別紙1

摂食嚥下サポートチーム
（虎の門病院）

院内　ＮＳＴ勉強会

※嚥下食検討チームで担当した勉強会を抜粋

※対象は、院内職員

題名（内容）		担当者		参加人数
講演				
嚥下障害の知識		耳鼻咽喉科	医師	
1．嚥下機能の評価	①VE（ビデオ内視鏡検査）	耳鼻咽喉科	言語聴覚士	
2．当院の嚥下食	②VF（ビデオ嚥下造影検査）	リハビリテーション部	言語聴覚士	107名
	③リハ適応とチームアプローチ	栄養部	管理栄養士	
	④嚥下食の種類とオーダー法			
体験				
嚥下障害の体験	①嚥下障害をつくり、食べにくい食事の体験	耳鼻咽喉科	言語聴覚士	
	②食べにくい姿勢と食事介助での食事体験	看護部	看護師	61名
	③嚥下食の試食	栄養部	管理栄養士	
講演＋体験				
嚥下障害の評価と援助		耳鼻咽喉科	言語聴覚士	
1．嚥下評価について		リハビリテーション部	言語聴覚士	55名
2．してみよう！　されてみよう！　食事介助		看護部	看護師	
3．とろみ・嚥下食体験		栄養部	管理栄養士	

嚥下機能の評価

別紙2

嚥下機能評価依頼

耳鼻咽喉科　嚥下内視鏡検査

口腔内
- 舌の運動
- 軟口蓋挙上　等

咽頭・喉頭
- 声帯の可動性
- 咽頭知覚
- 喉頭反射
- 喉頭挙上
- 嚥下動作　等

依頼科への報告

※所見および嚥下評価を電子カルテへ記入

嚥下内視鏡検査　嚥下評価結果により、嚥下造影検査へ

嚥下障害なし	グレーゾーン	嚥下障害あり
食事開始，継続	代償的手法の効果を見つける	食事摂取中止
食後のつっかえ（違和感がある）	食事の形態	本人，家族の希望
原因不明の発熱（肺炎）	姿勢，摂取方法	

嚥下チーム
- 呼吸器ｾﾝﾀｰ内科医
- 耳鼻咽喉科　ST
- ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ部　ST
- ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ部　OT
- 看護部　看護師
- 栄養部　管理栄養士
- 栄養部　調理師

嚥下造影検査

検査食
- 水
- とろみ水
- ゼリー
- 寒天
- 蒸パン

嚥下造影（VF）評価用紙の記入

※電子カルテへ添付

ラウンド

造影を確認

嚥下ﾗｳﾝﾄﾞ評価用紙の記入

※電子カルテへ添付

患者　食事風景を見る

各職種がアドバイスを行う
- 介助方法
- 食事姿勢
- 食種
- 食形態
- 食器・食具の種類
- 一口量

依頼科への報告

※所見および嚥下評価を電子カルテへ記入

NST介入へ

言語聴覚療法，作業療法

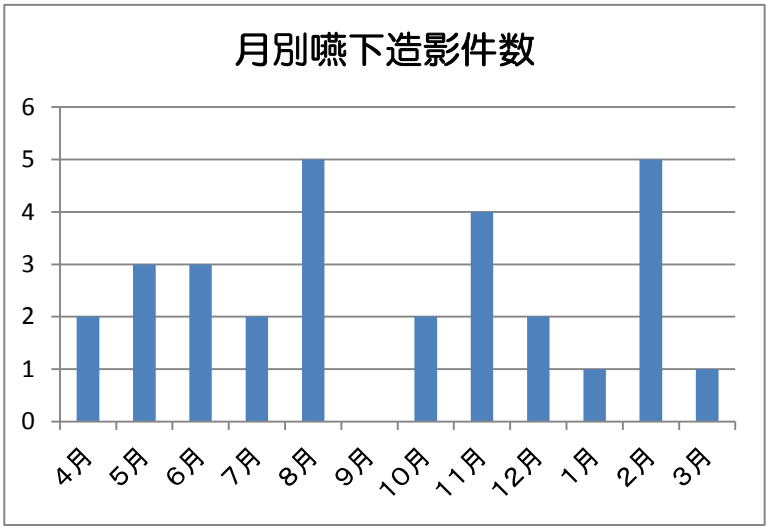
栄養指導，生活指導　等

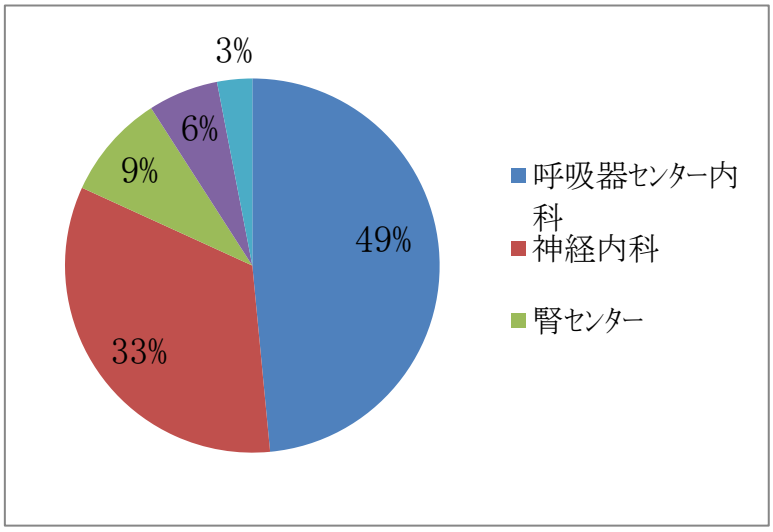
退院，転院に向けて介入

月別　嚥下造影（ＶＦ）件数

別紙3

月	件数	オーダー診療科	件数
４月	2	呼吸器ｾﾝﾀｰ内科	2
５月	3	呼吸器ｾﾝﾀｰ内科	1
		循環器ｾﾝﾀｰ	1
		呼吸器ｾﾝﾀｰ内科	1
		神経内科	
６月	3	呼吸器ｾﾝﾀｰ内科	1
		神経内科	2
７月	2	呼吸器ｾﾝﾀｰ内科	1
		神経内科	1
８月	5	呼吸器ｾﾝﾀｰ内科	4
		神経内科	1
９月	0		
１０月	2	呼吸器ｾﾝﾀｰ内科	1
		神経内科	1
１１月	4	呼吸器ｾﾝﾀｰ内科	1
		循環器ｾﾝﾀｰ	1
		腎ｾﾝﾀｰ	1
		神経内科	
		神経内科	1
１２月	2	消化器外科	1
		腎ｾﾝﾀｰ	1
		神経内科	
１月	1	神経内科	1
２月	5	呼吸器ｾﾝﾀｰ内科	3
		神経内科	1
		腎ｾﾝﾀｰ	1
３月	1	呼吸器ｾﾝﾀｰ内科	1
３月２６日現在		合計	30





嚥下造影(VF)検査評価用紙

別紙4

氏名　　(　　歳)　男・女　ID

検査日時　　年　　月　　日(　　)　第　　回目　記 録 :

入院病棟　　階(N／S)　　科　主治医 :　　実施医 :

病 名 :　　障害名 :

ADL : 自 立／一部介助／全介助　現在の栄養 : 常食／嚥下食(　　)／その他(　　)／絶飲食

気 切 : あり／なし　カニューレの種類(　　)　義 歯 : あり／なし／部 分

検査目的:

検査食品		トロミ(＋/－) cc ゼリー ( )	トロミ(＋/－) cc ゼリー ( )	トロミ(＋/－) cc ゼリー ( )	トロミ(＋/－) cc ゼリー ( )	トロミ(＋/－) cc ゼリー ( )	トロミ(＋/－) cc ゼリー ( )	トロミ(＋/－) cc ゼリー ( )
代償手段								
体 位		立・座(度)	立・座(度)	立・座(度)	立・座(度)	立・座(度)	立・座(度)	立・座(度)
撮影方向		側 ・ 正	側 ・ 正	側 ・ 正	側 ・ 正	側 ・ 正	側 ・ 正	側 ・ 正
口腔	食塊の取り込み	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －
	咀嚼・押しつぶし	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －
	口腔内保持	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －
	食塊形成	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －
	口腔残留 (前 庭)	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり
	(口腔底)	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり
	(舌 背)	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり
咽頭	咽頭への送り込み	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －
	嚥下反射惹起時間	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －
	軟口蓋挙上	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －
	咽頭収縮	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －
	喉頭挙上	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －
	逆 流 (口 腔へ)	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり
	(鼻咽腔へ)	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり
	残 留 (喉頭蓋谷)	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり
	(梨 状 窩)	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり
		(右／左)	(右／左)	(右／左)	(右／左)	(右／左)	(右／左)	(右／左)
食道	入口部開大	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －	＋ ± －
	食道残留	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり
	食道逆流	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり
誤嚥	喉頭侵入	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり
	誤嚥(前・中・後)	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり
喀出	反射的な咳(むせ)	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり
	誤嚥後のむせの遅れ	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり
	随意的な咳	可／不可	可／不可	可／不可	可／不可	可／不可	可／不可	可／不可
	誤嚥物の喀出	可／不可	可／不可	可／不可	可／不可	可／不可	可／不可	可／不可

【評 価】

現在の摂食・嚥下能力のグレード ※1	Gr(1 ・ 2 ・ 3) 経口不可	Gr(4 ・ 5 ・ 6) 経口と補助栄養	Gr(7 ・ 8 ・ 9 ・ 10) 経 口
推奨される食種 ※2	適応なし・嚥下食(開始・Ⅰ・Ⅱ・移行)・全粥五分菜・全粥・常食・その他( )		
推奨される代償手段	うなずき嚥下・横向き嚥下(右／左)・複数回嚥下・交互嚥下・頚部突出・息こらえ嚥下・随意嚥下・随意咳・その他( )		
総合所見または備考			

※1 摂食・嚥下能力のグレード（虎の門病院「リハビリテーション運用マニュアル」より引用）

経口不可	Gr. 1	嚥下困難．嚥下訓練適応なし
	Gr. 2	嚥下困難．基礎的嚥下訓練のみ適応あり
	Gr. 3	条件が整えば，食物を用いた訓練の適応あり
経口と補助栄養	Gr. 4	楽しみとしての摂食は可能．栄養摂取は非経口による
	Gr. 5	１～２食の栄養摂取が経口から可能
	Gr. 6	補助栄養併用で，３食の栄養摂取が経口から可能
経口のみ	Gr. 7	嚥下食で３食とも経口摂取可能
	Gr. 8	嚥下しにくい食品を除き，経口摂取可能
	Gr. 9	普通食の摂食・嚥下可能だが，臨床的観察・指導は必要
	Gr. 10	正常の摂食・嚥下能力

（藤島一郎，1993を一部改変）

※2　段階的嚥下食について（栄養部「食事療法の指針」より）

	開始食	嚥下食Ⅰ	嚥下食Ⅱ	移行食
食事回数	１回（朝食のみ）	３回	３回	３回
料理形態	食事開始時のテストフードとして使用。重力だけで咽頭部をスムーズに通過する物性のゼリー	食物繊維・筋原繊維が少なく、粘膜への付着性が低い食材のゼリー	食物繊維・筋原繊維は若干含むが、粘膜への付着性が低いゼリー	舌で押しつぶせる硬さで、つぶしたときに食塊が砕けてバラける形態
エネルギー量	80～160kcal	600kcal	800kcal	1,000～1,200kcal
主食	なし	お粥ゼリー	お粥ゼリー	お粥ゼリー
主菜	なし	魚ペーストゼリー 鶏肉ペーストゼリー	五分菜に準じた ミキサーゼリー	五分菜に準じる
副菜	なし	野菜・ 芋ペーストゼリー		
汁	なし	スープゼリー		
その他	はちみつゼリー お茶ゼリー 市販ゼリー などから２種	ミルクゼリー お茶ゼリー 市販ゼリー	ミルクゼリー お茶ゼリー 市販ゼリー	お茶ゼリー

嚥下ラウンド評価用紙

別紙5

氏名:　　( )　　(　　歳)　男 ・ 女　ID

評価日時:　　年　　月　　日 (　　)　:　　～　　:　　第　　回目

入院病棟:　　階(N／S)　　科　主治医:　　記 録

主病名:　　合併症 (　　)　看護チーム

全身状態 他	身 長	cm	体重	kg	BMI		アルブミン	g／dℓ
	体 温	℃	CRP	mg/dℓ	白血球	／μℓ		
	呼吸状態	RA : O2　ℓ　ℓ			SPO_2	%		
	気 切	なし : あり (カニューレの種類 ＿＿＿＿)			義 歯	あり : なし : 部分		
	内服薬							

ADL その他	日常生活自立度 ※1	ランク　ー	意識レベル※2	JCS　ー
	運動障害	なし : あり (左 ／ 右　上肢 ／ 下肢　その他 (　　))		
	高次脳機能障害 注意障害	なし : あり (　　)		
	認知障害	なし : あり (　　)		
	その他	なし : あり (　　)		
	介護者(キーパーソン)		介護レベル	高 : 中 : 低

食事摂取状況	栄養摂取方法	経口のみ : 経口と(経管:末梢:中心)併用 : (経管:末梢:中心)のみ		
	食事場所	イス : 車イス : ベッド上	食事動作の自立	自立 : 一部介助 : 全介助
	経口食種	食種:	主食 (米飯 : 全粥 : 五分粥 : 重湯 : パン)	
	形 態	通 常 : きざみ大 : きざみ : すりつぶし : ミキサー		
	経口摂取量	主食は 全量摂取 : 割摂取	副食は 全量摂取 : 割摂取	特殊食器利用
	水分摂取	とろみなし : とろみあり	E補助食品	不使用 : 使用　本/日 ( )

評価	VE (耳鼻科) 所見	口腔の麻痺	なし : あり	唾液の貯留	なし : あり	咽喉頭知覚低下	なし : あり
		飲水テスト	とろみなし　mℓで誤嚥　なし : あり			ムセ	なし : あり
			とろみあり　mℓで誤嚥　なし : あり				
	VF所見	検査食	とろみなし : とろみあり : ゼリー : 寒天 : 蒸しパン : その他				
		口腔残渣	なし : あり	咽頭残渣	なし : あり	ムセ	なし : あり
		喉頭流入	なし : あり	気管流入	なし : あり	問え感	なし : あり
	代償法の適応	うなずき嚥下 : 横向き嚥下 (右 ／ 左) : 複数回嚥下 : 交互嚥下 : 頚部突出 息こらえ嚥下 : 随意嚥下 : 随意咳 : その他 (　　)					
	特殊食器の適応	不要 : 要 (　　)					
	臨床上の誤嚥	なし : あり (　　)					

