

## 34-1 チーム医療

排尿ケアチームが病棟スタッフと連携できるまで  
—トップダウン型からボトムアップ型—

1 東名裾野病院 看護科, 2 東名裾野病院 医師, 3 東名裾野病院 理学療法士

やまぐち れな

○山口 玲奈(看護師)<sup>1</sup>, 大塚 栄子<sup>1</sup>, 栗田 命<sup>3</sup>, 宮崎 世連<sup>3</sup>, 内木場 拓史<sup>2</sup>, 木本 華織<sup>2</sup>, 木本 紀代子<sup>2</sup>

## 【はじめに】

当院(医療療養型病床3病棟148床)では2019年1月に、医師、看護師、理学療法士から成る排尿ケアチーム(以下チーム)を結成し、入院患者を対象に排尿自立支援を開始した。

## 【方法、経過】

2019年1年間で18人19症例(男性8女性10)に排尿ケアを実践し、うち13人(男性5女性8)、全体の72%に膀胱留置カテーテル留置率が全国平均の15.1%を超えないという目標もほぼ達成できた。

しかしながら、チームと病棟スタッフが最初からスムーズに連携できたわけではない。開始当初、チームは孤立し、先ずじ自主的に対象患者をピックアップしカテーテル抜去後から観察すべき病棟スタッフは、チームと距離を置き、チームからの一方的な指示を待つのみであった。そこで、①木曜のチームと病棟スタッフ回診まで病棟スタッフが3日間排尿記録を付けられるようカテーテル抜去のタイミングを火曜の朝と決める②病棟のリンク・ナースを当番表ではなく当日朝に声掛けし依頼したところ、徐々にチームと病棟スタッフが連携できるようになった。

実際にカテーテル・フリーを遂げる症例を体験し、更にカテーテル抜去後から会話が可能になるなど著しくADLが向上する症例が続いたことから、排尿ケアに携わった職員にホーソン効果が生まれ、職員全員が参加できる勉強会(第1回は「下部尿路症状」)を開催するに至った。やがては病棟スタッフ側から「500ml以上の残尿は導尿して経過をみる」独自のルールが生まれたり、カテーテル自然抜去時やカテーテル感染が疑われた際は曜日に関係なく適宜抜去後の観察を始めるようになるなど、病棟スタッフの自主的かつ積極的な姿勢がみられるようになった。

## 【考察】

これらの経過を振り返り、チーム医療の効率化全般について考察をさらに加えたい。

## 34-2 チーム医療

## 当院介護療養病棟における離床回数向上に向けたリハビリスタッフの関わり方の検討

永生病院 リハビリテーション部

やながわりゆういち

○柳川 竜一（理学療法士）、中村 嘉宏、大淵 臣子、舩山 広詩、秦 秀人、八木 朋代

## はじめに

上田らは高齢者の廃用症候群を防ぐには1日4時間以上の離床が必要と述べている。当院介護療養病棟においては、経口摂取が可能で介助量がより少ない患者は、病棟スタッフによって毎食離床を実施している。しかし、移乗動作が全介助や経管栄養の患者は、離床回数が少ない傾向にある。そこで今回、昼食時の離床にリハビリスタッフが関わる取り組みを行い、その後、対象患者の離床回数に変化がみられたため、その結果を報告するとともに、リハビリ介入のあり方を検討する。

## 方法

対象は当院介護療養病棟へ入院している移乗動作が全介助の患者15名（A群：経口摂取で毎食離床の7名、B群：経口摂取だが食事時の離床は週1～2回の4名、C群：経管栄養で食事時の離床は週1回の4名）。令和元年7月～12月の期間に理学療法士・作業療法士各1名が週4回、病棟スタッフと協業して昼食時の離床・臥床を実施。その後、各群の離床回数を調査した。

## 結果

A群の7名は毎食離床を継続できており、加えてB群の4名も毎食離床が可能となった。しかし、C群の4名の離床回数に変化はみられなかった。実施期間中にA～C群の離床介入に差はなかった。

## 考察

B群の毎食離床が可能となった理由として、病棟スタッフからA群の患者に対しても、残存能力や介助方法の質問が多くなり、その後、介助量が軽減したといった発言が聴取された。このことから、取り組みの中で、A群の病棟スタッフによる介助量が軽減した可能性がある。その結果、B群の離床における身体的・時間的余裕が生まれたと推察される。佐藤らは、療養病棟におけるリハビリスタッフの役割の1つに、福祉用具の選定や病棟スタッフの指導を挙げている。このことから、リハビリスタッフが日常生活に直接関わり、病棟スタッフと患者情報をより密に共有することが重要であると考え。今後は、離床回数に変化がみられなかったC群に対する分析が課題である。

