



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】チーム医療のあり方

チーム医療の現状の型

専門科医局

看護部

薬剤部

放射線部

検査部

ME部

②サポーター

リハビリ部

理学療法士 (PT)
作業療法士 (OT)
言語聴覚士 (ST)

医療相談室 地域連携室

社会福祉士

栄養部

臨床
栄養士

事務部

医療クラーク
診療情報士

①臓器別専門家チーム

専門医

看護師

看護助手

診療放射
線技師

臨床
薬剤師

患者

臨床検査
技師

臨床
工学技士

・ 依頼が無いと関われない
・ 多くのチームをサポート
するにはあまりにも人員不足

・ 医科と歯科の垣根は高い
□ 口腔機能に対する認識が低い

・ 必要な患者に適切な対応が困難
・ 臓器別専門家チームとの関係作り困難

栄養サポートチーム

感染防御チーム

褥瘡対策チーム

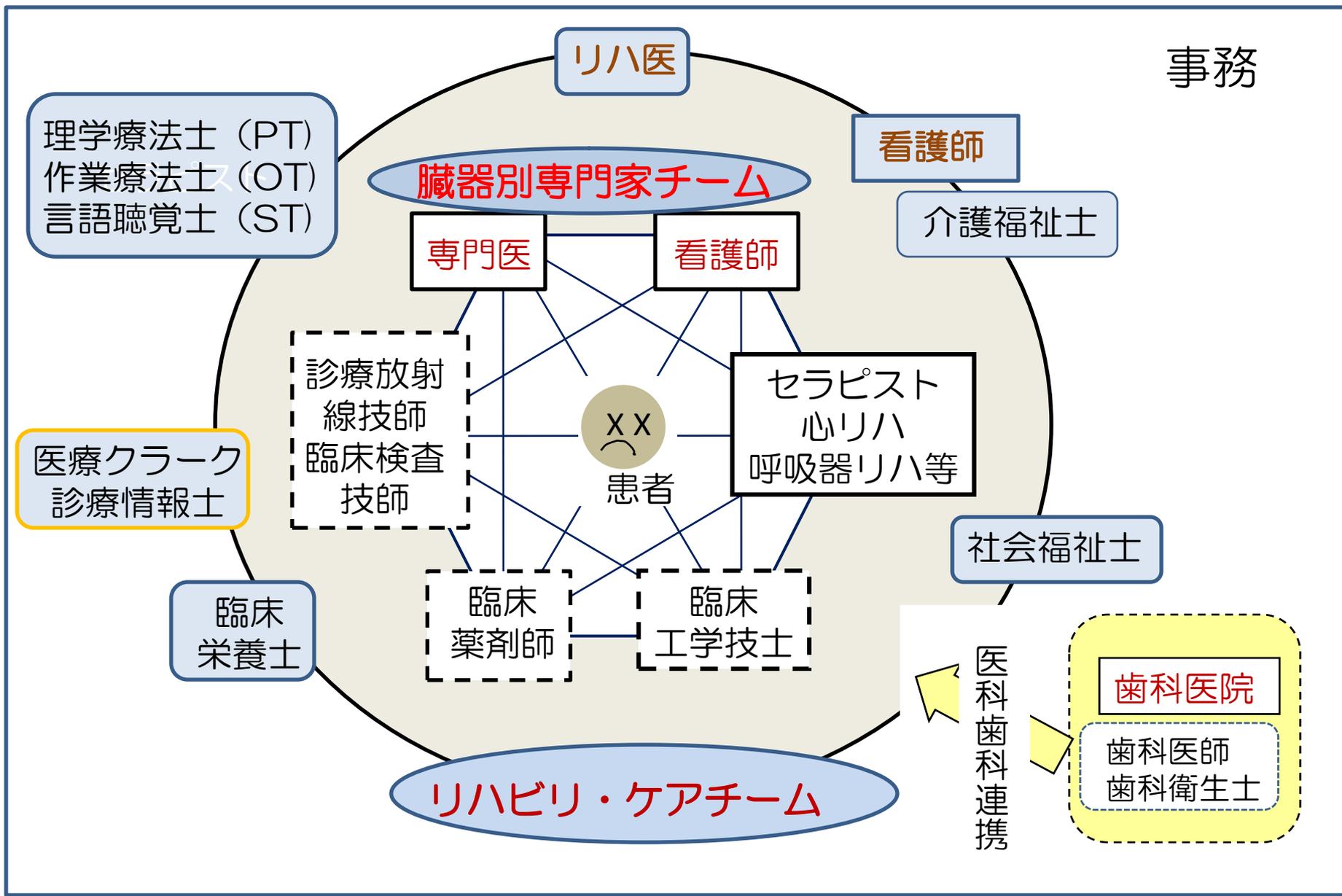
呼吸ケアチーム

摂食・嚥下チーム

歯科医院

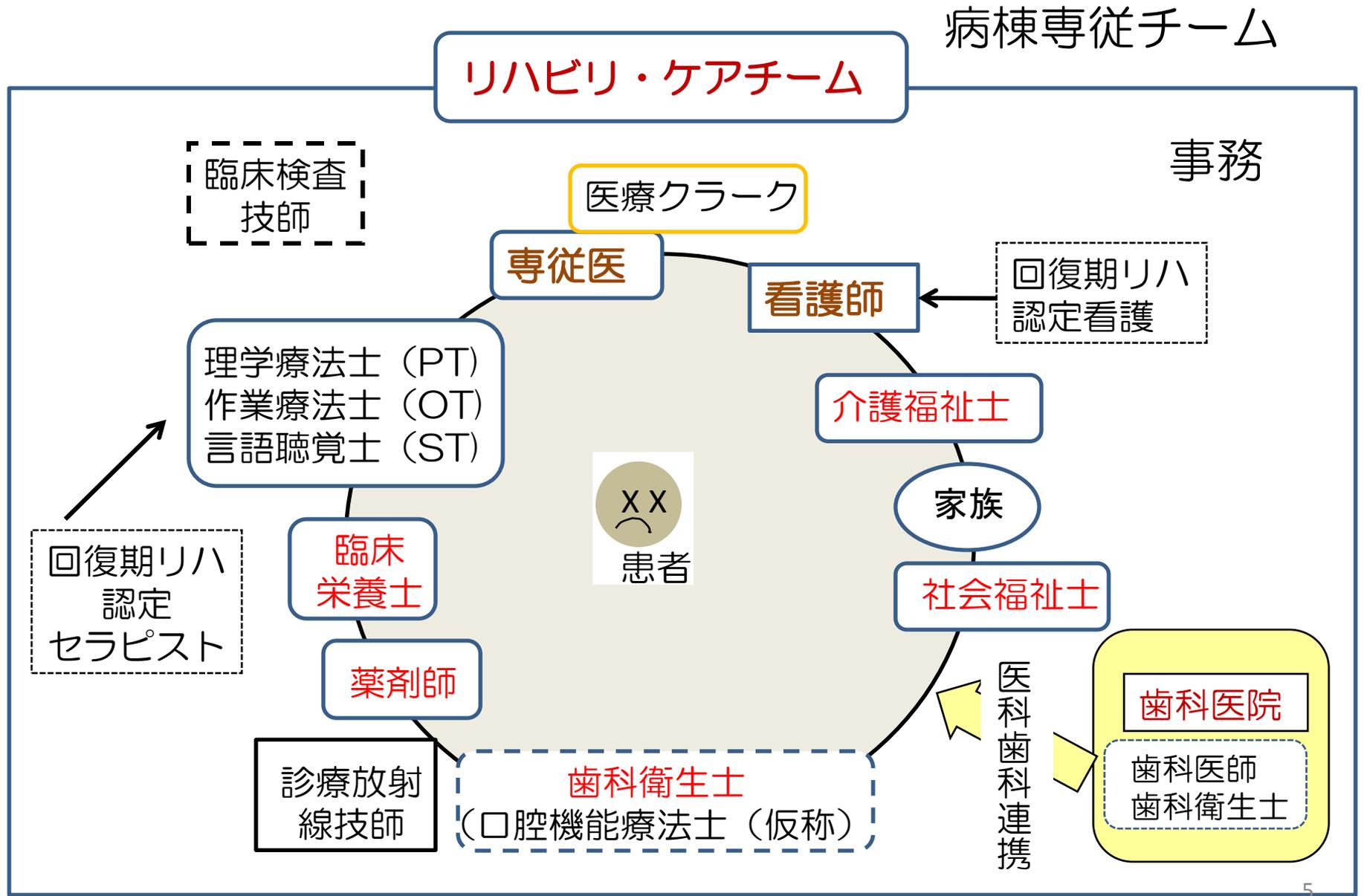
歯科医師
歯科衛生士

病棟専従チームの型（例：高齢者専門急性期病棟）

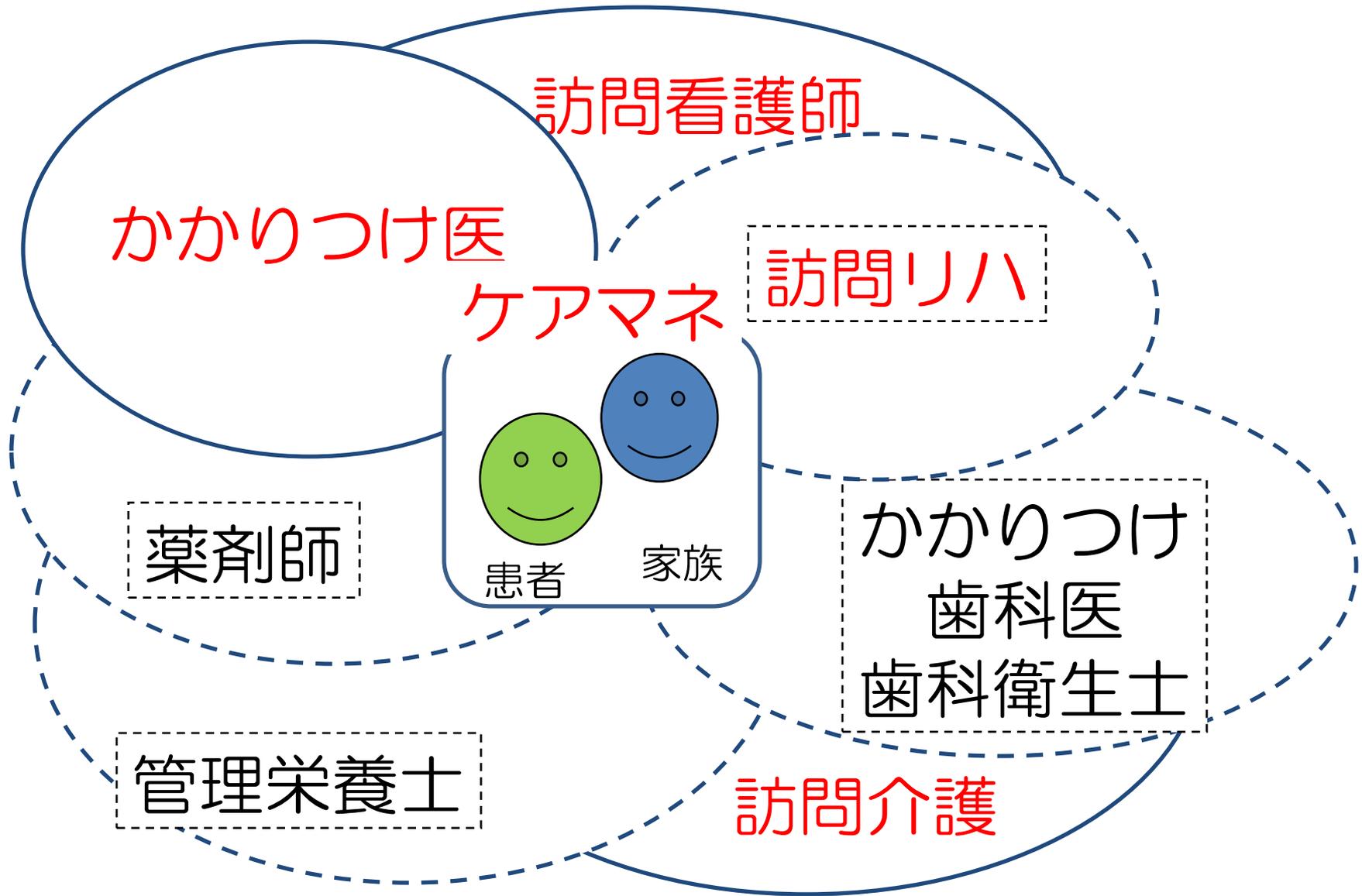


通常、病棟専従にならないであろう職種

回復期リハ病棟のチーム (例：脳血管患者病棟)



