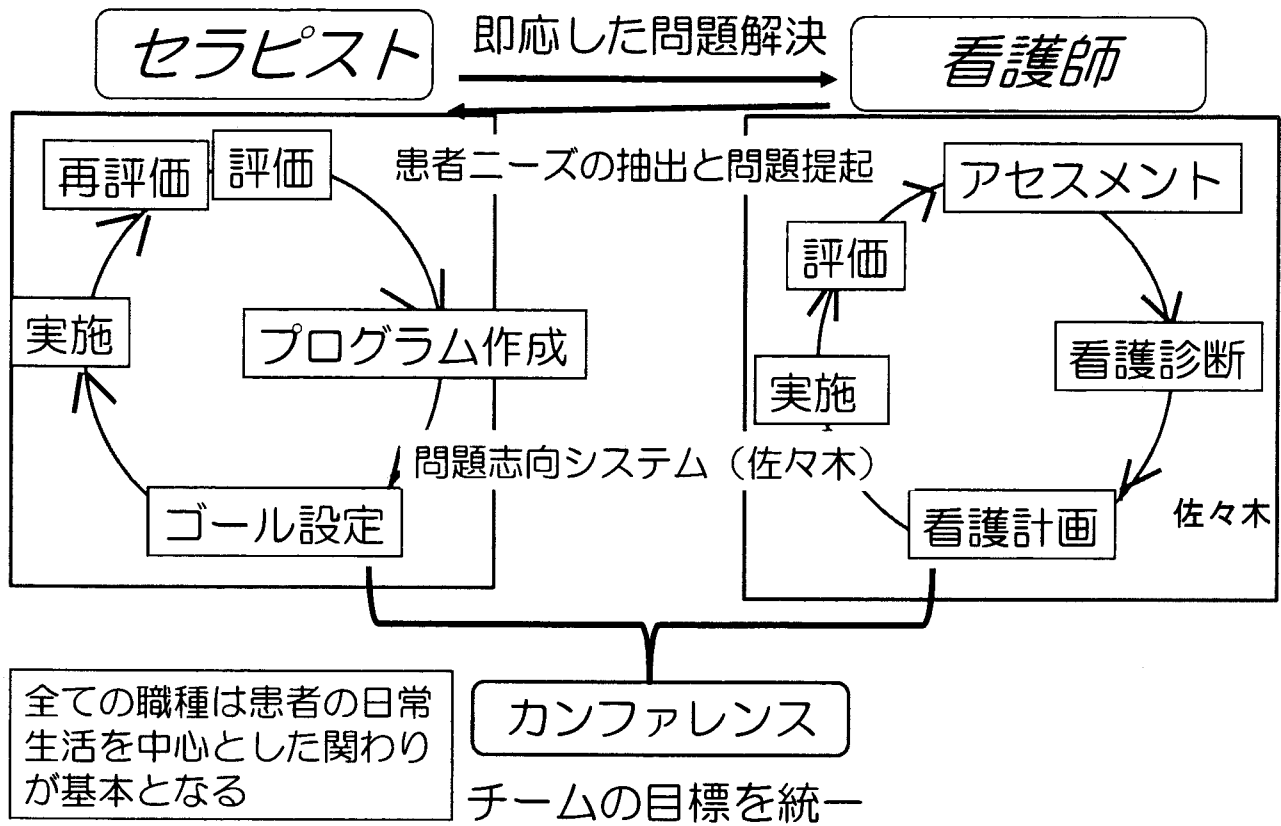
入院生活の調整例

IOE: 間歇的経口経管栄養

| 時間 | 活動 | 車椅子乗車 | 口腔ケア | 食事 | 排泄 | 入浴・整容 | セラピー |
|-------|----|-------|------|------|----|-------|--------|
| | | 6:00 | 起床 | | | | 洗面・更衣 |
| 8:00 | 朝食 | | | IOE | | | |
| 10:00 | | | | 水分摂取 | | | |
| 10:20 | | | | | | | PT3単位 |
| 11:20 | | | | | | | 摂食機能療法 |
| 12:00 | 昼食 | | | 食事 | | | |
| 13:00 | | | | 水分摂取 | | | |
| 14:20 | | | | | | 入浴 | |
| 15:00 | | | | | | | ST3単位 |
| 15:40 | | | | | | | |
| 16:20 | | | | | | | OT2単位 |
| 17:00 | 夕食 | | | IOE | | | |
| 18:00 | | | | | | | OT1単位 |
| | | | | | | 更衣 | |
| 22:00 | 就寝 | | | IOE | | | |