## 34-3 チーム医療

## チーム連携カレンダー・離床ボード利用にて家族との連携強化・活動性向上が図れ円滑な退院支援となった症例

1 重井医学研究所附属病院 リハビリテーション部, 2 重井医学研究所附属病院 内科部, 3 重井医学研究所附属病院 看護部,  
4 重井医学研究所附属病院 地域連携部

いしだ しょうじ

○石田 祥児 (理学療法士)<sup>1</sup>, 山本 直樹<sup>2</sup>, 上村 美香子<sup>3</sup>, 山本 亜美<sup>4</sup>

【はじめに】 当院では2018年5月から家族・病棟スタッフとの連携強化を目的に「チーム連携カレンダー」、日中活動性維持向上を目的に「離床ボード」を作成し利用している。当院一般病棟入院後、障害者施設等病棟（以下：障害者病棟）へ転棟し、標準算定日数を越えた患者に対し、上記共有ツールを使用したことで家族との連携強化や活動性向上が図れ、円滑な退院支援につながったので報告する。

【症例】 急性動脈塞栓症による両大腿切断後当院転院となった90歳代男性。断端成熟不良のためADL自立困難。家族は自宅での介護困難なため、前院より施設入所を希望していた。障害者病棟転棟後、標準算定日数を越えリハ介入が減少、生活リズムは昼夜逆転し、家族との直接的な情報共有の機会が減少した。そこで、患者自室にてチーム連携カレンダーを使用し、家族の来院日やリハ介入日の把握が家族・スタッフ間で可能となった。離床ボード使用で日中活動性向上や離床回数が増加し、退院前には基本動作能力が向上し昼夜逆転の生活リズムも改善された。また、日常生活ルームで昼食を摂ることが他患者との交流につながり、離床への意欲が向上、円滑な退院支援となった。

【考察】 「チーム連携カレンダー・離床ボード」の使用によって患者家族と病院スタッフとの情報共有の継続や日中活動性向上・離床回数増加を図ることができ、離床に対する意欲向上・夜間の睡眠時間の確保による昼夜逆転の改善につながり、円滑な退院支援になったものと考えられる。

【結語】 今回、患者家族を含むチームでの共有ツールが、チーム連携を強化し、標準算定日数を越えた患者においても機能動作能力の維持向上を図ることが可能となり、円滑な退院支援につながられた。また、リハ介入が少ない場合や、家族の来院日数が少ない場合においても、家族との連携強化・退院支援における共有ツールを使用することで円滑な退院支援につながることが可能であると考えられる。

## 34-4 チーム医療

## 長期人工呼吸器装用患者への腹臥位の取り組み

富家病院 リハビリテーション室

むとう しんたろう

○武藤 慎太郎（言語聴覚士），村野 香苗，富張 修平，高橋 祐侑

【はじめに】長期人工呼吸器装用患者に対し、腹臥位を多職種や家族と協力して半年間取り組むことができたため、その取り組みについて報告する。

【目的】長期人工呼吸器装用患者で肺炎を繰り返している患者に対し、体位ドレナージとして腹臥位を行う。また取り組みとして多職種と連携して進めていく必要があり、腹臥位を進めていくにはどのような環境設定や情報共有が必要かを検討する。

【方法】長期間人工呼吸器を装用している対象患者1人に対して、1週間で3回と病棟と時間を決め、リハスタッフ2人・看護師1~2人・家族1人の計4~5人で腹臥位を取る。実施する際はリハスタッフと家族で側臥位を経由し、腹臥位までの姿勢変換とポジショニングを行い、人工呼吸器・サチュレーションモニター・点滴の管理を看護師が行う。

## 【経過】

開始当初は腹臥位を取る際に大腿部で導尿カテーテルを圧迫することや、頭部の位置が低く気切部を圧迫することがあり、その都度腹臥位の姿勢やクッション位置を調整した。導尿カテーテルと大腿部が接触する場所へはタオルを挿入し圧迫を回避し、気切部が当たらない高さにするためクッションの形を修正した。腹臥位時のポジショニングが確立されてからは、体位変換に要する時間は短縮し、スタッフ間での役割も明確に割り振りが行えた。