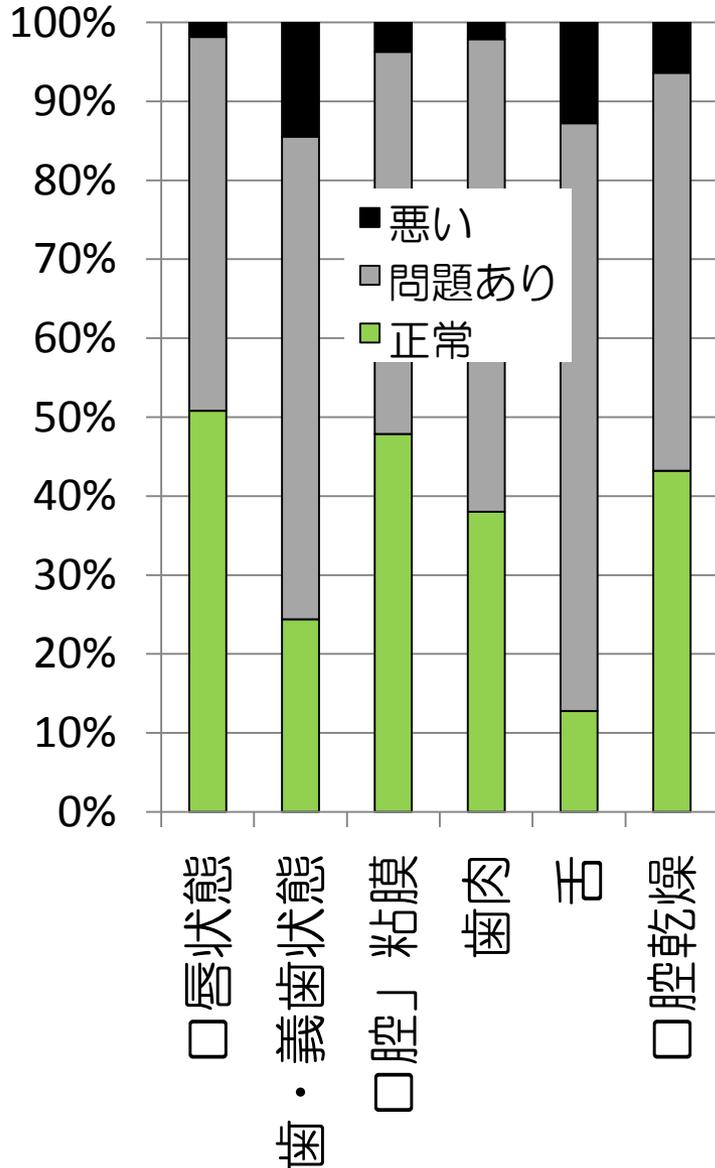
慢性期（生活期）在宅サポートチーム



【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A1b $\leq 3.2 \text{ g/dl}$	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A1b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

