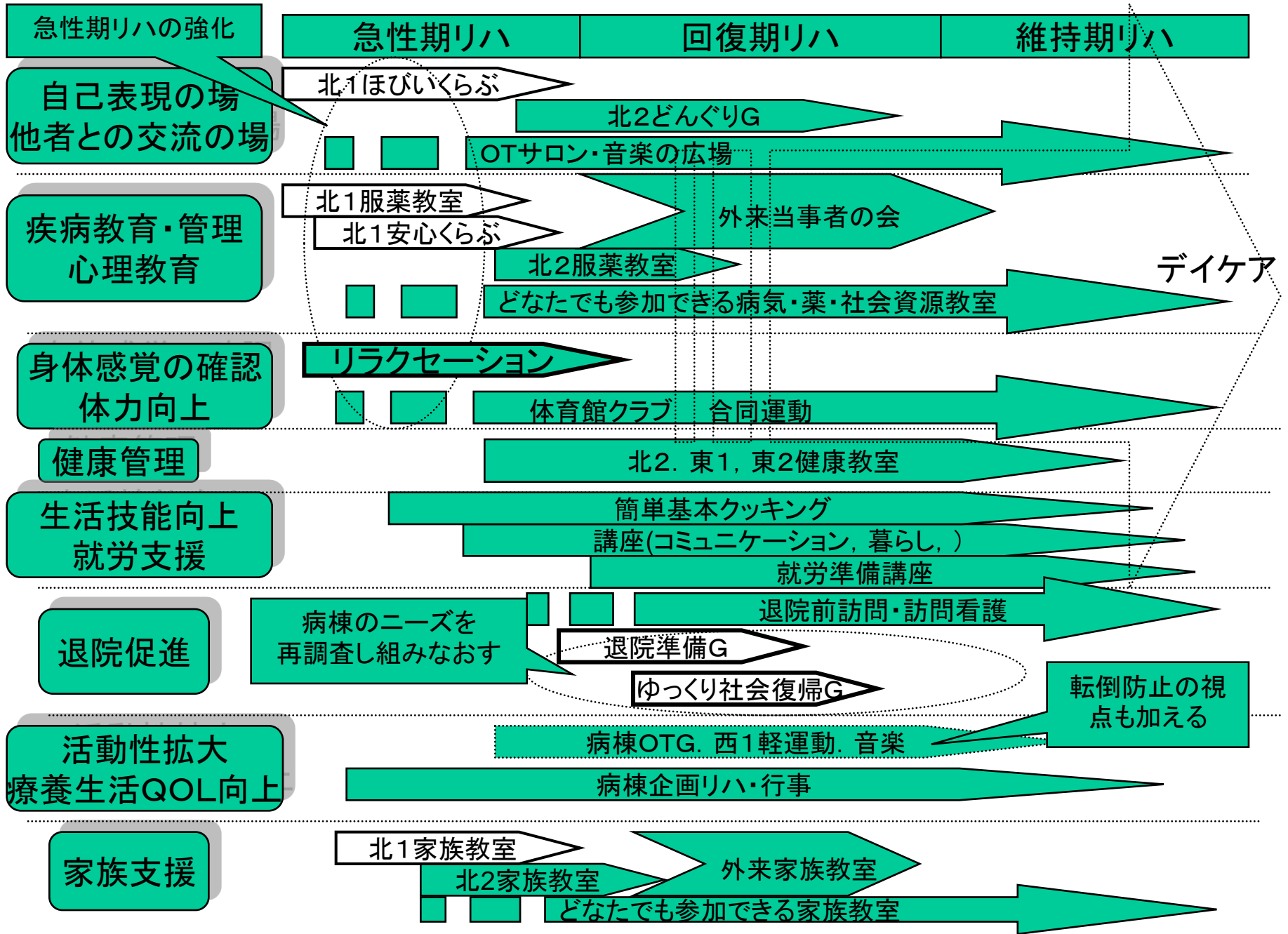


精神科リハビリテーションにおける チーム医療の報告

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

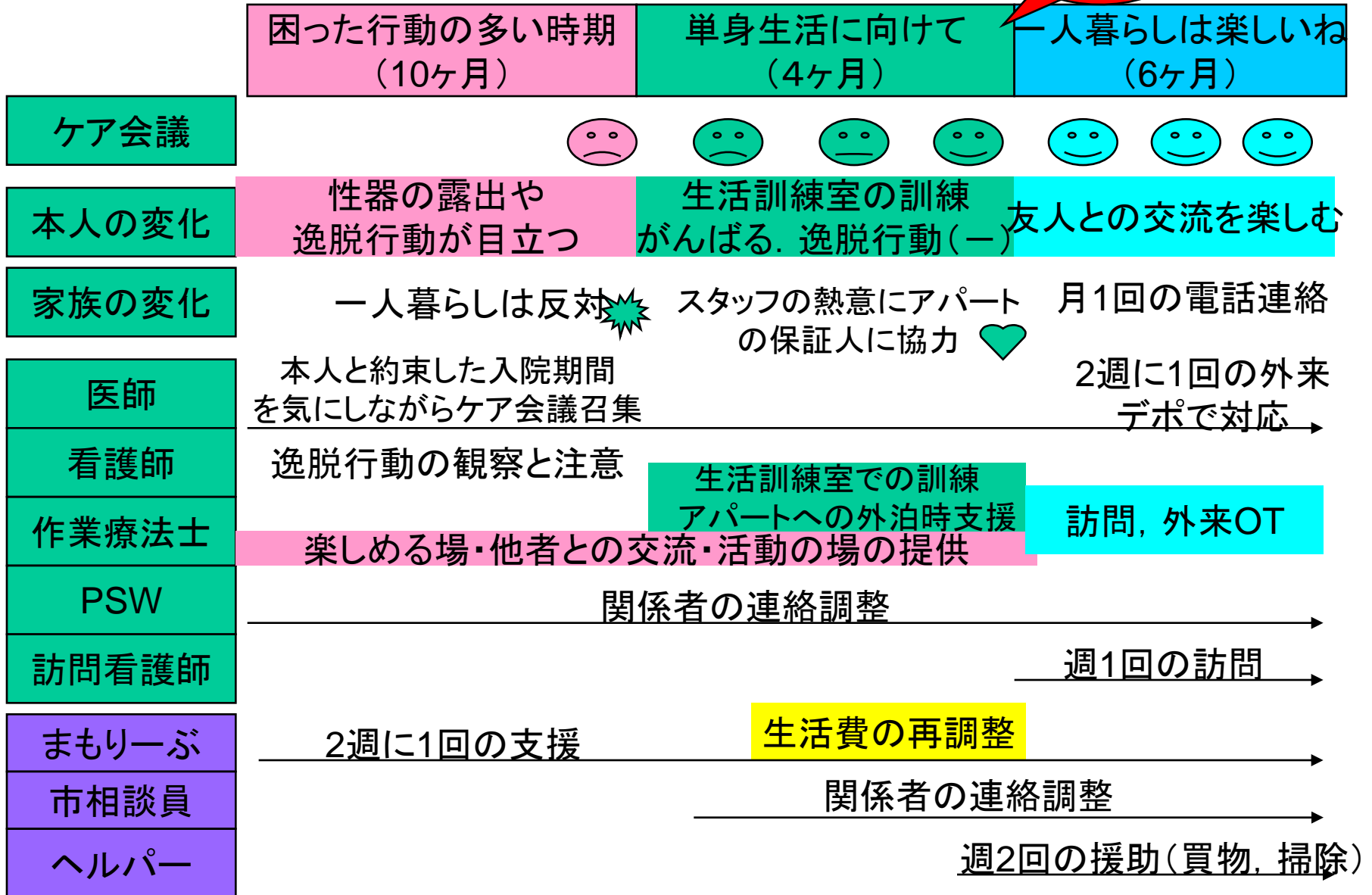
- 40歳代後半 男性 統合失調症
- 15年程の長期入院の後，食事つき寮に退院した．退院後は訪問看護の援助を受けていた
- 忘れっぽい，その時思いついたことで行動し，約束を忘れることもしばしば．
- 根っからの女性好き．
- 女性関係のトラブルから2年程で再入院（入院は半年という約束）．
- 病棟では穏やかなマイペースな生活．作業療法へのほぼ毎日参加（将棋，音楽，体育館クラブなど）時々準夜勤務の若い看護師等に性器をみせるなどワイセツ行為が問題となり，退院に向けた支援までに至らなかった．
- 家族も退院には消極的であった．