経過の中で腹臥位実施前は熱発から軽快するまでに10日~14日ほどの期間を要したが、腹臥位実施している期間では0~9日で軽快した。

## 【考察】

ポジショニングの調整をリハスタッフが行い、人工呼吸器のルートの確保やカテーテルのライン管理など環境設定を看護師が行うことで、互いの役割が明確となり患者に対して安全に腹臥位を実施できたと考える。長期臥床患者では背側肺に分泌液が貯留しやすい傾向にあり、その分泌液の喀出の為に体位ドレナージが有効であると言われている。有熱期間の減少がみられたことで今回実施した腹臥位の有効性が示唆された。

## 34-5 チーム医療

## 長期療養と看取りが主体であった療養型病院における自宅退院支援の一症例

長岡病院 リハビリテーション課

いしい だいすけ

○石井 大輔(理学療法士), 土屋 倫子, 外間 巧, 高柳 美緒子, 山田 智子, 小川 亜希子, 北村 真治郎, 内木 祥裕

## ■はじめに

高齢化に伴い在宅医療の充実が求められている。長期療養と看取りが主体であった当院でも近年は在宅療養支援機能を強化してきた。今回寝たきりの状態で転院されてきた患者を多職種との協業により自宅退院へと支援することができた症例を経験したので報告する。

## ■施設概要

病床数222床、平均在院日数846日、平均介護度4.4、平均年齢86.1歳

## ■症例紹介

(概要) 50代、女性、全身倦怠感にて寝たきりとなり重度の貧血と褥瘡で緊急入院。1ヶ月後に当院へ転院。

(経過) 3病日より理学療法、22病日より作業療法を開始。転院時BMI 13.4、ADL: BI 0点、褥瘡: 仙骨、踵、膝 (DESIGN-R 19~21点)、ニーズ: 自宅退院。リハビリでは身体機能とADL改善を目標に1日平均2.6単位、最大6単位介入。入院期間中は日常的な職種間の意見交換に加えて患者、家族を含めたカンファレンスを6回実施。129病日に家屋調査を実施。192病日に自宅退院。退院時BMI 22.1、ADL: BI 80点、褥瘡は全て治癒。

## ■考察

今回入院時に寝たきりであった患者を自宅退院へと支援できた要因は職種間における①情報と目標の共有②密度の高いコミュニケーション③スケジュールと役割の明確化を主とした協業によるものであり、これらは今後の当院における在宅療養支援機能強化の重要な基盤になると考える。

## ■まとめ

「老衰」は死因の第3位となった。当院が所在する神奈川県茅ヶ崎市は「老衰」の割合が全国で男性:1位、女性:2位と高くその背景には「在宅療養支援診療所」の数が全国平均の1.5倍という支援体制の充実が一因とも言われている。当院でも在宅療養支援機能の強化を図った結果2017年度と比較して2019年度の自宅退院件数は2倍、他院から当院を経て自宅へ退院した件数は10倍となった。自宅退院が全ての患者、家族にとって最善であるとは限らないが在宅療養支援機能の強化は患者、家族の選択肢を増やし、より良い人生を送るための一助になり得ると考える。



## 34-6 チーム医療

療養病棟初の試み  
人口呼吸器装着患者受け入れを通して

静岡徳洲会病院

みやぎしま まき

○宮城島 真希 (看護師)

## 1、はじめに

当院はケアミックス型の病院で当病棟は55床からなる療養病棟である。当病棟ではこれまで、人工呼吸器装着患者の受け入れはしてこなかった。病棟責任者として初めて人工呼吸器装着患者の受け入れを試み、受け入れ準備から受け入れ体制の整備、さらにスタッフの意識変革に至るまでの経過を経験したのでここに発表する。

## 2、患者紹介および経過

T氏64歳男性 心肺蘇生後低酸素脳症にて人工呼吸器装着中。  
2019年7月長期療養目的で当院へ転院となる。

## 3、結果

当病棟の看護師はベテランが多く、人工呼吸器装着時の看護は経験していた。しかし、いざ受け入れを計画したとき、看護師の業務の負担、病状の変化による急性期への転出の可能性などから、受け入れは難しいとの声が聞かれた。また、受け入れを反対するスタッフもいた。

病棟責任者として就任した直後で、スタッフとの関係構築が不十分な状況やチームの未熟さから、スタッフが何を考えどんな思いがあるのか知る必要があると考えた。そこで、アンケートを実施しスタッフの不安や思いを確認した。アンケートの結果を受け人工呼吸器についての勉強会を企画実施した。さらに勤務交代時には必ず患者の元で指導を行った。不安や反対意見が1番多かった入浴方法については、病棟で話し合い、入浴時のマニュアル作成・入浴見学を行い、レクチャーを受けながら実施した。結果、勤務者全員で関わり役割を決めることで、入浴が実施できるようになり、スタッフの自信につながった。

