

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

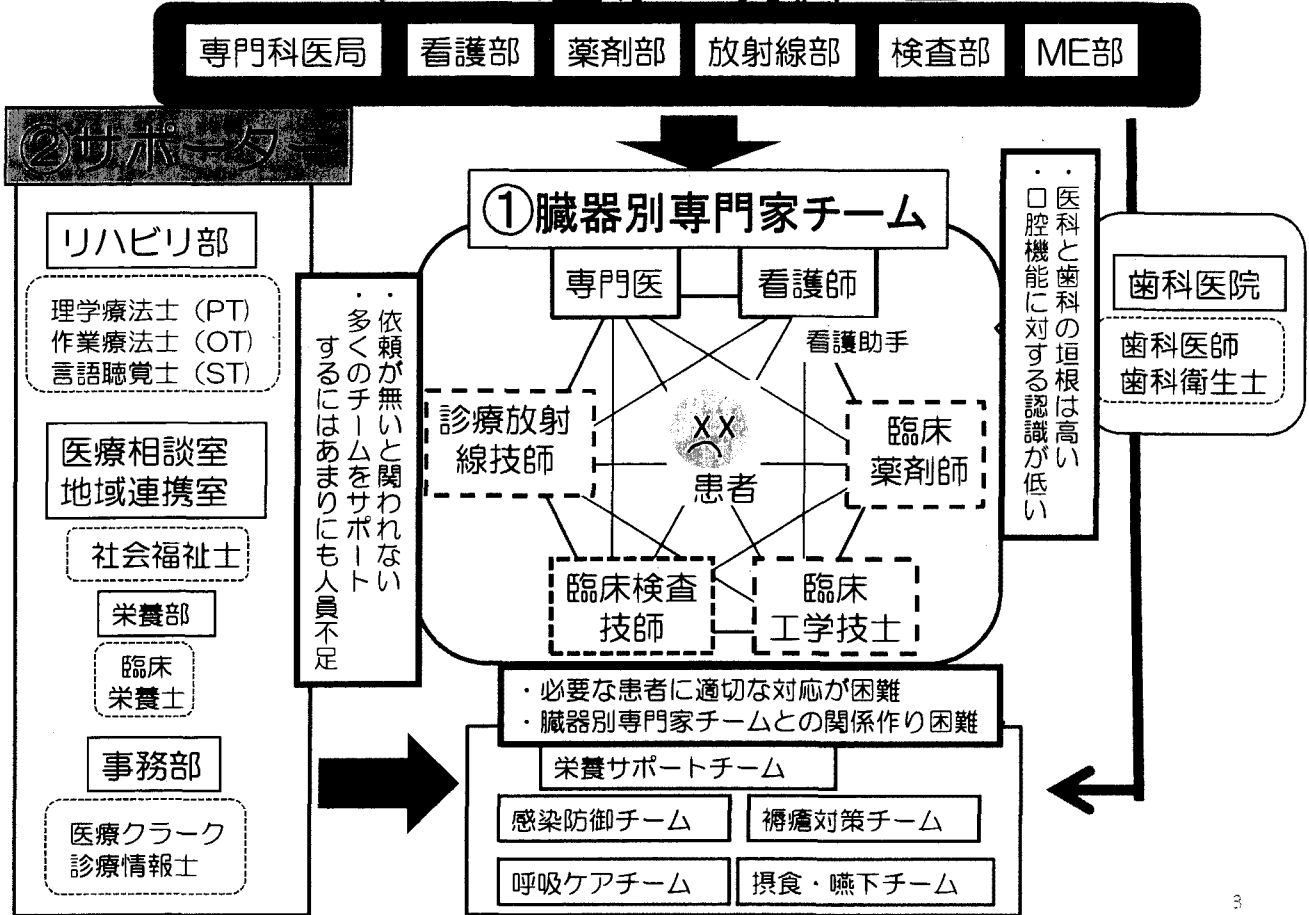
長崎リハビリテーション病院

院長 栗原正紀

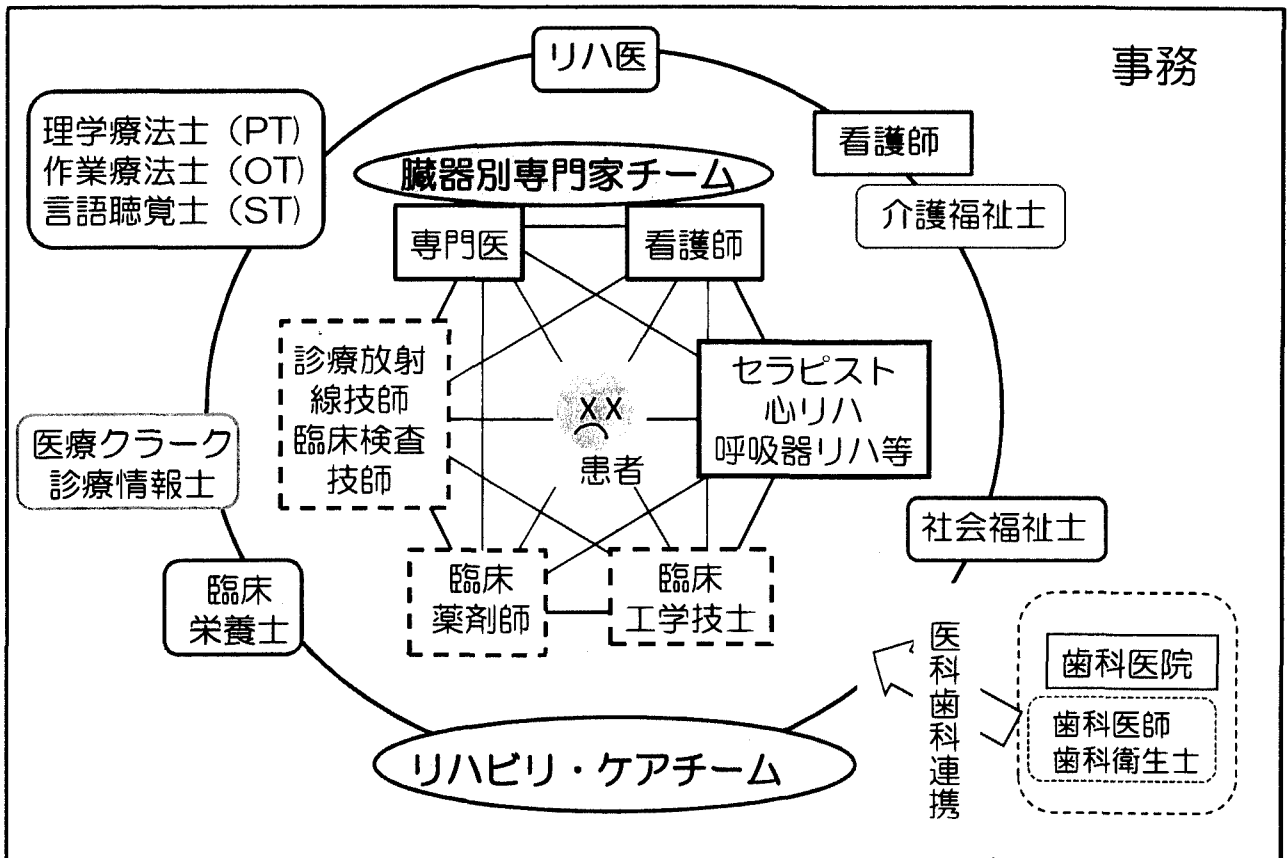
1

【1】 チーム医療のあり方

チーム医療の現状の型

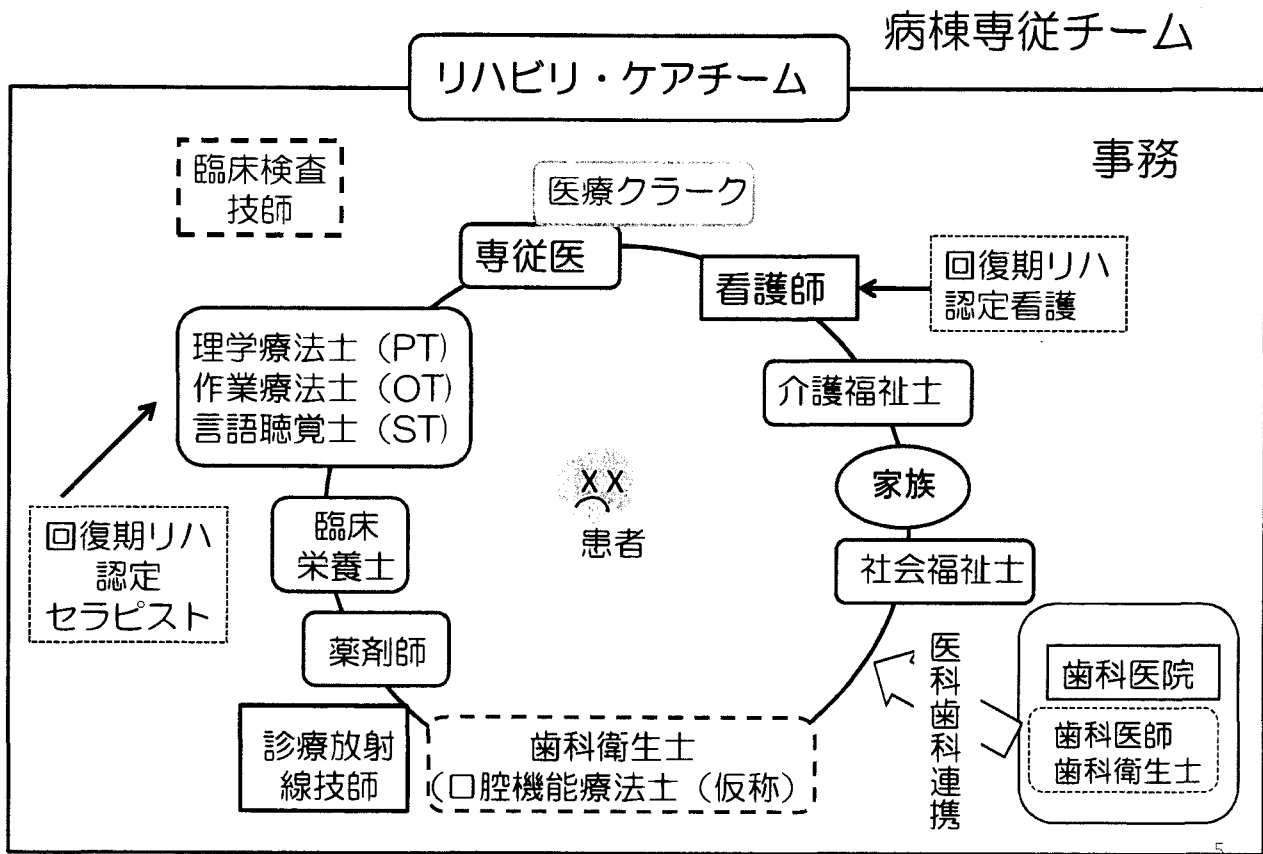


病棟専従チームの型 (例：高齢者専門急性期病棟)

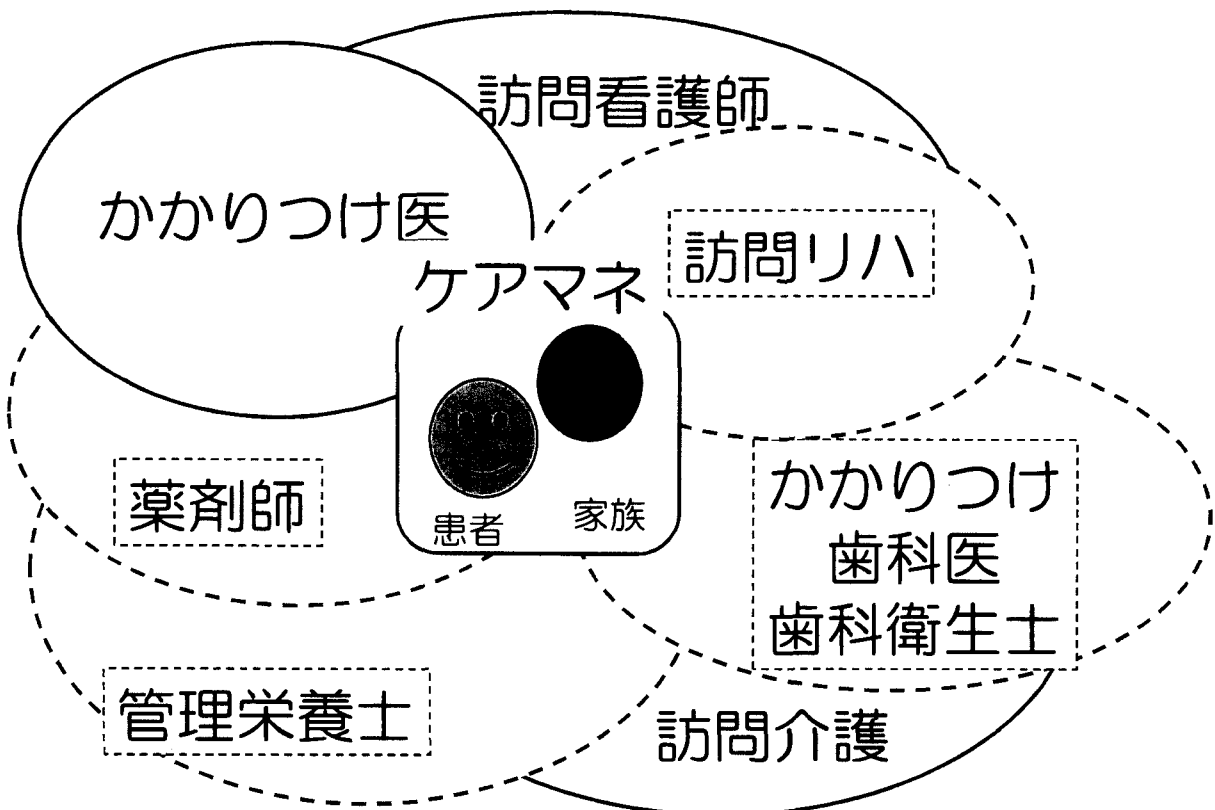


--- 通常、病棟専従にならないであろう職種

回復期リハ病棟のチーム（例：脳血管患者病棟）



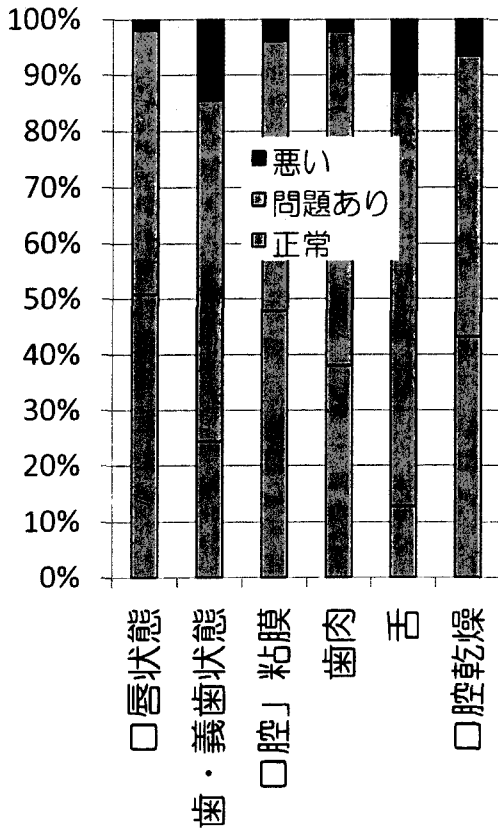
慢性期（生活期）在宅サポートチーム



【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 $\leq 3.2 \text{ g/dl}$	79	15
%標準体重 $\leq 80\%$	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 $3.2 \text{ g} \cdot \text{dl}$ 以下
- ⑤Stage 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

