

先駆3病院の病棟運営・協業

初台リハビリテーション病院 (東京都渋谷区)

江口 ゆう チームマネジャー (看護師)

1. 入院判定

急性期病院で「回り八適応」と考えられるケースについて、診療情報がFAXで届く。ここで1次判定として薬剤師による薬価の評価情報を追加し、リハ専門医による判定が行われる。判定基準は以下「A」～「D」の4区分設けている。

A：入院受け入れ可⇒家族の病院見学と社会福祉士 (SW) による入院案内を行う。

B：家族代理診察が必要⇒医師による面談とSWによる入院案内を行う。面談の結果をもとに再度判定会議にかけ検討する。

C：本人診察が必要⇒来院調整し、患者診察する場合と、紹介元病院と患者・家族の理解がとれれば、リハ医もしくは医療連携看護師*1が診察に行く場合。

D：回り八適応外のため、入院受け入れ不可

この1次判定を受け、2次判定として月～土曜の8時50分より「入院判定会議」が開かれている(写真1)。参加メンバーは、院長、診療部長、医長、リハケア部長・副部長、サポート部長、多職種構成の病棟のチームマネジャー (TM)*2、SW、医療連携看護師、教育研修部チーフである。

2次判定会議では参加メンバー各職種が専門的視点から確認事項を提示し、全員で内容が検討される。医師からは不足データ・未確認情報に対する医学的見解が示される。資料で判断が困難な場

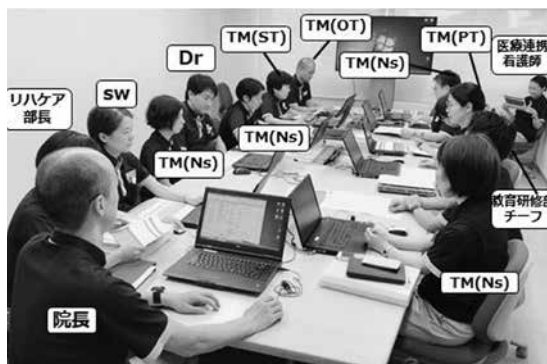


写真1 入院判定会議

合は判定医が紹介元の主治医へ積極的に問い合わせている。看護師からは医療処置の有無、入院中の生活支援のあり方について検討が加えられる。

遠方から入院するケースやハイリスク患者が入院する場合は、転院後の急変時対応について事前に意見交換される。患者の入院が決定されると、結果は速やかにSWより紹介病院へ連絡される。

2. 入院前日の準備

TMは、入院前日までに適切な受け入れ準備として、紹介病院より患者についての最終情報の確認を行う。身長・体重・体型を確認し、理学療法士 (PT) やテクノエイド関連事業者と情報共有し、適切な車いすが選定、準備される。

食事内容・食形態の情報は、管理栄養士、言語聴覚士 (ST) に伝えられ、嚥下評価のための食

*1 医療連携看護師 病床の適格・効率的運用のための前方連携を主な任務とする看護師。入院判定会議に出席し、必要に応じて急性期病院への事前訪問を行う。紹介病院への定期訪問による情報提供等を行っている。

*2 チームマネジャー 多職種病棟配属チームの管理・運営の統括責任者。医療サービス実践の指導監督、チーム目標の策定と展開、労務管理、チームメンバー育成の環境づくり等を行う。

事準備が行われる。看護師へは気管切開・褥瘡処置等の医療処置の有無に照らして医療・衛生材料の準備を依頼する。介護福祉士へは転倒・転落歴の確認によるセンサーコールの必要性を判断し、依頼する。これらの情報を確認後、関係各専門職に提供し、万全の受け入れ準備を整えておく。

3. 入院初日の流れ

入院受け入れ初日のポイントは、患者の状態把握と入院生活での安全対策を考えた環境設定、適切なリハ・ケアスケジュールの決定である。これらの着実な遂行に多職種がかかわる。



患者が到着すると、1階サポート部事務より病棟に到着の連絡が入り、クラークより入院担当医師・看護師に伝えられる。看護師はクラークとともに1階に迎えに出向く。クラークは紹介病院から各種書類を受け取り、荷物の搬送を行う。