## 4、おわりに

今回の件でスタッフとの関わりだけでなく、スタッフを信じることを学んだ。患者受け入れを反対していたスタッフに対して、話を聞くことや伝えることの難しさを感じた。病棟運営は、スタッフの意見を聞きスタッフが働きやすい環境や業務内容をマネジメントすることである。今後の病棟運営に生かしていきたい。

## 34-7 チーム医療

よりよい退院支援のために  
～多職種間における考え方の相違の共有～

みなみ野病院

せがわ まさこ

○瀬川 雅子（看護師），薄井 祐磨

## 1. はじめに

当院の回復期リハビリテーション病棟では、看護師、リハビリスタッフ、ケアワーカー等が共働し、患者のニーズに合わせた退院支援を進めている。その中で、職種によりADLに対する考え方に相違があると感じ、その相違が患者のニーズに合ったADL・退院支援に影響を及ぼしていると考えた。その相違を明らかにし、患者のQOLを尊重したよりよい退院支援を行いたいと考えた。

## 2. 目的

多職種間における、「ADL向上についての意識調査」と「よりよい退院支援のための情報共有を行うこと」を目的とした。

## 3. 方法

2020年11月～2月の期間で、回復期リハビリテーション病棟の看護師19名、リハビリスタッフ24名、ケアワーカー12名を対象に、同内容のアンケート調査を実施し、結果を周知した。その後、各職種の専門性と多職種連携の必要性についての勉強会を開催し、職種による考え方の相違と各職種の役割を共有した上で、ADL・退院支援についての意識の変革を調査した。

## 4. 結果

多職種間において、患者のADLについて「理想とするADL」の考え方は一致していたが、「排泄や入浴に関するADL」の考え方に相違がみられた。また、病棟の現状については、全職種において「患者主体の支援ができていない」「他の職種と考えが合わないと感じる」という意見もみられた。その原因について、病棟生活を支える看護師・ケアワーカーは「マンパワー不足」など、業務上の理由を上げている。勉強会后、全職種において、他職種の専門性と多職種連携の必要性の理解ができたとの回答が得られた。

## 5. 考察

患者のADLにおいて、看護師は「安全面や合併症の予防」を、リハビリスタッフは「ADL向上」を、ケアワーカーは「安全面や円滑な業務遂行」を重視する特性があることが分かった。よりよい退院支援のためには、多職種の専門性を相互理解した上で情報共有することが重要である。

## 療養病棟における退院支援の強化を目指した取り組み—固定チームナーシングを導入して—

静岡徳洲会病院 療養病棟

すずき みか

○鈴木 美佳（看護師）

【背景】私は長期療養患者へのケアに意味ややりがいを見出せずにいた。そのような時、紙屋が提唱する患者の意識障害・生活行動の回復に注目した看護に出会い、患者の可能性を信じてあきらめない姿勢と患者を一人の生活者として地域に戻していくことの必要性を学んだ。看護師は患者の生命維持に必要なことの他、身の回りの援助に追われ、退院支援はMSW任せという現状にあった。【目的】療養病棟における退院支援を強化する。【方法】期間は2020年4月～7月。固定チームナーシングを導入。継続した日常生活援助を実践し患者の変化を看護師の観察視点から評価。看護師16名に質問紙によるアンケート調査を実施。【倫理的配慮】研究内容の公表、協力は自由意思で個人が特定されないことを説明し同意を得た。【結果】3か月間で寝たきり患者40名の20%を車椅子に移乗でき、6名が経口摂取へ移行できた。自宅や施設へ退院する患者が月2～3名増加した。看護師は様々な感覚刺激が患者の意識回復の可能性を引き出すことに繋がると実感した。患者がその人らしい姿に近づくことに喜びを感じ、地域包括ケアを見据えることができた。【考察】継続して受け持ち患者を看ることから生まれる看護師の責任や愛着という感情は、人間対人間の関係性を構築する。看護師は患者とより深く関わることで小さな変化にも気付き、回復を促すアプローチに繋げることができた。患者の生活行動の回復はQOLを高め、本人や周囲に退院という希望を持たせる。患者の回復を願う思いや退院に繋げた達成感は、看護師のモチベーションとチームの団結力を高める。療養病棟において、患者の目標をチームの目標として共有し継続できる固定チームナーシングの導入は、退院支援を強化する上で有効であった。看護師が中心となった他職種協働の退院支援ができる職場風土の醸成に繋げることが課題である。