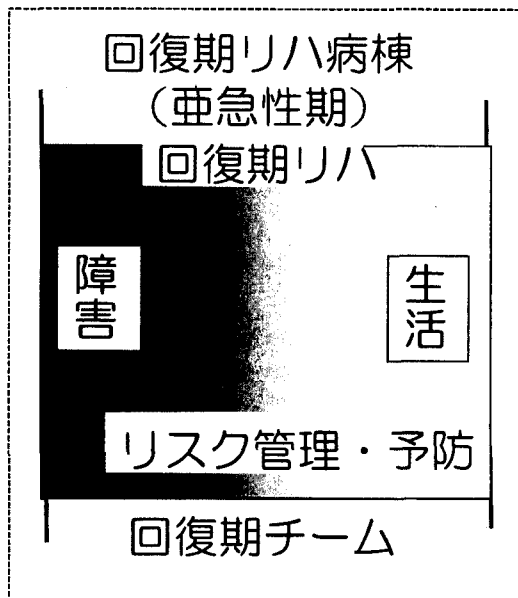


高齢者の多い病棟は
専従チームが必要！

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

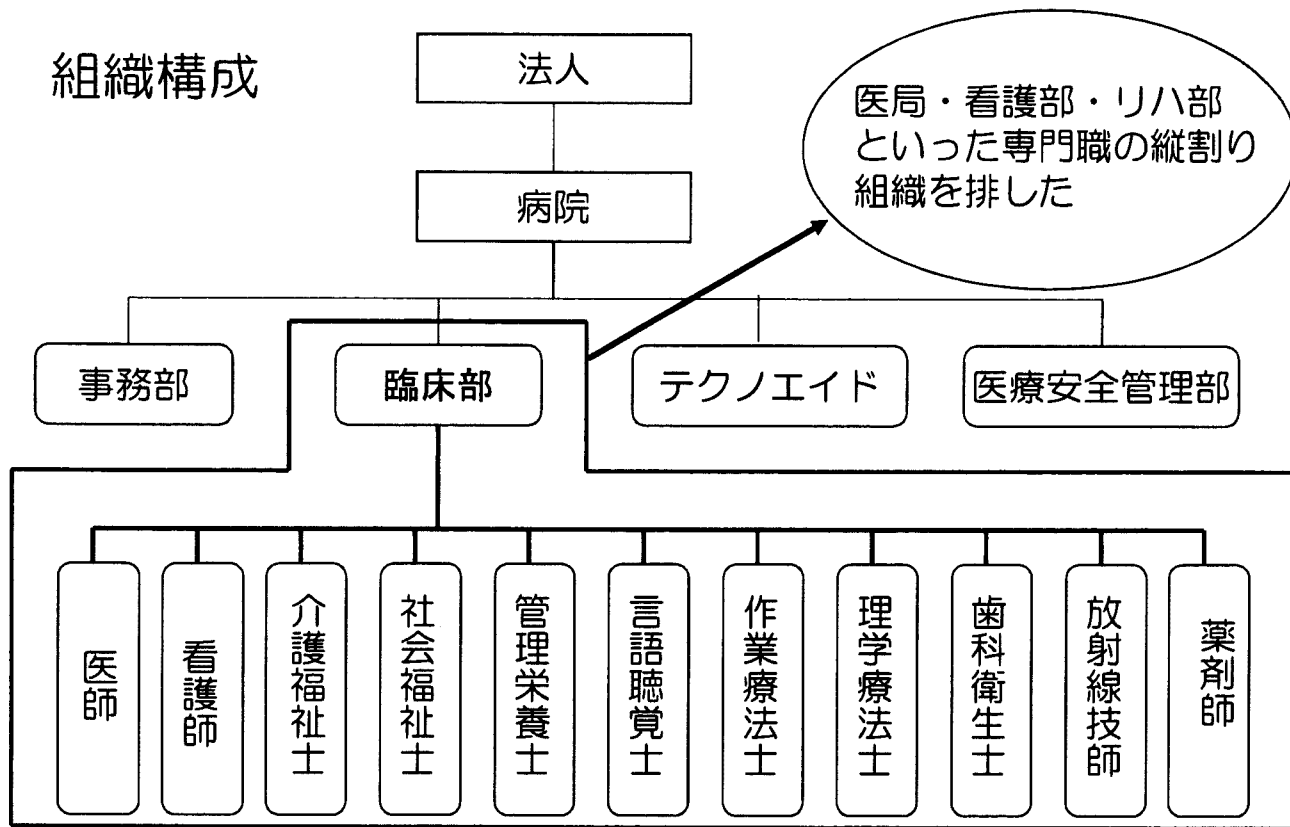


対策

- 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

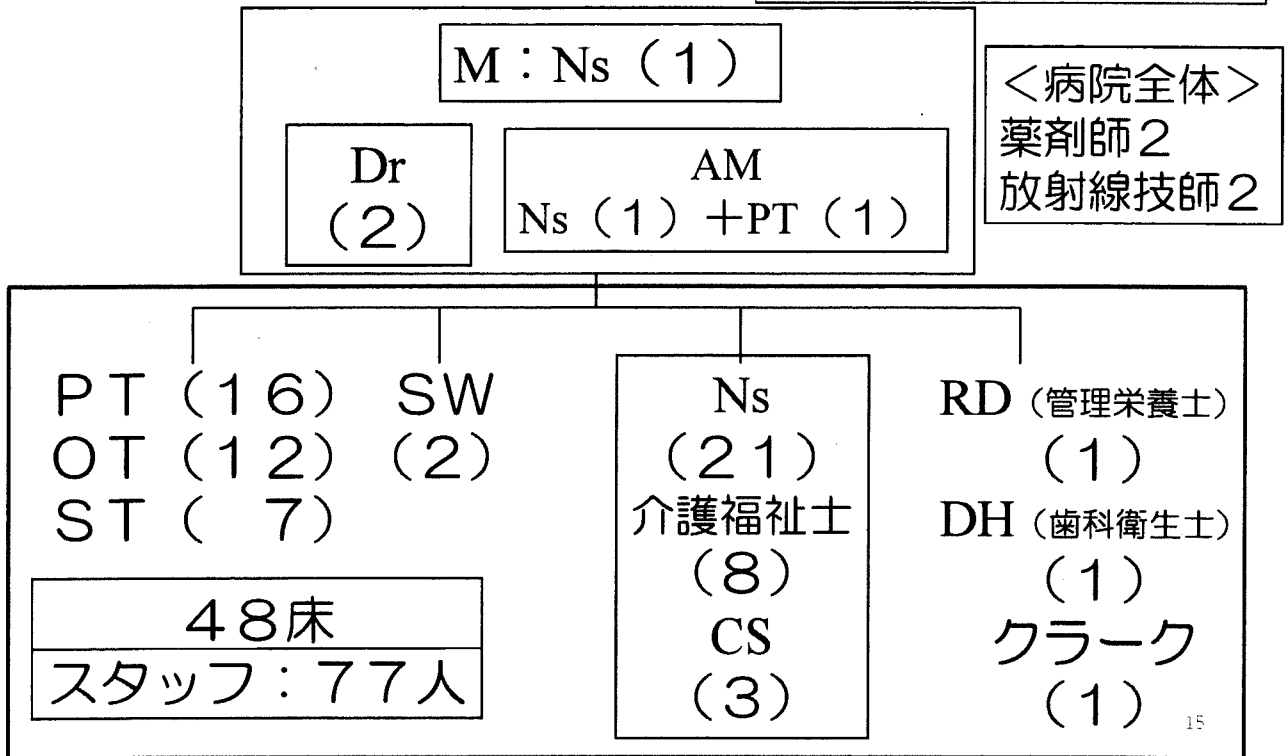
14

当院病棟（48床）人員配置

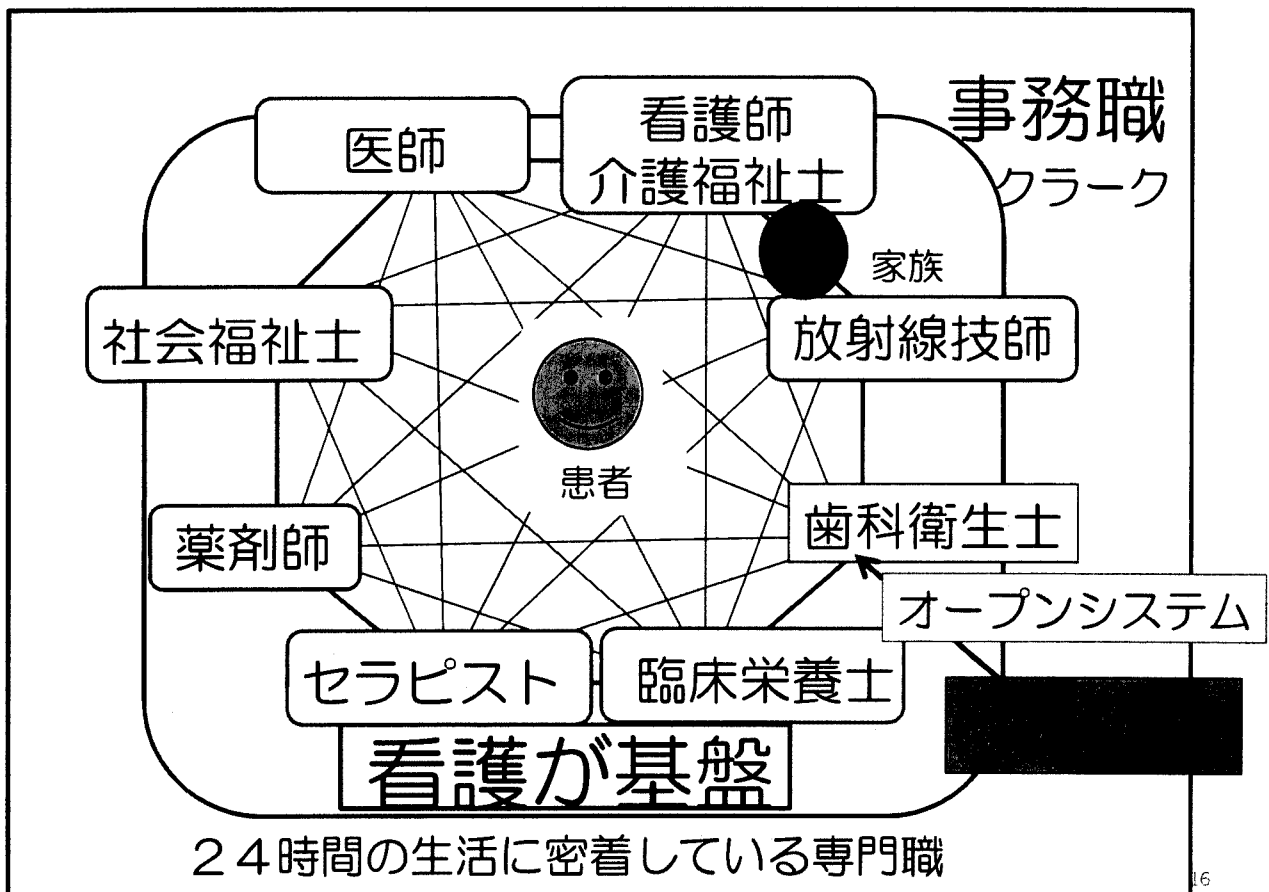
（全職種病棟専従制）

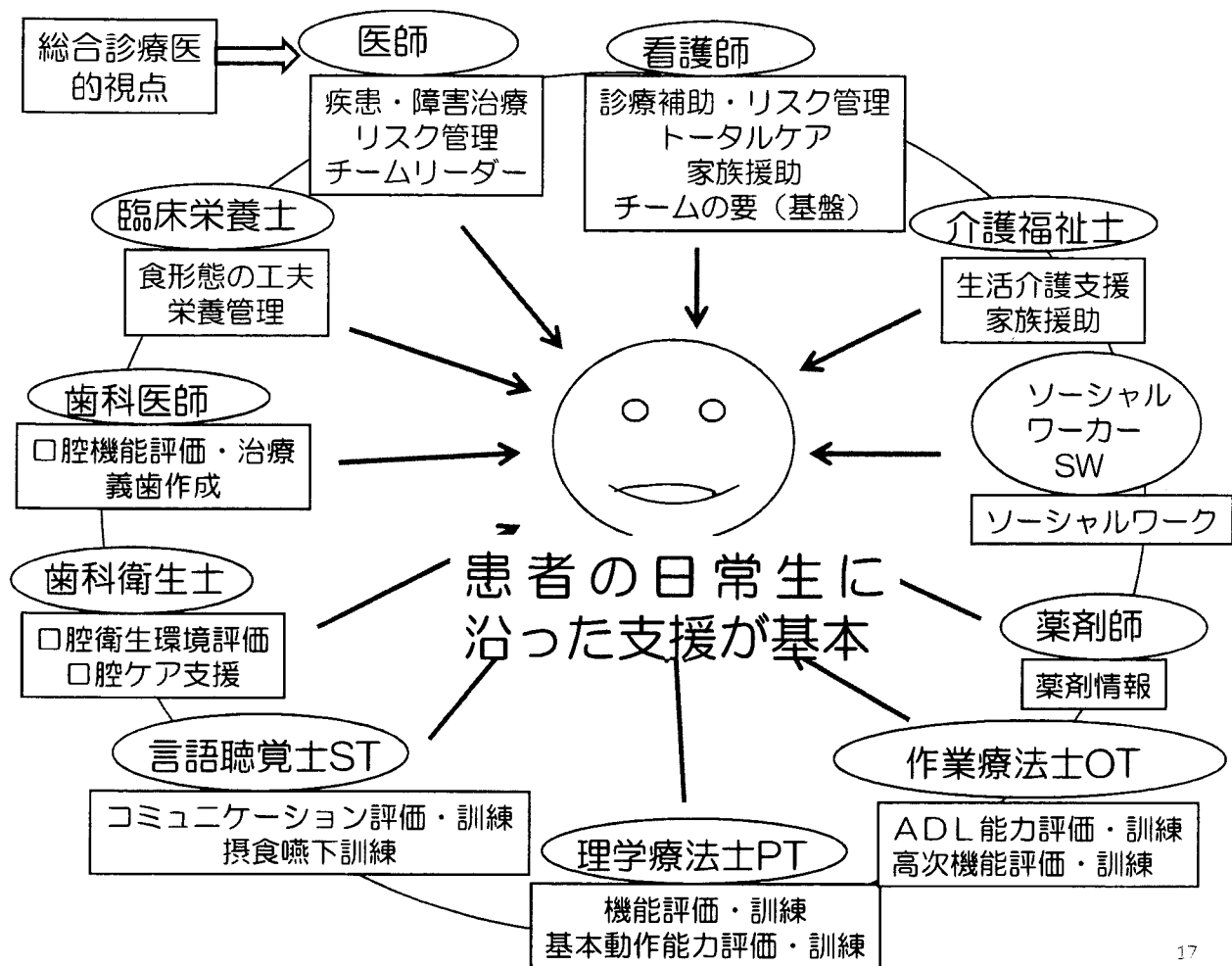
病床：人員＝1：1.6

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

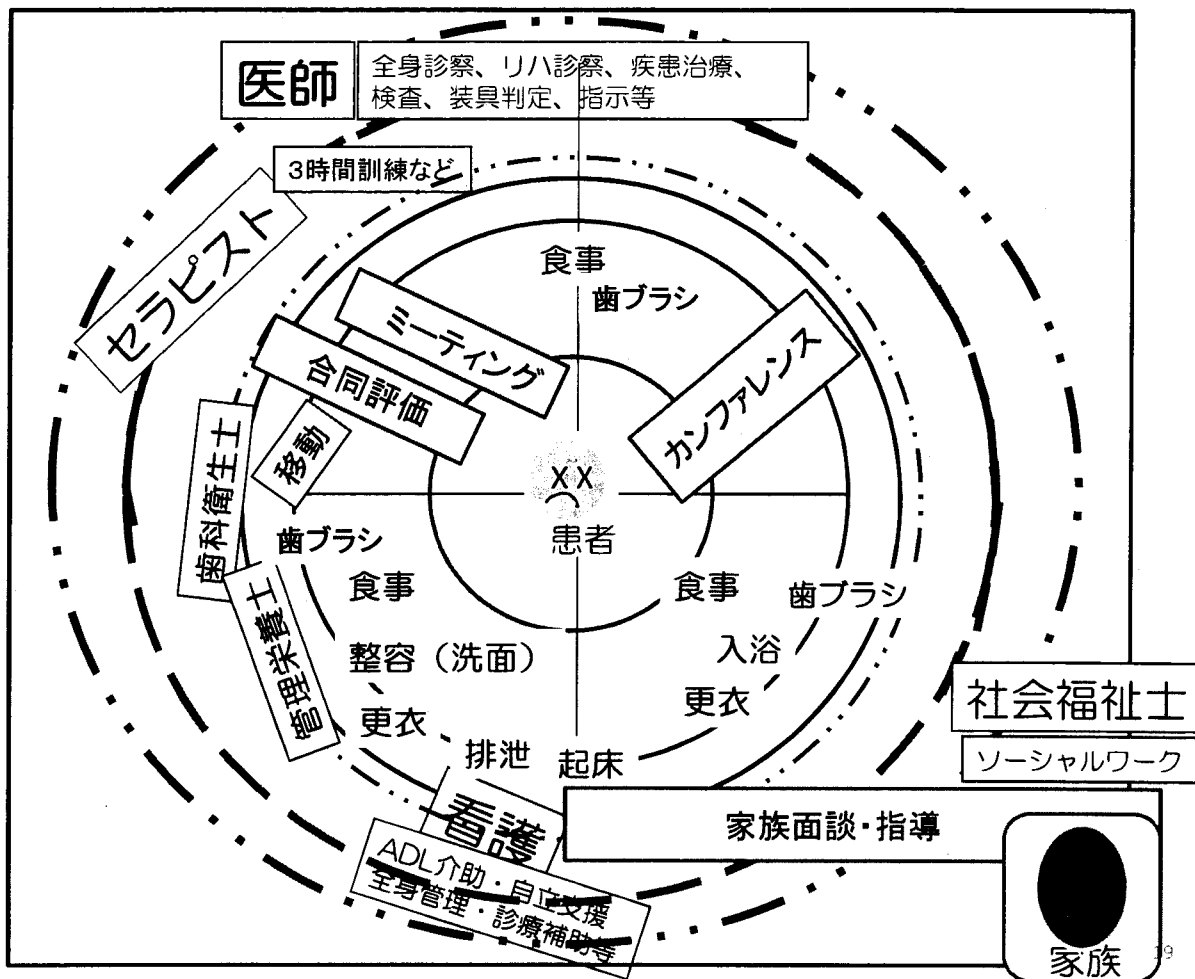
医師は良きコーディネーターであること

＝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