総合所見	

助言	

パンフレット（ノート）の作成にあたり

別紙6

対象　：　　摂食嚥下障害のある方

摂食嚥下障害のある方の家族

摂食嚥下障害のある方の介護者（ヘルパー等）

転院先（施設）のスタッフ

この一冊を見れば、「患者の摂食嚥下障害は全て判る」カルテのようになればと考える。

どのように訓練を継続するのか

食事の介助方法は

食器，食具は

食形態は　　等々

入院中は、一人ひとりの患者に各職種がチームで係わりを持てるが、退院，転院する際の情報提供が詳細に行えていない。

誤嚥性肺炎による再入院を防ぐためにも、家庭，転院先で、継続できるようにパンフレットを作成することとした。

掲載内容

摂食嚥下患者にとって必要不可欠な情報を入れる。

摂食嚥下患者は、一人ひとり状態が異なるため、個々人に合わせられるような情報を入れる。

見て理解できるような構成にする。

利用・配布方法

嚥下造影検査を行った患者に対して、配布する。

パンフレットを利用し、言語聴覚療法，作業療法，栄養指導，生活指導　等を行う。

退院，転院に向けて介入したことをパンフレットへ記載（メモ）していく。

家庭や転院先で、パンフレットを継続活用して頂く。

目次

はじめに ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
「摂食・嚥下」とは ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
「誤嚥」とは
摂食・嚥下の流れ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
摂食・嚥下障害の原因疾患 ・・・・・・・・・・・ 8
摂食・嚥下障害の評価 ・・・・・・・・・・・・・・・ 9
ベッドサイドでも行える簡単な評価
画像診断による評価
上手に食べる力をつける ・・・・・・・・・・・・・ 12
首・肩の体操
口唇・舌の体操
呼吸の練習
安全に食べるために ・・・・・・・・・・・・・・・・ 16
集中できる環境
安全な姿勢
お食事の介助方法
トロミの必要性
食器の工夫
誤嚥防止のための代償法
嚥下障害のある方の口腔ケア・・・・・ 24
口腔ケアはなぜ必要か？
口腔ケアの実際
食事を準備する方へ ・・・・・・・・・・・・・・ 29
食事の大切さ
嚥下のレベル区分
食品選び
誤嚥しないために
栄養素のはなし
水分補給がなぜ重要？
とろみの付け方
虎の門病院の食事 ・・・・・・・・・・・・・・・・ 37

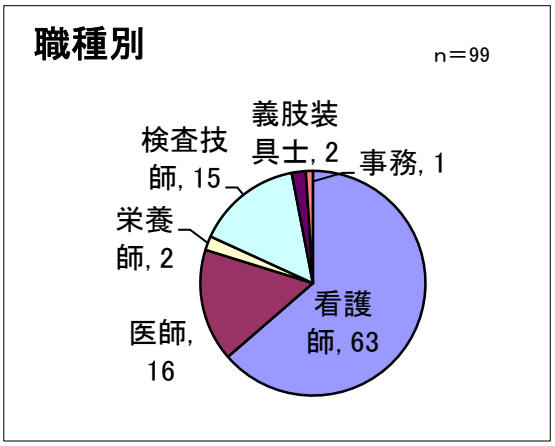
フットケア講演会

フットケアチーム
（大阪厚生年金病

参加者　99名
アンケート回収　66名

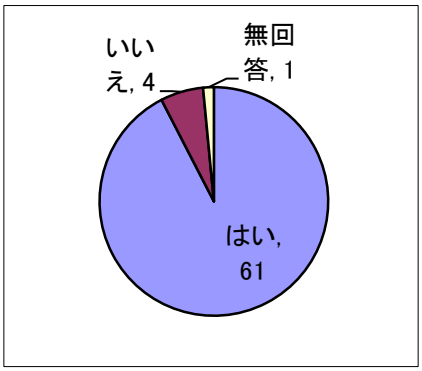
2-1病棟	1
3-1病棟	6
4-1病棟	5
4-3病棟	0
5-1病棟	0
5-2病棟	10
6-1病棟	8
7-1病棟	2
7-2病棟	0
8階病棟	3
血液浄化ｾﾝﾀｰ	8
外来	12
ICU	3
手術室	1
看護部	4

看護師	63
医師	16
栄養師	2
検査技師	15
義肢装具士	2
事務	1
	99



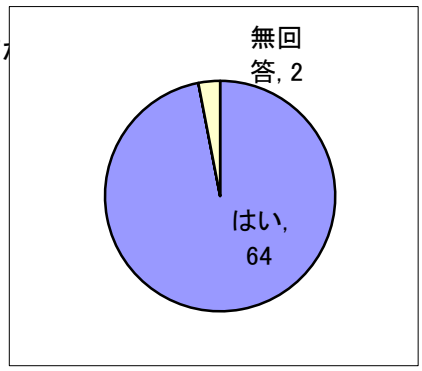
2.フットケアに興味がありましたか

はい	61
いいえ	4
無回答	1



3.講演会を聞いて今後に役立てることができますか

はい	64
いいえ	0
無回答	2



回復期リハビリテーション病棟における介護指導支援チーム
（医療法人社団勝木会やわたメディカルセンター）

（資料１）

リハビリテーション総合実施計画書　3ヶ月目

3階病棟　　計画日 2011/11/21

氏名 ＿＿＿＿ 様　性別 男性　生年月日 ＿＿＿＿　年齢 74歳　ID ＿＿＿＿

病名 左脳梗塞　発症日 2011/09/07　経過 76日 目　要介護認定 申請中
手術 ＿＿＿＿　手術日 ＿＿＿＿　経過 ＿＿ 目　身障手帳 なし

入院日 2011/09/20　入院元 病院　63日 目　（リハ病棟入院日 2011/09/20　63日 目）

担当者　リハ医師 ＿＿　各科医師 ＿＿　看護師 ＿＿　理学療法士 ＿＿　作業療法士 ＿＿　言語聴覚士 ＿＿　ソーシャルワーカー ＿＿

機能障害

運動麻痺	右片麻痺	言語聴覚障害	失語症
筋力低下	なし	摂食嚥下障害	誤嚥の危険
関節拘縮	なし	疼痛	なし
知覚障害	なし	呼吸・循環障害	なし
失行・失認	認知機能の低下	排泄機能障害	なし

日常生活活動

		初期	現在	目標	備考
身の回り活動	食事	3	4	4	粥食（硬め粥、副食一口大）摂取しています。
	整容	3	3	3	
	入浴	1	1	1	機械浴使用しています。
	更衣/上	2	2	2	
	更衣/下	1	2	2	
	トイレ動作	1	1	1	ズボンの上げ下げを介助しています。
排泄	排尿調節	1	1	1	漏れがあります。
	排便調節	1	1	1	漏れがあります。
移乗・移動	移乗/ベッド	3	5	5	
	移乗/トイレ	3	4	4	
	移乗/浴槽	1	1	1	
	歩行	1	2	2	
	車椅子駆動	1	5	5	
	階段昇降	1	1	1	
認知機能	理解力	2	2	2	簡単な指示に従うことができます。
	意思の表出	2	2	2	はい/いいえ、単語で答えられることがあります。
	社会的交流	1	1	1	
	問題解決	1	1	1	
	記憶	1	1	1	精査困難です。
		29	38	38	

点数基準
7：自立
6：修正自立
5：見守り
4：軽度介助
3：中度介助
2：重度介助
1：全介助

生活環境
家屋 一戸建て住宅　居室 1階
同居家族
妻,娘

社会活動
職業 無職
社会参加
余暇活動 ゲートボール

心理

要望
患者様
ご家族

経過説明 日中トイレでの排泄ができるようになりました。

やわたメディカルセンター

ID　氏名　様　3ヶ月目

リハビリテーション目標・見込み
リハ目標 ご家族の介助のもと、身のまわりのことが安全にできる
見込み　退院先 自宅　退院（終了）時期 12月上旬　自立度 B1
介護保険サービス ＿＿＿＿　住宅改修 ＿＿＿＿
その他 ＿＿＿＿

活動目標とリハビリテーションの方法

① 活動項目 排泄　目標内容 ご家族の介助のもと日中トイレ排泄ができる　期間 2週間
方法
1 移乗・移動の練習を行います　担当 理学療法士
2 在宅の改修・福祉用具についてアドバイスさせていただきます。　担当 作業療法士
3 介護練習については別紙をご参照下さい。　担当 看護師

② 活動項目 コミュニケーション　目標内容 周囲の配慮のもと、日常的な訴えを表出できる　期間 2週間
方法
1 反応の得られやすい声かけ方法についてアドバイスさせていただきます。　担当 言語聴覚士
2 ＿＿＿＿　担当 ＿＿＿＿
3 ＿＿＿＿　担当 ＿＿＿＿

③ 活動項目 ＿＿＿＿　目標内容 ＿＿＿＿　期間 ＿＿＿＿
方法
1 ＿＿＿＿　担当 ＿＿＿＿
2 ＿＿＿＿　担当 ＿＿＿＿
3 ＿＿＿＿　担当 ＿＿＿＿

健康管理の方法

① 管理項目 内服管理
方法 内服薬を確認してください。　担当 ご家族

② 管理項目 排泄
方法 内服調整し排便コントロールを行います。　担当 看護師

③ 管理項目 ＿＿＿＿
方法 ＿＿＿＿　担当 ＿＿＿＿

備考 介護保険サービス調整を進めていきましょう。 ソーシャルワーカー

説明後のご意見・ご希望など ＿＿＿＿ ⇒ 説明者の回答内容 ＿＿＿＿

ご署名	患者様・ご家族	説明者

やわたメディカルセンター
〒923-8551 小松市八幡イ12-7
TEL 0761-47-1212 FAX 0761-47-1941

介護指導実施計画書（No. １）

計画日 2011/11/01

氏名＿＿＿＿＿様　性別 男性　生年月日＿＿＿＿　年齢 74歳　ID＿＿＿＿
病名 左脳梗塞　発症日 2011/09/07　入院日 2011/09/20　介護認定 申請中　身障手帳 なし
主に介護する方＿＿＿＿様（続柄 妻）＿＿＿＿様（続柄 ＿＿）
担当者　医師　看護師　介護福祉士　理学療法士　作業療法士　言語聴覚士
ソーシャルワーカー　栄養士　薬剤師

機能障害に対して必要な援助項目

i）排泄機能
ii）失語症
iii）認知機能
iv）
v）

日常生活活動に対して必要な援助項目

i）移乗、移動
ii）更衣・トイレ動作・排泄調節
iii）食事
iv）整容
v）コミュニケーション

生活環境変更予定

段差の解消 スロープの設置　手すりの設置＿＿＿＿　居室の変更 トイレの近くに変更　寝室の変更＿＿＿＿
寝具の変更＿＿＿＿　トイレの変更 和式から洋式へ変更　その他＿＿＿＿

同居御家族＿＿＿＿

主に介護する方の生活パターン

時刻	活動項目
06:00	起床　家事の合間に朝食
07:00	家族が起床
12:00	家族で昼食
19:00	夕食
01:00	就寝

時刻	活動報告

主に介護する方の生活パターンに関して配慮すること＿＿＿＿
主に介護する方の健康状態に関して配慮すること 腰痛

介護を受ける方の余暇活動・社会参加の希望＿＿＿＿
主に介護する方の余暇活動・社会参加の希望 月曜日：カラオケ教室/木曜日：手芸教室の参加

指導終了見込み時期（退院時期） 11月末
介護保険サービス予定 デイサービス
サービス利用日時（希望） 月、木、（土）

介護目標と指導方法

	目標		指導担当者
①	移乗	：移乗バー保持させ、声掛け誘導	：看護師,理学療法士
②	移動（車椅子）	：自走できますが、誘導、見守り	：看護師,理学療法士
③	移動（歩行）	：歩行器使用し、右側から支え。左に体重移動介助	：理学療法士
④	更衣	：右上下肢袖通し介助。左上下肢声かけにて実施。	：作業療法士
⑤	トイレ動作	：L字バー掴み立位保持。下衣上げ下げ、オムツ装着介助	：看護師,介護福祉士,作業療法士
⑥	排泄調節	：失便時清拭、オムツ交換	：看護師
⑦	食事	：軟菜準備　声かけにて食事摂取促す	：看護師,介護福祉士
⑧	整容	：義歯洗浄、残存歯歯磨き介助　タオルにて洗顔	：看護師,介護福祉士
⑨	コミュニケーション	：はい、いいえで答えられる質問で問いかけ	：看護師,言語聴覚士
⑩		：	：