## 慢性期病院でのNST活動の取り組みと今後の課題について

1 江田記念病院 栄養科, 2 江田記念病院 看護部, 3 江田記念病院 検査科, 4 江田記念病院 診療部

こんどう ほなみ

○近藤 穂波 (管理栄養士)<sup>1</sup>, 二村 梨愛<sup>2</sup>, 木宮 千絵<sup>3</sup>, 紀 純子<sup>4</sup>

### 1. はじめに

当院NSTは開院当初(2006年)より、算定の有無、病棟の特徴に関わらず月1回の委員会で“各病棟で選定した1名(計4名)の患者を多職種で検討する”という活動を基本にしている。

療養型病院のNSTとして看護師やその他の職種にも浸透し定着してきたが、一方で主治医と患者選定時の温度差が認められ、75%(3名)の実績月が出てきた。何度も委員会で協議を重ねた結果“2種類のツール”の作成にて問題解決に至ったのでその報告と今後の課題について発表する。

### 2. 方法

- ① 検査科と協働しAlb値や体重減少率を基準とした“低栄養患者リスト”を作成した
- ② 協議の結果を主治医に伝える為、委員会で統一用紙“食事変更提案書”を作成した
- ③ NST委員は前もって配布した①を基に主治医と情報共有し患者を選定する
- ④ 委員会終了後②に記入して速やかに主治医へ説明し手渡し、指示を受ける

### 3. 結果

“低栄養患者リスト”は根拠を示して説明できる為、栄養に無関心また逆に関心の強い主治医とも相互理解がし易くなった。

“食事変更提案書”はあくまで提案にはなるが主治医看護師双方の考えが明確にでき、また実施の有無も確認できるので2種類とも有効であることが分かった。

### 4. 考察

NST委員会は“治療の根幹となる栄養”について多職種でじっくり検討できる貴重な機会である。今回、特に“主治医との連携方法”を委員会内で何度も話し合い100%の実施に戻すことが出来た。“2種類のツール”は今後委員や主治医に変更があった場合も有効な手段として継続出来ると思われる。

現在委員会はチェアマンの医師を中心に我々管理栄養士が引率している形ではあるが、NSTが看護部内に定着した結果、看護師からもっと自主的に活動にしたいとの声が出てきた。今後も患者に寄り添ったNSTを前提にして各職種の関わり方など新たな課題として委員会内で話し合い、引き続き活動していきたいと思う。

## 34-10 チーム医療

## 多職種連携セルケアシステム導入による成果と課題

H I T O病院 看護部

ほそかわ かつみ

○細川 克美（看護師）

社会医療法人石川記念会HITO病院（以下当院）は、ケアミックス型の二次救急を担う病院で、人がよりよく生きるための医療の在り方を考える「いきるを支える」医療を目指している。看護部では「人」が中心というコンセプトに基づき、チーム医療における看護業務の明確化と多職種との役割協働を推進している。

今回、従来の看護体制を見直し、看護師を中心とした多職種がケアを実践する多職種連携セルケアシステム（以下セルケア）を2020年4月から導入し、現時点での成果と課題について報告する。

## 1.セルケアの概要

看護師・メディカルスタッフが小集団のセルケアチームとなり、多職種が専門性を発揮し担当患者のケアを行う。セルケアチームは、Assistナース・スタッフナースが中心となり、多職種と情報共有・ケアを実践し、セルケアチーム内でカンファレンス行いタイムリーにケア計画の追加・修正を行う。職種の垣根を越え互いに補完し、担当領域に基地を設置し導線の効率化を図っている。

## 2.成果

- ①セルケアチーム内で多職種とタイムリーな情報共有が行われ個別なケアが実践可能となった。
- ②Assistナース・スタッフナース間で根拠に基づいた看護技術指導が行われ、機会教育の場となっている。
- ③多職種から専門性に基づくポジショニング・口腔ケア・薬剤知識等のレクチャーを現場で受け、ケアの質向上に繋がっている。
- ④患者のニーズを予測し、転倒転落のインシデントが減少した。
- ⑤セルケアチーム内での業務の補完が行われ、時間外勤務時間が減少した。
- ⑥看護師の仕事への満足度調査では、76%の者が満足感があると返答していた。

## 3.課題

- ①Assistナースはリーダーとしての責務が負担となっている。
- ②セルケアチーム内でカンファレンスが実践できていない。
- ③メディカルスタッフより看護師も担当患者を固定化してほしいとの要望がある。