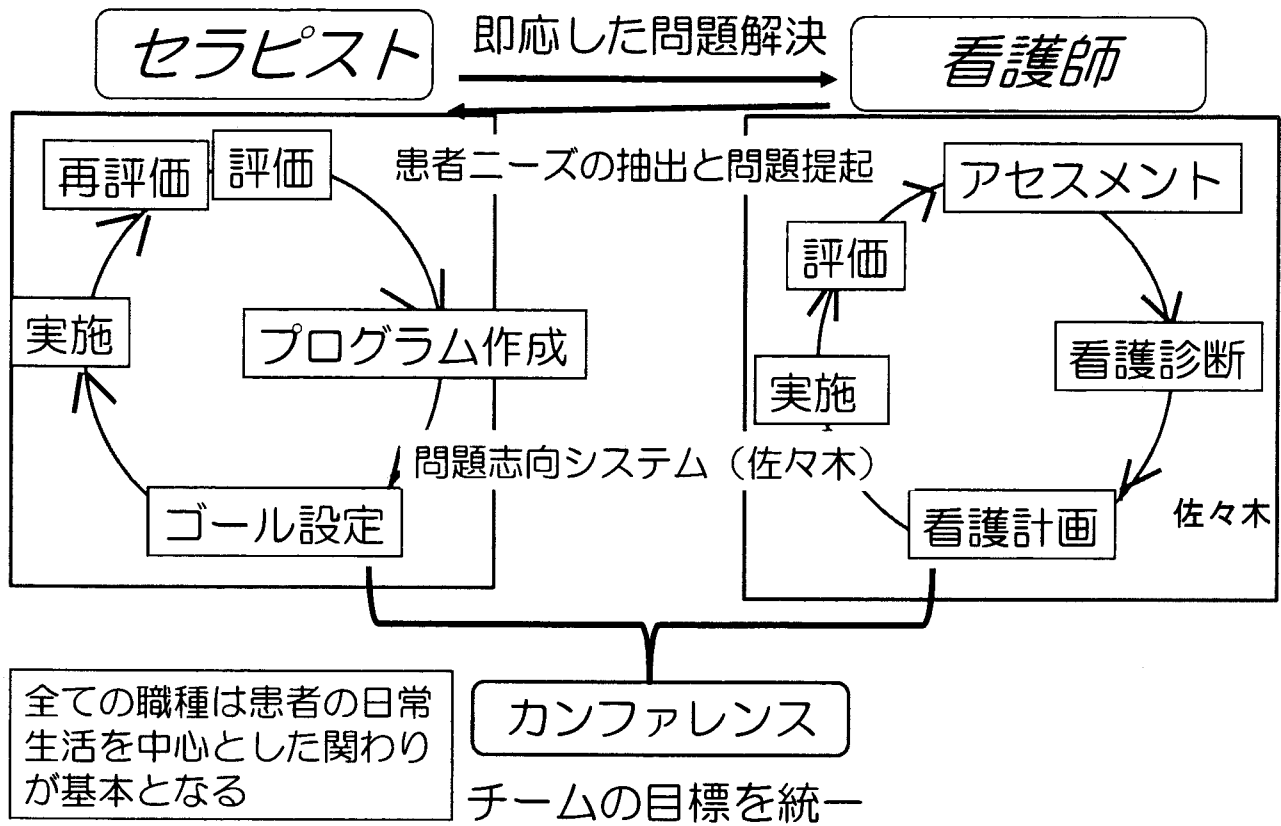


入院生活の調整例

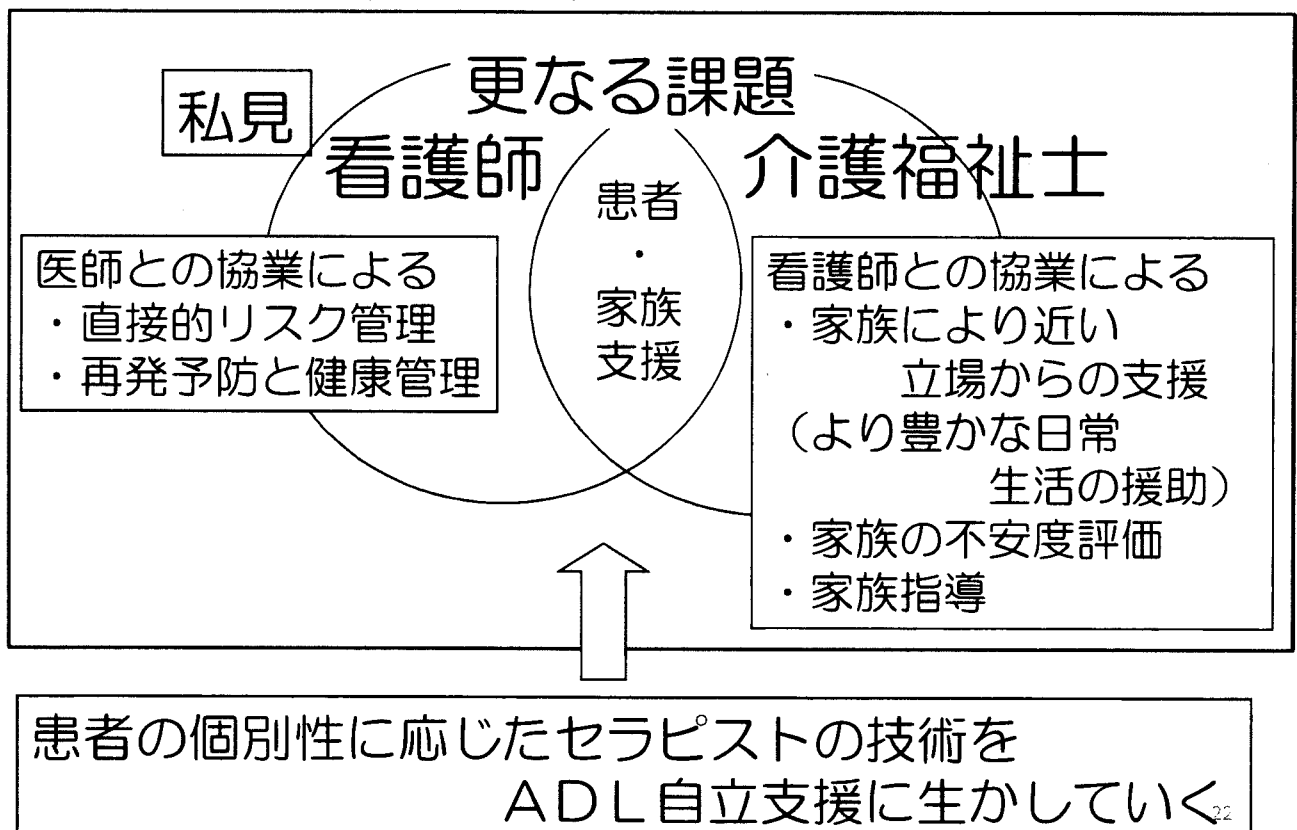
IOE: 間歇的経口経管栄養

		車椅子乗車	口腔ケア	食事	排泄	入浴・整容	セラピー
リスク管理(診療補助)	6:00	起床				洗面・更衣	
	8:00	朝食		IOE			
				水分摂取			
	10:00						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	ST3単位
	15:00						OT2単位
	15:40						
	16:20						OT1単位
	17:00	夕食		IOE			
	18:00						更衣
	22:00	就寝		IOE			

協働のあり方（セラピストと看護）



協働のあり方（看護師と介護福祉士）



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

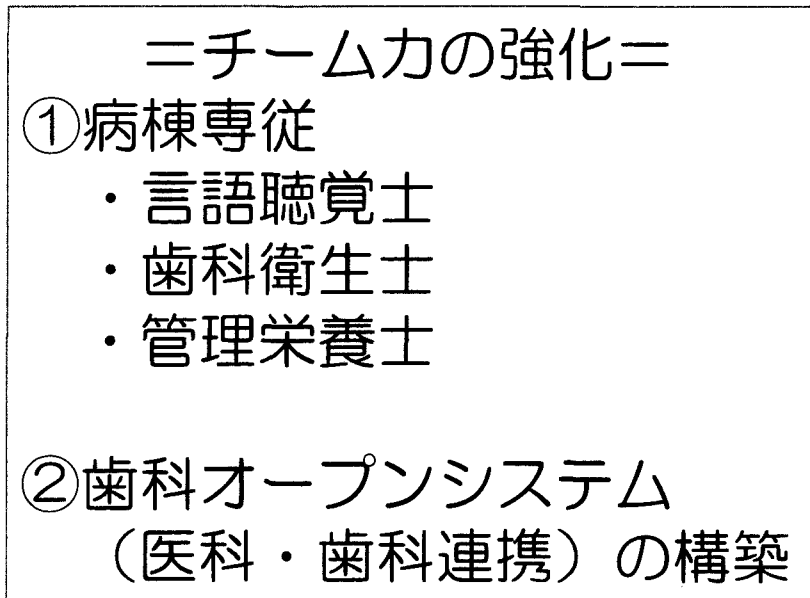
29

【4】 □腔機能回復支援のための
チーム構築
(医科歯科連携)