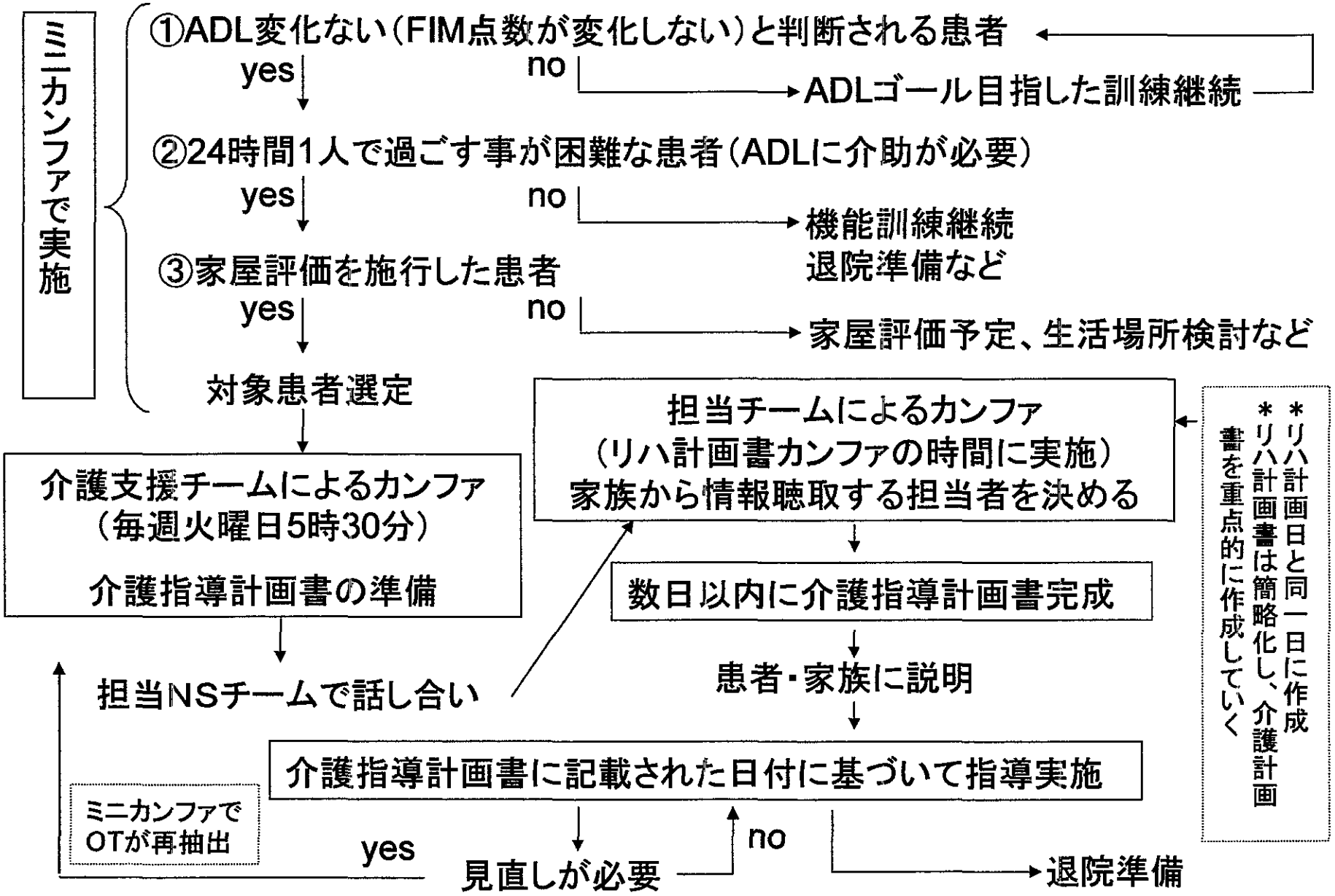
日付（月/日）	11月9日	11月11日	11月14日	11月15日	11月17日	11月18日	11月21日	11月25日
指導項目（①～⑩）	①②⑤⑧	⑤	⑤	①②⑤⑥	⑤	①②⑤⑦	①②⑤⑥⑨	①②⑤⑨
指導担当者からの評価コメント	ゆっくり行ないよう声かけする。手かりで本人の協力あり。手かり・指示・ほかも行なえる	車イス、オムツの処理はできているが、そちらに集中し、立位ふらつき時の介助ができていない。下衣処理に時間がかかり、疲れあり。本人の状態に合わせた介助方法の指導が必要。	便座に対して、尻が斜めとなっているため、しっかり着座するよう声かけを行う。	レシカルボン坐薬挿肛、その後の症状観察も行ってもらう。便汁汚染のあるパッドの交換もスムーズであり、移乗も殿部に手をそえて介助することができていた。	車イス操作、トイレ介助、パット交換はスムーズに介助できている。まだ便座に対して斜めに坐ってしまうため、足の位置を修正することで直ぐに坐れる。	トイレ動作や物取りはできるが、の見守りの対応。行えていると思いますが、もう少し本人の目を配る余裕があった。良いと思います。	本人にトイレ声かけし、誘導する。トイレでは自尿なく空振りであった。間隔を見てトイレ誘導できるような指導必要。介助はスムーズであった。	娘さんにも見学してもらう。妻の希望で側からの介助を試してみる。本人との息も合っており、介助をスムーズに行うことができていた。
介護する方の感想聞きたいこと		妻「いつもよりうまくできたと思う」座位と立位の介助が大変	トイレで立位から着座する際、尻が便座に斜めとなり、「しにくい」とあり。	坐薬使用後に大量の反応便あり、妻も喜んでいた。移乗も上手くできたと話す。	「上手くて（介助も）できるようになった。まだ便坐に直ぐ坐れないが、練習すれば何とすなるだろうとあり。		便の時は、もう少し訓練が必要かもしれない。	妻「やっぱり前からの方がやりやすいわ」 娘「声をかければいろいろ自分で動けるんですね」

署名＿＿＿＿　説明者＿＿＿＿

やわたメディカルセンター
〒923-8551
小松市八幡イ 12-7
電話　(0761)47－1212

（資料３）

介護指導計画書作成、家族指導開始の流れ



退院支援チーム（Discharge　Support　Team　/DST）
（財団法人操風会　岡山旭東病院）

当院における

退院支援について

OKAYAMA KYOKUTO HOSPITAL

財団法人　操風会

関連施設

●岡山リハビリテーション病院

回復期リハビリテーション病院

【病床数】 129床

・回復期ﾘﾊﾋﾞﾘ病棟：129　床

【診療科】

リハビリテーション科・内科

循環器科・神経内科・小児科

●岡山旭東病院

急性期病院

●岡山西病院

長期療養型病院

【病床数】40床

・一般病床19床

・療養病床　21　床

【診療科】

整形外科・消化器内科

○通所リハビリ

○居宅介護支援事業所

○訪問看護・リハビリ

●高畠眼科

OKAYAMA KYOKUTO HOSPITAL

退院支援の一覧 ①～⑦

①退院支援フローチャート

②各職種の役割分担表

③カンファレンス

④退院支援シートの活用

⑤退院支援チーム（DST）の設置

⑥特殊事例、困難事例検討カンファレンス

①院内運用フローチャート

◆ 支援過程の標準化

入院から退院までの退院支援を各職種が理解しやすくする
⇒フローチャート作成

★Point★

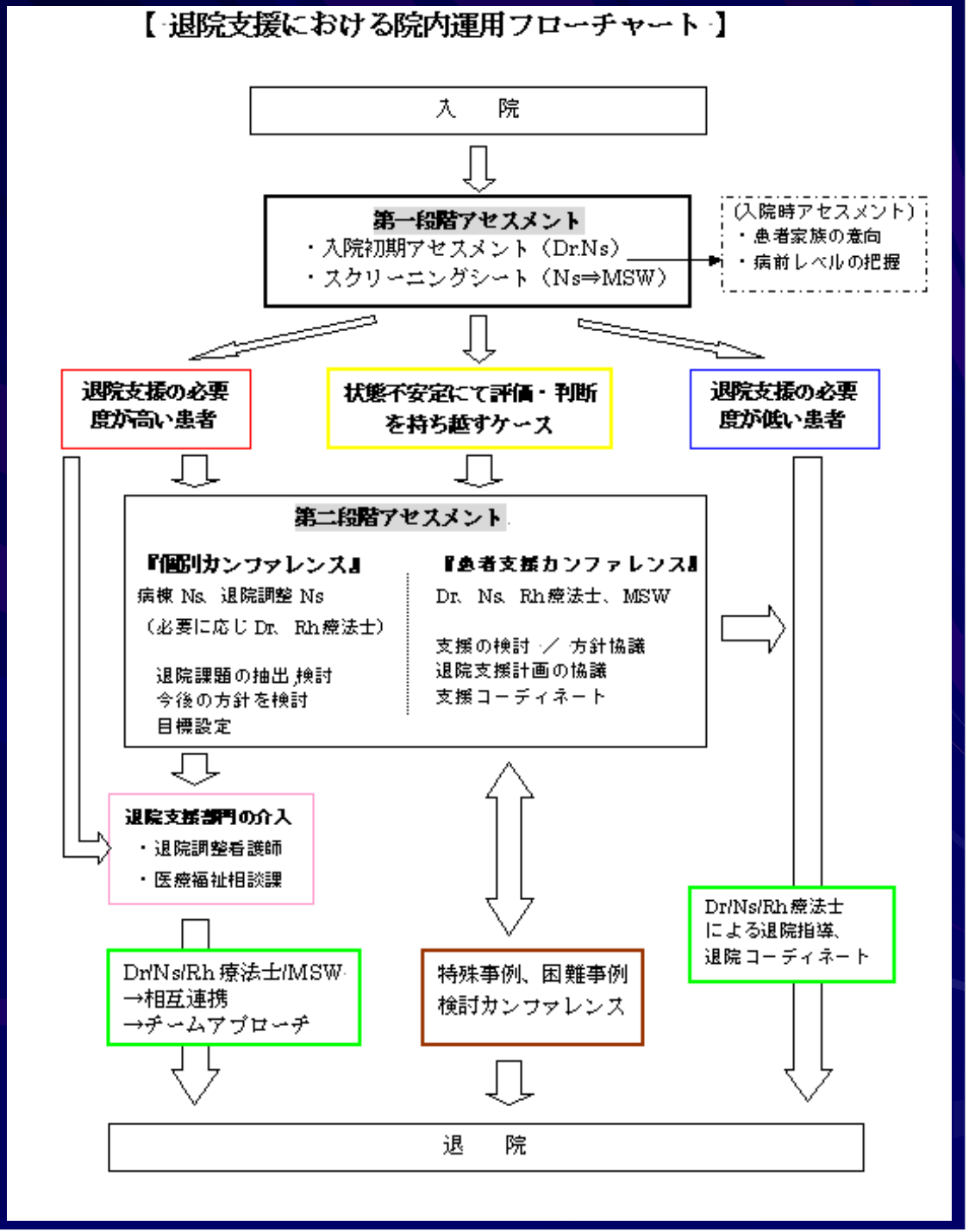
全患者に
「入院時スクリーニング シート」を実施。
→MSWによるチェック

＊アセスメント

・入院時のアセスメント

・毎週のカンファレンス

＊カンファレンス整理→名称変更



②役割分担表

各職種が行う退院支援の内容とその時期を工程表として作成

・栄養士、薬剤師、
　歯科衛生士の追加
・Nsを4つに細分化

退院支援の流れ 「役割分担表」

	Dr	Ns				MSW	リハビリ		薬剤師	栄養士
		外来Ns	受け持ちNs	訪問Ns（たん吸引）	退院調整Ns		DH	RH（PT/OT/ST）		
入院時	・初回ICの内容カルテ記載と次回の日程日の設定 ・診断をつける ・検査および治療計画を立てる ・入院時の病状説明と入院期間の説明	・医師のICへ同席 ・入院前生活情報の提供依頼をする →介護認定の有無と等級 →担当ケアマネ及び事業所 →介護サービスの種類 →かかりつけ医 ・入院診療計画書に基づいた入院期間の確認 →キーパーソン確認（続柄と同居の有無）	・外来からの申し送り 「第一段階アセスメント」 ・入院前生活情報の聴取及びアセスメント →介護認定の有無と等級 →担当ケアマネ及び事業所 →介護サービスの種類 →かかりつけ医 ・入院診療計画書に基づいた入院期間の確認 ・家族の来院時間と頻度の確認 ・スクリーニングシートの作成 →同意点の確認 →病棟対応orMSWの介入の必要性検討（MSWへの介入依頼の目的等確認）	・能力のスタッフへ利用者の在宅での状況についてサマリーを作成し、情報提供する（病状、患者・家族の意向、生活状況、介護状況　など）	・初会に参加（患者の情報収集） ・スクリーニングシートの提案	・スクリーニングシートの提案	・入院時アセスメント ・プラン立案 ・看護師への指導		・持参薬の確認	・入院時栄養調査表・栄養管理計画書の作成
入院3日目	・2回目のIC（検査結果説明、治療計画の確認）		・スクリーニングシートの見直し →同意点の確認 →病棟対応orMSWの介入の必要性検討 （MSWへの介入依頼の目的等確認） ・御家族へリハビリ見学の案内		・スクリーニングシートの回収及び病棟スタッフからの情報収集（同意点を明確にする）			・リハ開始後、身体機能、精神機能、ADL能力の評価		・栄養状態の把握と評価 ・患者支援カンファレンスでの　栄養アセスメント報告と検討 ・MST介入の必要性について　検討 ・退院時栄養指導の検討
1～2週間	・カンファレンスにて治療状況と今後の病態的見通し及び治療期間の予定を提示 ・3回目IC（治療経過報告、退院計画）		・医師の治療方針の確認、医師のICへ同席 ・Pt、Fmとの情報交換（家族面会時など） →情報の確認・患者家族の意向の確認 →家族へ入院生活状況の報告 →リハビリ見学案内 →家族のニーズを聴取し評価 「第二段階アセスメント」 ・初回カンファレンス →Hsとしての支援方針、支援内容の検討 →退院に向けての同意点の確認と共有 ・患者支援カンファレンスにて看護アセスメントの報告、情報提供。 ・病棟の受持ちNsにて、退院に向けた看護計画の立案（2週目にかけて）を行う →医療管理、処置、ADL低下など、退院後も継続して必要となるケアをアセスメントする	・入院中の利用者の情報収集・状況把握　→入院生活状況の把握、病状の把握、リハビリの状況把握	・患者支援カンファレンスにて介入患者様の情報収集→担当決め→介入　・スクリーニングシートにてチェックした患者様　→カルテチェック、情報収集、→担当決め→介入 ＜介入＞ ・入院前情報収集（生活・心理・社会的） →CM、本人、家族との面接 ・主治医の方針確認 →周辺情報収集 ・本人の心身機能の情報収集 ・リハビリ見学 ・本人、家族との面接（今後の意向確認） ・ニーズ把握、アセスメント ・退院支援計画の立案 ・病棟NSやリハビリスタッフとの情報交換や計画の見直し	・カンファレンスにて介入患者の絞り上げ→担当決め　→介入 ・スクリーニングシートにてチェックした患者→カルテチェック、情報収集、→担当決め→介入 ＜介入＞ ・入院前情報収集（生活・心理・社会的） →CM、本人、家族との面接 ・主治医の方針確認 →周辺情報収集 ・本人の心身機能の情報収集 ・リハビリ見学 ・本人、家族との面接（今後の意向確認） ・ニーズ把握、アセスメント ・退院支援計画の立案	・病棟・口腔ケア継続	・入院時生活の把握 ・必要に応じてキーパーソンとコンタクトを取り、家族構成や病前生活の聴取およびADLなどの現状報告 ・患者支援カンファレンスにて現状報告、及び現段階での能力的見通しを提示		
2～3週間	・患者支援カンファレンスにて医療者側からの今後の方針を決定。必要に応じて訪問看護の検討 ・本人・ご家族へ転院、退院の為のICを実施及び同意書例の記載 ・今後の治療計画、退院計画を提示（Pt、家人、スタッフ）		・退院に向けて生活上の問題点、解決方法の明確化および患者支援カンファレンスにて報告 ・退院を意識した生活提供（自立度向上のための介助） ・退院に向けてのICの設定、ICへの同席　・退院前指導の有無を確認し、長期・坐薬提案の連絡 ・在宅療養に必要な医療と介護の指導（皮膚介助、PEG、吸引、おしゃべり交換など）	・依頼を受けた新規利用者の情報収集　→入院生活状況の把握、病状の把握、リハビリの状況把握	＜施設や病院への退院＞ ・施設への情報提供及び相談　退院前に本人面接設定を行う。 ＜自宅退院の場合＞ ・病棟スタッフと自宅退院に向けての医療及び介護の指導について計画を立て行っていく（PEG、吸引など） ・リハビリスタッフとリハビリの進捗状況と退院に向けての計画確認と調整 ・新規たんぽぽ訪問の患者は　たんぽぽに情報提供を行う	＜転院の場合＞ ・病院紹介、転院相談、将来の方向性を見据えた相談及び情報提供 ＜自宅退院の場合＞ ・ケアマネ等関係機関との連絡調整、介護サービス調整		・ADLのゴール明確化 ・退院後の生活環境設定 ・必要に応じてKey Personへ退院後の生活環境を提示 ・必要な介護サービス・用具の選定 ・家族に求める見守り介助量の明確化 以上を踏まえ、必要入院期間を明確化した上で各情報をカンファレンスで主治医へ報告 ・その他、必要に応じて訪問家屋調査		
退院1週間前	・介護保険の主治医意見書作成（必要に応じて） ・診療情報提供書作成 ・退院処方	・退院前カンファレンス（検討中）	・退院前ケアカンファレンス（最終チェック） →生活状況報告（ADL、夜間帯情報等）　・退院前指導：服薬管理、介護指導　→最毒と通院、浣腸など家族構成を踏まえて同服管理やインフュリン自己注射など管理方法を明確化する。　→看護処置にて排泄介護、PEG、点滴など	・退院前ケアカンファレンスへの参加をし、退院後の生活での問題点を把握し、退院の方法を考える ・在宅生活でのプランニングが退院時の状況に合っているか最終確認する。　・ステーション内で今後のサービス内容・生活状況の設定・家族の現実検討の把握をする　・訪問看護師同席者を医事課へ依頼する	＜施設や病院への退院＞ ・施設への情報提供と退院日の決定（退院の日時と時間、手続など） ＜自宅退院の場合＞ ・退院前カンファレンスの日時調整及び準備、同会通行 ・新規訪問看護の患者は　指示書の依頼を行う ・退院前に患者、家族と最終面談 ・介護通院指導書作成	＜自宅退院の場合＞ ・退院前シナリオスの日時調整及び準備、同会通行 ・介護通院指導書作成	バス入浴 医書作成 口腔ケア方法手順書作成 介助者への口腔ケア指導（計2～3回）	・退院前指導の実施 ・家族への介助指導 ・介護用品の選定、ケアプランの提供確認 ・在宅での生活上の注意点の説明や自主トレーニング指導 ・退院前ケアカンファレンス参加 関係各部署への情報提供	・自己注射対象者の手技の指導 ・退院後の服薬管理環境の把握 →適切な印象で調剤を行う ・退院時服薬指導 ・退院前ケアカンファレンスの参加	・退院前栄養指導の実施 ・退院前ケアカンファレンス参加