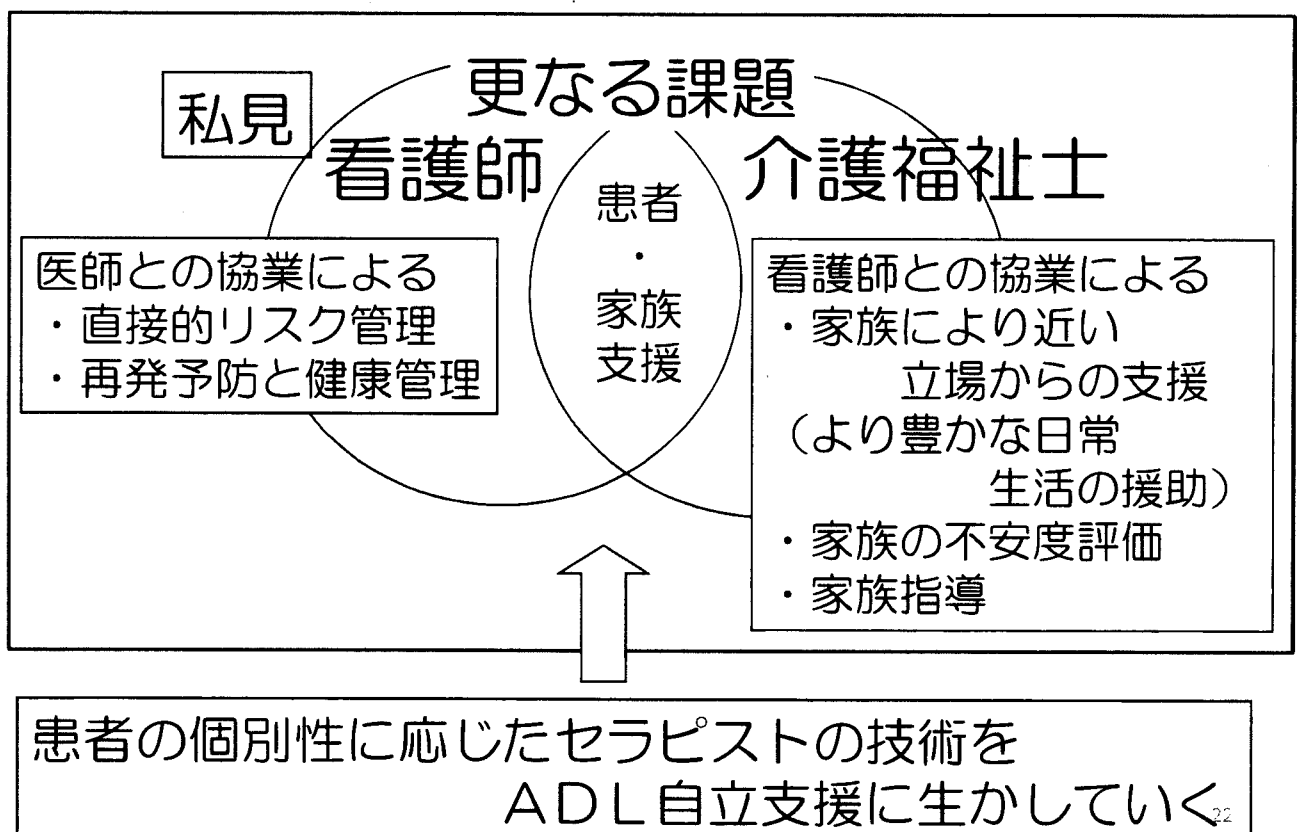
リスク管理 (診療補助)

協働のあり方（セラピストと看護）



21

協働のあり方（看護師と介護福祉士）



22

より良いチームアプローチ

＝チームマネジメントの原則＝

チームの基盤は看護

医師は良きコーディネーターであること

＝5原則＝

- ①互いに他職種を尊重し、
- ②明確な目標に向かって、
- ③それぞれの見地から評価を行い、
- ④専門的技術を
- ⑤効率良く提供する

#医師は生活・障害を理解する

総合診療医を目指すチームリーダー²³

チーム構築のために重要な取り決め

#言葉の問題

- ①チームは連携ではなく、協働である
- ②他職種を指導するのは医師のみ
 - ・助言
 - ・問題提起
- ③病棟さんは全スタッフ
 - ・ナースステーションー→スタッフステーション
 - ・ナースコールー→スタッフコール
- ④〇〇先生！をやめよう

#カンファレンスの充実（議論の場）

業務の拠点は「スタッフステーション」

病棟専従の徹底

①ナースステーション、②ナースコールの廃止

電子カルテ 情報の共有化

25

カンファレンス

- ・担当の全職種が参加
- ・情報交換の場ではなく、議論・調整の場！
- ・他職種を尊重する：ファシリテーターの役割が重要

26

ADL動作に関する協働

移乗

歩行

車椅子座位

トイレ動作

看護から問題提起

セラピストからの助言・提案

27

急性期病院（チーム）との連携
急性期病院でのカンファレンス参加

地域支援チームとの連携
退院前カンファレンス

28

チーム運営に重要な基本

【1】 コミュニケーション

【2】 情報の共有化：電子カルテ

【3】 チームマネジメント

+

#各専門職の知識・技術の向上

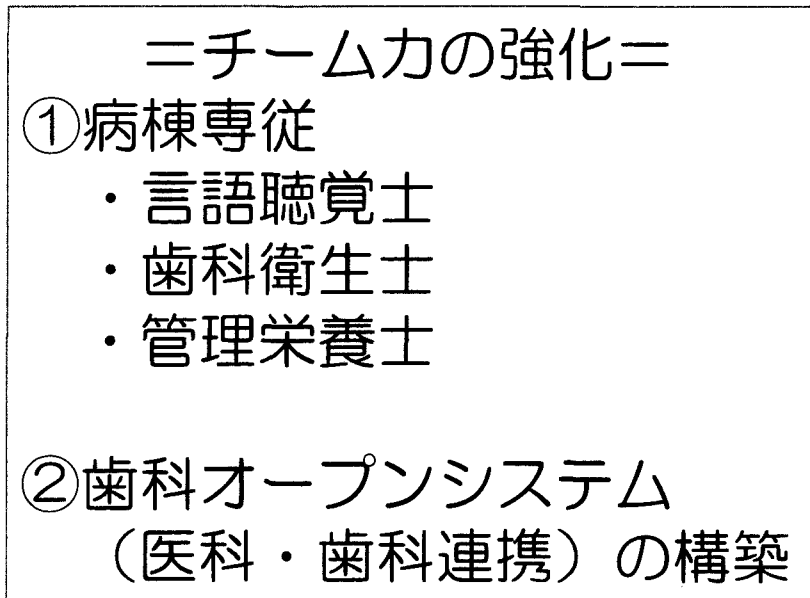
29

【4】 □腔機能回復支援のための
チーム構築
(医科歯科連携)