30

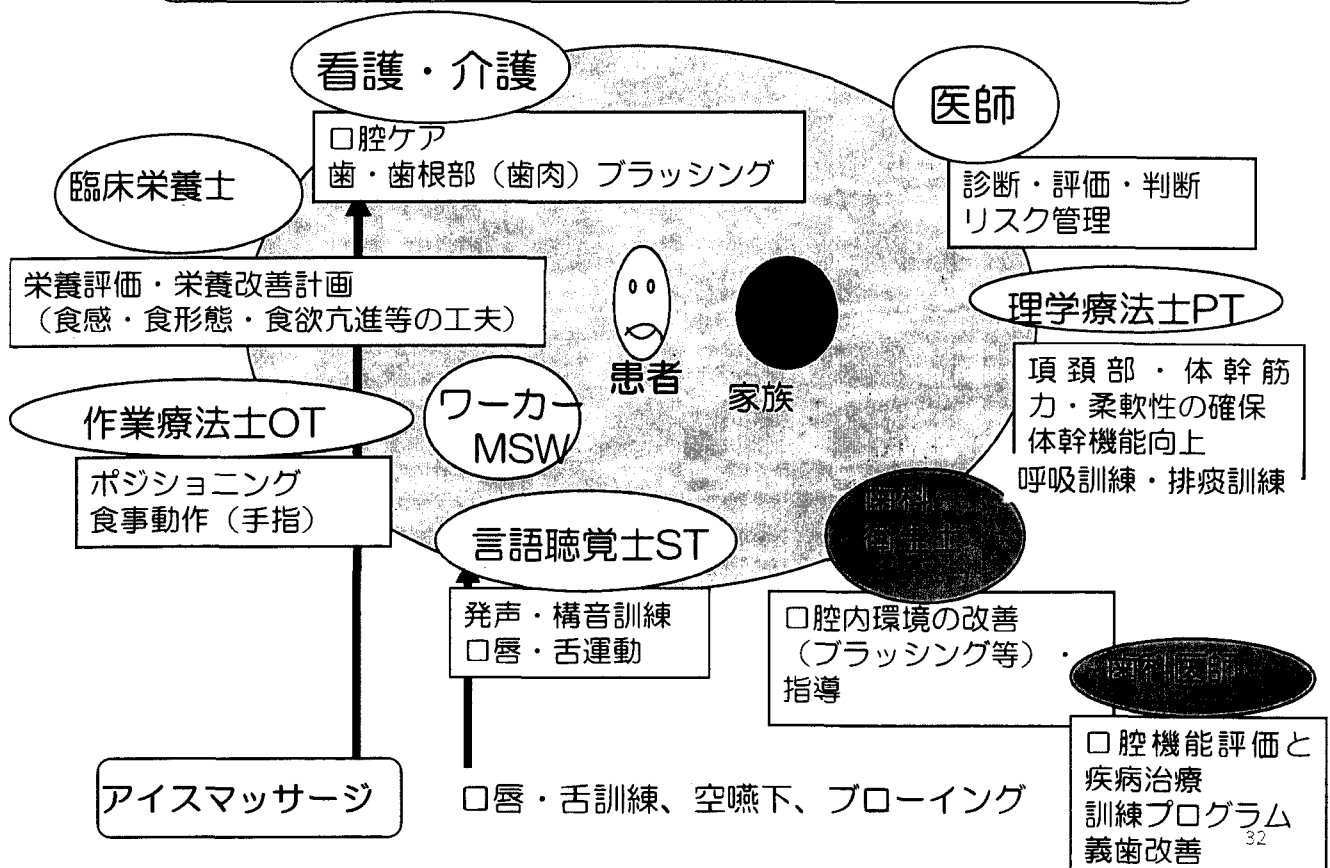
諦めないで

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

#

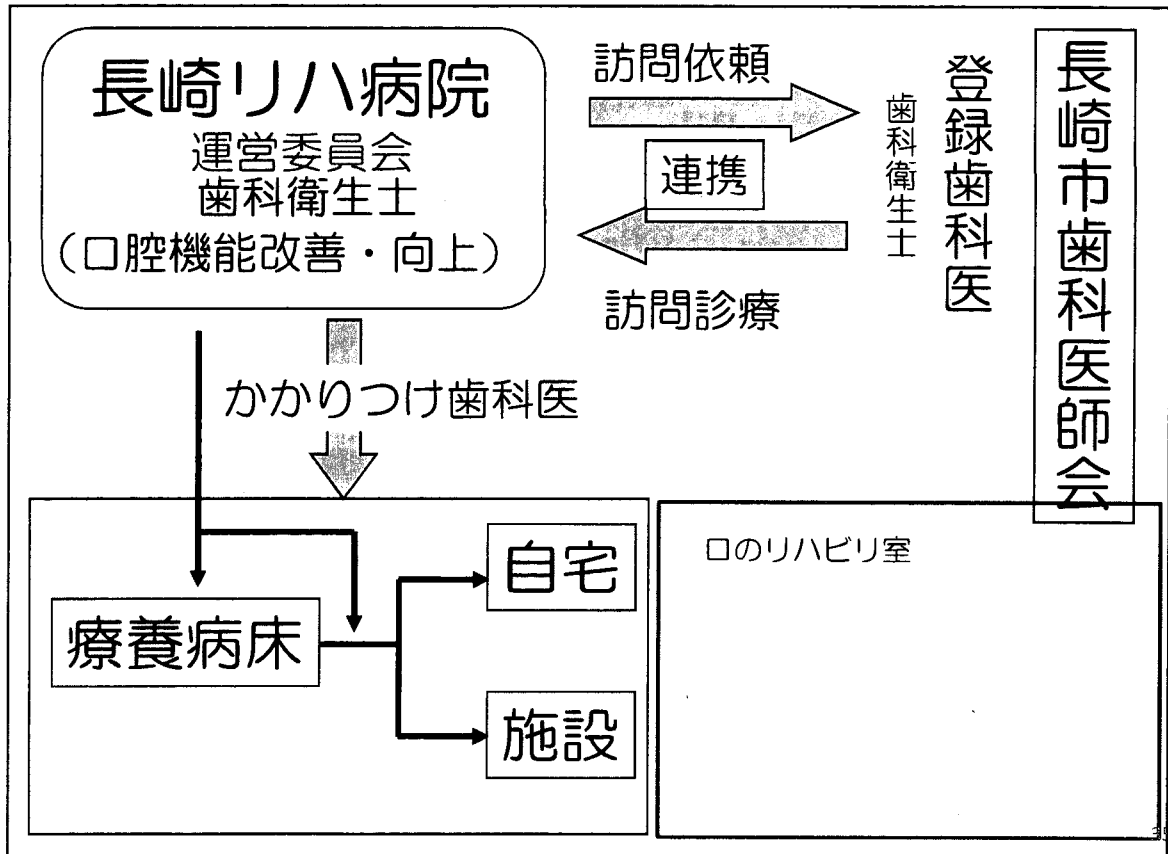
当院における歯科衛生士の業務

- 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	栄養指導	
15:45		
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 ミーティング(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

(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(ハンズリー内)		
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	各種委員会参加	
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

平成 23 年 1 月 28 日

日本歯科総合研究機構

「病院でのチーム医療における歯科の係わりに関する調査」概略

「調査対象及び方法」

平成 22 年 10 月現在 独立行政法人福祉医療機構 WAM NET に公表されている全病院 8,818 病院を対象とし、11 月末に調査票を郵送した。有効回答は 2,671 病院で、有効回答率は 30.5%であった。

「結果概要」

- ・ 歯科を標榜していた病院は全体の 26.3% (702 病院) であった。
- ・ 全体の約 9 割の病院において、何らかのチーム医療を設置していた。また、病院に存在するチームは褥瘡 (80.5%) が最も多かった。ついで感染制御 (64.5%)、NST (51.1%)、摂食嚥下 (31.4%)、口腔ケア (18.6%)、緩和ケア (18.0%)、糖尿病 (16.9%) チームの順であった (図 1)。
- ・ 歯科を標榜する病院におけるチームへの歯科職種の関与状況は NST、口腔ケア、摂食嚥下チームにおいて比較的高かった (図 2)。
- ・ 口腔ケアを含めた歯科的管理は 73%の病院が実施していると回答していた (図 3)。歯科を標榜する病院では歯科がない病院と比較し口腔ケアを含めた歯科的管理の実施割合が高かった (図 4)。
- ・ 口腔ケアを含む歯科的管理実施者は、歯科を標榜する病院では看護師・准看護師と歯科衛生士はほぼ同割合 (5 割程度) であり、3 割弱は歯科医師も関与していた (図 5)。歯科のない病院では、看護師・准看護師、介護士が実施している割合が高かった (図 6)。
- ・ 病院と地域歯科医師会の連携があると回答したのは約 3 割であった (図 7)。歯科を標榜する病院では、歯科がない病院と比較して地域歯科医師会との連携がある病院が多かった (図 8)。

「まとめ」

歯科を標榜する病院のチーム医療において、NST・口腔ケア・摂食嚥下・感染制御等への歯科職種への関与が比較的高くなっていた。

口腔ケアを含めた歯科的管理は7割以上の病院で実施されており、歯科のない病院では看護師・准看護師や介護士が担当していた。また、歯科を標榜する病院においては、看護師・准看護師とともに歯科医師、歯科衛生士が担当していた。

病院と地域歯科医師会との連携については、歯科のない病院こそ必要であると考えられるが、歯科標榜のない病院の連携は2割にも満たないことから、今後さらに、質の担保された医科－歯科連携を推進するための早急な対応が必要である。

患者中心の質の高いチーム医療を推進していくためには、専門領域に基づいた医科と歯科の連携が不可欠である。特に歯科のない病院の現状からは、地域歯科医師会を含めた医科－歯科連携のチーム医療を推進していかなければならない。そのため、歯科職種が配属されていない病院に、歯科医師および歯科衛生士を配置するための総合的な施策が必要である。

また、歯科標榜のある病院における医科－歯科連携をより一層強化していくための施策、例えば、診療報酬で評価する等も必要である。

病院でのチーム医療 における歯科の係わりに 関する調査」概略

日本歯科総合研究機構調査結果より

昭和大学口腔ケアセンター
向井 美恵



1
日本歯科総合研究機構

「目的」

各病院において実施されているチーム医療における歯科職種
の関与の実態を把握し、今後の施策提言を行うための
基礎資料とすること。

「対象および方法」

平成22年10月現在 独立行政法人福祉医療機構WAM NET
に公表されている全病院8,818病院を対象とし、11月末に調査
票を郵送した。有効回答は2,671病院で、有効回答率は30.5%で
あった。調査は日本歯科総合研究機構が実施した。



2
日本歯科総合研究機構

図1. 各チーム医療設置割合(n=2,671)