## 結論

今後、評価と課題解決を実践し多職種連携セルケアシステムを定着させたい。

## いくつになっても口から食べられるように ～介護医療院の食支援～

1 芳珠記念病院 介護医療院 陽だまり, 2 芳珠記念病院 リハビリテーションセンター, 3 金沢大学医薬保健研究域

きたはら ひさよ

○北原 久代 (作業療法士)<sup>1</sup>, 吉本 聡美<sup>1</sup>, 西田 好克<sup>2</sup>, 米田 貢<sup>3</sup>

【はじめに】食事は人が生きていく上で欠かせない生活行為である。介護医療院には「日常的な医学管理」が必要な利用者が多く、いくつになっても口から食べられる生活を維持することは、介護医療院の役割の一つである。今回、食事時の誤嚥がみられた症例に対し、食事姿勢の変更を多職種で検討したことで全身状態に改善が得られた経験から多職種連携の重要性を報告する。【症例紹介】98歳女性。要介護5。慢性関節リウマチ、骨折、胆石発作などの既往がある。終日臥床し、誤嚥性肺炎を繰り返していた。【経過①】食事は仰臥位ヘッドアップ45°にて全介助でミキサー食（学会分類2-1）を経口摂取していた。傾眠が強く、KTバランスチャート（以下、KTBC）では、意欲、認知、姿勢、活動の各項目でスコアが低かったため、食事形態をゼリー食（学会分類1j）に変更し、覚醒レベル、活動性の改善を目的に車椅子での散歩や会話をを行った。【経過②】傾眠傾向に変化がなく、食事摂取量の減少と誤嚥を認め、食事前後の喀痰吸引が必須となった。多職種で検討した結果、KTBCにおける呼吸状態、嚥下機能の弱さを食事姿勢で補う目的で完全側臥位法を試みた。結果は傾眠ではあったが、むせることなく経口摂取が可能であった。1か月後には呼吸状態、嚥下機能が改善し、食事前後の喀痰吸引が不要となり、車椅子乗車時にも簡単な会話が可能となった。【考察】今回の症例では多職種による食支援として、食事姿勢を坐位レベルから側臥位に引き下げたところ、全身状態の改善にまで至った。これは、単にKTBCのスコアから介入方法を検討しただけではなく、個人の残存した機能をどのように生活場面で発揮できるよう支援するかを、多職種と包括的に検討できたからと考える。【まとめ】本症例を通じて多職種連携の重要性を再認識できた。今後も食支援を含めた生活全般の支援を多職種で協議して継続していきたい。

## 34-12 チーム医療

リハビリ職と看護職及び介護職の継続的な  
リハビリ看護に向けた取り組みの一考察

藤岡市国民健康保険鬼石病院 看護部 一般病棟 外科

さくらい みえこ

○桜井 美恵子 (看護師), 石関 恵子

## 【はじめに】

地域包括ケア病棟は在宅復帰支援が求められており、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士などのリハビリ職と看護師や介護士の連携により患者のADLの拡大・残存機能の維持・向上を目標とするリハビリ看護が重要である。しかしA病院では情報共有がされておらず、継続的なリハビリ看護が出来ていない現状がある。そこで今回在宅復帰支援に向けた継続的なリハビリ看護を行うためにA病院のリハビリ職と、看護職及び介護職の情報共有を阻害する要因を明らかにしたいと考えた。

## 【対象と方法】

A病院およびB介護老人保健施設に勤務する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護師介護福祉士・介護士・看護助手を対象とした。先行研究を参考に研究者が質問紙を作成し、対象施設の施設長の許可を得て配布した。

## 【結果】

リハビリ職は看護師・介護士に「遠慮がある」「話しかけづらい」「歩み寄りが足りない」などの、人間関係とコミュニケーションの取りにくさが継続的なリハビリ看護を行うために情報共有を阻害する要因として挙げられた。看護・介護職は「業務が多忙」「情報収集する時間がない」「病棟でリハビリをする時間がない」などの時間的要因があった。リハビリ職・看護・介護職共に共通する阻害要因にカンファレンスが出来ていない、情報共有するシートがないがあげられた。

## 【考察】

看護・介護職は日々の業務に追われその姿を見てリハビリ職は声を掛けるタイミングがつかみにくく、阻害要因の原因になったと考えられる。情報共有シートを作ることによって情報が可視化されお互いの共通認識での理解ができ自分に時間があるときに見ることができることから情報共有するシートを使用する声に繋がったと考える。