30

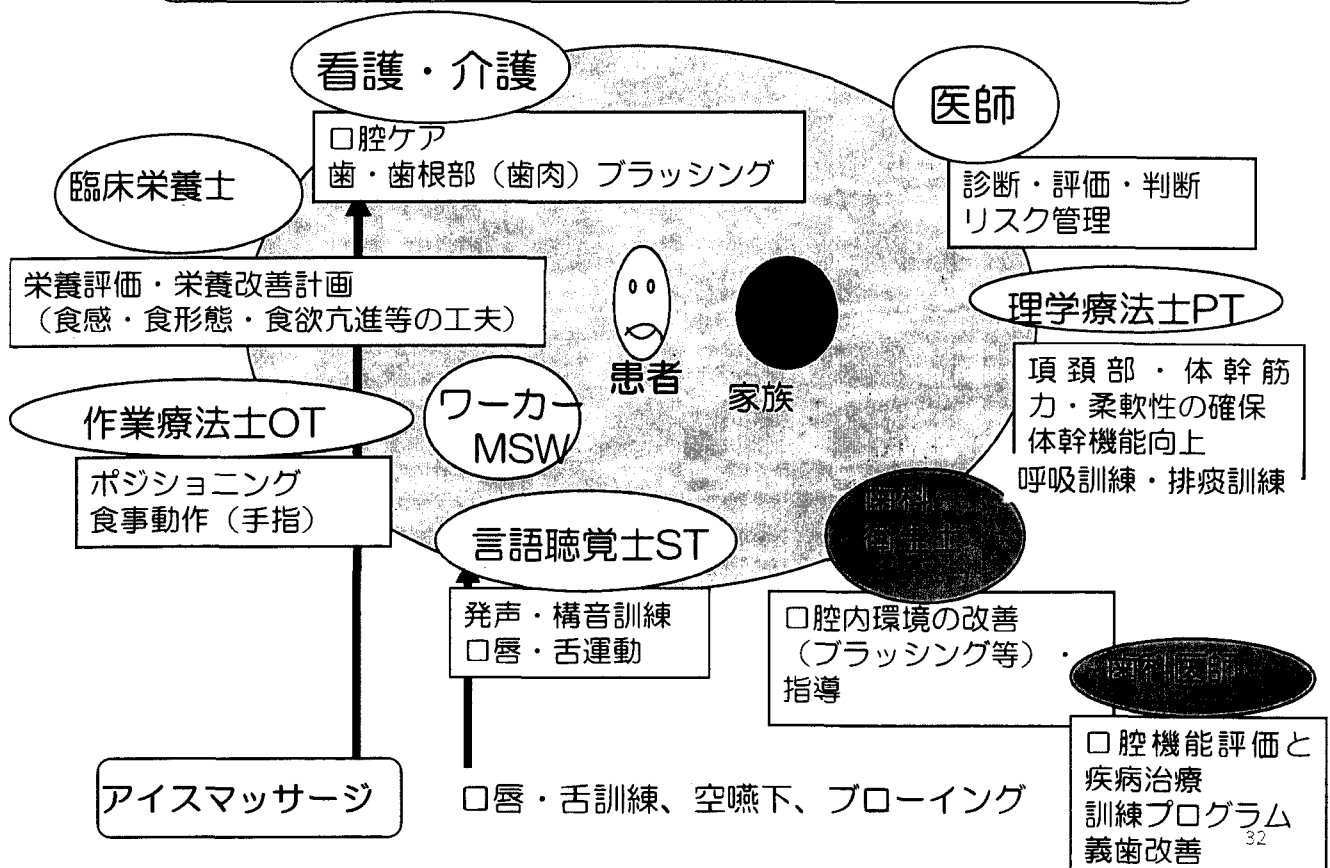
諦めないで

口から食べることを大切にする



31

口から食べるためのチームの関わり



32

口を大切にするケア

看護師 言語聴覚士 歯科衛生士

看護師

間欠的経口経管栄養の実施

33

#

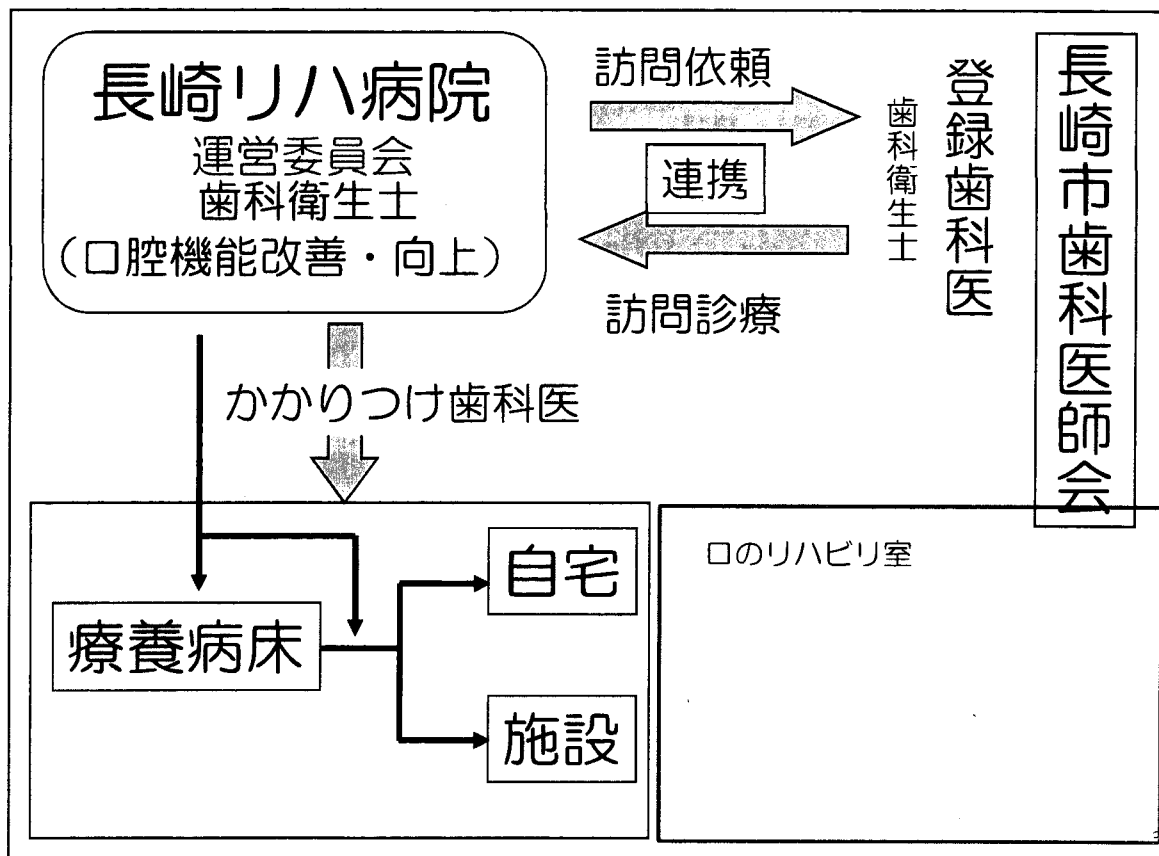
当院における歯科衛生士の業務

- 1) 口腔衛生や機能に関する評価・アセスメント
 - ・入院時合同評価に参画：障害、リスクに関する情報収集
- 2) 本人・家族に対する口腔ケアの技術を助言
- 3) 他職種に対しての口腔ケアに関する助言
 - ・看護の摂食機能療法へのケアプラン提示
 - ・使用歯ブラシ、器具などの選定・提示
- 4) 口腔ケアの援助
- 5) 地域協力歯科医との連携窓口機能
 - ・訪問診療の依頼（情報提供：口腔機能障害も含め）
 - ・訪問診療の補助
 - ・診療内容についての患者・家族及びスタッフへの説明
 - ・口腔ケアに関する歯科医との協議
 - ・退院時の歯科連携調整

この場合の「口腔ケア」とは
口腔衛生のみならず口腔機能向上をも含む

34

歯科診療オープンシステム



参考資料

- ① 歯科オープンシステムの説明と私見
- ② 長崎リハビリテーション病院の実績
- ③ 長崎リハビリテーション病院における病棟専従専門職の業務

①

歯科オープンシステム構築の手順

- ①長崎市歯科医師会長と病院院長との覚書
- ②オープンシステム運営委員会設立
 - ・委員：歯科医師＋病院側代表
(医師・看護・歯科衛生士・STなど)
 - ・全ての運営は委員会の責任の下で行う
 - ・病院側は一切の報酬を受け取らない
- ③登録歯科医師の参加（運営会費が必要）
- ④院長・登録歯科医師との契約

37

歯科オープンシステム構築の理由（1）

- ①高齢・障害者は誤嚥性肺炎が多く
胃漏増設が増えている
 - ・救急搬送患者の最も多い原因は肺炎（2位：脳梗塞）
 - ・回復期リハ病棟での合併症で多いのは誤嚥性肺炎
- ②高齢者の低栄養の大きな原因は口腔機能低下
- ③高齢・障害者にとっては口腔衛生管理と共に
口腔機能向上が重要

38

歯科オープンシステム構築の理由（2）

- ①従来、口腔機能・障害という考え方が医科にも、歯科にも普及していなかった：専門家がない
- ②一般に歯科医師は高齢障害者の歯科治療には不慣れであった