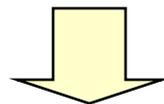
回復期（亜急性期）で問題となる疾患

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

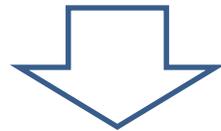


重複障害患者の増加

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

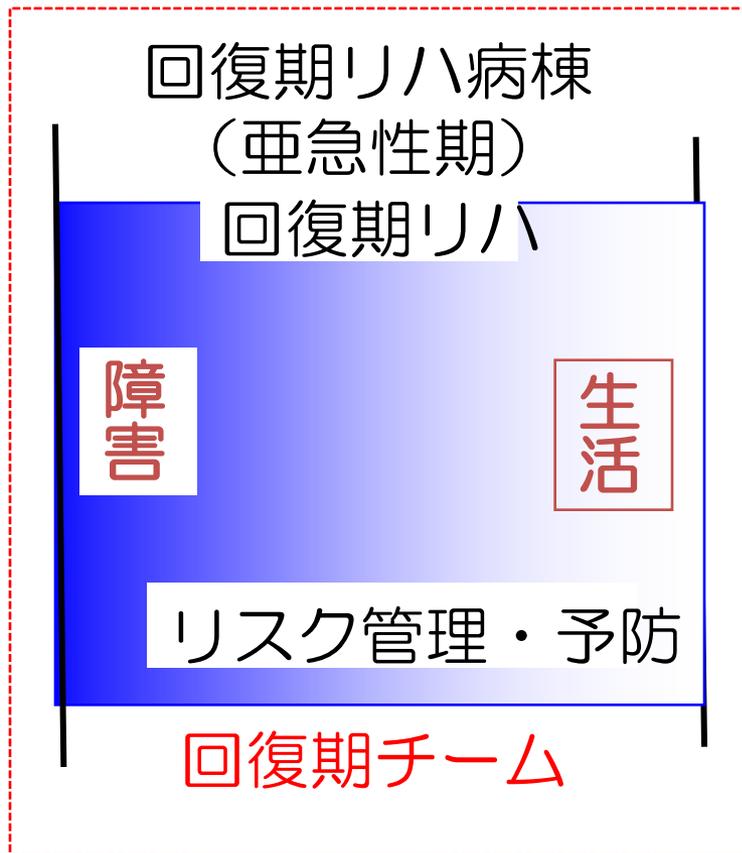


高齢者の多い病棟は
専従チームが必要！

【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



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

- 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

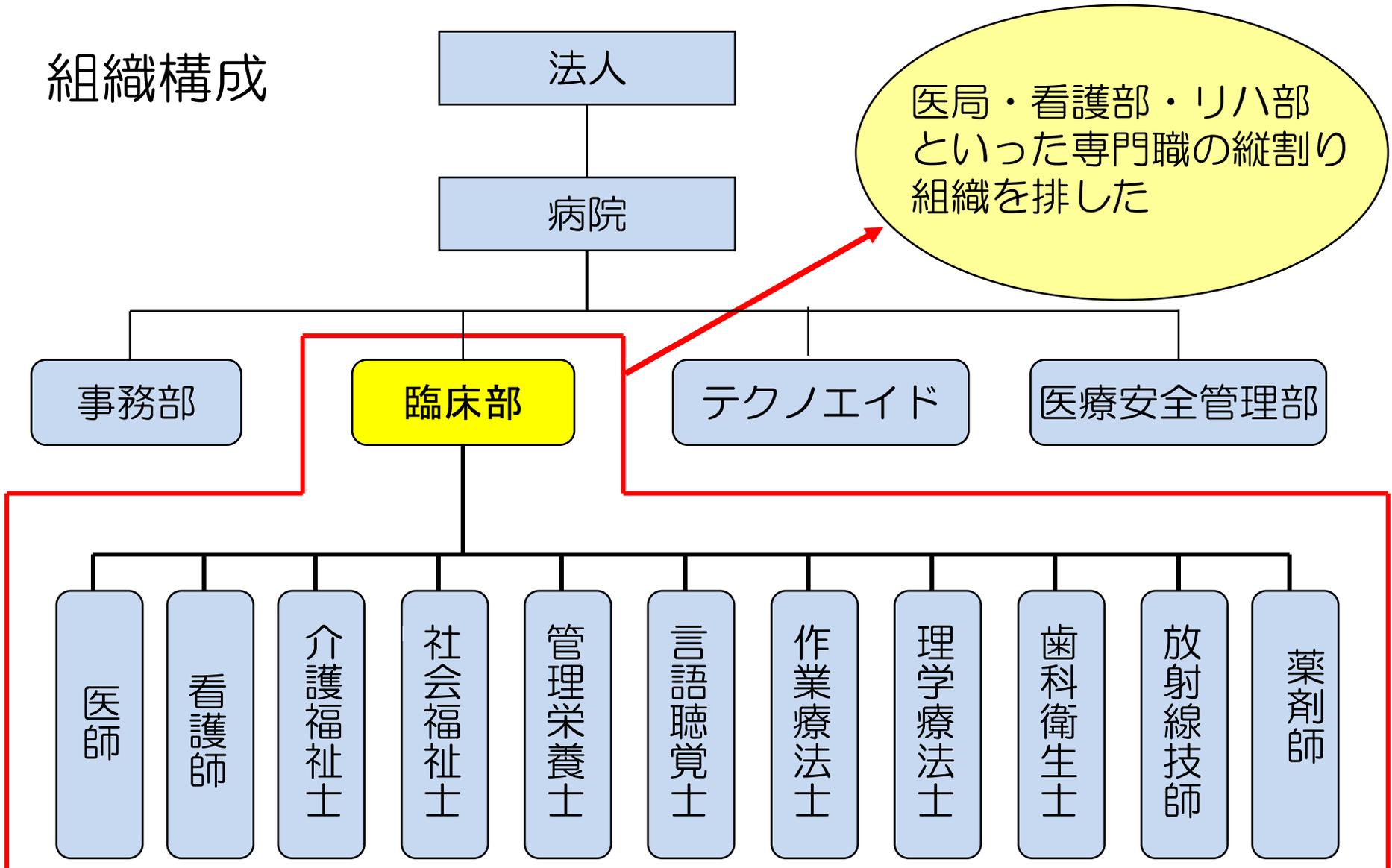


対策