1/8

③ 「カンファレンス」の種類について

★患者支援カンファレンス（次ｽﾗｲﾄﾞにて解説）

⇒主治医及び各科毎に開催

＊退院前ケアカンファレンス

（当院スタッフ、在宅スタッフとのカンファレンス）
⇒ケアマネの希望や必要に応じ退院前に概ね開催中

＊個別カンファレンス⇒（適宜）（多職種協働）

個別ケースにおいて入念に対応及び方針の検討

＊ADLカンファレンス⇒（火・木13時～）

病棟スタッフ・リハスタッフにて患者のADL状況の確認・検討

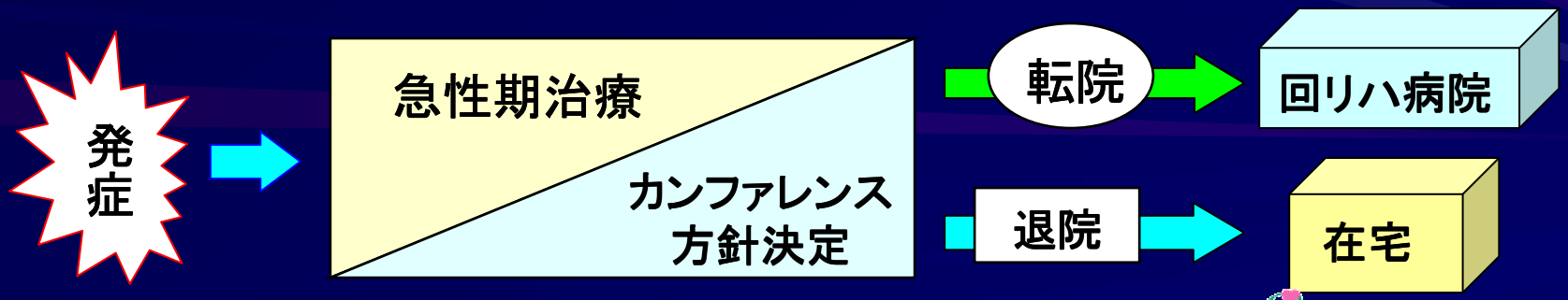
「患者支援カンファレンス」　多職種協働方針協議の場

目的: 患者家族の意志決定を支えることを目的とし多職種による情報共有及び協議を行い、病態に応じた患者家族への助言・提示する方針内容等を検討する。

参加者：主治医、病棟NS、MSW、リハスタッフ
退院調整Ｎｓ、栄養士

司会：退院調整Ｎｓ（不在時はリハスタッフ）

★ 当院から直接退院または他病院などへの転院や施設入所など、医療者サイドの今後の方向性を検討。



※患者支援カンファレンスの内容

司会進行：退院調整看護師　⇒トータルコーディネート

＜各職種のカンファレンスにおける役割＞

医師：　病状や治療の経過及び治療方針を説明

病棟Ns：　病棟でのADL等の情報を提示

RHスタッフ：　経過報告・機能的予後と在宅復帰までに必要な期間の提示、リハ転院についての見解

MSW：　社会的背景、生活課題及び解決方法等の提示
退院・転院調整等の進捗状況を提示

退院調整Ns：退院調整に関する情報の聴取と病棟Nsへの投げかけ、退院調整の進捗状況の提示

★当院から直接自宅退院か、他病院への転院や施設入所などを各職種のアセスメント情報を用い検討⇒DrのICへ

プロトコール

今後の方針決定

当院から早期に退院可能？
（早期：1ヶ月以内程度？）

リハスタッフの意見を重視

YES

当院でリハ継続
直接退院へ

ⅰ）急性期治療後まもなく
ⅱ）亜急性期病棟を経て
ⅲ）一般病棟を経て

自 宅 退 院

NO

転　院

ⅰ）回復期リハ病棟を有する病院
（Limit：発症から2ヶ月以内）
ⅱ）療養型病床を有する病院など
ⅲ）老人保健施設などの施設

施設？　病院？

※患者支援カンファレンス週間予定

カンファレンスの結果は電子カルテ内に退院支援シートを作成

カンファレンス内容を追加記載し確認ツールとする。

開催場所は看護の情報が提供しやすい病棟スタッフルームへ一部を変更

日程及び開催場所

	月	火	水	木	金
8:00-8:30		整外 （全Dr.） 会議室			
11:00-11:30	神内 （河田Dr.） 本館3階	内科 （全Dr. ） 西館2階	神内 （今村Dr. ） 本館3階	神内 （大野Dr. ） 西館3階	神内 （柏原Dr. ） 西館2階
16:30-17:00		脳外 （全Dr.） あさがお			

④退院支援シート

退院支援に関する各スタッフの情報を持ち寄り一元化
各職種で追記・閲覧可能（情報共有）

※患者支援カンファレンスの記録

◆介護保険情報：介護保険の有無、介護度
◆社会的背景、家族情報：家族構成、キーパーソン、介護力
◆病前情報：職業及び復職・家事・自動車運転の必要性、
外出の有無や家族内での役割
◆病前の運動・精神機能：歩行状態・認知症の有無
◆家屋構造
◆家族介助指導の進捗
（PEGや吸引等のケア、介助等） 等
◆病棟個別カンファレンスにおける
退院支援に関する検討事項等

退院支援シート　記入例

0000000002　旭東　太郎　男　123 才

サマリエディタ ― 新規作成

患者番号　0000000002　患者氏名　リハーサル02　サマリ名称　退院支援11/03/25

氏名:旭東　太郎　　年齢:123歳　　性別:男
【介護保険】要介護2　ｹｱﾏﾈ:1月より〇〇〇へ変更　ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ2回/週、歩行器ﾚﾝﾀﾙ

【家族状況】
長男夫婦、孫2人と同居。長男、孫2人は日中仕事で帰宅時間は21時頃。
長男嫁は腰の手術後歩行困難となり要介護4。車椅子生活。ﾒﾝﾀﾙに問題はないが、介護者にはなれない。

【入院前生活】
歩行:屋内伝い歩き、屋外ｼﾙﾊﾞｰｶｰ歩行　　排泄:自宅ﾄｲﾚまで歩行にて自立。布ﾊﾟﾝﾂで失敗なし。
入浴:自宅でｼｬﾜｰにて自立。　　食事:ｾｯﾃｨﾝｸﾞされれば自己摂取。
調理:ﾍﾙﾊﾟｰにて調理

【嫁の意向】
嫁以外の家族は日中仕事で帰宅時間遅いため、介護力となり得ない。
嫁自身も要介護状態であるため、ﾄｲﾚ歩行できるまでの改善を希望される。

【患者支援ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ】
4/1　内科Dr:A、ﾘﾊDr:B、PT:B、OT:C、MSW:D、Ns:E
長期臥床で膝の拘縮がすすみ、起居～移乗は重度介助、歩行は今後も困難(家族に伝達済)排泄に関しても尿便意あるがｵﾑﾂ内(ｺｰﾙ可能)。環境･家族次第で主治医としては退院は可能だが、要介護の家族(長男嫁)もおり、自宅は可能か？また家族の受け入れはどうか？(KPは誰になるか？)。車椅子生活を想定した環境設定など具体的に話をすすめていく必要あり。CMも交代して間がないよう。必要に応じてMSWへ相談を。

☐ 最前面に表示　　ＯＫ　キャンセル

Line: 21

⑤DST：退院支援チーム設置（予定）

多職種から構成する横断的なチームを形成
→　医師、退院調整看護師、病棟責任者、リハスタッフ、MSW

- システムの具体的な運用方法に検討し、継続的にモニタリング

  ➡ 維持及び改善、発展を図る

項目①～③をチェックする機構
- ①退院の基準作り
- ②フローチャート作成
- ③各職種の役割分担表

- 退院支援における問題点の抽出及び解決
- 退院指導の標準化、スタッフの教育、勉強会開催　等

⑥特殊事例、退院支援困難事例検討カンファレンス

目的：退院や転院に向けての調整が通常の流れや方法では困難となる症例に於いて、個々の担当者のみならず病院全体の問題として取り組む事を目的とする

対象：・病態が安定しており、長期入院している患者

・心理社会的背景が複雑で退院調整が困難になることが予測される患者

抽出方法：患者支援カンファレンスにおいて各職種より対象患者が挙げられ、必要性が検討された後、主治医の承認を経て決定される。

参加者：院長、副院長、主治医、各部長、退院支援担当者等

退院調整看護師による退院支援

≪退院調整Nsについて≫

・1名 （H23. ４月より外来兼務で実質活動開始）

≪退院調整Nsの役割と責任≫

責任

・ 退院支援システム（多職種協働）構築・定着化
・ 院内の横断的退院調整コーディネート
・介入依頼の相談窓口
・ NSによる退院支援の定着のための教育
・個別ケースの対応

役割

- スクリーニングシートの回収チェック⇒情報収集
- MSWとの申し送りに共同参加（経過及び情報の集約）
- 患者支援カンファレンスの司会

  ➡ 多職種との情報共有及び支援計画の立案
- 重症患者様の在宅及び施設への退院調整
- MSW介入で医療依存度の高い患者への協働介入
- 在宅ケアの院内統一へ向けての検討
- システム運用の定期的チェック⇒勉強会の開催
- 退院支援チーム（DST）の設立
- 必要時、病棟カンファレンスへの参加

退院調整NSによる退院支援

外来NSから介入の必要な患者の情報提供⇒入院⇒スクリーニングシートの回収及び情報交換⇒MSWとの介入担当決め

⇓

担当決定⇒介入患者の病状と背景など電カルから情報収集を行う
病棟の受け持ちNSと情報交換を行う（主治医の治療方針、病状、患者家族の意向など）
早期から在宅療養に向けての看護計画立案を病棟NSと行う（在宅のイメージ化）

⇓

患者、家族と初回面接を行う（在宅療養の意思の確認、今後の意向や現段階での想いなど）

⇓

病棟NSと在宅に向けての指導内容の検討と指導方法を相談（進捗状況の確認）
家族（主たる介護者）の気持ちを傾聴し精神的援助に努める
リハビリスタッフとの情報交換（在宅に向けてのサービスや物品、家屋調査など）
毎週の患者支援カンファレンス　必要時主治医との連絡相談

⇓

ケアマネとの連絡（情報提供と在宅でのサービスなど相談）　訪問NSへ情報提供

⇓

退院前カンファレンスの開催（患者、家族　院内スタッフ　在宅スタッフ）

⇓

退院・・・・・次回外来での面談　退院後訪問NSと訪問

地域連携室による連携 （主に前方連携）

◆地域連携室

〈人員構成〉 2名

〈業務内容〉

・紹介患者様の連絡窓口

・病状照会

（患者様のかかりつけ医での経過・処方確認）

・紹介患者様の情報管理

・他医療機関への患者様紹介・他院受診の予約窓口

・他院地域医療連携部門との連絡調整

・医師事務作業補助

（施設宛紹介状の下書き・紹介システムマスタ登録等）

＜業務内容＞

・地域連携カンファレンス・研修会の開催

・当院の情報発信

・登録医制度の窓口

（開放病床・在宅支援診療所）

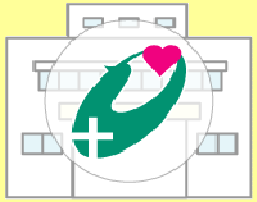
・営業活動

（挨拶回り・旭東地区医療実務者ネットワーク・院内外の医療機関連携事務）

・地域連携パスの支援

かかりつけ医推奨

岡山旭東病院は、地域の医療機関との連携を推進しています。
「かかりつけ医」と協力して、患者様一人一人に、専門的な医療の提供ができるように努めます。



岡山旭東病院

- 専門的な医療を担当（脳・神経・運動器疾患）
- 救急医療・急性期医療
- 急変や定期的な診療･検査に対応
- 開放型病床の提供
- かかりつけ医からの情報を元に 専門の医療を提供

連携

かかりつけ医

- 日常的な病気の治療
- 予防や健康についての相談
- 長期にわたる経過観察
- 開放病床の利用
- 専門的医療（入院・検査）の必要性を判断し、専門医へ紹介

医療ソーシャルワーカーによる退院支援

◆医療福祉相談課◆

医療ソーシャルワーカー(社会福祉士)5名

【MSWの退院支援】　主に後方連携を担当

《現状》

- 混合病棟⇒SWの病棟担当制は導入せず
- 入院患者の6~7割程度に何らかの支援に介入
- 在宅支援、転院及び施設入所支援
  (転帰先による退院調整Nsとの分担は実施せず)
- 転院患者は全て転院先との調整に介入
- MSWへの依頼伝票は導入せず
  ⇒口頭や電話一本で紹介⇒介入
- 全病棟のベッドコントロールに寄与
- 月2回朝礼により長期入院患者の進捗状況確認への応対