- ③訪問歯科診療を行う歯科医師およびリハ科医師（一部、耳鼻科医）から口腔機能・障害の捉え方が重要であることの認識が出てきた――主に摂食嚥下障害の面から
- ④従来より医科・歯科の垣根は非常に高い
 - ・ 歯科医師はどのようにして病院に入ればいいのか解らない
 - ・ 病院はどこに相談していいのか解らない
- ⑤医師も、歯科医師も看護師や歯科衛生士以外の他職種と協働する経験がない



・ 口腔機能、障害について互いに認識し、チームで関わるのが重要

39

歯科オープンシステムのメリット

- ・ 多くの歯科医師が参加可能
- ・ 参加した歯科医師は他職種と協働する経験を得る
- ・ 医科歯科連携の基本が構築
- ・ 経腸栄養患者の口腔機能が向上し、経口摂取が可能となる

40

院内歯科衛生士の利点

- ①専門的口腔ケアが提供可能
- ②看護業務の効率化と質の向上
- ③医科歯科連携の窓口的存在
- ④職域拡大

院内歯科衛生士の問題点

- ①法的問題
- ②歯科衛生士の質・教育の問題
- ③人件費の問題

41

私見

歯科医不在状況下で、医師の包括的指示の下、実施が望まれる歯科衛生士の業務内容

- ①歯科保健指導（医師に認められている）
- ②摂食機能療法（現状は認められない）
- ③肺炎予防のための口腔清掃
- ④廃用予防のための口腔機能訓練

①の範囲に入らないか？

具体例

- ・口腔清掃
- ・ブラッシング介助（歯、歯肉、舌など）
- ・義歯装着指導、食事時の評価
- ・口輪筋、頬筋、舌マッサージ
- ・嚥下体操指導

42

私見

提案：

#新たな認定制度下で歯科衛生士を
口腔機能療法士（仮称）として育成し、
医科歯科連携の窓口として医師の
包括的指示の下でも従事可能な専門職
とする

43

②

平成22年度年間入院患者

| 紹介病院 | 総計 | % |
|---------------|-----|-----|
| 総患者数 | 463 | 100 |
| 看護必要度B（10点以上） | 189 | 41 |
| 脳梗塞 | 211 | 46 |
| 脳出血 | 98 | 21 |
| くも膜下出血 | 22 | 5 |
| 脳卒中 | 331 | 71 |
| 頭部外傷 | 39 | 8 |
| 脊髄損傷 | 6 | 1 |
| 運動器 廃用 | 28 | 6 |
| その他 | 42 | 9 |
| 対象外 | 14 | 3 |
| | 3 | 1 |