- 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



回復期リハビリ病棟

診療報酬上の人員配置

非専門職 →

専任医師	1名
看護師	15:1
看護助手	30:1
専従PT	2名 1名
専従OT	

専任PT、OT、STが応援

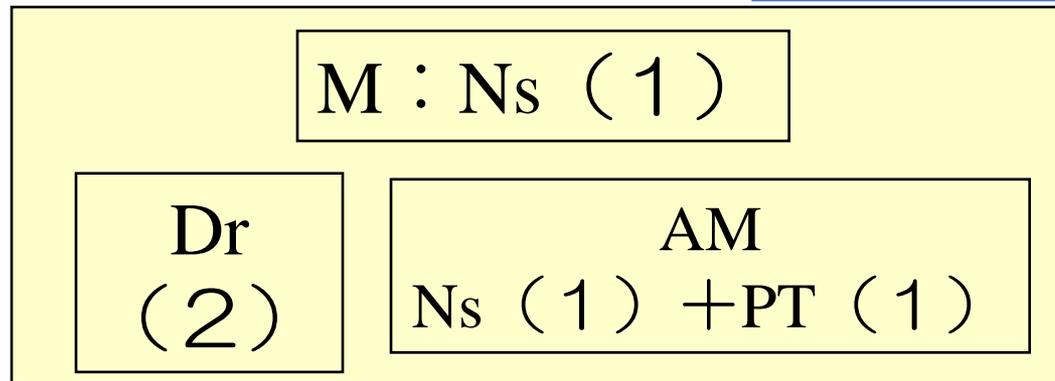
専任は一般病床に軸足がある

当院病棟（48床）人員配置

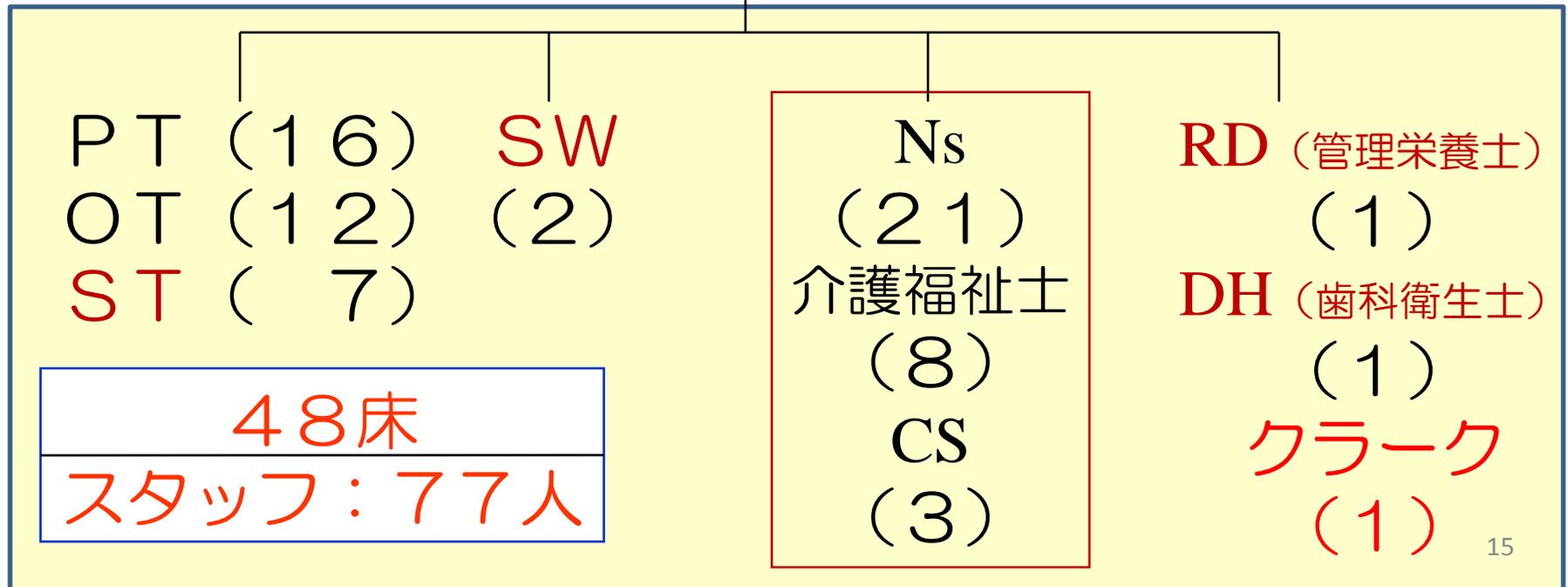
（全職種病棟専従制）

病床：人員＝1：1.6

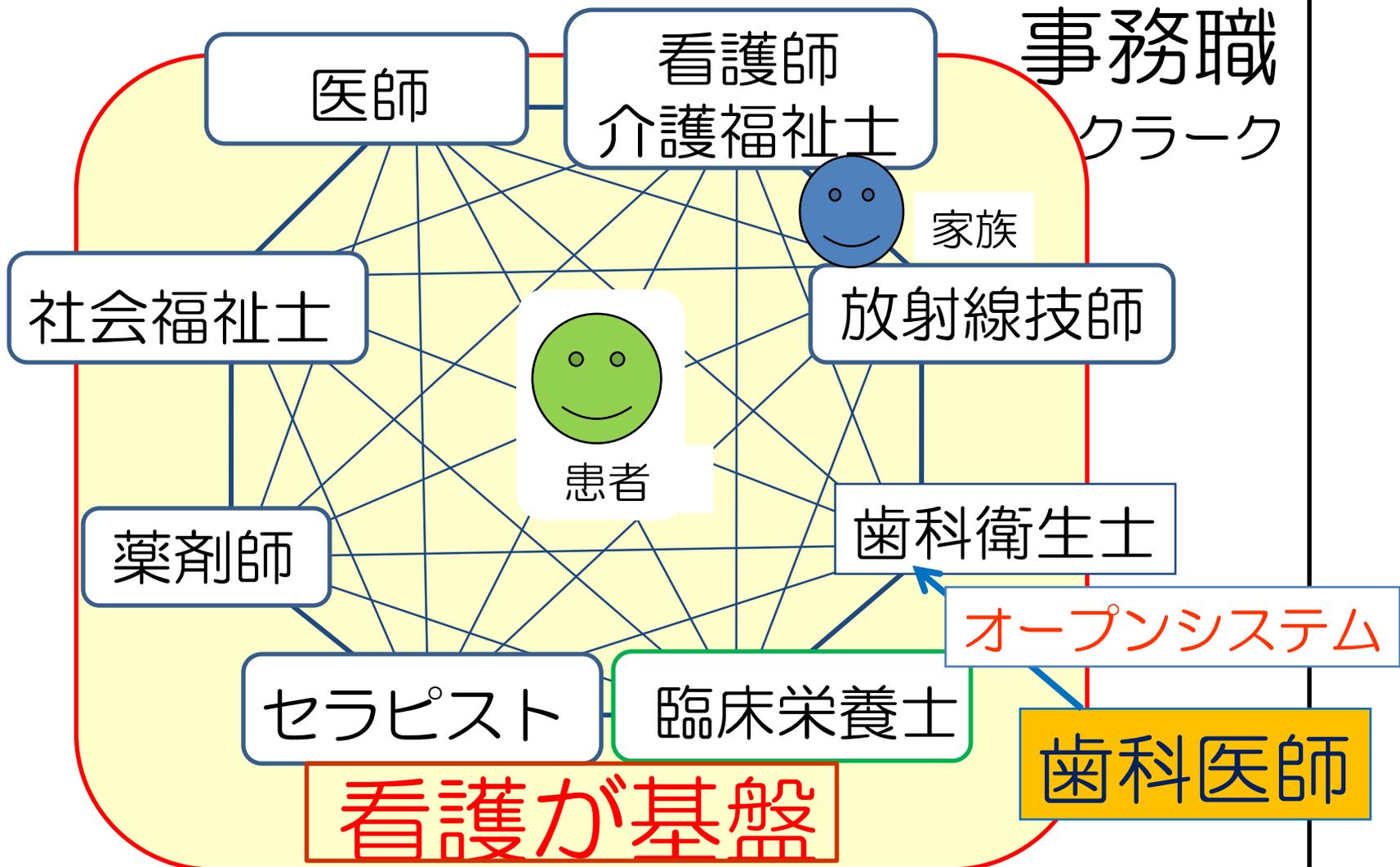
M：マネジャー
AM：アシスタントマネジャー



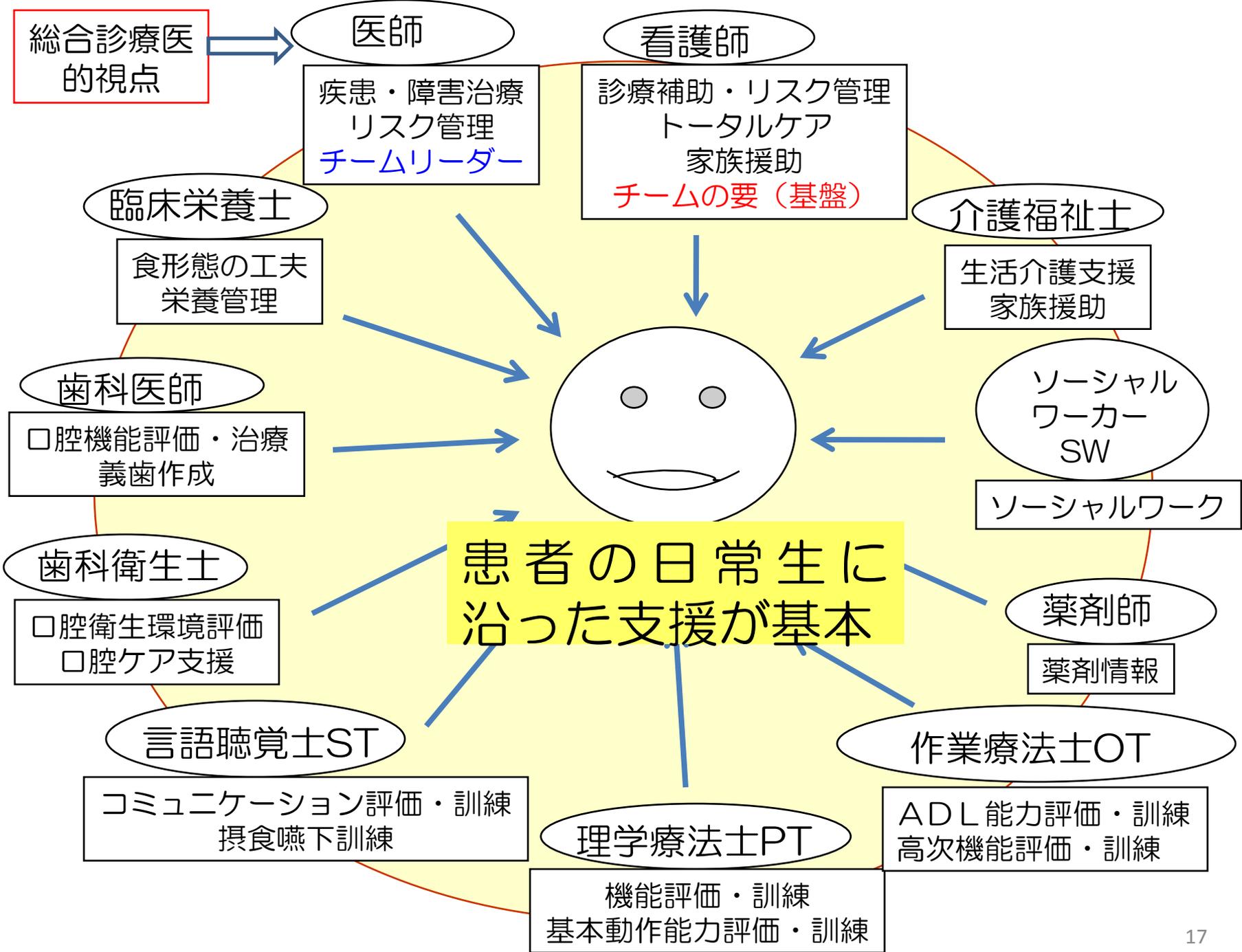
<病院全体>
薬剤師2
放射線技師2



我々が目指すチーム構造



24時間の生活に密着している専門職



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¹⁸

医師

全身診察、リハ診察、疾患治療、
検査、装具判定、指示等

3時間訓練など

セラピスト