## 【結論】

在宅復帰支援を行う為には、リハビリ看護が重要であり積極的なコミュニケーションを促進するための他職種とのカンファレンスや、情報共有シートの作成の必要性を感じた。

## 34-13 チーム医療

## 「生活を支えるチーム医療の確立」を目指して

城東病院

さとう ひとみ

○佐藤 仁美（医師）、岡 利樹

医療法人慶友会城東病院は、医療療養病床120床、介護医療院（I型）114床合計234床の慢性期病院である。私たちは地域に密着した多機能型慢性期病院になることを目指し、在宅復帰、重症化予防、その人なりの自立支援、緩和ケア等に力を入れている。今年度の病院目標を「生活を支えるチーム医療の確立」とした。これまでも医療・ケアの質の向上は私たちの課題であったが、患者・利用者への取り組みにばらつきがあったことは否めない。高齢者はチーム医療なくしてはよくならない。チーム医療は1人の患者をめぐる多職種協働することをいうが、このチーム医療の概念を病院全体の組織にも応用し、診療の質の向上に取り組んだのでここに報告する。

もともと院内には各種委員会は設置していた。施設基準に沿った委員会活動も実践していた。だが、委員会活動と現場での医療・ケアの実践とがスムーズに繋がらないことが多かった。また、各委員会同士の横の繋がりも不十分だった。これらの反省を踏まえて、今年度は診療会議という名のもと各委員会の委員長が参加する会議（チーム）を作った。質にとことんこだわるチームにしようと考えた。改めて高齢者の特性を理解したうえで、必要な医療・ケアの実践に繋げることを意識した。委員会の委員長は、その道に長けた人材を登用した。職種は医師、看護師、介護士、リハビリ療法士、社会福祉士、管理栄養士等である。会議は各委員長から毎月の活動内容、患者・入所者の質の向上につなげる加算取り組みの件数報告から始まり、問題点をみんなで議論する。半年の経過であるが、加算取得件数の増加は明らかであり、同時に患者・入所者の機能改善、退院支援に繋げられる結果も得られてきた。特に低栄養対策、経口摂取支援、排泄支援等は生活を支えるチーム医療の確立に大きく影響していると思われる。今後もどんな場面でもチーム医療を意識しその人らしい生活支援をしていきたい。



## 身体拘束解除を目標に,KTBCの多面的視点から多職種で経口摂取を目指した一症例

1 芳珠記念病院 介護医療院 陽だまり, 2 芳珠記念病院

きむら あさこ

○木村 亜沙子 (理学療法士)<sup>1</sup>, 吉本 聡美<sup>1</sup>, 西田 好克<sup>2</sup>

**【はじめに】**

当施設は身体拘束0を目標に日々のケアを行っている。今回脳梗塞後に食道瘻を造設し,身体拘束を要した利用者に対し,KTバランスチャート(以下KTBC)による評価結果をもとに多職種で介入し経口摂取を獲得,身体拘束解除に至った症例を経験したので報告する。

**【症例紹介】**

80代男性。既往に膣頭胃十二指腸切除,C型肝炎,糖尿病あり。X-217日,脳梗塞による左片麻痺を発症し他院入院。意識障害あり,経口摂取困難のため食道瘻を造設した。X日,当施設に入院となる。

入院時,BRSは上肢手指Ⅲ,下肢Ⅲ-Ⅳ。基本動作・ADLは全介助。リハビリテーション時以外はベッド臥床状態。簡単な会話が可能。意識レベルはJCS I -2~Ⅲ-100とムラあり,昼夜逆転もみられた。食道瘻拔去予防のため,右手部にミトンを装着していた。

**【経過】**

当施設入院時の摂食状況レベルは1であった。身体拘束解除に向け多職種で話し合いの際にKTBCで全体像を把握し,介入方法を検討した。

本症例の強みとして,熱発がなく全身状態・呼吸状態・栄養状態が良好であったため,PTでは離床時間の延長や活動性の向上を目標に介入した。

摂食嚥下認定看護師の評価のもと,X+60日に固形1品から開始。呼吸状態・口腔状態維持のため,摂食前後の喀痰吸引と口腔ケアをNsへ依頼した。その後,VFにて明らかな誤嚥なくミキサー食・固形食の直接訓練可能との評価もあり,目標を3食ミキサー食,食道瘻拔去,ミトンによる身体拘束解除とした。徐々に摂食嚥下機能改善,身体機能も向上し,X+103日に3食経口摂取可能となり,X+109日,食道瘻拔去・身体拘束解除となった。