44

H22年退院患者一次転帰

| 転帰 | 患者数 | % |
|------|-----|-----|
| 自宅 | 360 | 71 |
| 施設 | 38 | 8 |
| 老健 | 7 | 1 |
| 療養 | 21 | 4 |
| 急性転化 | 79 | 16 |
| 計 | 505 | 100 |

H22年退院患者実績

急性転化患者二次転帰

| 転帰 | 患者数 |
|------|-----|
| 自宅 | 27 |
| 施設 | 3 |
| 療養 | 14 |
| 入院中 | 25 |
| 死亡 | 10 |
| 急性転化 | 79 |

入院時経腸栄養患者
 ・経口摂取獲得率：52%
 ・在宅復帰：53%

H22年退院患者総合転帰

| 転帰 | 患者数 | % |
|-----|-----|-----|
| 自宅 | 387 | 77 |
| 施設 | 41 | 8 |
| 老健 | 7 | 1 |
| 療養 | 35 | 7 |
| 入院中 | 25 | 5 |
| 死亡 | 10 | 2 |
| 計 | 505 | 100 |

最終転帰（入院中をのぞく）

| 転帰 | 患者数 | % |
|--------|-----|-----|
| 自宅 | 387 | 81 |
| 施設 | 41 | 9 |
| 老健 | 7 | 1 |
| 療養 | 35 | 7 |
| 死亡 | 10 | 2 |
| 退院患者総数 | 480 | 100 |

45

③ 病棟専従医師の1日の業務の流れ

| | |
|-------|-----------|
| 8:00 | 朝食 |
| 8:30 | 病床会議・申し送り |
| 9:00 | 病棟業務 |
| 9:30 | |
| 10:00 | |
| 10:30 | |
| 11:00 | 入院時合同評価 |
| 11:30 | |
| 12:00 | 昼食 |
| 12:30 | 休憩 |
| 13:00 | 病棟業務 |
| 13:30 | |
| 14:00 | カンファレンス |
| 14:30 | |
| 15:00 | |
| 15:30 | |
| 16:00 | 病棟業務 |
| 16:30 | 申し送り |
| 17:00 | 病棟業務 |
| 17:30 | |
| 18:00 | 夕食 |
| 18:30 | |

嚥下造影
 装具外来

#病棟業務：全身診察、リハビリ診察、指示・カルテ記載・慢性疾患管理・合併症治療、処置・嚥下検査・装具判定・ミニカンファレンスなど

46

看護の日勤業務の流れ

| | | |
|-------|--|------|
| 6:00 | 検査 採血 更衣 経管栄養患者の車椅子移乗、口腔ケア、アイスマッサージ 早出スタッフと夜勤スタッフの打ち合わせ 経管栄養準備及び実施 血糖チェック、インスリン施行 更衣 | |
| 7:00 | 経口摂取患者の口腔ケア、アイスマッサージ 食前排泄介助(トイレ誘導) 食堂への誘導 食前薬与薬 看護記録記載 | |
| 8:00 | 配膳 食事介助 食後薬与薬 下膳(摂取量、水分量の確認・記載) | |
| 8:30 | 申し送り 食事介助 食後の口腔ケア、排泄介助 環境整備 チームの情報交換と確認 | |
| 9:00 | カンファレンス(看護計画評価・修正) 処置、薬剤等の準備及び実施 検査 | |
| 10:00 | ケア トイレ誘導 入浴介助 入院時合同評価 | |
| 11:00 | 経管栄養患者の車椅子移乗、口腔ケア、アイスマッサージ 食前排泄介助(トイレ誘導) 経管栄養準備及び実施 血糖チェック、インスリン施行 | 入浴介助 |
| 11:30 | 経口摂取患者の口腔ケア、アイスマッサージ 食前排泄介助(トイレ誘導) 食堂への誘導 食前薬与薬 | |
| 12:00 | 配膳 食事介助 食後薬与薬 下膳(摂取量、水分量の確認・記載) | |
| 13:00 | 食後の口腔ケア、排泄介助 午前カンファレンス | |
| 14:00 | 検査 ケア | |
| 15:00 | 看護師再検 入浴及び吸引 トイレ誘導 看護記録記載 | |
| 16:00 | リーダーNsへ報告 申し送り | |
| 16:30 | 経管栄養患者の車椅子移乗、口腔ケア、アイスマッサージ 夜勤スタッフ間での情報共有及び早出スタッフとの打ち合わせ 経管栄養準備及び実施 血糖チェック、インスリン施行 | |
| 17:00 | 経口摂取患者の口腔ケア、アイスマッサージ 食前排泄介助(トイレ誘導) 食堂への誘導 食前薬与薬 | |
| 18:00 | 配膳 食事介助 食後薬与薬 下膳(摂取量、水分量の確認・記載) | |
| 19:00 | 検査 ケア トイレ誘導 入浴及び吸引 | |
| 20:00 | 更衣 看護師再検 入浴及び吸引 | |
| 21:00 | トイレ誘導 食前薬与薬 看護記録記載 | |
| 22:00 | 退行 | |