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

	ヘルパーの支援は いない(10ヶ月)	相談支援事業所の 関わり(4ヶ月)	作業所で仕事に 向けて(2ヶ月)
ケア会議	 	 	 
本人の変化	自分のペースで 生活をエンジョイ	新たな支援者と 新たな交流	弁当作りがんばる
家族の変化	年末年始・姉宅で過ごす		兄が始めて ケア会議に出席
医師	2週に1回の外来継続	→	
作業療法士	OTは終了	→	
PSW	関係者の連絡調整	→	
訪問看護師	月1回の訪問	→	
管理栄養士	週2回の栄養指導、糖尿病管理	→	
権利擁護	2週に1回の支援	→	
市相談員	関係者の連絡調整	→	
ヘルパー	終了	→	
相談支援員		訪問・活動支援センターへの誘い	作業所への誘い

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	<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 ★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 		<ul style="list-style-type: none"> ★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 	<ul style="list-style-type: none"> ★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	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	テイルームですごしていただきます 病棟から病院内・ 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。		食堂で皆さんと一緒に食事をさせていただきます。		1日のスケジュール										
	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		火、金、日がお風呂です(介助の方は火、金)		<table border="1"> <tr><td>朝食</td><td>7:30</td></tr> <tr><td>昼食</td><td>12:00</td></tr> <tr><td>検温</td><td>13:00</td></tr> <tr><td>夕食</td><td>18:00</td></tr> <tr><td>消灯</td><td>21:30</td></tr> </table>	朝食	7:30	昼食	12:00	検温	13:00	夕食	18:00	消灯	21:30
朝食	7:30														
昼食	12:00														
検温	13:00														
夕食	18:00														
消灯	21:30														

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 ★自分にあっ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"> ・今できることをみつけましょう ・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わずカンファレンス)	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行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 必要な地域支援関係者をあわせ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、関係者で共有し、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 		<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。
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。 	
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