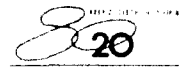
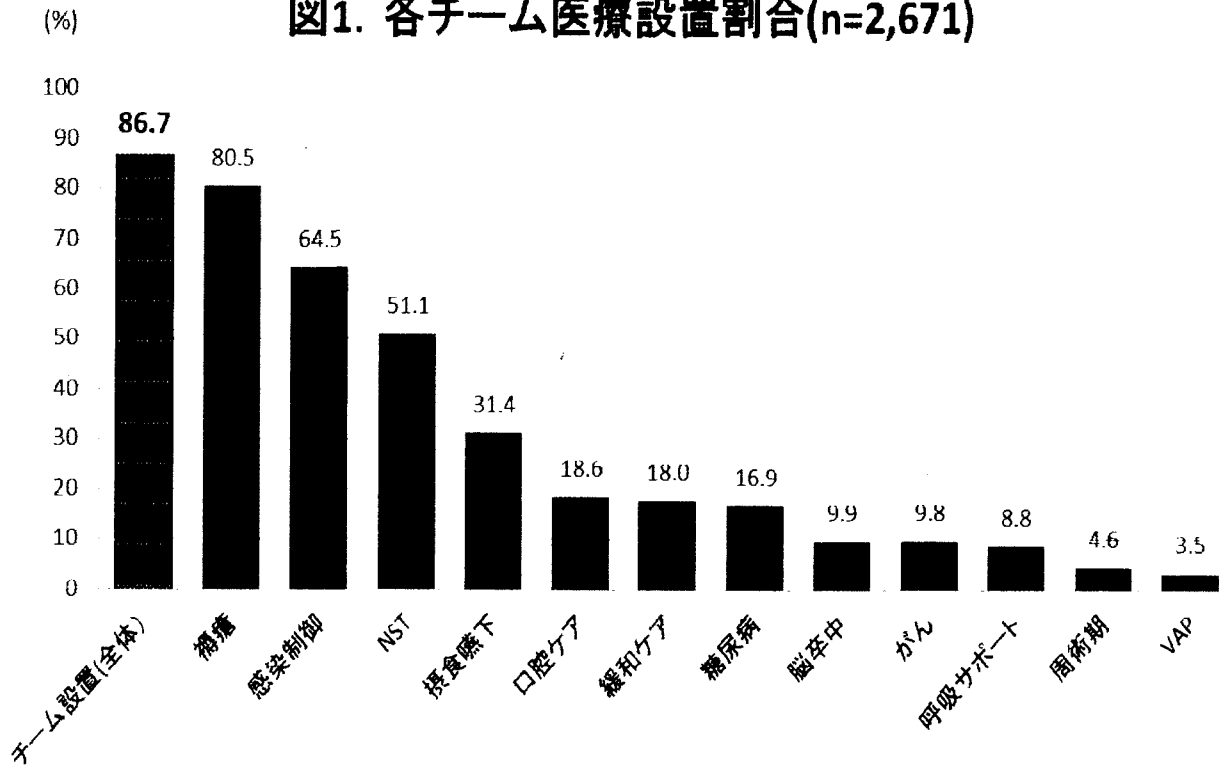
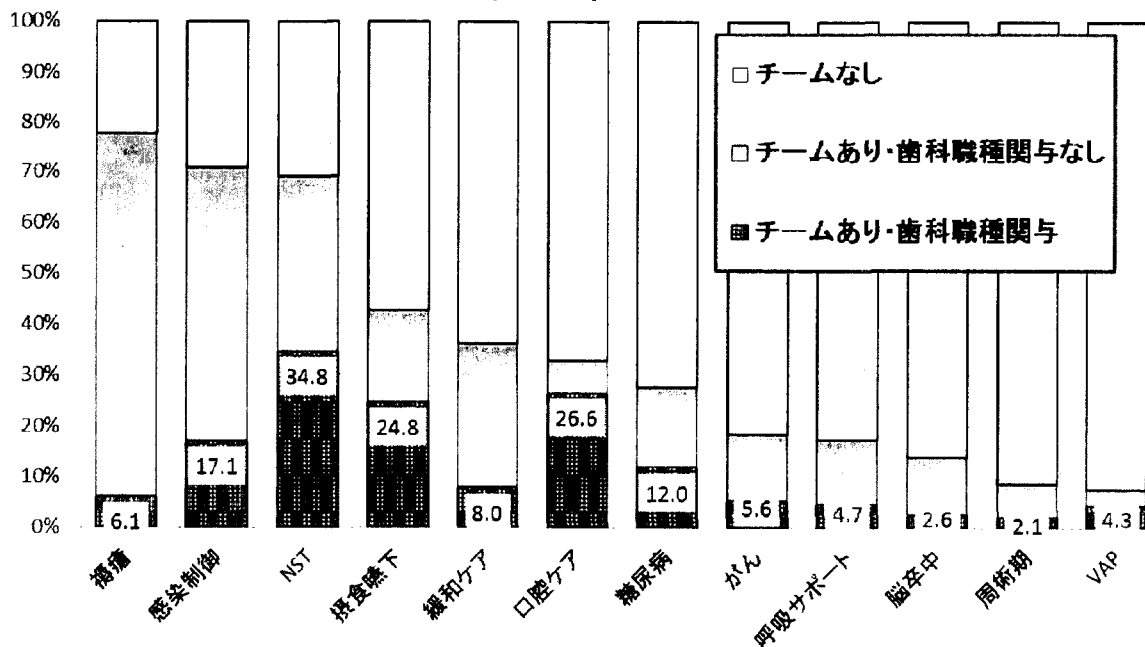
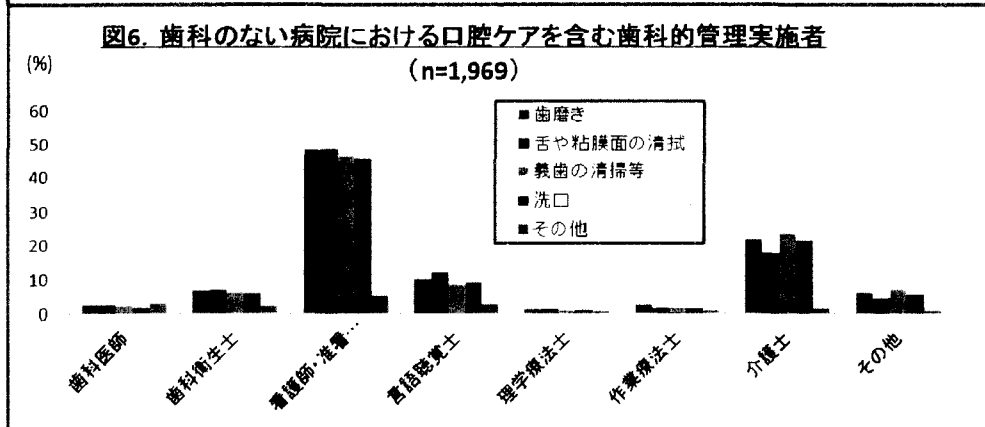
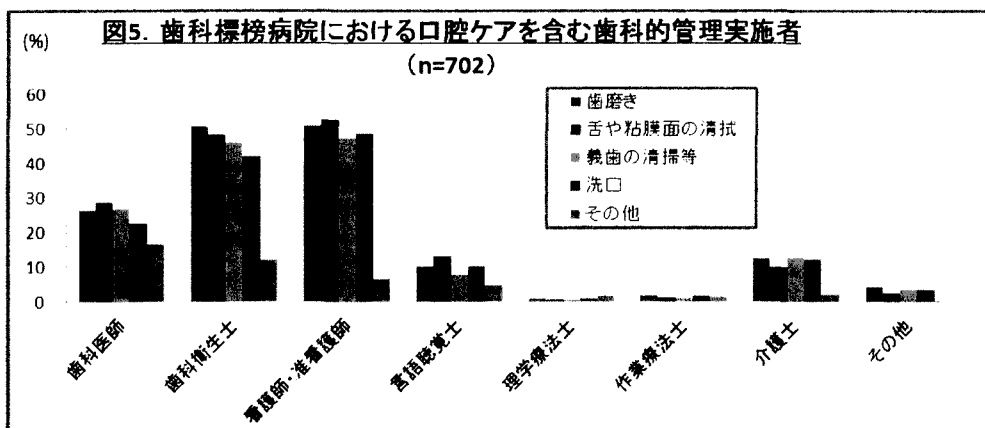
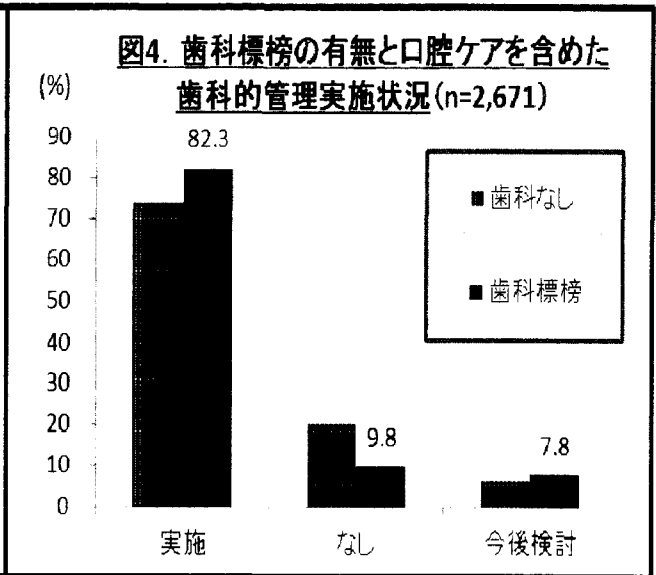
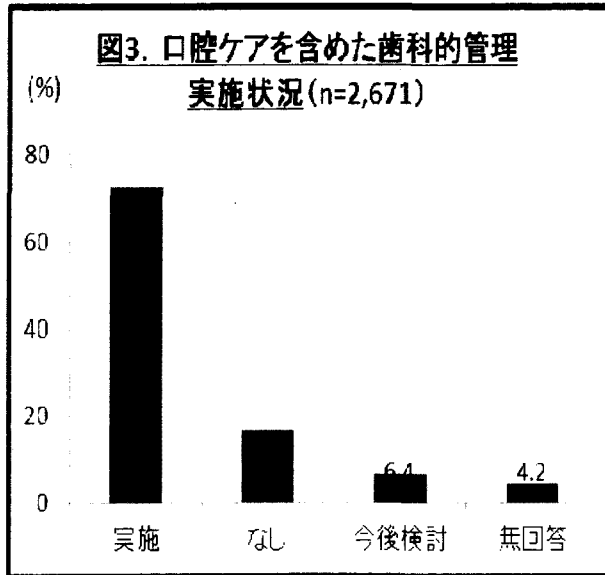
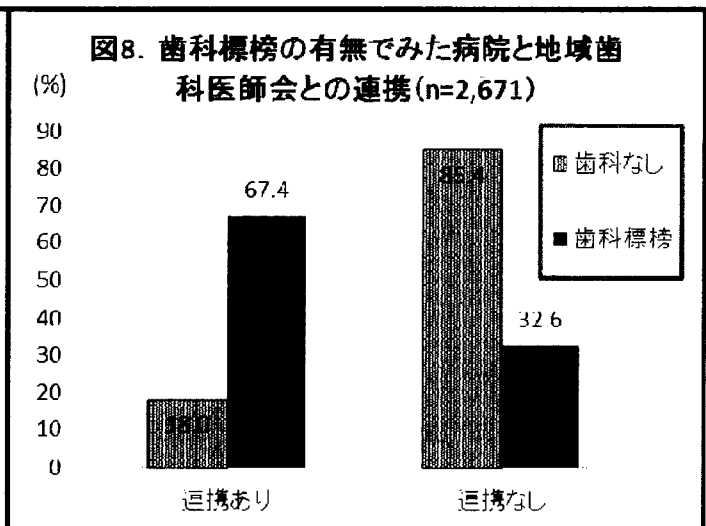
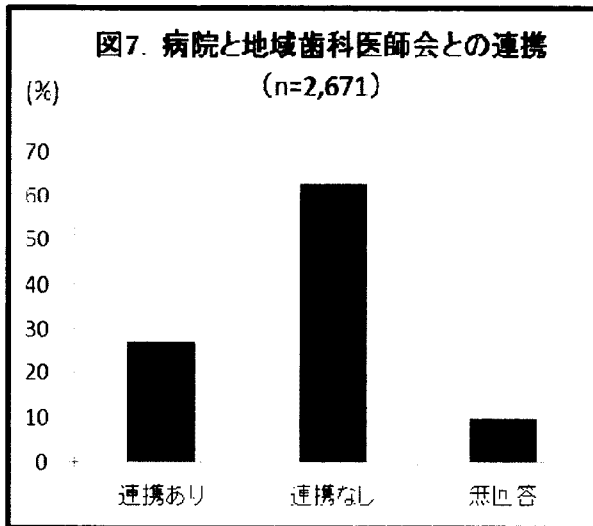


図2. 歯科標榜病院におけるチームへの歯科職種関与状況 (n=702)







「まとめ」

患者中心の質の高いチーム医療を推進していくためには、専門領域に基づいた医科と歯科の連携が不可欠である。

特に歯科のない病院の現状からは、地域歯科医師会を含めた医科—歯科連携のチーム医療を推進していかなければならない。そのため、歯科職種が配属されていない病院に、歯科医師および歯科衛生士を配置するための総合的な施策が必要である。

また、歯科標榜のある病院においても医科—歯科連携をより一層強化するための施策、例えば、診療報酬で評価する等も必要である。

臨床工学技士業務

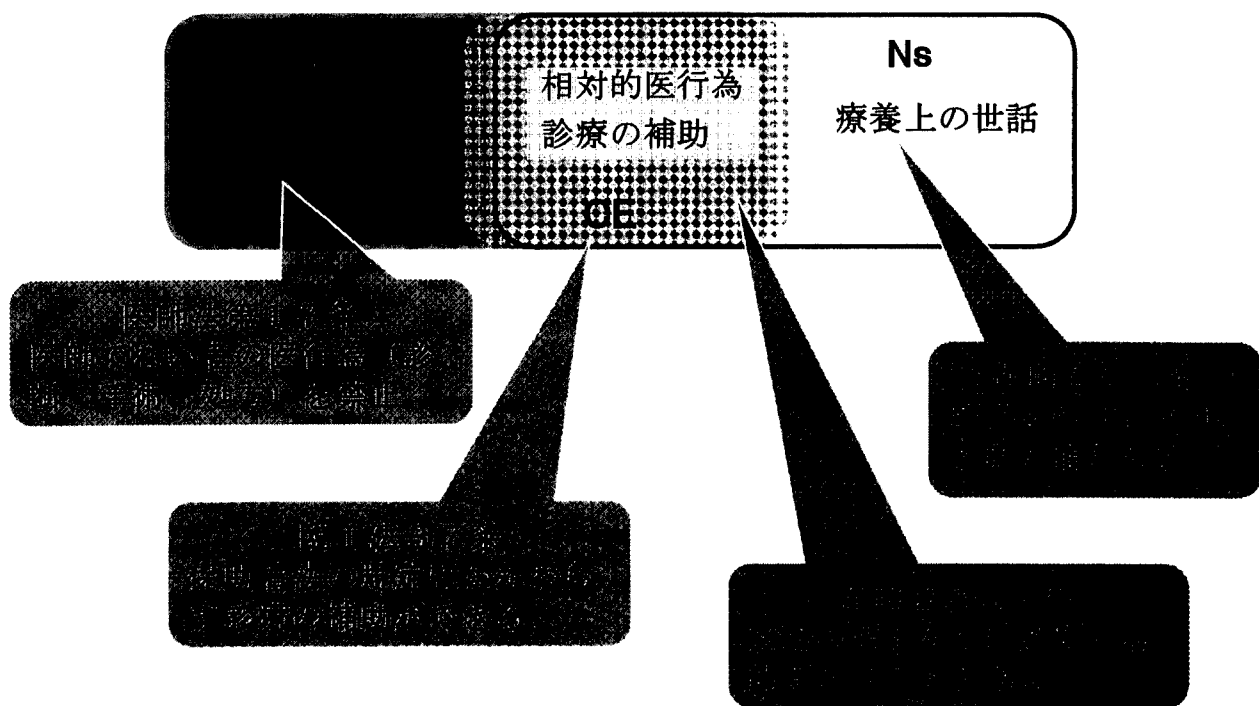
枚方公済病院
臨床工学科 松阪 淳

Clinical Engineering Technologists

1

第5回チーム医療推進方策検討WG

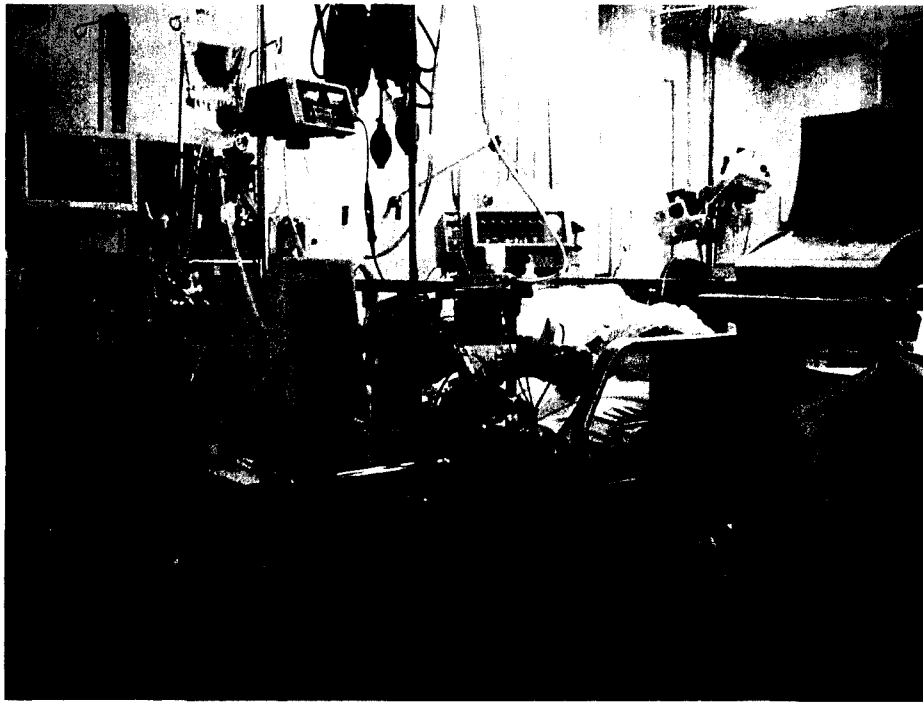
医師・看護師・臨床工学技士の業務



Clinical Engineering Technologists

2

PCPS実施例



Clinical Engineering Technologists

3

血液ガスのコントロール

吹送ガス流量計



酸素・空気混合装置
(酸素ブレンダー)