《MSWの退院支援への取り組み》

・全患者入院時スクリーニングシートにより早期アセスメント実施
・毎朝、全MSWと退院調整Nsとのミーティング
（ケースの分担決定、進捗状況報告）
・全患者支援カンファレンス“に出席し方針協議
⇒介入の必要性の高い患者の発掘⇒適宜依頼前介入
・ケース依頼窓口としての病棟担当を配置
・CMとの積極的な情報交換　⇔　退院前C.Cの開催
・基本的に極力主治医のICに同席
・リハ見学⇒必要患者には家屋訪問同行
・電子カルテ、退院支援シートに支援経過の記録
・地域の近隣病院とのネットワーク会議にて近隣病院の待機状況の確認

入院時スクリーニングシート

（全入院患者対象）

シートの記載と**アセスメント**

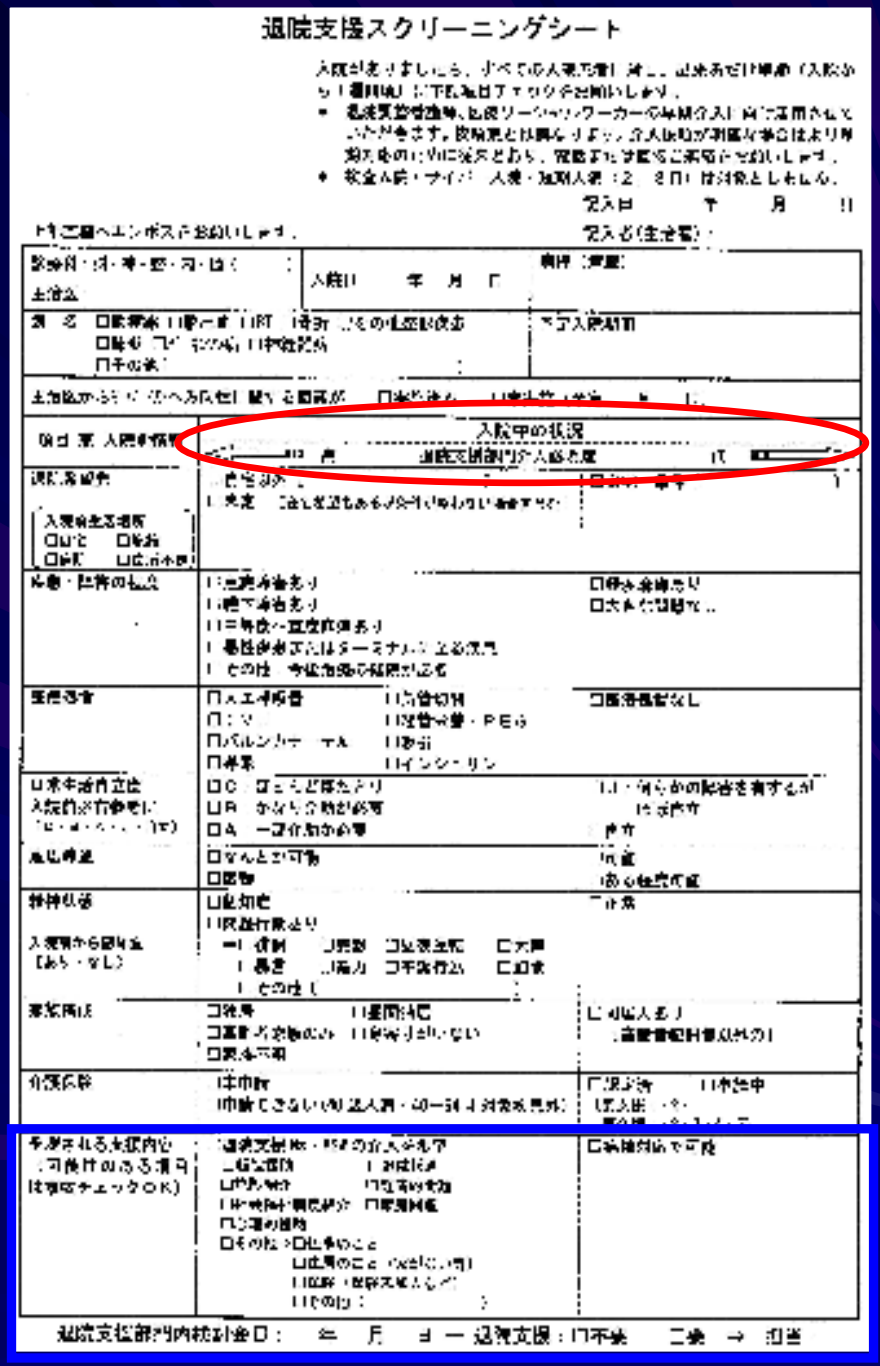
問題点の明確化

⬇

早期介入

MSWと退院調整Nsにより
介入の必要性をチェック

＋カンファレンス等でも拾い上げ



退院支援スクリーニングシート

入院中の状況

MSWがコスト算定に関与しているところ

入院

退院支援計画書作成⇒急性期病棟退院調整加算　140点

在宅

300点×2回まで

介護支援連携指導書作成
⇒介護連携指導料

在宅支援診療所等との連携
⇒退院時共同指導料

2000点・300点

転院

900点

地域連携パス
地域連携診療計画管理料

リハビリテーション課による退院支援

【リハビリテーション課の退院支援】

御家族は発症早期の主治医との面談で障害を持った患者の受け入れが可能か否かを判断しなくてはならない

御家族の判断材料　＝　主として患者の障害及び介護量

早期に御家族が患者の状態を理解し、在宅生活をイメージ出来るよう治療見学や療法士との面談を行う機会を増やす

・患者支援カンファレンスにて詳細な予後を報告

↓

単純な機能的予後ではなく、予測される運動能力と御家族の介護力や心理的状態、家屋改修の必要性の有無など、総合的判断に基づく予後予測

療法士に求められる事

～カンファレンス前～

★ 身体的アプローチ：早期離床と廃用の予防

・患者　家族教育　　障害の理解と在宅生活のイメージ

発症１～２週間で　①約1ヶ月後の予後予測

②最終到達レベルとその期間の予後予測

～カンファレンス後～　　直接退院となる場合

MSW、看護師と協力

★ 身体的アプローチのみならず、社会的アプローチ

・退院調整　・家屋訪問調査

・退院時の環境設定：運動能力とリスク管理

・患者教育、家族教育　：生活指導、介護指導

・介護サービス利用の提案

・院外関係各職種との連携

家族面談

目的：病前の詳細な生活状況の聴取と家族への情報提供

方針決定までに必要な評価・予後予測

単純な機能的予後ではなく、予測される運動能力と家族の介護力や心理的状態、家屋改修の必要性の有無など、総合的判断に基づく予後予測

家族自身が在宅生活が可能か否かを判断するためには疾病・障害を理解し、今後の生活をイメージ出来ることが重要

家族からの情報収集 ⟷ 家族への判断材料の提供

病前の運動能力、家族の介護力、家屋状況、介護保険認定の有無　等

動作能力と介助量、利用可能な介護保険サービス、そして具体的な介護量

発症１～２週目のカンファレンスまでに行う必要性がある

急性期の速い流れの中で家族と接点を持つことは容易ではない！

発症早期に積極的に家族と接点を持つために

- 看護師との連携
- MSWとの連携
- フローチャートの利用
- 病棟ベッドサイドへ案内用紙

訓練場面の自由な見学案内等

週7日制が有利

※家族教育の重要性

《案内用紙》

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

リハビリテーション課から御家族様へ

当院は脳神経運動器の専門病院であり、リハビリテーションにも重点を置いております。

リハビリテーションには病気と障害の理解が大変重要です。
患者様自身が少しずつ病気を理解し、目標を明確にすることが大切です。同様に、御家族様も疾病・障害を理解することが患者様自身のリハビリテーションを援助する事に繋がります。

そのため、当院では患者様だけでなくご家族の方とのコミュニケーションも大切にしたいと考えております。

リハビリテーションの目標を明確にするために、病前の生活状況や生活環境等の情報をお伺いすることもございますが、何卒ご理解とご協力の程よろしくお願い致します。

当院のリハビリテーション課は土曜・日祭日も患者様の運動療法、作業療法を実施しておりますので、お時間の許せる際にはお気軽に訓練の見学等にお越し下さい。尚、担当スタッフ不在時には他のスタッフが対応させていただいております。西館１階 療法室へご遠慮なくお越し下さい。

☆＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様のリハビリテーション担当スタッフは
PT/理学療法士 ：（　　）　OT/作業療法士 ：（　　）
ST/言語聴覚士 ：（　　）　となっております

注）訓練時間につきましては基本的に毎日決まった時間に実施しておりますが、諸事情により変更する場合もございますので、病棟看護師にお尋ね下さい。

～医療福祉相談員（医療ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ）のご紹介～

今後の生活に関するご心配事がおありの方や各種社会保障制度・福祉サービス等のご紹介をご希望される場合は、当院の医療ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ（社会福祉士）がご相談をお受けしておりますので、お気軽にご相談ください。尚、退院後の生活に関するご相談は療法士と協同でお手伝いをさせていただいております。

OKAYAMA KYOKUTO HOSPITAL

訪問看護ステーションとの連携体制

目的：早期退院する患者の円滑な在宅療養への移行

訪問リハスタッフとの合同カンファレンス

対象患者の抽出：今後の方針が未定の患者や直接在宅へ退院するケース

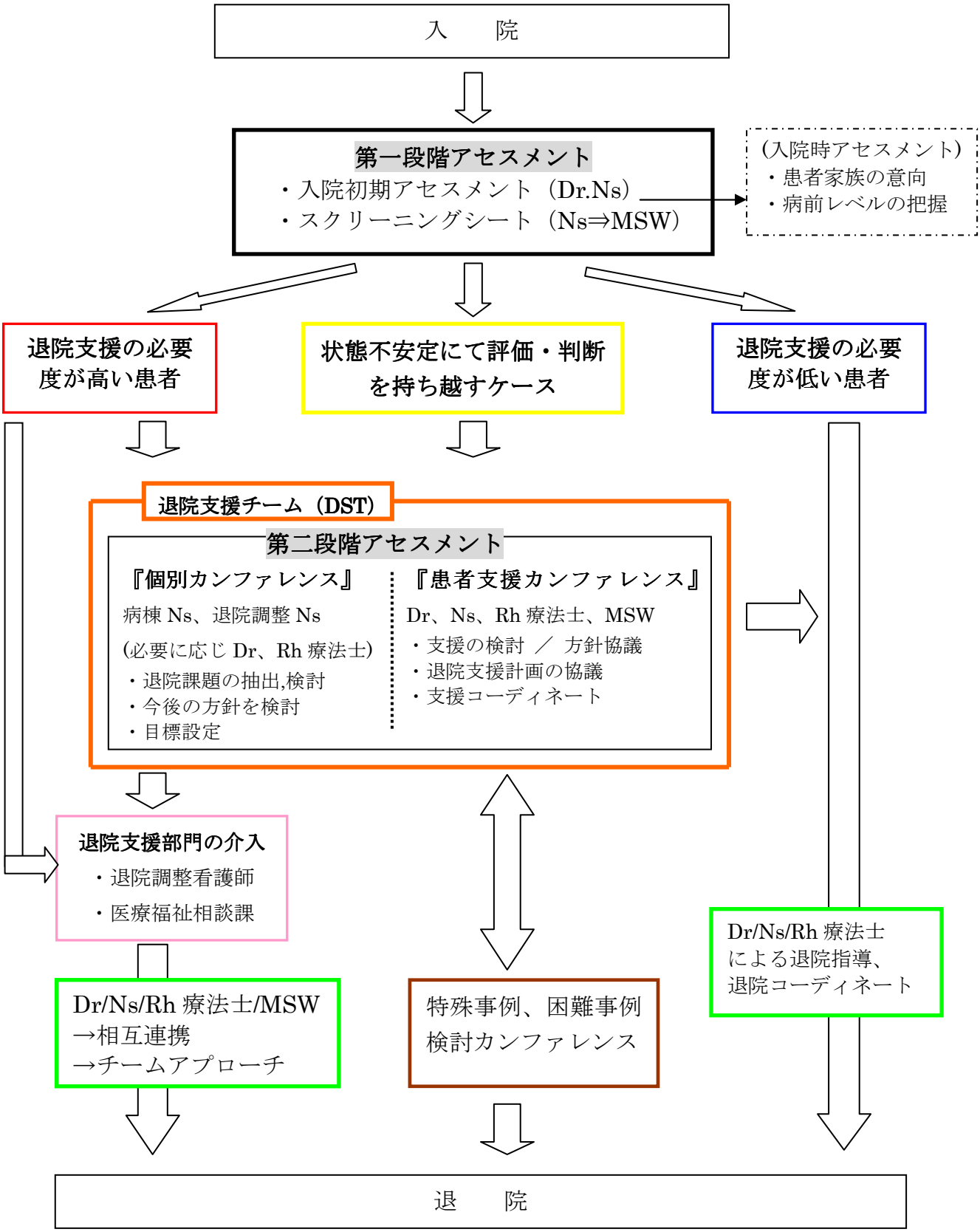
- 在宅環境での動作訓練
- 家族介助指導
- 家屋改修後の更なる環境調整
- 不安への精神的サポート　等