食事

歯ブラシ

ミーティング

合同評価

カンファレント

歯科衛生士

移動

XX
☹

患者

歯ブラシ

食事

食事

歯ブラシ

士
養
栄
理
師

整容（洗面）

入浴

更衣

更衣

排泄

起床

社会福祉士

ソーシャルワーク

看護

家族面談・指導

ADL介助・自立支援
全身管理・診療補助等

XX
☹

家族

入院生活の調整例

IOE: 間歇的経口経管栄養

リスク管理（診療補助）

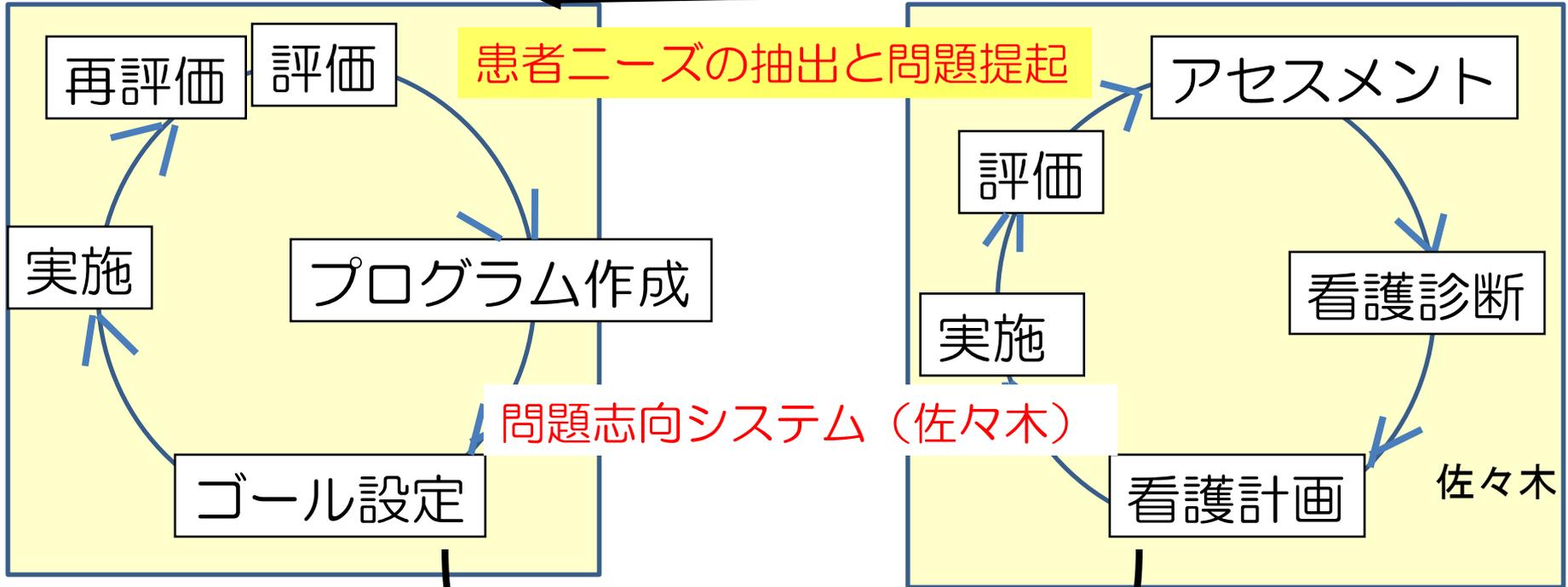
		車椅子乗車	口腔ケア	食事	排泄	入浴・整容	セラピー
6:00	起床	■				洗面・更衣	}
8:00	朝食			IOE			
10:00				水分摂取			
10:20							PT3単位
11:20							摂食機能療法
12:00	昼食	■		食事			}
13:00				水分摂取			
14:20		■				入浴	}
15:00							
15:40							}
16:20							
17:00	夕食	■		IOE			}
18:00							
						更衣	
22:00	就寝			IOE			