看護師は患者の反応や移乗レベル・指示動作の理解レベル等を観察しながら、前日準備された車いすへの移乗を行い、病棟へ案内する。病室では、ベッドへの移乗、寝衣から私服への更衣を行い、患者のADL状況を観察する。ここで、初期の状態アセスメントとしてバイタルサイン・全身観察を行う。そして、患者・家族への一般的な病棟オリエンテーション（病棟の構造・設備の紹介、入院生活に関する事項の説明）が行われる。

医師は、紹介情報をもとに患者を診察し、多職種による「入院時合同評価」(写真2)を開き、職種と協働しながら総合診察を行う。

当院では図1・2のような多職種病棟配属制をとっている。入院時合同評価には医師、看護師、PT、作業療法士(OT)、ST、管理栄養士、SW、TMが参加する。医師がメンバー紹介を行い、各専門職より患者・家族への情報確認・診察を行う。

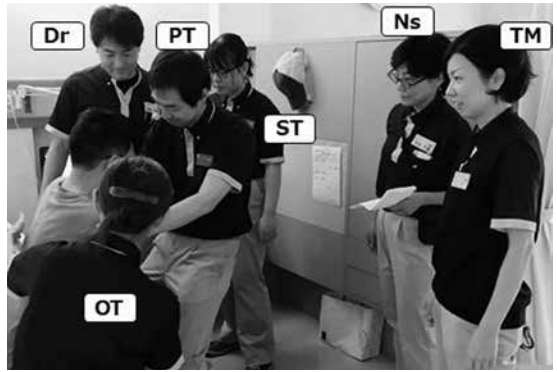


写真2 入院時合同評価

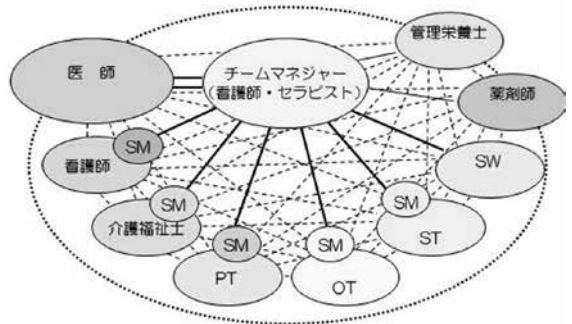
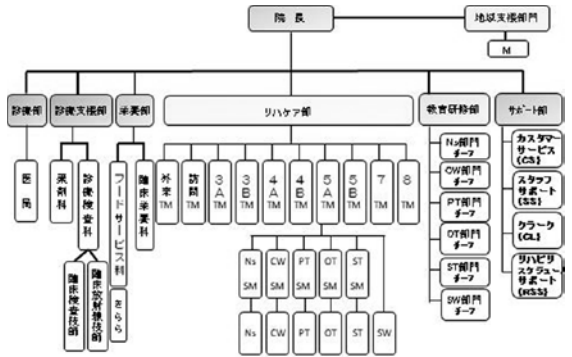


図1 (上) 当院の組織図、図2 (下) 各専門職の病棟専従配置。図2中、SMはサブマネジャー (⇒p20 表)

PTは起居・立位・移乗・バランス動作など患者の基本動作を確認する。次にOTがトイレ動作を確認する。このとき看護師も同行し、トイレ内での動作と安全対策等をOTと確認し、ケア手順を立てる。トイレ動作終了後は洗面所での手洗い動作を確認、手指の巧緻性、支持動作を評価する。

ベッドサイドに戻るとSTが発話・嚥下機能に関し簡易評価を行う。患者の基本動作確認の間、



写真3 カンファレンス

薬剤師は家族から持参薬の管理状況等を聴取する。
管理栄養士は患者の嗜好品等を確認する。

この合同評価の結果をもとに、入院初回のケア項目に対する介助度・状態と留意点が作成される。そして、入院初期検査計画、入院診療計画、入院初期リハ総合実施計画書が作成され、原則TM・SWの同席のもと、主治医より本人・家族へ説明される。

4. カンファレンスの実施

カンファレンスは、情報の共有を図り、治療やケアの方針を決定する場である(写真3)。

開催時期により、1) 入院時カンファレンス、2) 定期カンファレンス、3) 臨時(ミニ)カンファレンス—が行われ、それぞれ専門職の担当者で構成される。当院では主治医がチームリーダーとなり、入院中の患者へのチーム活動全般を牽引役を務める。そして、入院時カンファレンス担当者の中から1名、「サブリーダー」を決めている。