**【考察】**

今回KTBCを導入することで利用者の強み・弱みを把握しやすくなり,職種ごとの役割が明確となった。強みを活かす介入をすることで弱みの底上げが促され,能力の改善へとつながったと考える。本症例を通し,KTBCは多職種で評価するうえで有用なツールであることを実感したため,今後も他利用者へ活用していきたい。

## 34-15 チーム医療

障害者病棟における退院支援の取り組み  
～QOLの維持向上～

南高井病院 看護部

あさおか あきら

○浅岡 輝（介護福祉士）

## &lt;はじめに&gt;

2病棟は障害者施設等一般病棟であり、対象となる患者は青年期から更年期まで幅広く、退院時に使用する公的サービスも、介護保険だけでなく障害者区分によって受けられる障害福祉サービスを利用する患者もいる。今回、介護保険を利用した患者と、障害福祉サービスを利用した患者の退院支援を行った。受けるサービスや退院先によって異なる支援があり、実際に携わったことで今後に生かせる築きや学びがあった為報告する。

## &lt;事例&gt;

活動期間：2019年5月8日～9月9日

対象患者：2名

A氏

・91歳 女性 主病名：脳出血

B氏

・53歳 男性 主病名：転換性障害

## &lt;方法&gt;

・退院支援マニュアルを用いて患者A・Bでチームに分かれ支援を施行。スタッフへのアンケートを実施。

(患者A) 退院先施設：介護保険使用。自力摂取できるよう食事のセッティング 右肩関節の亜脱臼がある為安全な移乗介助方法の確立 家族支援

(患者B) 退院先自宅：障害福祉サービスを使用。家屋調査による情報収集 移乗方法の確立家族支援 在宅サービスの確認

## &lt;結果&gt;

A氏は食事のセッティングにて自力摂取ができ移乗方法もスタッフ間で統一できた。7/19、特別養護老人ホームへ退院し、施設において一部介助でトイレの排泄が行えるようになった。

B氏は本人の希望どおり8/29に自宅へ退院した。退院後訪問で家族支援のもと自立した生活が行えているのを確認できた。また、復職に向け意欲的に取り組んでいた。

退院後、スタッフにアンケートを取ると退院支援についての理解、意識が高まったとの意見があったが、反対に難しかった、よくわからなかったとの意見もあった。理解度に個人差はあったが退院支援パスの使用方法、流れは把握できた。今後、対象者に対してQOLの向上を考えつつ退院支援に携わっていきたい。

## 慢性期療養病棟での「離床活動」についての実践研究

1 泉佐野優人会病院 看護, 2 泉佐野優人会病院 介護部, 3 泉佐野優人会病院 リハビリテーション部

おか ひであき

○岡 秀晃 (介護福祉士)<sup>2</sup>, 王子谷 みゆき<sup>2</sup>, 要 恵美<sup>1</sup>, 植木 恵<sup>3</sup>

## [目的]

慢性期療養病棟でも、回復期病棟と同じように趣味・文化的活動の参加を目的とした「離床活動」は大切な取り組みである。本研究では、1ストレングス視点、2文化的視点を慢性期療養病棟での「離床活動」に取り入れ、1、2の視点を持って「離床活動」を行うと慢性期療養病棟の入院患者に、どのような影響を与えるかを明らかにする。

## [対象]

主治医から「離床」を行うことを許可された入院患者を対象とする。

## [方法]

手順 1、各患者のストレングス（できること）、興味や趣味の発見。2、発見したストレングスを全スタッフで共有する。3、ストレングスを活用したプログラムを作成・実行する。（この取り組みが目的のある「離床活用」の基礎となる）

## [結果]

2018年10月から2019年3月の間、離床率が60%~70%台前半で推移。離床率が安全かつ効率よく上がるために、研究手順で示した方法で実行する。

その結果2019年4月の離床率は90%台に上昇、5月は80%台に低下したが、6月、7月は90%台、8月以降は、100%で推移し、この「離床活動」を継続的に行うことにより、ADLが向上し、退院支援を進めることが出来た。

## [考察・結論]

考察 入院患者が全く何も出来ないとは決めつけるのではなく、「実は・・・が出来る」「実は・・・に興味がある」など日々の業務のなかで、患者の強み・興味を見つける作業・視点を感覚的に身に付けることが重要であり、各患者の「本人らしさ」をチームで支えることが出来ている病院でなければならないと考える。

結論 患者の「強み」「興味」を「離床活動」に活かすことは有効である。