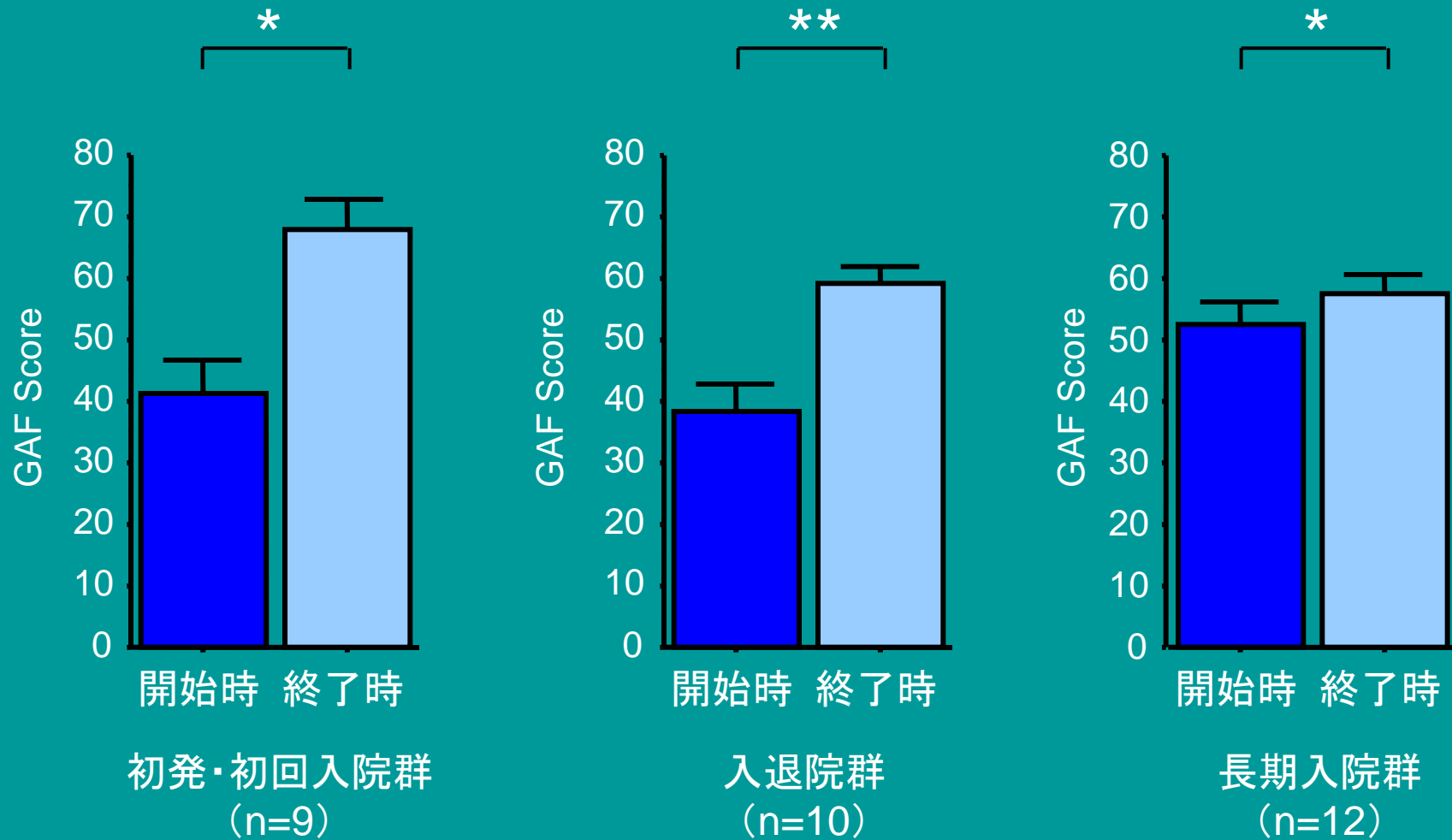
外来
OT

ショートケア
デイケア

自立支援
法等地域
サービス

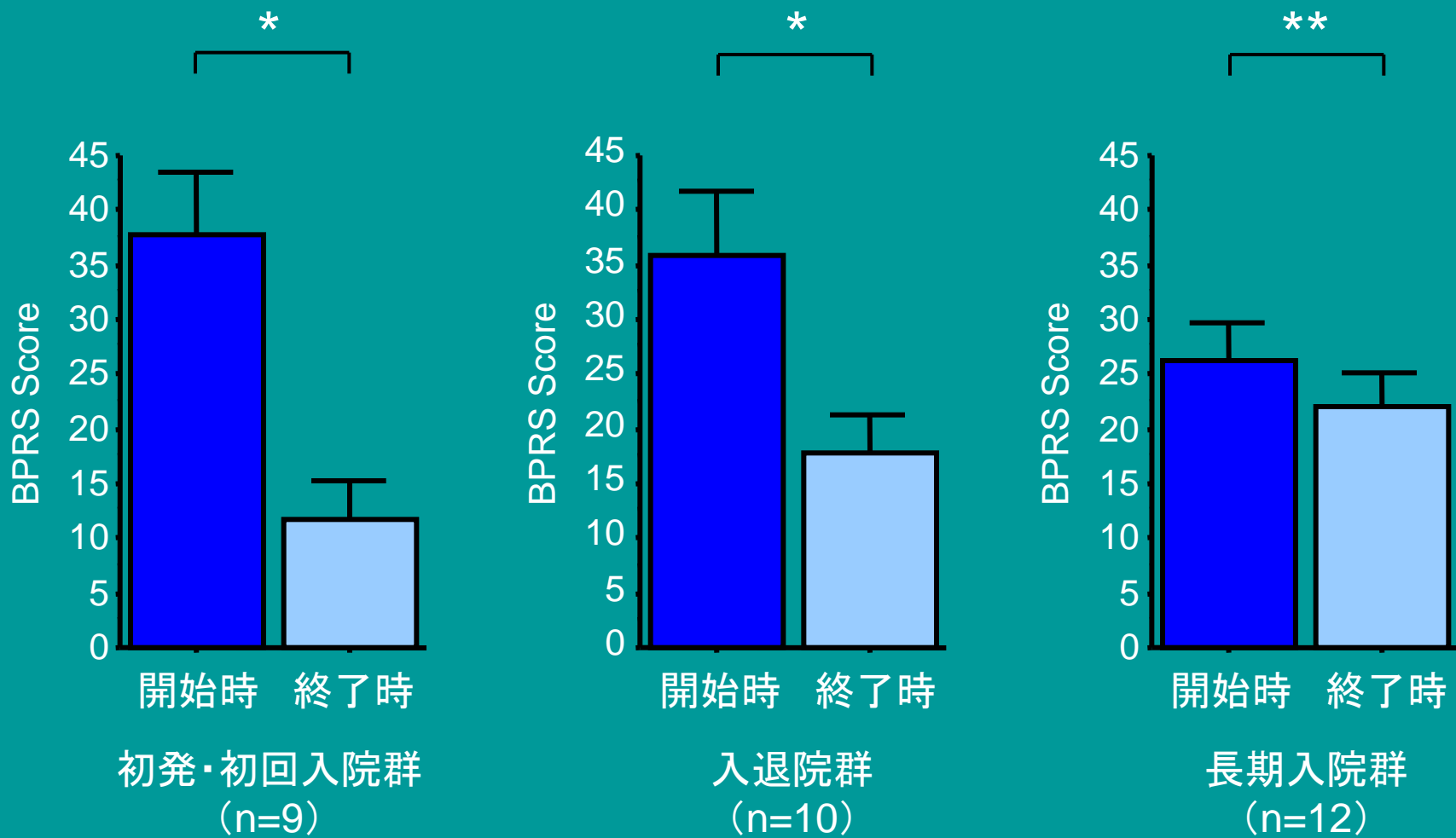
定期的ケア会議
(2週, 4週, 8週, 16週等)