協働のあり方（セラピストと看護）

セラピスト

即応した問題解決

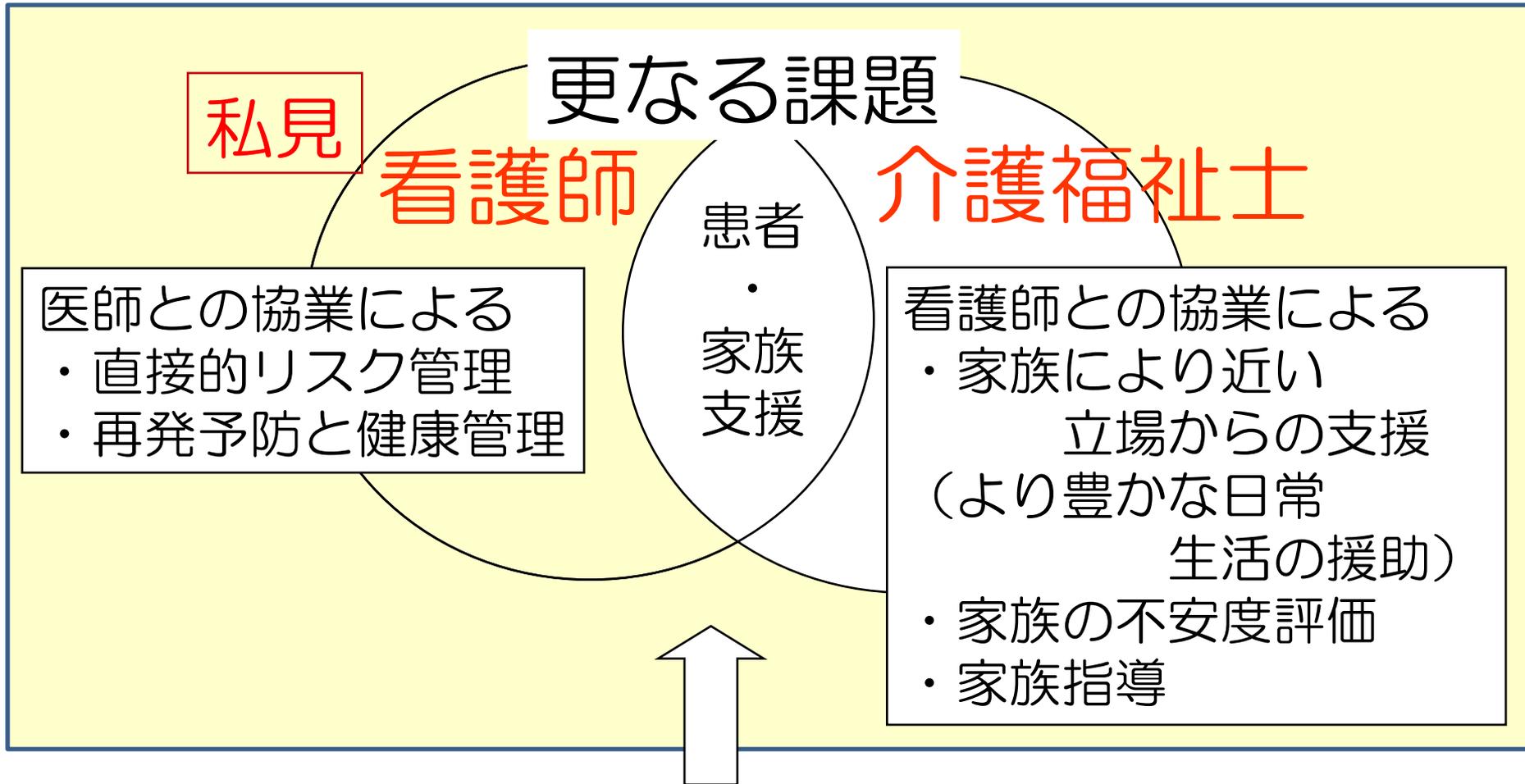
看護師



全ての職種は患者の日常生活を中心とした関わりが基本となる

カンファレンス
チームの目標を統一

協働のあり方（看護師と介護福祉士）



患者の個別性に応じたセラピストの技術を
ADL自立支援に生かしていく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 → **スタッフステーション**
 - ・ ナースコール → **スタッフコール**
- ④ ○○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

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

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

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

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

【4】 □腔機能回復支援のための
チーム構築
(医科歯科連携)