セラピストの業務の流れ

| | | |
|--------|--|--|
| 7:00~ | | 早出業務開始 PT1名・OT1名 対象者を決めての関わり 配膳・コール対応 |
| 8:30~ | 日勤業務開始 フロア別での申し送り・1日の予定伝達 コール対応 | |
| 8:40~ | 患者の担当者間でのミーティング 患者への朝の挨拶と運動練習時間の伝達 コール対応 | |
| 9:00~ | 運動練習 入浴介入 コール対応 | 訪問同伴 |
| 11:00~ | | 遅出業務開始 |
| 12:00~ | 昼休み | |
| 13:00~ | 食事介入 配膳 運動練習 訪問同伴 | 病棟ミーティング 各職種ミーティング カンファレンス参加 |
| 15:30~ | 日別調整 委員会活動 早出業務終了 | 担当者間でのミーティング |
| 16:30~ | フロア別での申し送り・次の日の予定伝達 | 院内勉強会 |
| 16:40~ | 患者の担当者でのミーティング コール対応 | 院外勉強会 研究活動 |
| 17:00~ | 日勤業務終了 | |
| 19:00 | 遅出業務終了 | |

社会福祉士 (SW)の1日の業務の流れ

| 時刻 | 内容 |
|-------------|--|
| 8:30~8:50 | 病棟申し送り |
| 8:45~9:00 | SW朝のミーティング |
| 9:00~11:00 | 訪問同行、主治医面談、SW面接、家族・関係機関との連絡調整、入院患者情報収集(サマリーなどの確認) |
| 11:00~12:00 | 入院日合同評価、主治医面談同席 |
| 12:00~12:30 | インテーク面接 |
| 13:00~14:00 | 訪問同行、主治医面談、SW面接、地域カンファレンス、プレースクリニック 家族・関係機関との連絡調整、各種委員会 |
| 14:00~16:00 | 定期カンファレンス |
| 16:00~16:30 | 主治医面談、SW面接、地域カンファレンス、家族・関係機関との連絡調整 |
| 16:30~17:00 | 病棟申し送り、主治医面談、家族・関係機関との連絡調整 退院時カンファ、中間評価 |

49

管理栄養士

歯科衛生士

| 時間 | 主な業務内容 | 不定期の業務内容 |
|-------|-------------------------|------------------------------|
| 8:30 | 朝の申し送り | |
| 8:45 | 朝食の摂取状況の確認 | |
| 9:00 | 管理栄養士ミーティング | |
| 9:15 | | |
| 9:30 | 管理栄養士・レオックミーティング | |
| 9:45 | | |
| 10:00 | 入院患者の情報収集 | |
| 10:15 | | |
| 10:30 | 入院患者の栄養アセスメント、身体計測 | |
| 10:45 | | |
| 11:00 | 入院時合同評価 | (毎週火曜日) 伊東副部長、管理栄養士ミーティング |
| 11:15 | 入院時の食事内容の決定 | |
| 11:30 | 栄養管理計画書の作成と本人・ご家族への説明 | |
| 11:45 | アレルギー患者等の配膳チェック(パントリー内) | |
| 12:00 | | |
| 12:15 | 食事状況の評価 | |
| 12:30 | | |
| 12:45 | | |
| 13:00 | | |
| 13:15 | 昼食・休憩 | |
| 13:30 | | (月2~3回) 献立ミーティング |
| 13:45 | | |
| 14:00 | | |
| 14:15 | | |
| 14:30 | 入院時、定期カンファレンス参加 | |
| 14:45 | | |
| 15:00 | アセスメント、モニタリング | |
| 15:15 | 栄養プランの立案、変更 | |
| 15:30 | | |
| 15:45 | 栄養指導 | |
| 16:00 | | 各種委員会参加 |
| 16:15 | | |
| 16:30 | 夕の申し送り | |
| 16:45 | | |
| 17:00 | 中間評価参加 | |

| | |
|-----------|-----------------------------------|
| 8:15~8:30 | 電子カルテにて夜間・早朝の情報収集 歯科衛生士合同申し合わせ |
| 8:30~8:45 | 各フロアの申し送り(必要に応じて口腔ケア指導・介入) |
| 8:45~ | 口腔ケア指導・支援 |
| | 訪問歯科診療の対応 |
| 11:00 ~ | 入院時合同評価 |
| 12:00 ~ | 食事の観察 口腔ケア指導・支援 |
| | ・各委員会への出席 |
| 昼 休 み | |
| 14:00 ~ | カンファレンス 訪問歯科診療の対応 |
| | 口腔ケア指導・支援 |
| | ・各委員会への出席 |
| 16:30 ~ | 各フロアの申し送り |