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

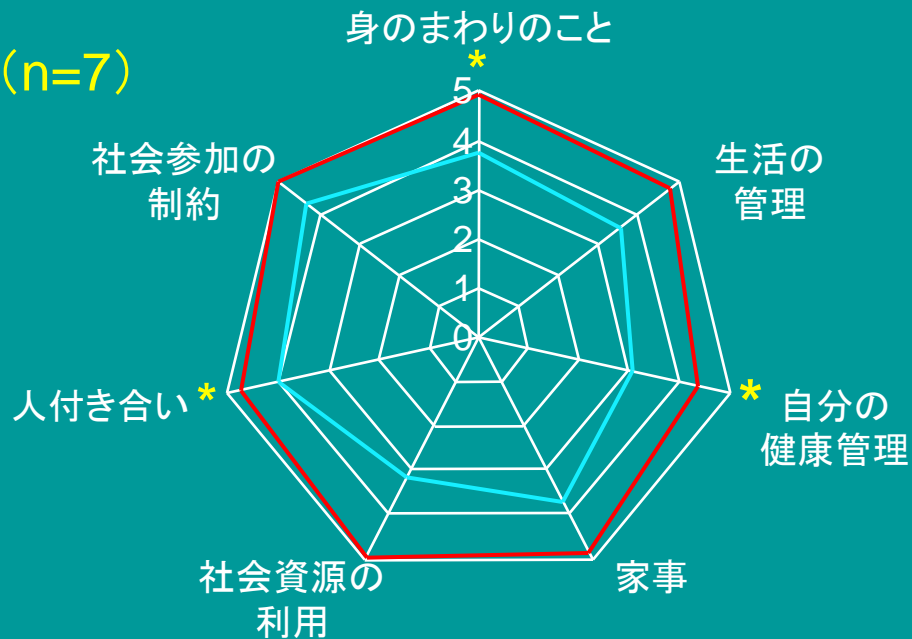
GAFスコアの群別前後比較



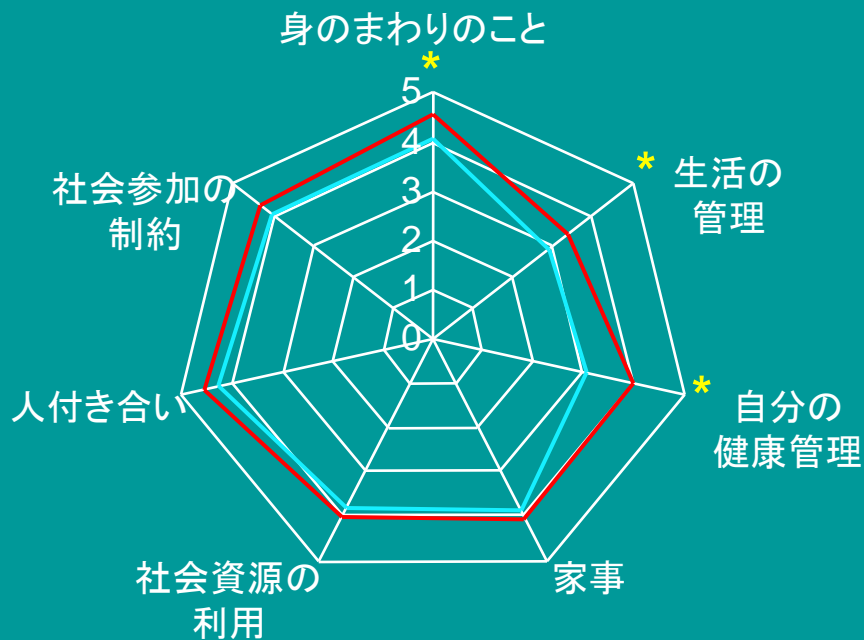
mean±SE, Wilcoxon test : *p<0.05, **p<0.01