100%酸素と圧縮空気を混合し、FiO₂（酸素濃度）を21~100%の範囲で制御し、人工肺に混合ガスを吹送する。

Clinical Engineering Technologists

4

酸素濃度・吹送流量

血液ガス分析のデータを確認しながら適宜調整

	酸素分圧 (PaO ₂)	炭酸ガス分圧 (PaCO ₂)
流量を上げる	上昇 (低酸素分圧時)	降下
流量を下げる	降下 (低酸素分圧時)	上昇
濃度を上げる	上昇	変化せず
濃度を下げる	降下	変化せず

PaO₂ ➡ 吹送ガス酸素濃度で調整 100 mmHg ~ 300 mmHg

PaCO₂ ➡ 吹送ガス流量で調整 35 mmHg ~ 40 mmHg

Clinical Engineering Technologists

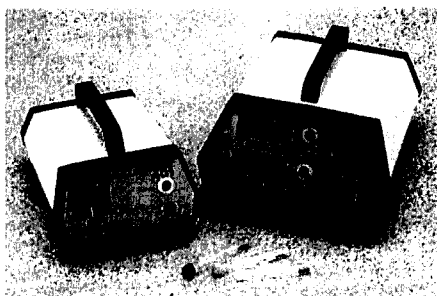
5

抗凝固のコントロール

活性化凝固時間を測定し、

- PCPS: 180 ~ 200 秒
- CPB: 400 秒以上

ヘパリンナトリウムを投与。



◦ PCPS: 持続 50単位 / Kg / 時間
◦ CPB: 100単位 / Kg / 時間

Clinical Engineering Technologists

6

包括的指示下

技士が

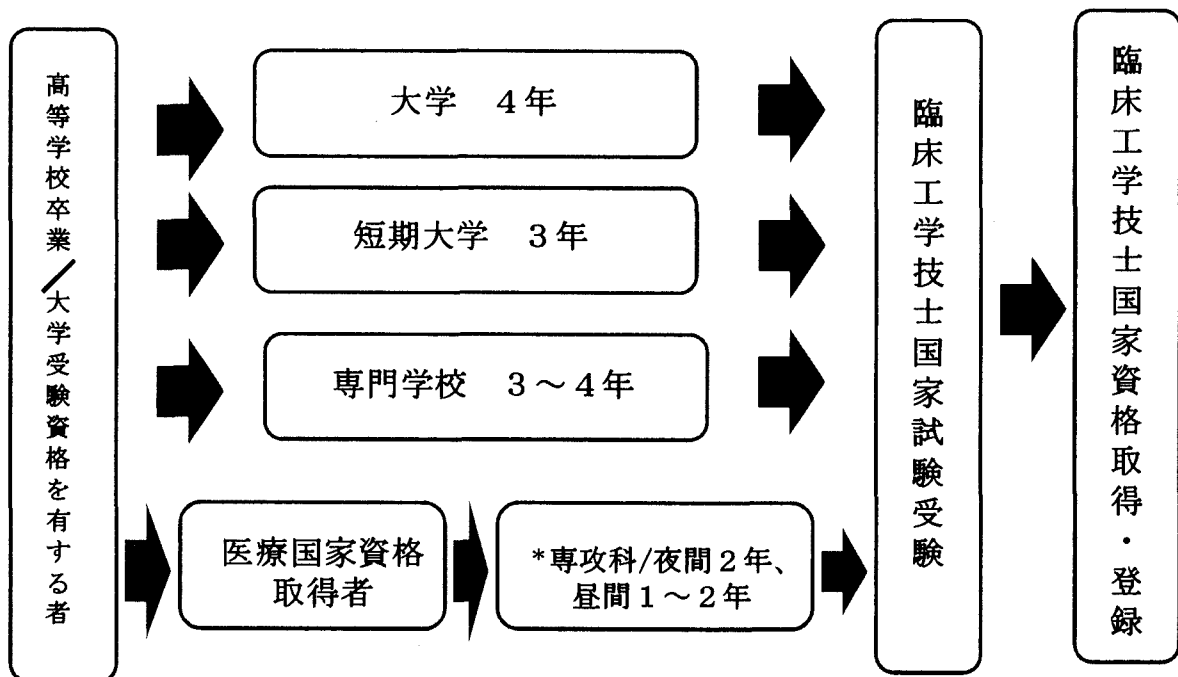
- ・ 酸素濃度
- ・ 混合吹送ガス流量
- ・ ヘパリン投与量

を適時変更

技士の裁量権

Clinical Engineering Technologists

7



*：厚生労働大臣指定科目を履修

Clinical Engineering Technologists

8

臨床工学技士卒後教育による包括的指示 の下、業務をこなせる技士育成が重要

臨床工学技士の養成所は一年制の専攻科から四年制大学までである。同じ臨床工学技士でも能力にばらつきが見られる。

臨床工学技士養成課程の統一 と 基礎医学科目の更なる充実

Clinical Engineering Technologists

9

厚生労働省
チーム医療推進方策検討WG
座長 山口 徹 先生

平素、チーム医療に関して多大なご尽力を賜り、感謝申し上げます。

さて、第3回WG（2010年12月4日）におきましてヒアリングの機会をお与えくださりまして、誠に有り難う存じました。その際、時間の関係もあり、事例は1つだけを提供して、チーム医療における臨床心理士の実際の活動を紹介させて頂きましたが、たった1つでは、委員の先生方にとって具体的なイメージを十分にもちにくいのではないかと考え、今回、ガンなどの身体疾患を中心に、A～Fまで6つの事例をまとめました。また、事例Dのみをサンプルとして経過表と多職種チームにおける臨床心理士の役割を図示しました。最後に、総合考察をできるだけ端的に加えてございます。

どうか、提出資料としてご査収くださりますとともに、この現実を鑑みて、チーム医療推進方策検討WGでまとめられる予定の「チーム医療の取組の指針となるガイドライン」のなかで、他の多くの職種とともに臨床心理職が存在することを明記していただきますよう、改めてお願い申し上げます。

平成23年1月24日

オブザーバー
日本大学文理学部心理学科
(一般社団法人日本臨床心理士会 副会長)
津川 律子

事例A 10歳 男子 急性辺縁系脳炎

1. 概要

情緒不安定等の精神症状を主訴とし、極めて軽度の意識混濁を呈した急性辺縁系脳炎と診断、入院加療を行った男子例である。

2. 経過

入院1週間前より、発熱、頭痛、嘔気のため、近医を受診し、内服加療を行っていた。その後、家族に対する暴言、机上の物を落とす、床に倒れてベッドの脚を蹴るなどの興奮した状態が認められたため、近医にて向精神薬の投与を受けた。その後も、異常行動と傾眠傾向が持続したため、大学病院小児科へ紹介受診となった。

診察時、場所や人に対する見当識は保たれていたが、視線は定まらず、常同的に鼻を触る動作が認められ、軽度の意識障害と診断された。急性脳炎を疑い、入院加療とし、急性脳炎に対する支持的療法とともに、経過観察を行った。入院時の血液・尿検査、画像検査、脳波検査上はとくに異常所見は認められなかった。

入院後、傾眠傾向と、時々開眼しては、鼻を触る動作、突然起き上がり母を呼ぶ、ベッド柵を乗り越える、点滴を抜くなどの行動が交互に認められた。そばに人がいることを好み、抱きつく、おんぶをせがむ、手を握るなどの甘えた行動が見られた。家族とともに、医師、看護師、病棟保育士、臨床心理士が協働して行動観察を行った。

2度目の脳波検査上、徐波の混入が明らかとなり、その後の髄液検査でも、軽度の細胞数増多と蛋白増加が認められ、急性辺縁系脳炎との確定診断に至った。

徐々に、傾眠傾向は改善を認め、発語の増加とともに、周囲の認識も少しずつ高まり、入院1週間後には、意識障害は完全に回復し、家族も元の状態に戻ったとの認識であった。退院時には、臨床心理士がWISC-IIIを実施し、認知機能は正常と評価された。退院後、後に本例との関連なく発症したてんかんとともに、医師と臨床心理士が外来にて経過観察を行ったが、とくに行動面、学業面でも問題は認められず、現在は大学生活を送っている。

3. 考察

一般に、急性脳炎においては、けいれんなどの神経症状や昏睡などの重篤な意識障害を呈することが多いが、一方で、精神症状と軽微な意識混濁とを呈する急性辺縁系脳炎も存在する。本例では、当初、近医で精神科的疾患を疑われ、向精神薬の投与も行われたことから、家族の不安も強く、病像に関する多角的な評価を行うために、医師とともに臨床心理士が病歴聴取ならびに経過観察を行う必要があったと考えられる。

意識障害下における精神症状は、一見多彩かつ羅列的な印象を与えるが、乳幼児の心理学的発達過程の視点から捉えると、「退行」として矛盾はなく、その回復過程も一定の方向性が認められた。本例では、経過観察に、医師、看護師、病棟保育士とともに、臨床心理士も加わり、日常的に情報交換、カンファレンスを行った。

退院後も、他の精神科疾患との鑑別の必要もあり、医師とともに臨床心理士が経過観察を行い、順調な回復過程を認めた。

なお、本例の経過については、日常診療を行う小児科医に対する啓発意義も認められたため、医師とともに臨床心理士が経過報告をまとめ、「小児科臨床」雑誌に投稿した。

事例B 12歳 女子 1型糖尿病 母による虐待

1. 概要

7歳発症の1型糖尿病の女子であり、発症時より大学病院小児科外来で経過を見ていた。小6の夏以降、血糖コントロールがとくに不良となり、コントロールを目的に入院となった。入院後、本児の生活環境が明らかになるにつれて、母による本児への心理的虐待、身体的虐待、ネグレクトが問題となり、各種関係機関による調整を必要とした。

2. 経過

7歳時に、1型糖尿病を発症。インシュリン療法導入後外来で医師が定期的に経過を見ていた。元々、多動傾向があり、医師とともに臨床心理士も外来で不定期に面接を行ったが、母からの情報では学校では問題はない、とのことであったため、積極的な対応は実施してはなかった。父は別居しており、音信不通の状態であったため、母がフルタイムで就労し、生計を維持していた。本人は低学年までは学童保育を利用していたが、高学年になり、施設の都合で退所していた。近隣に親戚などはなく、母が不在の間は、食事面などでかなり不規則な生活を送っていた。

小6の夏には、低血糖によるけいれん発作があり、秋には高血糖の状態が続いたため、本人の手技の確認、インシュリン量の調整を目的に入院となった。また、発症以来ずっと主治医を務めていた医師が退職する予定となり、今後の治療環境について相談する必要もあった。

入院後、血糖コントロールは速やかに改善したが、本人より母による虐待の訴えが医師と看護師にあり、退院を嫌がる言動があった。母は、仕事の都合上面会に来ない日もあり、面会時には本人の態度に対して、医療者の前でも厳しく叱責することがあった。医師、看護師、臨床心理士より、母に対して、今後の治療環境について、病弱児学級のある病院への長期入院なども選択肢に入れることを提案したが、この提案は受け入れられなかった。そして、これを機に母は医療者にも攻撃的な態度をとるようになった。母からは、夜間の母不在時に本人の様子観察の希望があり、当院MSWから、地域の保健師と訪問看護ステーションに支援の提供について問い合わせを実施した。

本人の生活環境把握のため、医師が学校に連絡をしたところ、学校は以前から母による虐待事例とみなしており、児童相談所への通告も行っていたことが判明した。そこで、地域の保健センターにて、市の子ども相談センターの担当者、保健師、小学校の教頭、担任教諭、養護教諭、進学予定の中学校の養護教諭、病院の医師、臨床心理士による個別支援会議を開催し、情報交換、今後の方針についての話し合いを行った。話し合いの結果、身体面での虐待は現時点では明らかなものはないが、医療ネグレクトを含めたネグレクトと言葉の暴力はあることを確認した。当院退院後は、新たに建設されたより自宅に近い大学病院へ転院し、訪問看護サービスの導入を検討することとなった。今後も継続的に見守り、心理的な支援を行う必要があり、本人に対してはスクールカウンセラー、母親に対しても定期的な相談機関の紹介を行うこととなった。

3. 考察

本例では、母の攻撃的な言動に、医師も看護師も翻弄されてしまう部分があり、臨床心理士によるコンサルテーションを行った。母子ともに幼さを感じさせる部分が目立ち、とくに母親は心身ともに余裕がなく、問題に対して適切な行動が困難であったと考えられる。また、これまで心身両面で依存していた担当医の退職という状況もあり、一挙に問題が顕在化した印象であった。はじめは、長期入院という形で医療機関のみの対応で対処しようとしたが、最終的には、地域の福祉機関、保健機関、教育機関との連携を強化するなかで、経過を追った事例である。

1. 概要

単身生活の女性。水商売を転々としている。実母は健在だが交流はなく、結婚と離婚を繰り返して3人の子どもをもうけているが、血縁者の誰からも援助が受けられない状態にある。泥酔状態で転倒することや、行きがかりで喧嘩をするなどの行為が普段からあった。足の痛みを訴えて整形外科を受診し、人工股関節術を行ったが、病棟規則に不満を訴えて退院した。その約1年後に「手術した脚が痛い」との主訴で来院。再手術を受けた。

2. 経過

看護師たちは前回の入院時のトラブルを覚えており、Cが入院した直後から病棟中がピリピリしていた。手術は成功するが、Aは術後、自由に動けないイライラを新人看護師にぶつけ、「痛くて動けないのに看護師がすぐ来ない」と洗面器に排便や排尿をし、さらに看護師を強く叱責するなど問題行動が多発した。看護師も対応に苦慮する状態で、ますますCの不満はエスカレートするという悪循環に陥った。リハビリでも投げやりな態度で、担当の理学療法士も困惑していた。

前回の入院時に「精神的に不安定」「パーソナリティ上の問題があるのでは」という病棟医からの依頼で精神科にコンサルトがあったが、Cと精神科医の関係が良好にならなかったため、今回は「精神科依頼はするが、そのあと臨床心理士が関わって欲しい」と整形外科の主治医より依頼があり、臨床心理士が関与することになった。ベッドサイドにCを訪ねると、最初は「何しに来た!」「わたしは頭がおかしいのではない」「看護師が悪い」と語気強く話した。会話時の様子や他の情報を総合して、知的にやや制限があるという見立てをもった。何度か病棟に出向いてCの話を聴き、身体的不自由さからくるイライラに共感した上で、<今まで気持が高ぶった時はどうしてきたの?>と訪ねると、「今までじっくり私の話を聞いてくれる人はいなかった。何かあっても一人でやってきた、つらかった」と泣きながら自分のことを話し、人懐こくて寂しがり屋の面を見せ、頑なな態度は消失して行った。タイミングをみてCに対し「寂しがり屋なのに突っ張ってしまうからトラブルになりやすい」「つらくなる前に人に助けを求めてね」と示唆したところ、Cも納得してリハビリに積極的になり、理学療法士との関係も良好になった。退院後すぐに就労できる身体状態ではなく、主治医や病棟スタッフと相談の上、Cに生活保護受給の相談をMSWにするよう勧めた。