急性期病院に併設された訪問看護ステーション訪問リハの位置付け

訪問リハ：家屋調整後のフォローや退院後の生活環境に慣れるまでの期間限定の関わり

- 入院中からの継続した目標
- 非常勤スタッフの役割

【 退院支援における院内運用フローチャート 】



第 1 版　23 年 12 月 26 日 作成

退院支援の流れ

	Dr	Ns				MSW	リハビリ		薬剤師	栄養士
		外来Ns	受け持ちNs	訪問Ns（たんぽぽ）	退院調整Ns		DH	RH (PT/OT/ST)		
入院時	・初回ICの内容カルテ記載と次回の面談日の設定 ・診断をつける ・検査および治療計画を立てる ・入院時の病状説明と入院期間の説明	・医師のICへ同席 ・入院前生活情報の提供依頼をする →介護認定の有無と等級 →担当ケアマネ及び事業所 →介護サービスの種類 →かかりつけ医 ・入院診療計画書に基づいた入院期間の確認 →キーパーソン確認（続柄と同居の有無）	・外来からの申し送り 「第一段階アセスメント」 ・入院前生活情報の聴取及び アセスメント →介護認定の有無と等級 →担当ケアマネ及び事業所 →介護サービスの種類 →かかりつけ医 ・入院診療計画書に基づいた入院期間の再確認 ・家族の来院時間と頻度の確認 ・スクリーニングシートの作成 →問題点の整理 →病棟対応orMSWの介入の必要性検　討（MSWへの介入依頼の目的等整理）	・院内のスタッフへ利用者の在宅での状況についてサマリーを作成し、情報提供する （病状、患者・家族の意向、生活状況、介護状況　など）	・朝会に参加（患者の情報収集） ・スクリーニングシートの依頼	・スクリーニングシートの依頼	・入院時アセスメント ・プラン立案 ・看護師への指導		・持参薬の確認	・入院時栄養調査表・栄養管理　計画書の作成
入院3日目	・2回目のIC（検査結果説明、治療計画の確認）		・スクリーニングシートの見直し →問題点の整理 →病棟対応orMSWの介入の必要性検討 （MSWへの介入依頼の目的等整理） ・御家族へリハビリ見学の案内		・スクリーニングシートの回収及び病棟ｽﾀｯﾌからの情報収集（問題点を明確にする）			・リハ開始後、身体機能、精神機能、ADL能力の評価		・栄養状態の把握と評価 ・患者支援カンファレンスでの栄養アセスメント報告と検討 ・NST介入の必要性について検討 ・退院前栄養指導の検討
1～2週間	・カンファレンスにて治療状況と今後の病態的見通し及び治療期間の予定を提示 ・3回目IC（治療経過報告、退院計画）		・医師の治療方針の確認、医師のICへ同席 ・Pt、Faとの情報交換（家族面会時など） →情報の整理・患者家族の意向の確認 →家族へ入院生活状況の報告 →リハビリ見学案内 →家族のニーズを聴取し評価 「第二段階アセスメント」 ・個別カンファレンス →Nsとしての支援方針、支援内容の検討 →退院に向けての問題点の確認と共有 ・患者支援カンファレンスにて看護アセスメントの報告、情報提供。 ・病棟の受持ちNsにて、退院に向けた看護計画の立案（2週目にかけて）を行う →医療管理、処置、ADL低下など、退院後も継続して必要となるケアをアセスメントする	・入院中の利用者の情報収集・状況把握　　→入院生活状況の把握、病状の把握、リハビリの状況把握	・患者支援カンファレンスにて介入患者様の情報収集→担当決め→介入 ・スクリーニングシートにてチェックした患者様　→カルテチェック、情報収集→担当決め→介入 ＜介入～＞ ・入院前情報収集（生活・心理・社会的） →CM、本人、家族との面接 ・主治医の方針確認 →周辺情報収集 ・本人の心身機能の情報収集 ・リハビリ見学 ・本人、家族との面接（今後の意向確認） ・ニーズ把握、アセスメント ・退院支援計画の立案 ・病棟NSやリハビリスタッフとの情報交換や計画の見直し	・カンファレンスにて介入患者の拾い上げ→担当決め　→介入 ・スクリーニングシートにてチェックした患者→カルテチェック、情報収集、→担当決め→介入 ＜介入～＞ ・入院前情報収集（生活・心理・社会的） →CM、本人、家族との面接 ・主治医の方針確認 →周辺情報収集 ・本人の心身機能の情報収集 ・リハビリ見学 ・本人、家族との面接 （今後の意向確認） ・ニーズ把握、アセスメント ・退院支援計画の立案	・再評価・口腔ケア継続	・入院前生活の把握 ・必要に応じてキーパーソンとコンタクトを取り、家屋構造や病前生活の聴取およびADLなどの現状報告 ・患者支援カンファレンスにて現状報告、及び現段階での能力的見通しを提示		
2～3週間	・患者支援カンファレンスにて医療者側からの今後の方針を決定。必要に応じて訪問看護の検討 ・本人ご家族へ転院、退院の為のIC実施及び内容要約の記載 ・今後の治療計画、退院計画を提示（Pt、家人、スタッフ）		・退院に向けて生活上の問題点、解決方法の明確化および患者支援カンファレンスにて報告 ・退院を意識した生活援助(自立度向上のための介助) ・退院にむけてのICの設定、ICへの同席　　・退院前指導の有無を確認し、薬局・栄養課への連絡 ・在宅療養に必要な医療と介護の指導（食事介助、PEG、吸引、おしめ交換など）	・依頼を受けた新規利用者の情報収集　　→入院生活状況の把握、病状の把握、リハビリの状況把握	＜施設や病院への退院＞ ・施設への情報提供及び相談　退院前に本人面接設定を行う。 ＜自宅退院の場合＞ ・病棟スタッフと自宅退院に向けての医療及び介護の指導について計画を立て行っていく。（PEG、吸引など） ・リハビリスタッフとリハビリの進捗状況と退院に向けての計画確認と調整 ・新規たんぽぽ依頼の患者は　たんぽぽに情報提供を行う	＜転院の場合＞ ・病院紹介、転院相談、将来の方向性を見据えた相談及び情報提供 ＜自宅退院の場合＞ ・ｹｱﾏﾈ等関係機関との連絡調整、介護ｻｰﾋﾞｽ調整		・ADLのゴール明確化 ・退院後の生活環境設定 ・必要に応じてKeyPersonへ退院後の生活環境を提示 ・必要な介護サービス・用品の選定 ・家族に求める具体的介助量の明確化 以上を踏まえ、必要入院期間を明確化した上で各情報をカンファレンスで主治医へ報告 ・その後、必要に応じて訪問家屋調査		
退院1週間前	・介護保険の主治医意見書作成（必要に応じて） ・診療情報提供書作成 ・退院処方	・退院前カンファレンス（検討中）	・退院前ケアカンファレンス （最終チェック） →生活状況報告（ADL、夜間帯情報等） ・退院前指導：服薬管理、介護指導 →薬局と連携。独居など家族構成を踏ま　えて内服管理やインシュリン自己注など管理方法を明確化する。 →看護視点にて排泄介護、PEG、食事など	・退院前ケアカンファレンスへの参加をし、退院後の生活での問題点を把握し、援助の方法を考える ・在宅生活でのプランニングが退院時の状況に合っているか最終確認する。 ・ステーション内で今後のサービス内容・生活状況の設定・家族の現実検討の把握をする　　・訪問看護師辞書を医事課へ依頼する	＜施設や病院への退院＞ ・施設への情報提供と退院日の決定（退院の日時と時間、手段など） ＜自宅退院の場合＞ ・退院前カンファレンスの日時調整及び準備、司会進行 ・新規訪問看護の患者は　指示書の依頼を行う ・退院前に患者、家族と最終面談 ・介護連携指導書作成	＜自宅退院の場合＞ ・退院前ｶﾝﾌｧﾚﾝｽの日時調整及び準備、司会進行 ・介護連携指導書作成	パス入力 添書作成 口腔ケア方法手順書作成 介助者への口腔ケア指導（計2～3回）	・退院前指導の実施 ・家族への介助指導 ・介護用品の選定、ケアプランの最終確認 ・在宅での生活上の注意点の説明や自主トレーニング指導 ・退院前ケアカンファレンス参加 関係各部署への情報提供	・自己注射製剤等の手技の指導 ・退院後の服薬管理環境の把握 →適切な形態で調剤を行う ・退院時服薬指導　　・退院前ケアカンファレンスの参加	・退院前栄養指導の実施 ・退院前ケアカンファレンス参加

平成 23 年度チーム医療実証事業報告書

添付資料

医療チームの名称

「病棟専従多職種専門家チームによる
リハビリテーションサービスの提供とその効率性の実証」

社団法人是真会
長崎リハビリテーション病院
管理責任者： 栗原　正紀

＝目次＝

＜１＞ストラクチャー
『１』長崎リハビリテーション病院運営概説
【１】長崎リハビリテーション病院における
徹底したチーム医療実現のための工夫・・・ 1
【２】各専門職の役割・・・・・・・・・・・・・・・ 3

＜２＞プロセス
『１』各専門職業務の流れ
【１】医師・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
【２】看護師・介護福祉士・・・・・・・・・・・・・ 5
【３】セラピスト・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
【４】社会福祉士・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
【５】管理栄養士・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
【６】歯科衛生士・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8

『２』カンファレンス
【１】患者の入院から退院までに
行うカンファレンス・・・・・・・・・・・・10
【２】定期のカンファレンスへの参加状況・・・・・12

『３』勉強会・研修会
【１】全体および専門職毎の勉強会・研修会等・・・13
【２】管理職研修会の例・・・・・・・・・・・・・・13

＜３＞アウトカム
『１』平成 23 年に退院した新規入院患者
【１】疾患別内訳・・・・・・・・・・・・・・・・・15
【２】全国集計との基本データ比較・・・・・・・15
【３】全国集計との評価結果データ比較・・・・・17

『２』全体転帰
【１】一次転帰・・・・・・・・・・・・・・・・・・21
【２】二次転帰・・・・・・・・・・・・・・・・・・21
【３】総合転帰・・・・・・・・・・・・・・・・・・21
【４】参考：急性転化患者の原因調査結果・・・・22

『３』平成 23 年退院脳卒中患者診療実績
【１】退院脳卒中患者３０３名の転帰・・・・・・23
【２】脳卒中患者・・・・・・・・・・・・・・・・・24

＜４＞新たな評価法に基づくプロセス調査
方法：動線計測システム・作業記録の方法について・30
『１』病棟内での関わりについて
【１】理学療法士・作業療法士の
病棟内での関わり・・・・・・・・・・・・32
【２】スタッフの病棟内での関わり分析・・・・・34

『２』スタッフ間コミュニケーション調査結果
【１】全スタッフ間コミュニケーション状況・・・37
【２】セラピスト間コミュニケーション状況・・・38
【３】病棟内全職種の行動記録表示・・・・・・・39

＜５＞その他
『１』当院月別データ・・・・・・・・・・・・・・・41

＜１＞ストラクチャー

『１』長崎リハビリテーション病院運営概説

当院は 2008 年 2 月、長崎市の中心市街地に回復期リハビリテーション専門病院として新築開設。総病床数 143 床（全て療養病床）で 3 つの回復期リハビリ病棟を有する（48 床、48 床、47 床）。開設当初より、365 日リハビリ実施体制をとり、主に脳血管疾患を中心として地域医療連携の中心的役割を担うべく努力している。付属施設としては訪問リハビリおよび介護支援事業所がある。

【１】長崎リハビリテーション病院における
徹底したチーム医療実現のための工夫

当院は 2008 年 2 月に開設以来、多職種専門家の病棟専従体制によるチーム医療の実現に種々の工夫を行ってきた。以下にその工夫の代表例を記す。

① 理念とチーム医療：病院の理念の中で「徹底したチーム医療の追及」を掲げている
② 組織図：従来の縦割り組織を排し、医師を含む専門職は臨床部に所属
③ 多職種病棟専従制：現場の専門職は全て病棟専従とした
④ 濃厚な専門職集団：規定外の職種として看護補助者を介護福祉士とすると共に管理栄養士・歯科衛生士・社会福祉士も病棟専従として配置
⑤ 運営：マネジメントを重視し、従来の看護師長クラスをマネジャー、主任クラスをアシスタントマネジャー、さらにチーフを配置し、病棟運営は医師を含めたこれらの役職者で実施
⑥ 電子カルテ：情報の共有化のために全ての専門職が記載する
⑦ 医科歯科連携：長崎市歯科医師会との協約の下で歯科診療オープンシステムを構築

①長崎リハビリテーション病院の理念

① 質の高いリハビリテーションサービスを集中的且つ効率よく提供することにより地域に貢献します。

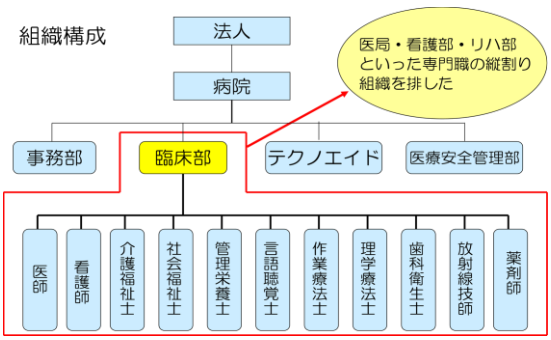
② 多くの専門職が徹底したチーム医療を追求し、患者さま・ご家族を中心した満足度の高い医療サービスを提供します。

③ 急性期（救急）医療および在宅維持期をしっかりと支えていきます。

④ 職員が何よりも誇りと責任を持って安心して働き、満足感が得られるような職場づくりに努めます。

⑤ 地域に開かれ、地域から支えられる存在であることを大切にします。

②組織図



③、④多職種病棟専

教育・管理その他の部門
- 教育・管理部門
- 地域連携部門
- 医療安全管理部
- 外来
- 訪問リハビリ
- 居宅支援事業所

‖

病棟人員配置

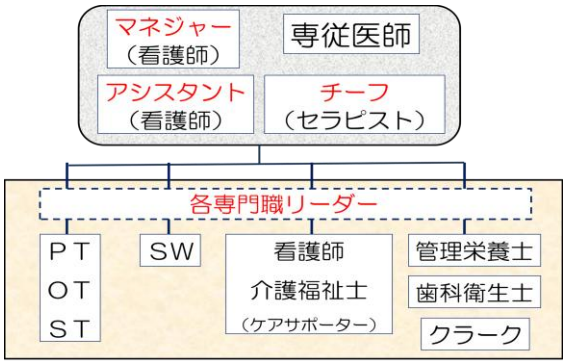
職員総数：318名　（2011/04/01現在）

	病床数	Dr	Ns	CW	CS	RD	DH	SW	PT	OT	ST	計
4F	48	2	23	11	2	2	1	3	16	13	9	82
5F	48	2	25	10	2	1	1	2	16	14	8	81
6F	47	2	23	12	1	1	1	2	17	14	8	81
計	143	6	71	33	5	4	3	7	49	41	25	244

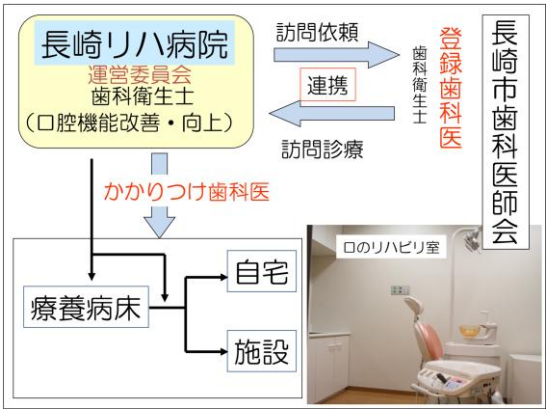
Dr: 医師、Ns:看護師、CW:介護福祉士、CS：看護助手（パート）
PT:理学療法士、OT:作業療法士、ST:言語聴覚士、
RD:管理栄養士、DH:歯科衛生士、SW:社会福祉士