BPRSスコアの群別前後比較

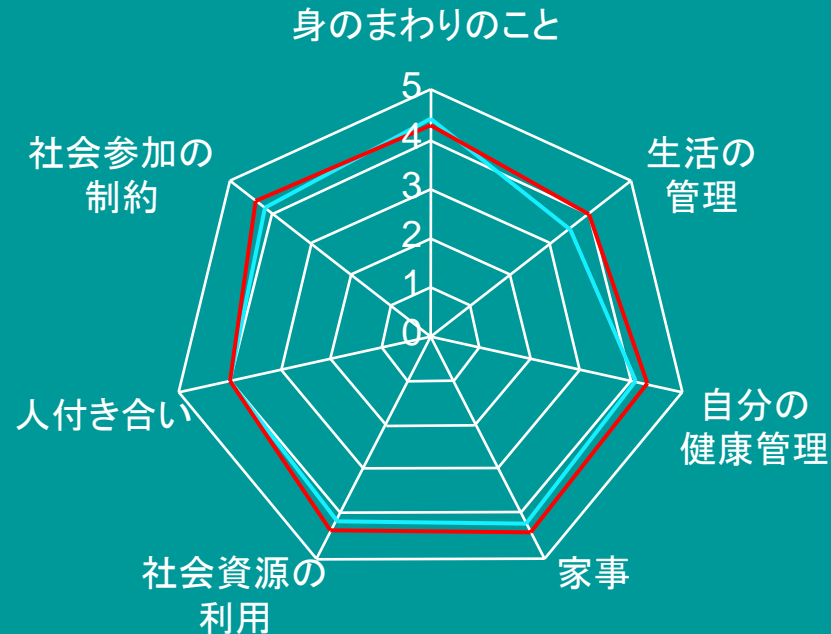
初発・初回入院群 (n=7)



入退院群 (n=7)

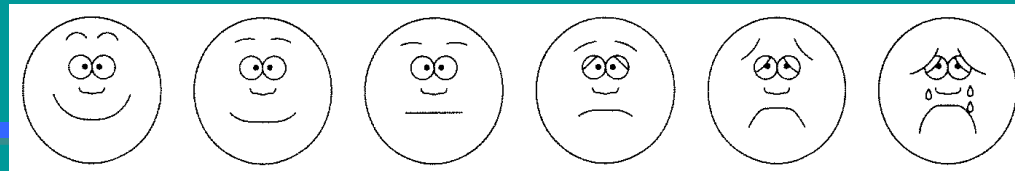


長期入院群 (n=8)



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

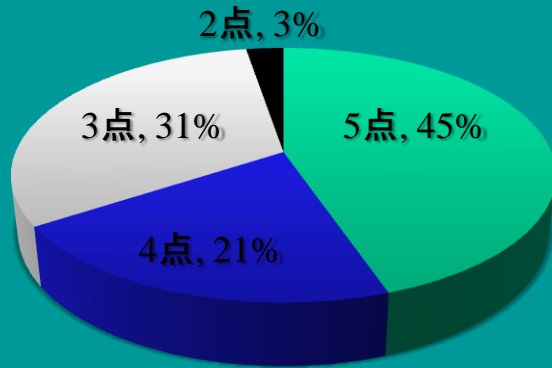
普通
3点

2点

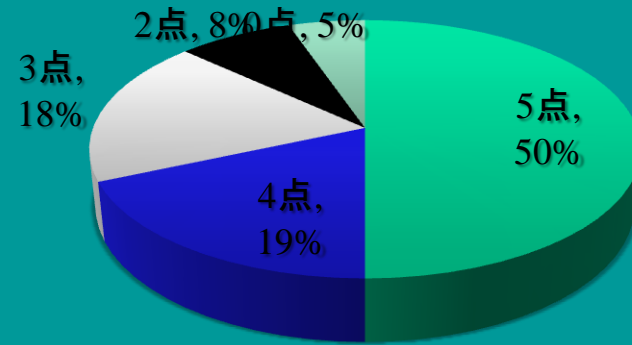
1点

役に立たない
0点

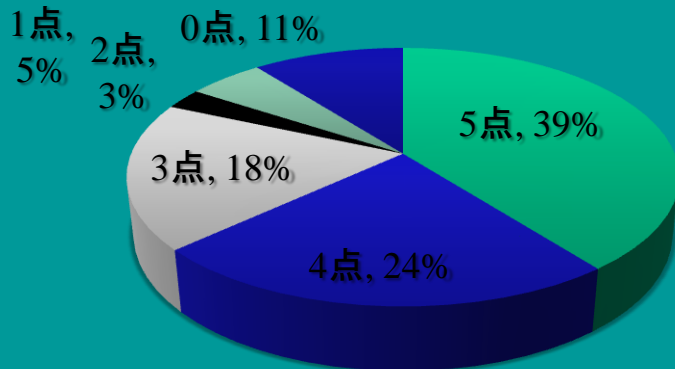
プログラム全体の満足度(本人:n=38)