50

チーム医療の具体的実践事例

提出委員名 栗原正紀 委員

| | |
|-----------------------|---|
| チーム（取組）の名称 | 回復期リハ専門病院におけるチーム |
| チームを形成（病棟配置）する目的 | 特に脳卒中患者や肺炎による廃用症候群患者などは多くが高齢者のために、多種多様なリスク（慢性疾患や再発、合併症）を抱えている。その様な状況下で、障害の改善、家庭復帰を支援することとなる。そのためには医師・看護師のみならずその他の多くの専門職が患者の日常生活を基本とした関わりが重要であり、病棟専従多職種がチームを構築してはじめて、質の高いサービスを効率よく提供、安心した地域生活に繋がっていくことが可能となる。 |
| チームによって得られる効果 | セラピストのみならず介護福祉士、社会福祉士、管理栄養士、歯科衛生士などが病棟専従となることで専門職間の垣根が無く、日常的に情報交換・検討が盛んとなるとともに、専門的視点に立って評価・プログラム作成を行い、カンファレンスで統一した目標に向かって関わることが可能となる。 |
| 関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 | <p>① 病棟専従医師：入院時多職種と共に全身状態および障害の評価、予後予測を行うと共に他職種に指示を与えチームが有効に機能するようにリーダーシップを発揮。患者・家族が障害を乗り越え地域生活に立ち向かえるようにチームリーダーとして支援する。更に総合診療的視点に立って、慢性疾患および再発・合併症の予防と治療を行う。また急性期および維持期との連携を図っていく。（カンファレンス、家族説明、合併症治療に時間を要す）</p> <p>② 看護師：医師の指示の下、リスク管理を行う。ADL介助・自立援助を基本とした関わりの中で、セラピストが個別患者に指導した内容を積極的に取り入れると共に日常生活における問題点を抽出し、セラピストに提示する。家族支援。</p> <p>③ 介護福祉士：日常生活支援と共に家族の介護指導を行う。</p> <p>④ 管理栄養士：栄養アセスメント、評価、改善プログラム作成、実施、再評価。本人および家族に対する栄養指導・食形態調理指導</p> <p>⑤ 薬剤師：入院時使用薬剤の情報収集の下、医師・看護などに情報提供、本人・家族指導</p> <p>⑥ 理学療法士・作業療法士：障害の集中的改善を図り、基本動作の確立と共に日常生活動作の改善が図れるよう看護とともに介入する。</p> <p>⑦ 言語聴覚士：言語障害の改善と共に摂食嚥下訓練を行う</p> <p>⑧ 社会福祉士：家族とスタッフ間、患者と家族間・地域生活などとのつなぎとしての役割を行いながら在宅生活基盤づくりを実施。</p> <p>⑨ 歯科衛生士：歯科医師との連携の窓口機能を果たすと共に、口腔衛生状態の評価、口腔ケアのプログラム作成（重度障害患者に対する口腔ケア技術助言・援助）、歯ブラシなどの患者・家族指導を行う。</p> <p>⑩ 登録歯科医師：口腔機能向上のために義歯調整、歯科的治療を行うと共に食事場面での機能評価を実施。カンファレンスに出席</p> |
| #各職種の業務時間内容は別表にて示す | |

チームの運営に関する事項

チーム運営に関しては以下の項目が前提であり、教育が必要

- ・電子カルテによる情報の共有化
- ・カンファレンスの重視
- ・チームマネジメント能力

それぞれの職種の知識・技術力向上に向けた教育体制が前提となる

具体的に取り組んでいる医療機関等

長崎リハビリテーション病院、初台リハビリテーション病院、その他

#病棟専従各専門職の1日の病棟業務の流れと所要時間

【1】共通項目：全職種週休2日制（医師のみは土日・祝祭日休み）

- ① 入院時合同評価：全職種約60分
その後、医師およびSW、看護は家族面談・説明
- ② カンファレンス
 - ・定期カンファレンス：全患者につき月1回（1例30分）
 - ・家庭訪問
 - ・地域カンファレンス：ケアマネやかかりつけ医などを交えて30-60分
- ③ 随時、家族説明（30-60分）
- ④ 介護指導
- ⑤ 委員会、院内研修会参加

【2】各専門職別業務の流れ（例）

（1）病棟専従医

| | |
|-------|-----------|
| 8:00 | 朝食 |
| 8:30 | 病床会議・申し送り |
| 9:00 | 病棟業務 |
| 9:30 | |
| 10:00 | |
| 10:30 | |
| 11:00 | 入院時合同評価 |
| 11:30 | |
| 12:00 | 昼食 |
| 12:30 | 休憩 |
| 13:00 | 病棟業務 |
| 13:30 | |
| 14:00 | カンファレンス |
| 14:30 | |
| 15:00 | |
| 15:30 | |
| 16:00 | 病棟業務 |
| 16:30 | 申し送り |
| 17:00 | 病棟業務 |
| 17:30 | |
| 18:00 | 夕食 |
| 18:30 | |

} 嚥下造影
装具外来

#病棟業務：全身診察、処置、指示、カルテ記載
リハビリ診察、ミニカンファレンス等

なお、

- ・各医師は週1回午前中は外来診察
- ・土日は当直勤務体制

(2) 看護師・介護福祉士の日勤

| | | |
|-------|---|-------------|
| 6:00 | 検温 採血 更衣 経管栄養患者の車椅子移乗、口腔ケア、アイスマッサージ | |
| 7:00 | 早出スタッフと夜勤スタッフの打ち合わせ 経管栄養準備及び実施 血糖チェック、インスリン施行 更衣 経口摂取患者の口腔ケア、アイスマッサージ 食前排泄介助(トイレ誘導) 食堂への誘導 食前薬与薬 看護記録記載 | |
| 8:00 | 配膳 食事介助 食後薬与薬 下膳(摂取量、水分量の確認・記載) | |
| 8:30 | 申し送り 食事介助 食後の口腔ケア、排泄介助 環境整備 | |
| 9:00 | チーム内情報交換と確認 ミニカンファレンス(看護計画評価・修正) 処置、注射等の準備及び実施 | |
| 10:00 | 検温 ケア トイレ誘導 吸入及び吸引 | |
| 11:00 | 入院時合同評価 経管栄養患者の車椅子移乗、口腔ケア、アイスマッサージ 食前排泄介助(トイレ誘導) | 入浴介助 |
| 11:30 | 経管栄養準備及び実施 血糖チェック、インスリン施行 経口摂取患者の口腔ケア、アイスマッサージ 食前排泄介助(トイレ誘導) 食堂への誘導 | |
| 12:00 | 食前薬与薬 配膳 食事介助 食後薬与薬 下膳(摂取量、水分量の確認・記載) | |
| 13:00 | 食後の口腔ケア、排泄介助 | |
| 14:00 | 定期カンファレンス 検温 ケア | |
| 15:00 | 有熱者再検 吸入及び吸引 トイレ誘導 看護記録記載 | |
| 16:00 | リーダーNsへ報告 | |
| 16:30 | 申し送り 経管栄養患者の車椅子移乗、口腔ケア、アイスマッサージ | |
| 17:00 | 夜勤スタッフ間での情報共有及び遅出スタッフとの打ち合わせ 経管栄養準備及び実施 血糖チェック、インスリン施行 経口摂取患者の口腔ケア、アイスマッサージ 食前排泄介助(トイレ誘導) 食堂への誘導 | |
| 18:00 | 食前薬与薬 配膳 食事介助 食後薬与薬 下膳(摂取量、水分量の確認・記載) | |
| 19:00 | 検温 ケア トイレ誘導 吸入及び吸引 | ↓ |
| 20:00 | 更衣 | |
| 21:00 | 有熱者再検 吸入及び吸引 トイレ誘導 就寝前与薬 看護記録記載 | |
| 22:00 | 消灯 | |