病棟カンファレンスではMSW、臨床心理士、理学療法士も加わった上で、知的にやや制限されている可能性と、パーソナリティ上の特性、そうならざるを得ない生育歴があること、今後は福祉の支援を受けていくことなどを全員で共有した。Cの全体像がわかり、多職種の関わりが始まったことで病棟スタッフは安心し、心理面の支援に関する看護師からの質問に臨床心理士が応じる体制で支援全体が強化された。C自身も同室者とトラブルを起こす前に臨床心理士に相談してきた。無事退院し、整形外科も精神科も通院は中断した。

3年後、糖尿病を指摘され再び来院し、内科に教育入院したところ同室者とトラブルを起こし、栄養指導の管理栄養士や、服薬指導の薬剤師が対応に苦慮することになった。以前、整形外科病棟にいた看護師が臨床心理士に相談して、精神科医のコンサルトと心理カウンセリングを再開した。病棟カンファレンスで管理栄養士や薬剤師に対しても、Cの特徴について臨床心理士が説明して共有した。Cは「前も同じようなことが起きた」と振り返り、「むかついて来てもすぐ相手に言わず、まず医療スタッフに相談」ということが実行でき、その後は定期通院が実現できた。

3. 考察

Cの知的特徴およびパーソナリティ特徴について臨床心理士がアセスメントし、それを病棟スタッフが共有したこと、また、臨床心理士が対応していることで病棟スタッフ全体の安心感が増し、各々のスタッフが自分の業務に専念できるようになった事例である。

1. 概要

30代半ばで卵巣がんと診断され、手術を行ったものの、切除しきれない部分があり、抗がん剤投与を行っていたが、リンパ節転移による痛みがひどく疼痛コントロール目的で手術後に2回入院した。疼痛コントロールによる1回目の入院時に、寂しい気持ちや、やりきれない気持ちを看護師にぶつけることがあり、大人しく自分の気持ちを言わないこれまでの様子と違ってきたため、主治医である産婦人科医と病棟看護師長が相談の上、緩和ケアチームに相談し、臨床心理士につながったケースである。多職種が関わり、自宅へ退院し、その後再入院中に、家族の見ていない前で肺塞栓にて死亡したため、家族ケアおよび遺族ケアも必要となった。

2. 経過

30代半ばの女性で、不妊治療中に卵巣がんが見つかり手術を行い、その後自宅に退院し、化学療法を行っていたが、腹膜播腫、リンパ節転移となり、「足のしびれるような痛み」の訴えが強くなり、疼痛コントロール目的で入院治療となった。主治医である産婦人科医からは、病名および今後の根治療法は無理であることなどが本人に告知された。「痛いし、つらく、何も出来ず、みなに迷惑をかけている。いなくなってしまいたい」と看護師に泣きながら話すなど情緒不安定になり、食事量も低下したため、主治医と病棟看護師長が話し合いを行い、本人の同意を得た上で、緩和ケアチームに相談があった。

緩和ケアチームのカンファレンスの結果、疼痛コントロールに関しては、オピオイドの投与を本人がコントロールできるように、麻酔科医が持続硬膜外ブロック、硬膜外カテーテルのポート留置を行い、薬剤師が鎮痛補助薬の提案と薬剤指導を行い、管理栄養士が食事内容について指導することになった。精神的不安定については、精神科医と臨床心理士が関与することになった。精神科医はうつ状態と診断し、抗うつ薬を少量処方し、その上で臨床心理士が定期的にベッドサイドで面接を行った。

面接開始当初は「結婚を前提に不妊治療をしていたのにこんなことになった、結婚式は無期延期だと思う」「なんで病気になってしまったんだろう」と泣きじゃくり、病気そのものを受け入れられない心理状態であったが、抗うつ剤の効果と心理面接の支えで次第に病状に関する受容が進み、「今の自分に出来ることをしたい、家に帰りたい、でもお金が心配」と話すようになった。退院調整をMSWが行い、訪問看護ステーションの紹介も行った。その後、自宅での生活をはじめて1ヶ月ほどで歩行が難しい状態になり、再入院となった。再入院時も前回同様に緩和ケアチームのメンバーが関与して、Dは穏やかに過ごしていたが、急に息が苦しいと訴え、面会に来ていた家族の目の前で死去した。家族の精神的な動揺が激しかったため、病棟看護師が霊安室で家族と話すうちに落ち着きを取り戻し、帰宅された。後日、遺族は「お世話になりました」と病棟を訪れ、その後、臨床心理士も訪ねてこられ、カウンセリングへの感謝の思いとDの思い出を話して行かれた。「残されたご家族が辛いときにはお話しにおいで下さい」と伝えた。

3. 考察

本例では、がんに伴う精神的苦痛、身体的苦痛、社会的な苦痛、実存的な苦痛に関して、産婦人科医、病棟看護師に加え、麻酔科医、薬剤師、管理栄養士、精神科医、臨床心理士、MSWが関与した事例である。各専門職の関わりと、地域の資源の援助もあって自宅に帰ることができ、2回目の入院もスムーズに進んでいたが、急に状態が悪化して亡くなり、家族も心の準備ができていない状態での別れとなった。Dご本人へのケアはある程度、達成できたと思われるが、家族ケアや遺族ケアは十分とはいえなかった。医療機関内で家族ケアおよび遺族ケアが十分に行えるような体制を整備して行く必要がある。

1. 概要

母方に糖尿病をもつ者が多く、母が食事に気をつけてくれたため、20歳前半の結婚前頃までは特に問題なく過ごした。20代後半の2度の出産頃から太り始め30代前半で身長150cmに対して、体重が68kgであった。一時、体重51kgまで減量したがリバウンドし、30代後半で70kgを超え40代前半で当院糖尿病内分泌代謝センターを受診、糖尿病と診断された。2週間の教育入院と、多職種によるケース検討会議（月1回のObesity Conferenceであり、構成メンバーは、内科医、看護師、管理栄養士、精神科医、心療内科医、臨床心理士、薬剤師、理学療法士である）にて検討後、肥満外来（主治医、臨床心理士、栄養士）での通院診療を中心に、以後複数年に渡りフォローした。

2. 経過

教育入院時のルーティンとして精神科を受診、臨床心理士による心理アセスメントを実施（TEG、描画テスト、ロールシャッハ法）した。ケース検討会議において主治医および看護師から「糖尿病は遺伝負因もあり、睡眠時無呼吸症、高脂血症もあることから、肥満のコントロールがまず必要であるが、入院中に不安感を訴え主治医に手を握るよう何度も求める等がみられ、病棟でも対応に不安を感じるの、心理面からのアドバイスを」との要望が出された。臨床心理士からパーソナリティ所見を説明し、Eの特徴として自己表現がスムーズにいかないため、E自身が自覚している以上に慢性的ストレスを抱えているが、そうした自分のあり方を否認していることを説明した。また、そうした日常の状態、食生活だけでストレスの発散になり、肥満につながっている可能性を報告した。したがって、減量治療のためには、1)自分の気持ちを適切に表現することが大切であり、周囲の期待に縛られすぎない生き方を少しずつ身につけてゆく心理支援を中長期的に図る必要があること、2)計画的に物事を進めていくことはEの不得手な領域であり、医療者側から具体的な減量方法の提案をし、その成果も失敗も共に考えながら支援していくこと、などの方向性も提案した。会議により肥満外来でのフォローが望ましいと判断され、以後数年にわたり、数週に1度、肥満外来に通院した。

3年後に主治医の交代があり、その時、2度目のケース検討会議に諮って状態像の変化の確認と対応方法をチームで共有した。糖尿検査値は6.0前後を推移していたが、その後体重が増え、検査値7を超えて落ちなくなったため、再度の教育入院となった。入院中の肥満外来では、固い防衛の殻に隙間が生じ、自分の親子関係や嫁姑の確執、夫との関係などを臨床心理士に話しはじめた。それと同時に、それまでの人任せのような態度がなくなり、自分から積極的に減量に取り組むようになった。その後も、臨床心理士を中心に心理面の支援を継続した。肥満外来の場が生活上の問題を考える場ともなり、徐々に自分から幼く依存的な側面に気づき、姑にきちんと断りが言え、過保護かつ過干渉すぎる親子関係に適度な距離を保とうとするなど、変化が見えるようになった。基本的な減量のための食事のとり方や運動の習慣化も図れていたが、減量治療は一進一退で、血糖値も6台が続いて落ちず、慎重なフォローが必要であった。

3. 考察

糖尿病治療では食事コントロールが必須であるが、Eにとって「食生活」は身近で手取り早いストレス発散手段となっており、生活のありかたのみならず、Eの人生そのものと強く結びついていた。そのため、食事コントロールを指示するだけでは、一時的なコントロールは可能でも、すぐにさらなる体重のリバウンドを引き起こしてしまう事例であった。

従って、Eの糖尿病治療には、本人の精神的な課題と生活上のアンバランスをおさえた上で、ストレスマネジメントの視点から教育的な関与が必要であった。そのために臨床心理士がチーム医療のなかで貢献することができた事例と考えられる。

1. 概要

パニック障害にて通院中の男性で、妻と2人暮らしである。頻回に救急車を要請していたが、狭心症も併せもつことがわかり、治療を行った。治療後は、「また心臓がおかしくなるのではないか」と退院に対して不安を呈したため、臨床心理士によるカウンセリングとリラクゼーション指導を経て退院となった。

2. 経過

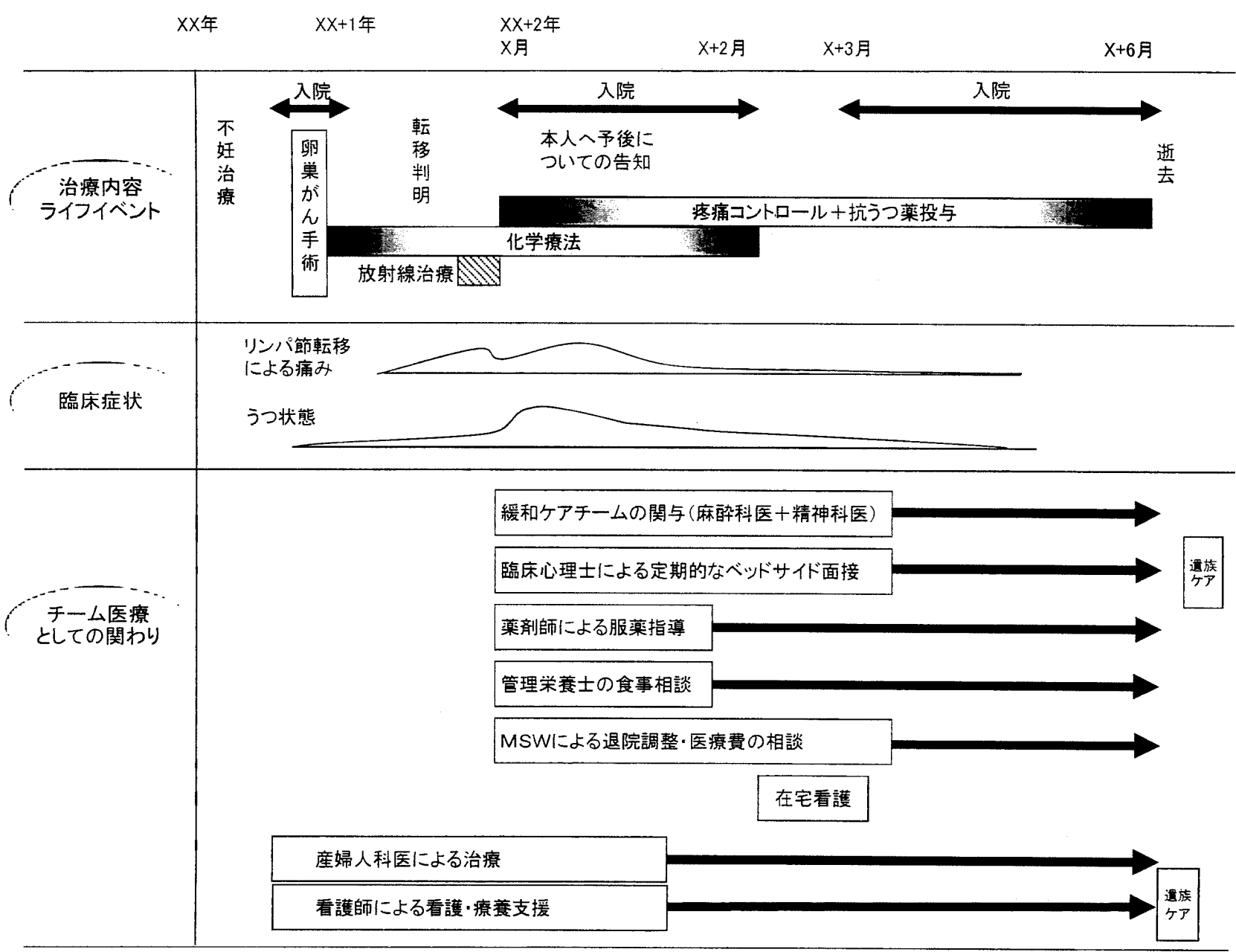
会社員として定年退職後、自宅で過ごす時間が増えたが、妻がパートで働きに出た頃から息苦しさを訴えて内科を受診した。心電図や呼吸器機能に異常所見なく、精神科を紹介されパニック障害と診断された。Fの希望で入院治療も行ったが、病棟看護師の態度や食事の内容など些細なことに対して不満を強く述べ、人前で苦しいと言って倒れるなどの行動があり、パーソナリティ障害傾向であった。医師には小心な面を見せるが、医師以外のメディカルスタッフには強気な態度を見せていた。定年前は「働いて妻を養っている」という自信をもっていたFが、妻が働きだして家での立場が逆転したと感じた頃から不安が高まり、パニック発作が起きるようになったという流れであった。心理検査も行ったが、「これで何がわかるんだ！」と積極的に取り組もうとしなかった。この態度も、尊大に見せることで自分の内面を知られることを恐れての行動であると理解して対応した。

退院後も救急車を頻回に要請して時間外に受診するという行動は続き、その度に心電図は異常なしという結果であった。心電図をとる臨床検査技師にも「おまえに何がわかるんだ！」と怒声を放つことがあった。臨床検査技師から、精神科医師や臨床心理士に対して「どういう方なのか？対応に困る」との相談があった。「尊大にみえるが、自尊心が傷つけられており、不安を不満の形でしか表出できない状態である」と臨床心理士より説明した。初診より1年後、負荷心電図を行った際に異常波が出現し、心臓カテーテル検査で狭心症と判明し、カテーテルによりステント術を行ったが、その場にいた初対面の臨床工学技士にも病院の診療体制についての不満や、医療全般に対する不信を述べた。