サブリーダーは、チームアプローチを実践していく際の「調整役」となる。通常、個々のアプローチ上、もっとも課題・問題のある領域の専門職担当者がサブリーダーとなる。サブリーダーの主要な役割を表にまとめた。

表 サブリーダーの主な役割

- ① 各担当者との情報交換を通じ、家庭訪問前・訪問後カンファレンスとミニカンファレンスの必要性を把握し、各種カンファレンスの開催を決定する。
- ② 各種カンファレンスの開催にあたっては、開催目的と検討議題を各担当者に周知させ、司会・進行を行う。
- ③ 住宅改修が必要な場合、各担当者と連絡を密にとる。家庭訪問が必要な場合はPT・OTが中心となり家庭訪問計画を作成し、具体的訪問実施のスケジュールを決定する。
- ④ 福祉用具が必要な場合、担当者に対し発注の有無や納入状況について確認する。介護保険の福祉用具貸入等の制度を利用する場合は、SWに介護支援専門員への連絡等について確認する。
- ⑤ 退院後、診療所・病院・訪問看護ステーション・老人保健施設などの各種サービスを利用する場合は医師・SWと連絡をとり、情報提供の体制が十分か確認する。

以下、1)～3)の順に各種カンファレンスでの各専門職の主な役割を紹介する。

1) 入院時カンファレンス

曜日・時間 月～土曜日 13:45～14:50

患者ごとに20分・1日3名

場所 各病棟の言語聴覚療法室または診察室

実施時期 入院後7日以内

参加メンバー 医師、看護師、介護福祉士、PT
OT、ST、SW、管理栄養士、薬剤師、TM

■各専門職の主な役割

医師：疾患・障害・大まかな予後予測・合併症・リスクなどについて情報提供する。

TM：方向性の妥当性を判断しながら支援する。

看護師・介護福祉士：医療上のケア内容・病棟での生活状況・摂食嚥下面の評価および摂食機能療法の必要性の有無等について情報提供する。

PT・OT・ST：障害の内容・アプローチの方法・短期、長期それぞれのゴール、ゴール達成までの期間等について情報提供する。

管理栄養士：病前の食生活や食へのこだわり・嗜好・栄養状態などについて情報提供する。

SW：本人・家族像・病前の生活状況・病気や障害の受け止め・退院後の生活に関して予測される問題点・リハに関する患者や家族の希望について情報共有する。

薬剤師：薬剤アレルギーや内服薬の副作用について情報提供する。



各担当者の報告を受けて、メンバー間でゴール設定や問題点等について検討し、定期カンファレンスに向けた具体的な目標を設定する。

FIMは看護師が入院から24時間以内の評価を採点し、参加メンバーで確認する。医師は入院日に目標設定等支援管理シートを作成し、入院時カンファレンスで「参加目標」に関しチームと意見交換を行い内容決定する。討議内容および決定内容を受けて、リーダー（医師）がリハ（総合）実施計画書を作成している。

2) 定期カンファレンス

曜日・時間・場所・参加メンバー

入院時カンファレンスと同様

実施時期 月1回

■各専門職の主な役割

事前にサブリーダーが挙げた議題について話し合い、具体策を検討する。

医師：病状の変化・面談の内容・心理面の変化・予後予測等について情報共有する。

TM：進捗状況の確認を行いながらサポートする。

看護師・介護福祉士：ケア内容の変化・病棟での生活状況・嚥下状態や摂食機能療法の進捗状

況・生活上の問題の解決の進捗状況、心理面の変化等について情報提供する。

PT・OT・ST：1か月間の各療法の訓練進捗や身体能力の変化・ゴールおよびプログラムの修正・1か月先の目標設定・心理面の変化・家族指導の進捗状況等について情報提供する。

管理栄養士：栄養状態の変化等について情報提供する。

SW：面談を受けて家族の心境の変化・リハに関する患者・家族の希望、1か月先の計画、目標退院に向けた準備状況等について情報提供する。



サブリーダーが司会・進行役となり、リハアプローチの進捗状況や提示された議題への各担当者の意見を交換し、メンバー間で問題点を整理し、対策を検討している。

1か月後の次回定期カンファレンスに向けて短期目標を設定し、目標設定等支援管理シートに沿ったチームの「参加目標」の確認、共有をしている。リハ（総合）実施計画書はサブリーダーが内容を確認後、リーダーがチェックし完成させる。