諦めないで

□から食べることを大切にする

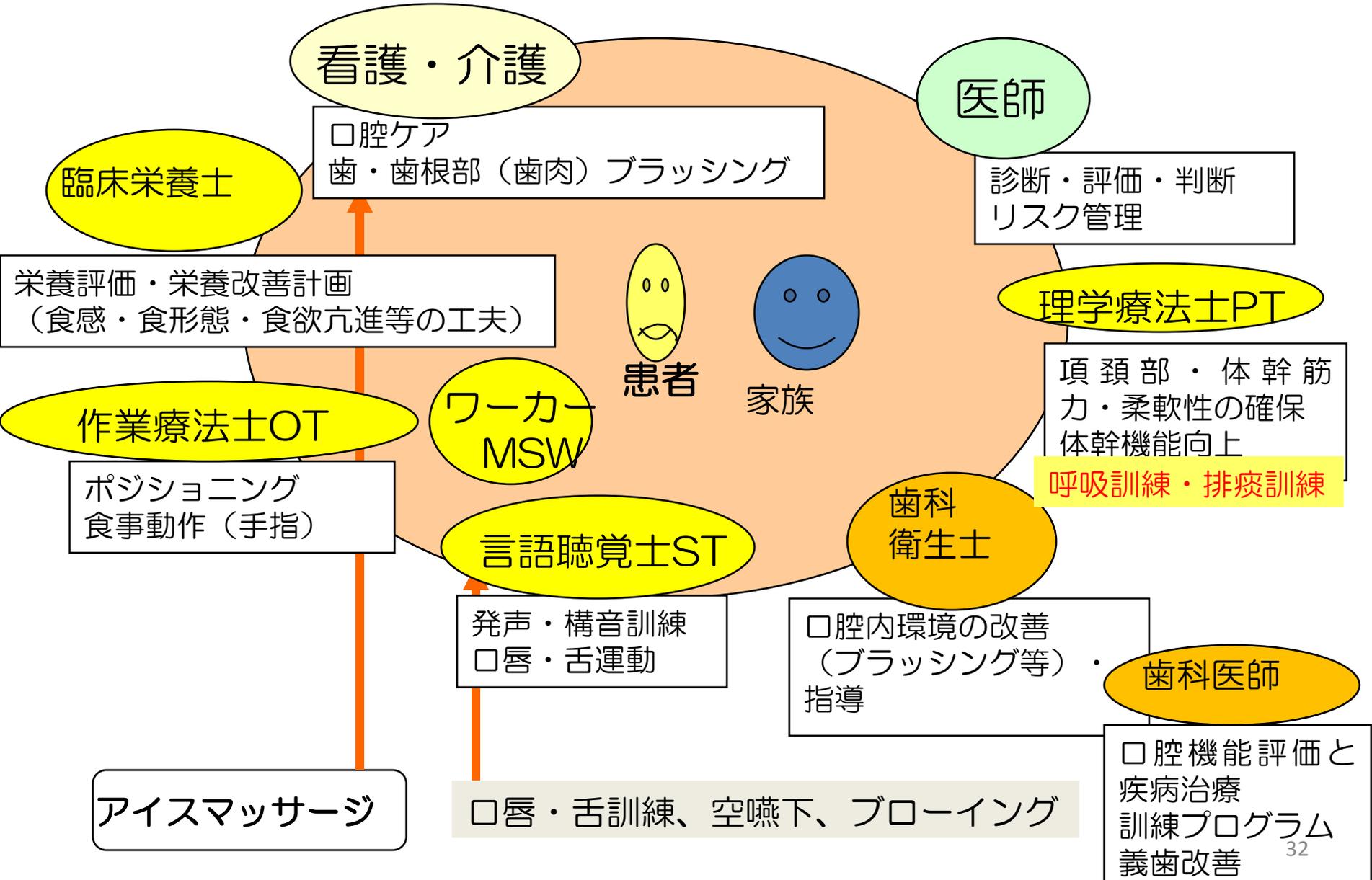
＝チーム力の強化＝

①病棟専従

- ・言語聴覚士
- ・歯科衛生士
- ・管理栄養士

②歯科オープンシステム
(医科・歯科連携)の構築

口から食べるためのチームの関わり



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

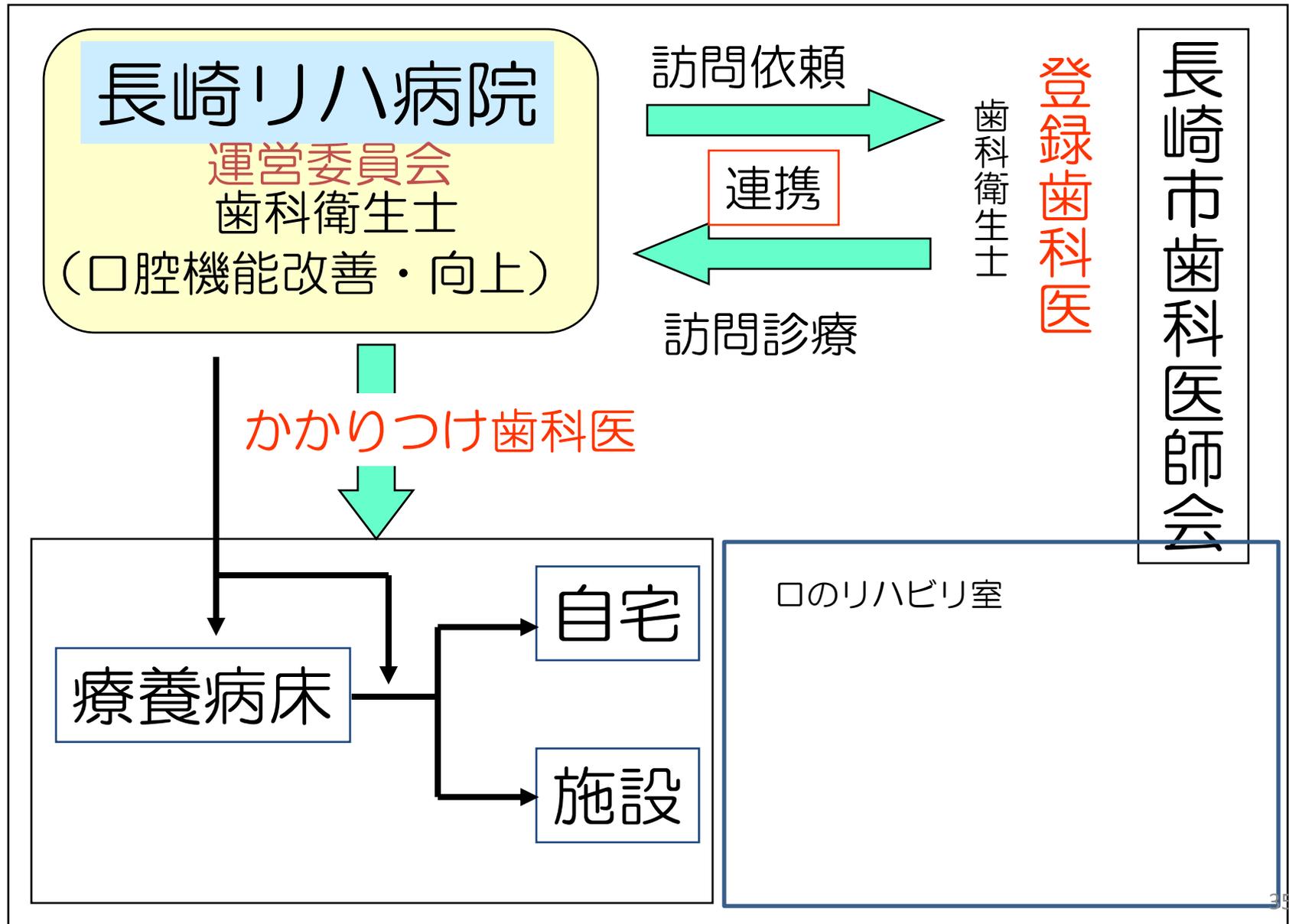
間欠的経口経管栄養の実施

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

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

歯科オープンシステム構築の理由（1）

①高年齢・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高年齢者の低栄養の大きな原因は口腔機能低下

③高年齢・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

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、チームで関わることが重要

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

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

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

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

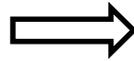
②

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	28	6
廃用	42	9
その他	14	3
対象外	3	1

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

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

看護の日勤業務 の流れ

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ISM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ISM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 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ISM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ISM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 定期カンファレンス	
14:00	検温 ケア 有熟者再検 吸入及び吸引	
15:00	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ISMマッサージ	
17:00	夜勤スタッフ間での情報共有及び運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ISM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	検温 ケア トイレ誘導 吸入及び吸引	
20:00	更衣	
21:00	有熟者再検 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	

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
17:00～	日勤業務終了	研究活動
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、ブレスクリニック 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

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