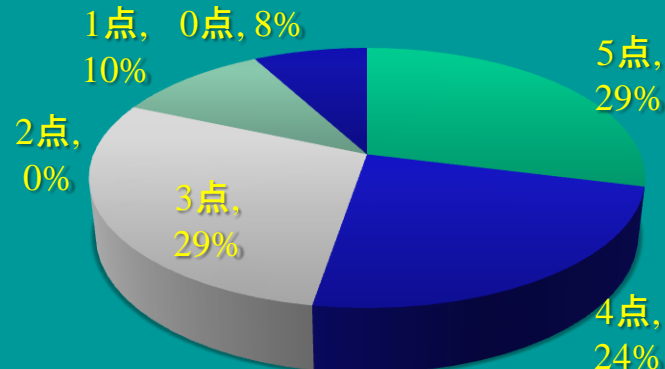
ケア会議満足度(本人:n=38)



退院後の支援体制の満足度(本人:n=38)

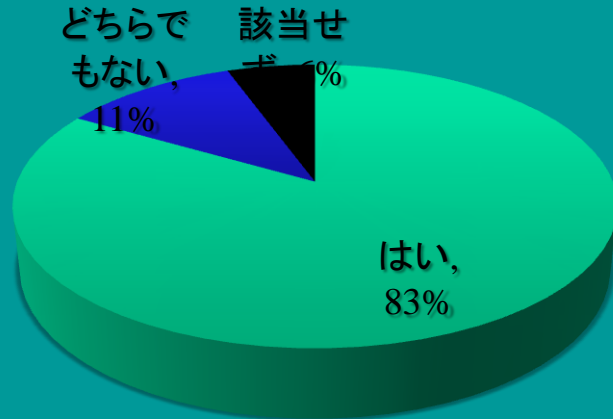


再発サインへの対処法の学び(本人:n=38)

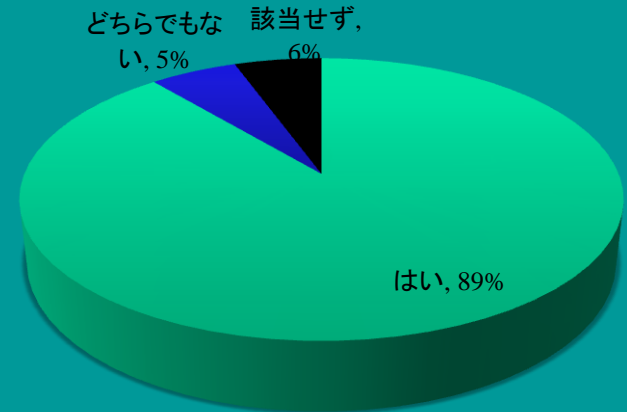


アンケート結果-2(家族)

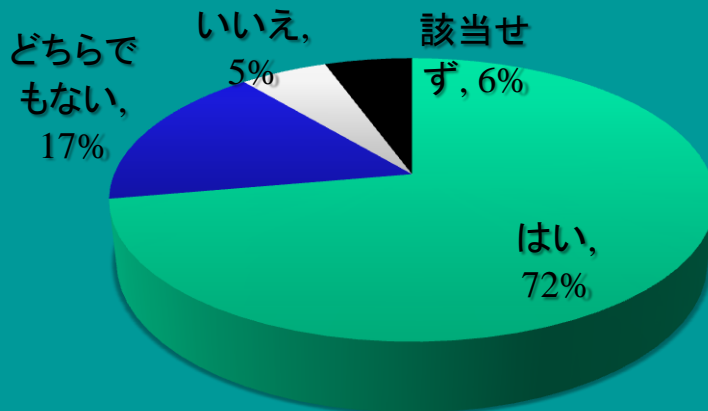
プログラム全体満足度(家族:n=18)