100 床あたりの医療従事者数：170.6 人

⑤病棟運営（マネジャー制）



⑦歯科診療オープンシステム



登録歯科医師数：18 名（平成 23 年）

【２】各専門職の役割

１）病棟専従医師：入院時，他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多職種専門家チームのリーダーとして指示を与える。更に、総合診療的視点に立って、慢性疾患及び再発・合併症の予防と治療に従事する。また、急性期および維持期との連携を図っていく際の中心的役割を行う。

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同時に日常生活における問題点を抽出、セラピストに提示する。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

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)、歯磨き等の患者・家族指導を行う。

１０）登録歯科医師（歯科診療所）：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。

＜２＞プロセス

『１』各専門職業務の流れ

【１】医師

8:00～	朝食
8:30～	病床会議・申し送り
9:00～	病棟業務
11:00～	入院時合同評価
12:00～	昼食
12:30～	休憩
13:00～	病棟業務
	嚥下造影・装具外来など
14:00～	カンファレンス
16:00～	病棟業務
16:30～	申し送り
17:00～	病棟業務
18:00～	夕食
18:30～	

※病棟業務：診察・処置・指示・ミニカンファレンス・リハ診察・カルテ記載・・・

【２】看護師・介護福祉士

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・ケア記録記載
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
	ﾐﾆｶﾝﾌｧﾚﾝｽ（看護計画・ケア計画評価・修正）　入浴介助
	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）
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・ケア記録記載
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・ケア記録記載
22:00～	消灯

赤字：看護師業務　　黒字：看護師・介護士協働業務

【３】セラピスト（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）

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	
		訪問同伴
	コール対応	
11:00～		遅出業務開始
12:00～	昼休み 食事介入 配膳	
		病棟ミーティング 各職種ミーティング
13:00～	運動練習 訪問同伴	
		カンファレンス参加
	日別調整 委員会活動	
15:30～	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	
		院外勉強会
	コール対応	
		研究活動
17:00～	日勤業務終了	
19:00	遅出業務終了	

●平成 23 年 1 年間の患者一人当たり一日リハビリ実施平均単位数（全国比較）

表 2-1）H23 年リハビリ実施平均単位数

	当院全体	全国平均
n	434	25784
脳血管系1	8.13	5.99
脳血管系2	8.01	5.64
脳血管系3	8.29	6.15
脳血管系4	8.17	6.00
脳血管系小計	8.22	6.02
整形外科系1	7.90	4.76
整形外科系2	－	4.73
整形外科系小計	7.90	4.73
廃用症候群	8.12	5.17
その他	6.81	4.63
合計	8.19	5.54

＃全国平均 5.54 単位に対して当院では患者一人当たり一日平均 8.19 単位のリハビリを実施していた。

（全国平均：平成２４年２月　全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会調査より）

【４】社会福祉士（ソーシャルワーカー）

8:30～ 8:45～ 9:00～	病棟申し送り SW朝のミーティング 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～	入院日合同評価 主治医面談同席
12:00～ 13:00～	インテーク面接 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 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～	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】管理栄養士

8:30～	朝の申し送り
	朝食の摂取状況の確認
9:00～	管理栄養士ミーティング
9:30～	管理栄養士・レオックミーティング
10:00～	入院患者の情報収集
10:30～	入院患者の栄養アセスメント、身体計測
11:00～	入院時合同評価
	入院時の食事内容の決定
	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(ﾊﾟﾝﾄﾘｰ内)
12:00～	食事状況の評価
13:00～	昼食・休憩
14:00～	入院時・定期カンファレンス参加
	アセスメント・モニタリング
	栄養プランの立案・変更
	栄養指導
16:30～	夕の申し送り
17:00～	中間評価参加

不定期業務：　（毎週火曜日）臨床副部長・管理栄養士ミーティング
（月 2～3 回）献立ミーティング
各種委員会参加

【６】歯科衛生士

8:15～	1日の申し合わせ（3階）
8:30～	各フロアの申し送り（必要に応じて口腔ケアに介入）
8:45～	口腔ケア
	直接介入／介助者への助言や伝達
	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
	直接介入／介助者への助言や伝達
	・各委員会への出席
14:00～	カンファレンス
	訪問歯科診療の対応
	口腔ケア
	・直接介入／介助者への助言や伝達
	・各委員会への出席
16:30～	各フロアの申し送り

＜特記＞

院内歯科衛生士の業務

１）口腔衛生や機能に関するアセスメント
・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

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歯科衛生士の職域拡大

『２』カンファレンス

【１】患者の入院から退院までに行うカンファレンス

当院では、患者の入院期間中に担当者チームが集まり様々なタイミングでカンファレンスを実施する。

患者の入院から退院までに行うカンファレンスの流れを図 2-1 に示す。

① 入院時カンファレンス

患者が入院した担当チームによって評価が行われ、５日以内に入院時のカンファレンスを実施する。この時に担当職種がそれぞれの評価・ゴール設定案・プログラム案を提示し、議論の結果、チーム全体で統一した目標設定を行い、それに基づきそれぞれの専門職のゴール設定・プログラムを確定する。

② 定期カンファレンス

入院後 1 カ月毎に担当職種は経過を報告し、評価に基づくプログラムの修正、目標設定の確認を行う。

③ 地域訪問後カンファレンス

入院後 2 か月目には在宅生活を進めていくために、担当スタッフによる自宅訪問を行い、家屋環境等の調査を実施するが、その情報に基づきカンファレンスを行い、プログラムの修正などを行う。

④ 地域カンファレンス

在宅に向かって在宅サービス提供担当者（介護保険サービス提供事業者）を交えて、情報交換および議論を行う。

⑤ 退院前カンファレンス

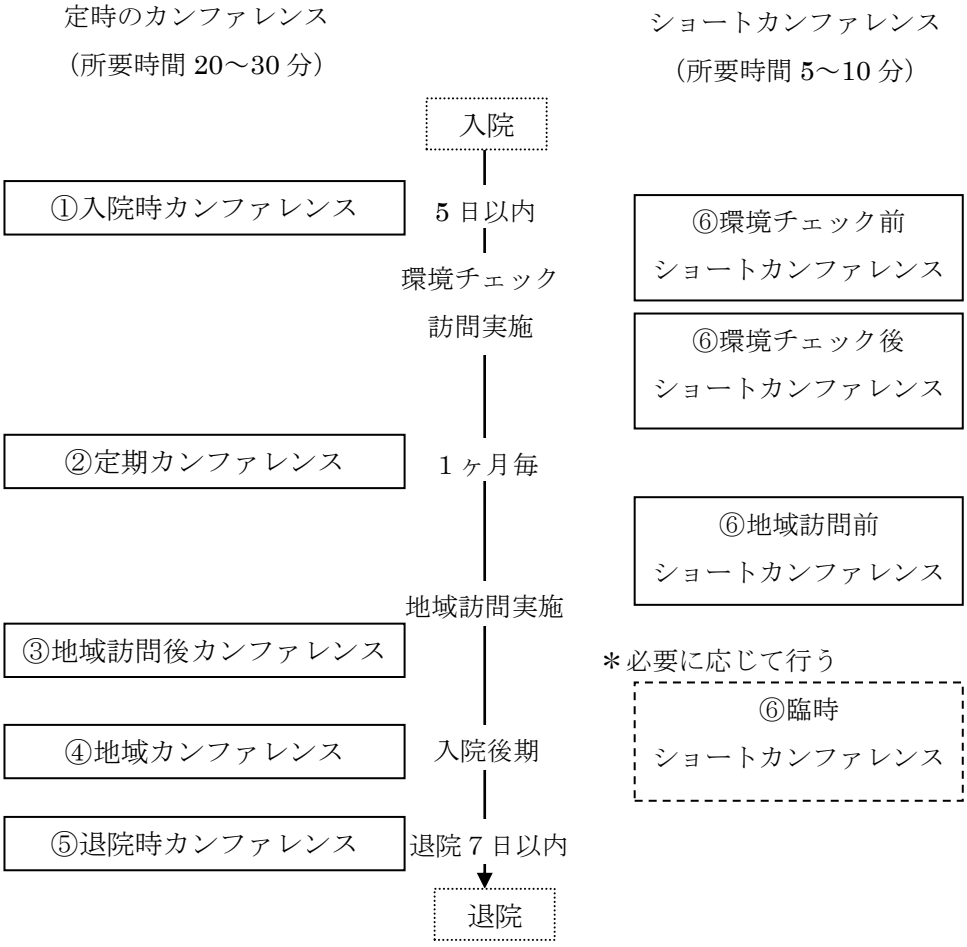
退院前 7 日以内に自宅退院に向かって担当チーム間で最終確認等の議論・調整を行う。

以上のカンファレンスの所要時間はおよそ 20 分から 30 分である。

⑥ その他のショートカンファレンス

入院時カンファレンス終了後の 1 カ月目（環境チェック訪問）および 2 か月目（地域訪問）に担当スタッフが自宅の環境や周辺地域の調査を目的とした訪問を実施する。それらの前後には確認事項の整理・チームへの情報提示などを目的とした短時間（5～10 分程度）のカンファレンスを実施する。またその他必要に応じて短時間のカンファレンスを実施。

図 2-1）　患者入院から退院までのカンファレンスの流れ



担当者チームが電子カルテによって情報を共有化し、定期的カンファレンスにおいて、各専門的視点に立脚して議論を行い、患者の問題点の整理、方向性の修正・確認を行う。そのことにより、統一したリハビリテーションアプローチが可能となる。また、訪問前後にショートカンファレンスを行うことで在宅生活のイメージを共有し、リハビリテーションアプローチに活かせるようにしている。

【２】定期のカンファレンスへの参加状況

平成２３年１０月の1カ月間に実施された定期のカンファレンスの状況を表2-2に示す。行われたカンファレンスは５２回で、入院時カンファレンスが１２回、定期カンファレンスが４０回であった。

表 2-2）カンファレンスの回数と専門職の参加状況

	参加回数	スタッフ数	一人当たり
医師	52	2	26
看護師	52	20	2.6
介護福祉士	52	10	5.2
社会福祉士	52	2	26.0
理学療法士	52	15	3.5
作業療法士	52	14	3.7
言語聴覚士	37	8	4.6
歯科衛生士	52	1	52
管理栄養士	52	1	52
薬剤師	45	1	45

言語聴覚士や薬剤師は状況に応じ担当につかないこともあるが、ほとんどのカンファレンスに全ての専門職が参加している。これは、カンファレンスが多職種の専門的視点を取り入れた議論の場として機能していることを示している。

『３』勉強会・研修会

【１】全体および専門職毎の勉強会・研修会等

当院では①全職員を対象としたもの、②職種毎、③病棟単位、④管理職単位など様々な勉強会・研修会等を年間計画として開催している。

平成２３年に全体・専門職向けに開催した勉強会の回数は１６５回で、延べ７１８４人が参加している（表 2-3)。

表 2-3)　研修会等参加状況

勉強会内容		出張報告会	症例検討会	物品説明会	予演会	勉強会説明会報告会	講演会	研修	スタッフの振り返り報告会	合計
実施回数		55	11	23	13	50	6	5	2	165
実施割合		33%	7%	14%	8%	30%	4%	3%	1%	100%
参加者	医師	13	6	9	3	13	13	1	1	59
	看護師	401	64	152	28	243	84	88	6	1066
	介護福祉士	96	32	50	10	54	27	37	6	312
	理学療法士	673	121	396	238	685	113	90	39	2355
	作業療法士	440	145	218	98	556	69	67	18	1611
	言語聴覚士	512	95	186	133	424	60	26	24	1460
	社会福祉士	25	5	13	5	52	11	23	9	143
	歯科衛生士	22	3	1	10	21	2	6	0	65
	管理栄養士	19	6	6	4	34	7	6	8	90
	薬剤師	3	1	0	0	12	1	6	0	23
	（計）	2204	478	1031	529	2094	387	350	111	7184

勉強会・研修会の中で最も回数が多かったのは出張報告会であった。当院はスタッフが出張等に行ったときは必ず出張報告会を行い、そこで学んだ知識や技術の伝達を行っている。また、その中で特に必要な場合は、別に時間を取り技術の伝達講習会を行っている。なお、年間研修会等費として平成 23 年は 24,405,888 円計上した。

【２】管理職研修会の例

管理職を対象にマネジメント研修も行っている（表 2-4)。この研修は、各職種のリーダーや管理者を対象に行うもので、１回あたり１日かけてマネジメントや部下育成などの研修を行っている。平成 23 年では５つのテーマで述べ 13 日間にわたり研修を行った。

表 2-4）管理職向けマネジメント研修参加状況

内容	参加人数
マネジメント：理念/戦略	96
コミュニケーション：基礎/診断	96
コミュニケーション：実践応用	92
部下育成：基礎/診断	19
コミュニケーション：コーチング上	98

回復期リハビリ病棟の運営には様々な場面・次元でマネジメントが重要になる。

① チームマネジメント：担当チームメンバーが一つの目標を共有してそれぞれの専門的サービスを提供するようにリードしていくためのマネジメント。

② フロアーマネジメント：病棟全体の運営のためのマネジメント。

③ トータルマネジメント：各チームの関わりが病院の理念に一致しているように、なお且つそのことが病院の全体的運営・経営に結びつくようにマネジメントすることが必要。

これらのことから当院では積極的にマネジメント研修を実施している。

当院では、各専門職が専門性を活かしつつチームアプローチを行うため、勉強会や研修会など様々な教育の場を設けている。そして、積極的に外部の講習会等に参加させることにより、最新の知識や技術の習得にも力を入れている。また、マネジメントする側への教育を行うことで、一貫したチームアプローチの構築に努めている。それらを活かし密にカンファレンスを行うことで、職種の専門性を活かした効率のよいチームアプローチを行うことができる。

＜３＞アウトカム

『１』平成 23 年に退院した新規入院患者

【１】疾患別内訳

平成２３年１月１日から 12 月 31 日までに退院した（これを一次退院者とする）患者は 434 名で、内 69.8%が脳卒中（脳梗塞 198、脳内出血 85、くも膜下出血 20 計 303 名）患者であった。因みに脳血管疾患では 83.7%、運動器疾患 8.3%、廃用症候群 7.1%、適応外 0.9%であった。

表 3-1）平成２３年退院新規患者

疾患	患者数	%
脳梗塞	198	45.6%
脳出血	85	19.6%
くも膜下出血	20	4.6%
頭部外傷	40	9.2%
脊髄損傷	7	1.6%
その他脳血管	13	3.0%
廃用症候群	31	7.1%
運動器	36	8.3%
適用外	4	0.9%
合計	434	

【２】全国集計（平成２４年２月　全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会）との基本データ比較