その後、理学療法士の指導によりリハビリテーションを行うが、恐怖心を訴えて歩こうとせず、食事指導の管理栄養士に対しても退院への不安を示した。不安に対して看護師が励まそうとすると「俺の気持ちがわかるか！」と怒鳴ることもあった。臨床心理士がベッドサイドで面接すると、「パニック発作なのか、心臓の発作なのかわからず怖い」と述べ、みんなに迷惑を掛けているとも述べた。面接で「心臓がまたおかしくなるのでは」という不安には十分に共感するとともに、呼吸法およびリラクゼーションを取り入れた指導を続けた。また、内科病棟でカンファレンスを行い、パーソナリティ障害傾向や本来は不安が高いことなどを臨床心理士から説明してメディカルスタッフ一同で共有し、チームとしての一貫した関わりを全員で心がけた。循環器内科医師がニトログリセリンを服用するタイミングをFに指導して、病棟看護師、内科主治医、臨床心理士が退院に向けての指導面接を同席で行って退院となった。「リラックスしないといけないとわかった。不安はあるが、田舎でのんびりやろうと思う」と述べ、生まれ故郷に転居し、終診となった。

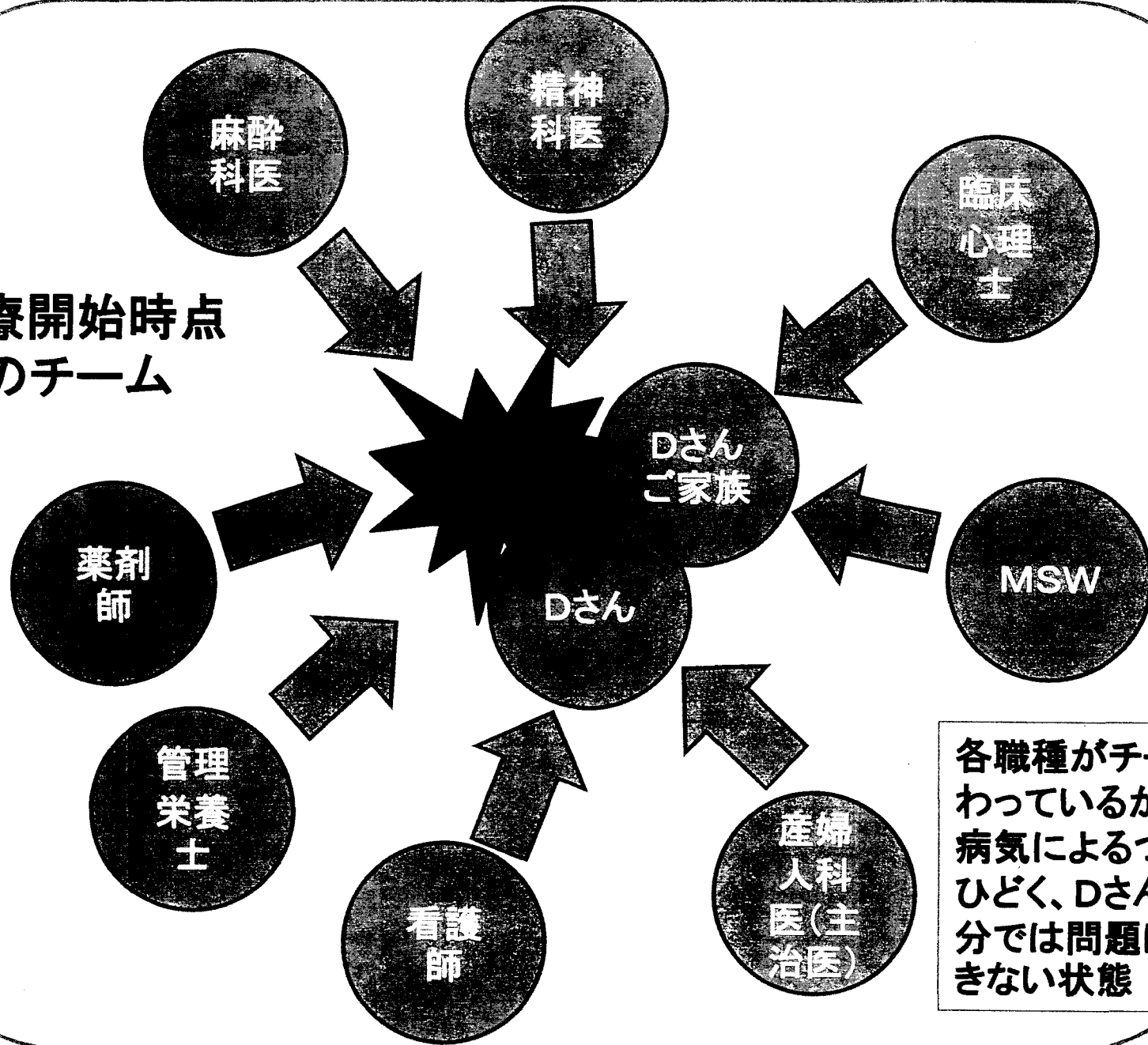
3. 考察

院内の各部署で課題が発生したが、その都度、精神科に連絡が入り、臨床心理士が主たるつなぎ手となって、院内各科の連携により本人の不安を支え、終診に到った事例である。



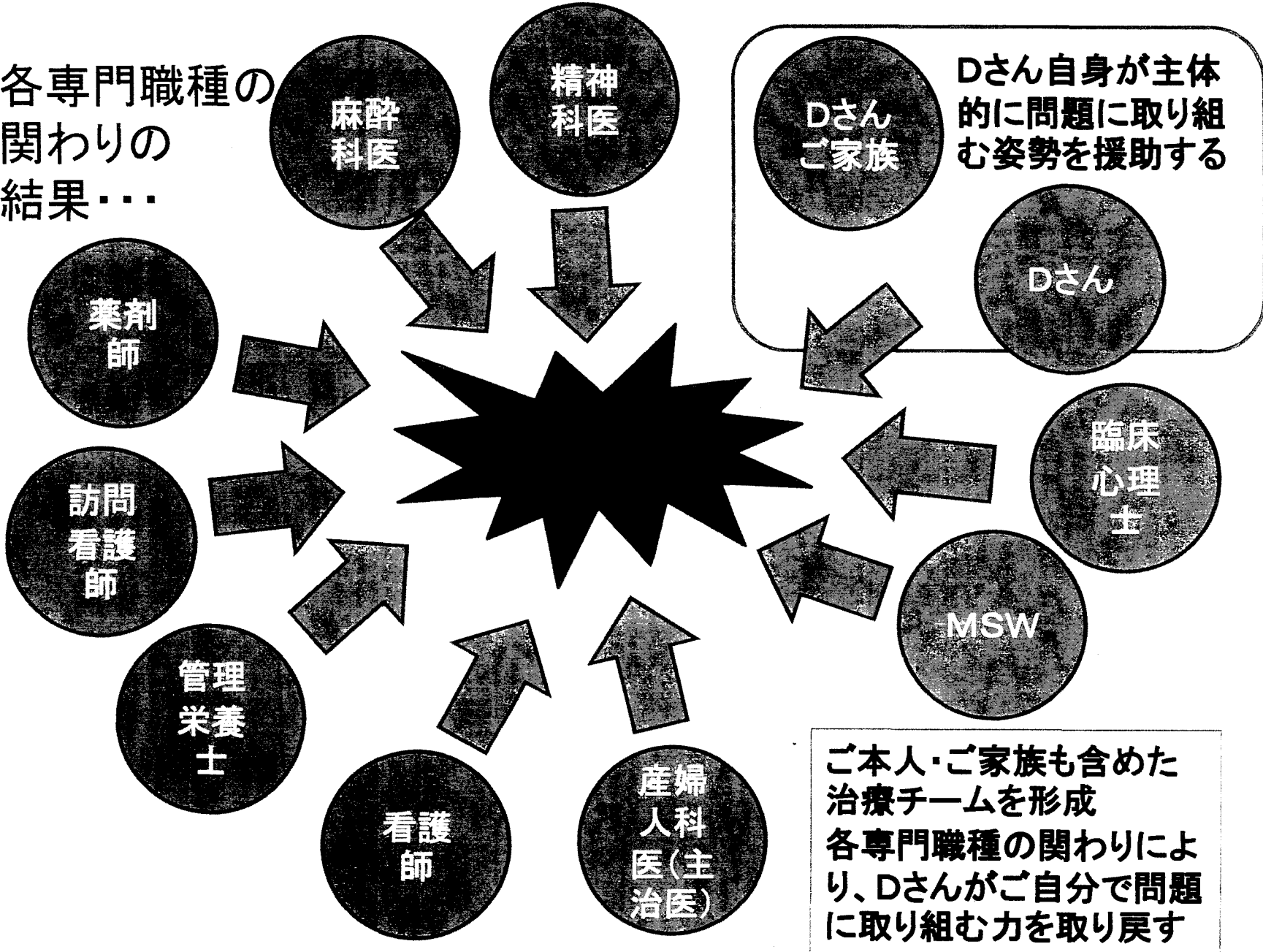
事例 D 経過表

治療開始時点
のチーム



各職種がチームで関わっているが、現在病気によるつらさがひどく、Dさんがご自分では問題に対処できない状態

各専門職種の
関わりの
結果...



Dさんの場合

主治医の治療、
看護師の療養支援、
家族のサポートが常にあり

身体的な痛み

- ・脚のしびれ
- ・脚の痛み
- ・食べられない

麻酔科医や病棟薬剤師による
関与・神経ブロックや鎮痛
補助薬の調整

管理栄養士による栄養相談

心理的な痛み

- ・「皆に迷惑を
かけている」
- ・何もできないという思い
- ・痛みの恐怖、死の恐怖
- ・「いなくなって
しまいたい」という思い

精神科医による
抗うつ剤投与

臨床心理士による
定期的なベッドサイド面接

トータルペイン を抱えるDさん

- ・なぜ私が病気になったのか
- ・これでも生きている意味が
あるのか

実存的(人間存在にかかわる)な痛み

社会的な痛み

- ・医療費をどうするか
- ・職業の喪失
- ・疎外感、孤独感
- ・単身生活の維持を
どうするか

MSWによる相談、
退院調整、訪問看護
ステーションの紹介

事例A～Fの総合考察

「全人的医療」という考え方がある。これは、生物学的側面や疾患のみにとらわれず、社会面・経済面・心理面などの様々な視点からも捉えて、個々人に合った医療を行おうとするものである。医療保健領域における臨床心理士の役割は、このような医療の考え方と、社会からの現実の要請とを真摯に受け止め、人々のこころの安寧に寄与するために臨床心理援助を行うことである。

臨床現場における臨床心理士の活動は、こころの問題を専門に扱う精神科や心療内科領域に限らず、病を持つ人全般のこころに関わる幅広い領域に及んでいることは、事例A～Fをみれば明らかである。臨床心理士の主たる活動は、面接や行動観察、心理検査といった手段を通して、系統的に情報収集を行い、的確な心理アセスメントを行うこと、その上で心理的な問題の克服や困難の軽減にむけてクライアントが自分自身の問題に主体的に取り組む気持ちになっていけるよう支援する心理面接を行うこと、さらに個人だけではなく、その人を囲む環境への働きかけや情報整理、関係の調整、他の専門機関連携など、ケースバイケースで多職種と十分なコミュニケーションを取りながら役割分担、連携を行って患者・家族の信頼を得ていくことであろう。さらに、今回の事例には含まれなかったが、医療人のメンタルヘルスを支える存在としての役割も現場では求められている。

2011年1月24日

一般社団法人 日本臨床心理士会 医療保健領域委員会
(委員長：津川律子)

チーム医療推進方策検討WG資料

チーム医療推進方策検討WG

座長 山口 徹 様

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）

資料として毎回配布される「これまでの議論の整理」について確認・検証の結果、リハビリテーション医療に関わる立場から、以下の点について加筆・修正をお願い致したく、提案させていただきます。

1. チーム医療を推進するための基本的な考え方

1) リハビリテーションの理解に関する以下の文面を加えていただきたい。

- リハビリテーションは、急性期、回復期、生活期のどの時期においても隔たりなく行われ、従来から、患者を中心に職種間を越えたメンバーでチームが構成される。そのため、それぞれの病期によってその目的も変化する中で、患者を中心とした多様なメンバーで構成するチーム医療には、リハビリテーションの理解が必須である。

2) 医師の包括的指示について、○の5つめに下線部分を追加・修正して頂きたい。

- チーム医療を展開する中で、医師が個々の医療従事者の能力等を勘案して、包括的指示」を積極的に活用することも重要な手段である。しかし、その前提として「包括的指示」の考え方に対する合意概念を形成する必要がある。ただし、要件等をあまり定型化しすぎると医療現場の負担増になる可能性に注意が必要である。

3) 次の2点はこれまでもやんわりと提案させて頂いたと思っておりますが、以下の通り追加記載を要望致します。

- 「包括的指示」は、医師と特定の看護師間にのみ成立するものではなく、医師とそれぞれの医療専門職間においても成立するものであることから、個々の医療専門職との間における包括的指示を考える必要がある。
- いわゆるグレーゾーンは、専門職間において相互補完的に、または緩衝地帯としての意義もあるため、職域固執というエゴに抛らず患者・家族の視点から捉えるべきである。また、これは医師と専門職間における「包括的指示」に対する議論にも共通するものである。

2. 急性期・救急医療の場面におけるチーム医療

各時期のリハビリテーションの説明について、例4)として以下を追加して頂きたい。

例4) 急性期脳血管障害患者のリハビリテーションにおけるチーム医療 (相沢病院)

当院では脳血管障害の急性期を対象に、リハスタッフを病棟に配置する「脳卒中ケアユニット」等の病棟配置型急性期リハビリテーションに取り組んでいる。具体的には、病棟やベッドサイドにて、病状の変化や合併症に対するリスク管理について医師と情報交換を行い、患者の全身状態や心理状態などについて看護師と情報共有を行いながら、従来と比べ更に安全性を高めた上で、早期からの効率的なリハビリテーションを実施している。

4. 在宅医療の場面におけるチーム医療 (医療・介護・福祉の連携)

○の3つめに、以下の追記をお願いします。

- 在宅医療では訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問介護のチームアプローチが大切である。

7. 医療スタッフの業務の効率化・業務負担の軽減

リハビリスタッフの病棟配置について、例3)として以下を提出致します。

例3) 早期離床は極めて重要でありながら、常に転倒・転落のリスクと切り離せない関係にあるため、多くの医療機関が安全で効率的な早期離床への取り組みに苦慮している。リハビリテーション専門職を病棟に配置することで、この両立が図れると共に看護業務の軽減につながる。