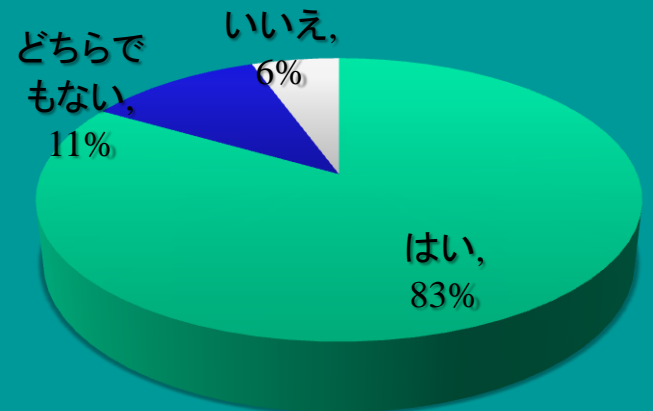
ケア会議満足度(家族:n=18)



再発サインへの対処法が学べた(家族n=18)

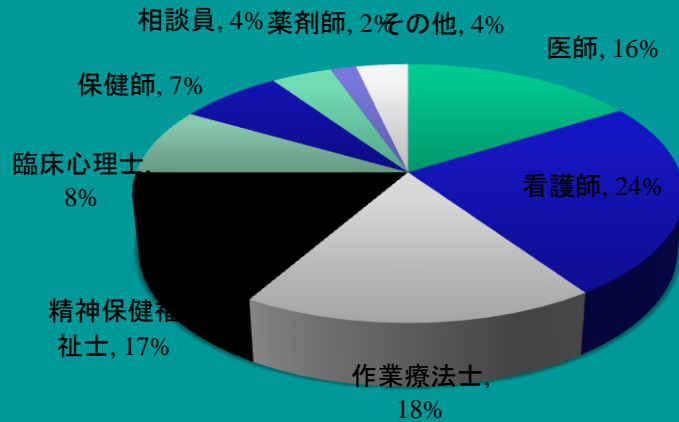


退院後の支援体制の満足度(家族:n=18)

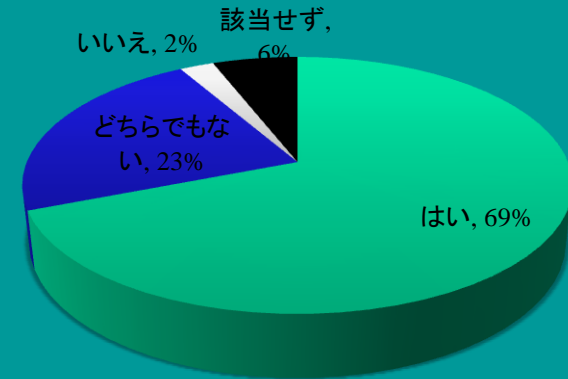


アンケート結果-3(スタッフ)

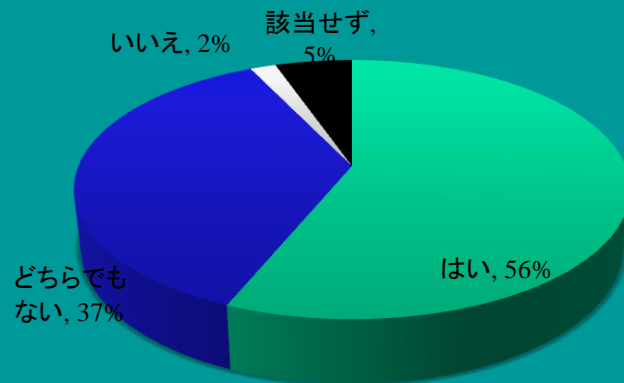
回答者(スタッフ n=168)



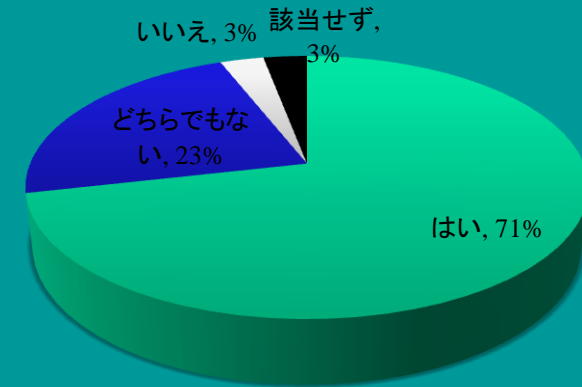
ケア会議満足度(スタッフ n=168)



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)