3) 臨時（ミニ）カンファレンス

曜日・時間 月～土曜日 16：40～17：00

患者ごとに10分程度

場所 各病棟のスタッフステーション

実施時期 次の定期カンファレンスの間に開催

参加メンバー 入院時カンファレンスと同様



臨時（ミニ）カンファレンスは、前回の定期カンファレンス（または入院時カンファレンス）で決定された事柄の進捗状況や新たな問題、ゴール設定を修正する必要があるときに開催し、修正が加えられた場合等、その変更内容を関係者間で確認する。

5. 当院の基本リハケアサービス

当院では以下の項目を「基本的リハケアサービス」と位置づけ、日頃より入院患者全例に対し実践している。寝・食・排泄・清潔の分離の徹底により、リハ訓練の時間以外も活動的に過ごし、リハで練習した動作を病棟の生活場面で実践できる。

1. 食事は食堂で、可能な限り経口摂取を推進する

食事が生活の楽しみの1つになる意識をもってかかわっている。可能な限り、いすへ移乗し食事摂取を促す。経口摂取できない患者はST・看護師が中心となり摂食機能療法を実施し、経口摂取への移行を模索する。食堂までの移動もADL訓練の一環であり、PT・OTが中心となり身体機能に合わせた移動方法を選択している。食事の際は、シーティング・高次脳機能障害の程度・自助具の適応などを評価し、多職種で情報共有を図る。

2. 洗面は洗面所で朝夕、口腔ケアは毎食後実施する

ベッドサイドで洗面動作を行うのではなく、洗面所へ移動し実施する。歯科衛生士が介入し、歯や歯肉の状態を専門的にチェックする。嚥下障害患者もST・看護師が中心となり、適切な物品を選択し、口腔ケア方法を検討する。

3. 排泄は必ずトイレへ誘導し、オムツは極力使用しない

尿意がなければ定期的に排尿誘導する。尿閉の場合は医師と相談し、膀胱留置カテーテルを使用せず、間歇的導尿へ切り替える。どのような患者でもトイレへ誘導できるよう、看護師・介護福祉士・PT・OTで方法や福祉用具を検討していく。

4. 入浴は必ず浴槽に入れる

在宅生活を目指して一般的な浴槽を使用し、入

院翌日にOTが入浴動作の評価を実施する。浴槽内の動作に加え、入浴に必要な物品の準備・浴室内外の移動方法・脱衣所での動作、これらを段階に沿って指導し適切な福祉用具を選定する。日々の入浴動作は介護福祉士が中心となり実施する。

5. 日中は普段着で過ごし、更衣は朝夕実施する

在宅生活を考え日中は普段着で過ごしていただいている。朝夕の更衣は看護師・介護福祉士が中心となり、動きやすい衣服、患者が着たい服を選ぶよう促す。PT・OTは更衣動作の評価を行い、看護師・介護福祉士と情報共有している。

6. 体型・身体機能に適合した車いすを用意する

個々の体型や耐久性を評価し、PT・OTが中心となり患者の回復機能に合わせ車いすを選定する。チルトリクライニング機能付きモジュラー型車いすに特殊空気構造のクッションを合わせるなど適切に座面の体圧を分散し褥瘡予防に努めている。

7. 可能な限り臥床しないよう、メリハリをもった生活を送れるようケアする

今までの生活状況を参考に、生活リズムをつける。介護福祉士・OTを中心に余暇時間もレクリエーションや生活機能向上につながる作業活動を取り入れている。

8. 転倒予防

患者の「自分で動きたい」という思いを尊重し、安全に動ける環境設定を心がける。PT・OTを中心に歩行やADL動作の自立に向けた評価を行い、看護師・介護福祉士と協力し自立度評価を実施。必要時コールが押せるよう、多職種の意見を取り入れ指導を工夫している。看護師・介護福祉士を中心に排泄や睡眠・生活・精神面のアセスメントを行い、行動パターンを把握する。