(3) セラピスト (PT、OT、ST) : 365日リハ実施体制

(患者1人に対して1日9単位を目標)

| | | |
|--------|--|--|
| 7:00～ | | 早出業務開始 PT1名・OT1名 対象者を決めての関わり 配膳・コール対応 |
| 8:30～ | 日勤業務開始 フロア別での申し送り・1日の予定伝達 コール対応 | |
| 8:40～ | 患者の担当者間でのミーティング 患者への朝の挨拶と運動練習時間の伝達 コール対応 | |
| 9:00～ | 運動練習 入浴介入 コール対応 | 訪問同伴 |
| 11:00～ | | 遅出業務開始 |
| 12:00～ | 昼休み | |
| 13:00～ | 食事介入 配膳 運動練習 訪問同伴 | 病棟ミーティング |
| | | 各職種ミーティング |
| | | カンファレンス参加 |
| 15:30～ | 日別調整 委員会活動 早出業務終了 | 担当者間でのミーティング |
| 16:30～ | フロア別での申し送り・次の日の予定伝達 | 院内勉強会 |
| 16:40～ | 患者の担当者でのミーティング コール対応 | 院外勉強会 |
| 17:00～ | 日勤業務終了 | 研究活動 |
| 19:00 | 遅出業務終了 | |

(4) 病棟専従社会福祉士 (SW)

| | |
|-------------|---|
| 8:30~8:50 | 病棟申し送り |
| 8:45~9:00 | SW朝のミーティング |
| 9:00~11:00 | 訪問同行、主治医面談、SW面接、家族・関係機関との連絡調整、入院患者情報収集(サマリーなどの確認) |
| 11:00~12:00 | 入院日合同評価、主治医面談同席 |
| 12:00~12:30 | インテーク面接 |
| 13:00~14:00 | 訪問同行、主治医面談、SW面接、地域カンファレンス、プレースクリニク 家族・関係機関との連絡調整、各種委員会 |
| 14:00~16:00 | 定期カンファレンス |
| 16:00~16:30 | 主治医面談、SW面接、地域カンファレンス、家族・関係機関との連絡調整 |
| 16:30~17:00 | 病棟申し送り、主治医面談、家族・関係機関との連絡調整 退院時カンファ、中間評価 |

(5) 病棟専従管理栄養士

| 時間 | 主な業務内容 | 不定期の業務内容 | |
|-------|-------------------------|----------|------------------------------|
| 8:30 | 朝の申し送り | | |
| 45 | 朝食の摂取状況の確認 | | |
| 9:00 | 管理栄養士ミーティング | | |
| 15 | | | |
| 9:30 | 管理栄養士・委託業者間ミーティング | | |
| 45 | | | |
| 10:00 | 入院患者の情報収集 | | (毎週火曜日) 伊東副部長、管理栄養士ミーティング |
| 15 | | | |
| 10:30 | 入院患者の栄養アセスメント、身体計測 | | |
| 45 | | | |
| 11:00 | 入院時合同評価 | | |
| 15 | 入院時の食事内容の決定 | | |
| 11:30 | 栄養管理計画書の作成と本人・ご家族への説 | | |
| 45 | アレルギー患者等の配膳チェック(ハントリー内) | | |
| 12:00 | | | |
| 15 | 食事状況の評価 | | |
| 12:30 | | | |
| 45 | | | |
| 13:00 | | | |
| 15 | 昼食・休憩 | | |
| 13:30 | | | |
| 45 | | | |
| 14:00 | 入院時、定期カンファレンス参加 | | (月2~3回) 献立ミーティング |
| 15 | | | |
| 14:30 | アセスメント、モニタリング | | |
| 45 | | | |
| 15:00 | 栄養プランの立案、変更 | | |
| 15 | | | |
| 15:30 | 栄養指導 | | |
| 45 | | | |
| 16:00 | | | |
| 15 | | | |
| 16:30 | 夕の申し送り | | |
| 45 | | | |
| 17:00 | 中間評価参加 | | |

(6) 病棟専従歯科衛生士

| | |
|-------------------------|--|
| 8:15~8:30 | 電子カルテにて夜間・早朝の情報収集 歯科衛生士合同申し合わせ |
| 8:30~8:45 | 各フロアの申し送り(必要に応じて口腔ケア指導・介入) |
| 8:45~ | 口腔ケア指導・支援 訪問歯科診療の対応 |
| 11:00 ~ | 入院時合同評価 |
| 12:00 ~ | 食事の観察 口腔ケア指導・支援 ・各委員会への出席 |
| ----- 昼 休 み ----- | |
| 14:00 ~ | カンファレンス 訪問歯科診療の対応 口腔ケア指導・支援 ・各委員会への出席 |
| 16:30 ~ | 各フロアの申し送り |