１）疾患別

全国調査表（注１参照）に基づいて疾患別構成を比較した。

図 3-1）平成 23 年原因疾患構成

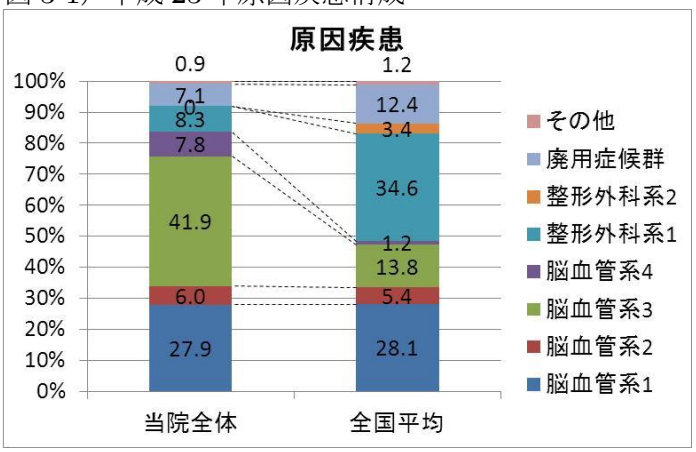


表 3-2）疾患別割合（%）比較

	当院全体	全国平均
n	434	27898
脳血管系1	27.9	28.1
脳血管系2	6.0	5.4
脳血管系3	41.9	13.8
脳血管系4	7.8	1.2
整形外科系1	8.3	34.6
整形外科系2	0	3.4
廃用症候群	7.1	12.4
その他	0.9	1.2

≪注１≫

脳血管系１：脳血管疾患で算定上限日数１５０日のもの

脳血管系２：上記脳血管系１以外で算定上限日数１５０日のもの（脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症などの発症、または手術後２ヶ月以内の状態）

脳血管系３：高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害で算定上限日数１８０日のもの

脳血管系４：上記３以外で算定上限日数１８０日のもの（重度の頚椎損傷、頭部外傷を含む多発外傷の場合）

整形外科系１：大腿骨、骨盤、脊髄、股関節または膝関節の骨折の発症または術後２ヶ月以内の状態（算定上限日数９０日）

整形外科系２：股関節又は膝関節の置換術後の状態（算定期間９０日以内）

廃用症候群：術後もしくは肺炎などによる廃用症候群（算定上限日数９０日）

＃当院では高次脳機能障害などを伴った重度脳血管障害患者が全国に比べ多く、整形外科系が非常に少ない。

２）年齢構成比較

図 3-2）平成 23 年年齢構成

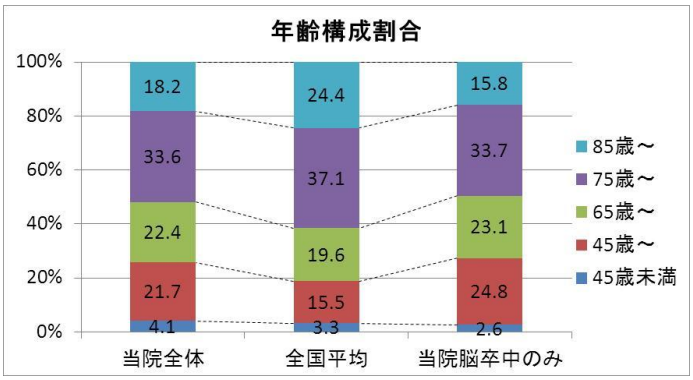


表 3-3）年齢別割合（%）比較

	当院全体	全国平均	当院脳卒中のみ
n	434	28110	303
平均	72.3	75.1	71.9
45歳未満	4.1	3.3	2.6
45歳～	21.7	15.5	24.8
65歳～	22.4	19.6	23.1
75歳～	33.6	37.1	33.7
85歳～	18.2	24.4	15.8

＃年齢は全国平均 75.1 歳に対して当院は 72.3 歳（脳卒中 71.9 歳）と低い。

【３】全国集計（平成２４年２月　全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会）との評価結果データ比較

１）入院までの期間（日）

図 3-3）平成 23 年入院までの期間

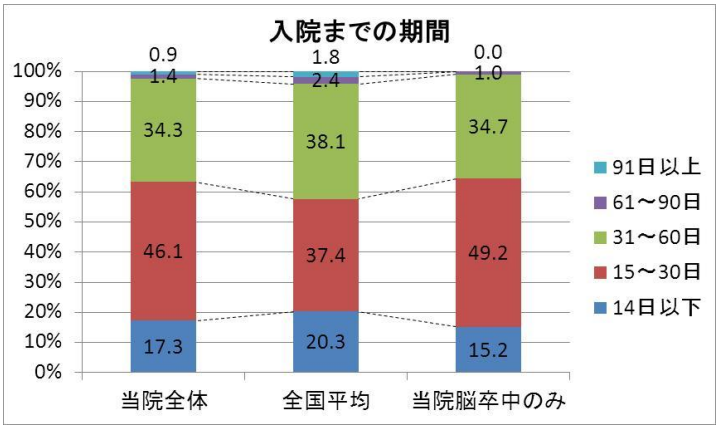


表 3-4）入院までの期間別割合（%）比較

	当院全体	全国平均	当院脳卒中のみ
n	434	27726	303
平均	30.4	31.2	27.7
14日以下	17.3	20.3	15.2
15～30日	46.1	37.4	49.2
31～60日	34.3	38.1	34.7
61～90日	1.4	2.4	1.0
91日以上	0.9	1.8	0.0

＃入院までの期間（発症から回復期までの期間）は全国で 31.2 日に対して当院全患者は 30.4 日（脳卒中のみでは 27.7 日）とやや短い傾向にあった。

２）回復期在院日数

図 3-4）平成 23 年入院日数

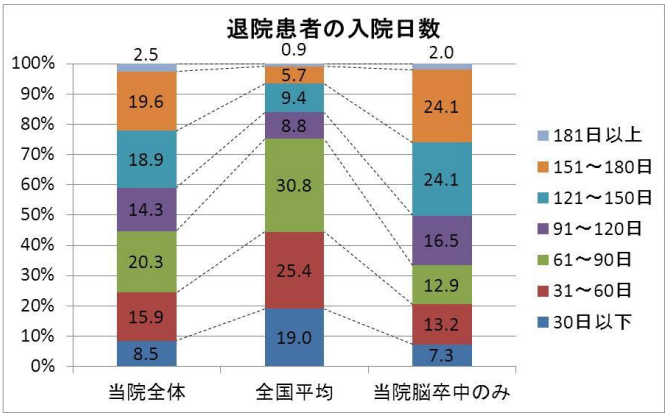


表 3-5）入院日数別割合（%）比較

	当院全体	全国平均	当院脳卒中のみ
n	434	28118	303
平均	105.1	72.8	113.0
30日以下	8.5	19.0	7.3
31～60日	15.9	25.4	13.2
61～90日	20.3	30.8	12.9
91～120日	14.3	8.8	16.5
121～150日	18.9	9.4	24.1
151～180日	19.6	5.7	24.1
181日以上	2.5	0.9	2.0

＃全国平均 72.8 日に比較すると当院全体 105.1 日（脳卒中のみ：113 日）と入院期間が長い。

３）日常生活機能評価

①入院時

図 3-5）平成 23 年入院時日常生活機能評価

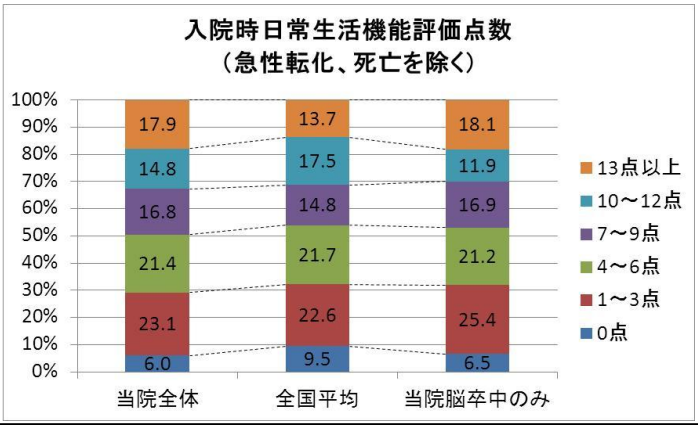


表 3-6）入院時日常生活機能評価

点数別割合（%）比較

	当院全体	全国平均	当院脳卒中のみ
n	364	27129	260
平均	7.1	6.6	6.9
0点	6.0	9.5	6.5
1～3点	23.1	22.6	25.4
4～6点	21.4	21.7	21.2
7～9点	16.8	14.8	16.9
10～12点	14.8	17.5	11.9
13点以上	17.9	13.7	18.1

＃入院時の日常生活機能評価は全国平均値 6.6（10 点以上：31.2%）に対して当院全体 7.1（10 点以上：全体 32.7%）と、全国平均よりも比較的重度の患者を受け入れていた。

②退院時

図 3-6）平成 23 年退院時日常生活機能評価

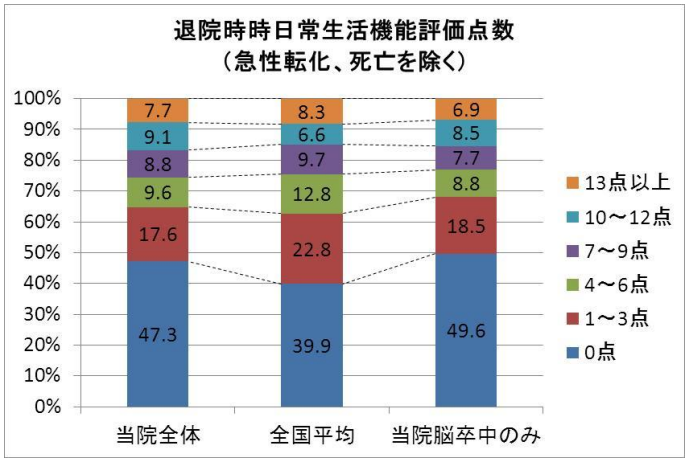


表 3-7）退院時日常生活機能評価

点数別割合（%）比較

	当院全体	全国平均	当院脳卒中のみ
n	364	22125	260
平均	3.6	3.8	3.3
0点	47.3	39.9	49.6
1～3点	17.6	22.8	18.5
4～6点	9.6	12.8	8.8
7～9点	8.8	9.7	7.7
10～12点	9.1	6.6	8.5
13点以上	7.7	8.3	6.9

＃退院時の全国日常生活機能評価は全国平均値 3.8 に対して当院全体 3.6 であったが、退院時に 10 点以上は全国 14.9%、当院全体 16.8%であった。

４）ＦＩＭ変化

①入院時ＦＩＭ

図 3-7）平成 23 年入院時ＦＩＭ

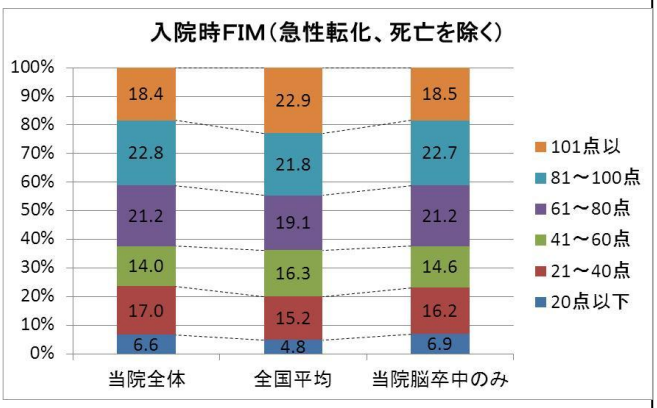


表 3-8）入院時ＦＩＭ点数別割合（%）比較

	当院全体	全国平均	当院脳卒中のみ
n	364	22125	260
平均	68.7	72.6	69.0
20点以下	6.6	4.8	6.9
21～40点	17.0	15.2	16.2
41～60点	14.0	16.3	14.6
61～80点	21.2	19.1	21.2
81～100点	22.8	21.8	22.7
101点以	18.4	22.9	18.5

＃入院時ＦＩＭは全国 72.6 に対して当院全体 68.7（脳卒中のみ：69.0）と低い傾向にある。

②退院時ＦＩＭ

図 3-8）平成 23 年退院時ＦＩＭ

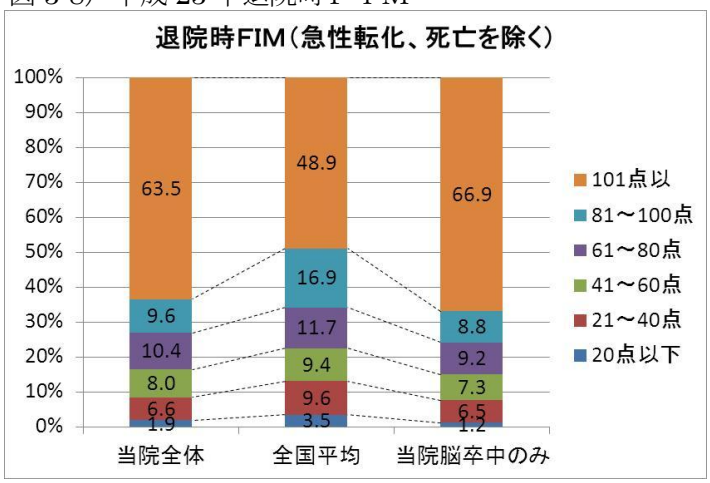


表 3-9）退院時ＦＩＭ点数別割合（%）比較

	当院全体	全国平均	当院脳卒中のみ
n	364	22125	260
平均	97.7	88.4	99.8
20点以下	1.9	3.5	1.2
21～40点	6.6	9.6	6.5
41～60点	8.0	9.4	7.3
61～80点	10.4	11.7	9.2
81～100点	9.6	16.9	8.8
101点以	63.5	48.9	66.9

＃退院時ＦＩＭは全国 88.4 に対して当院全体では 97.7（脳卒中のみ：99.8）と比較的全国平均より高い傾向にあった。

＜全国平均比較のまとめ＞
全国調査と比較すると、当院では
① 脳血管疾患系患者の割合が多く、年齢層は比較的若い。
② 発症から当院への転院は比較的早い。
③ 入院時の日常機能評価やＦＩＭでみると比較的重度である。
④ 入院期間は全国平均よりも長い。
⑤ 退院時の日常機能評価やＦＩＭでは全国平均と大きな差はない。
これらのことから、当院は比較的重度の脳血管疾患系患者を中心に早く引き受け、全国平均なみに改善させていることがわかる。

５）褥瘡発生率
入院中に褥瘡で対処した患者の割合は全体（急性転化後に死亡した症例も除く）の 3.3%で脳卒中のみで 1.9%であった。

表 3-10）転帰別褥瘡発生率

転帰	全体			脳卒中のみ		
	n	発生者	割合	n	発生者	割合
自宅	298	6	2.0%	217	1	0.5%
老健	13	2	15.4%	9	1	11.1%
療養病床	13	2	15.4%	11	2	18.2%
施設	40	2	5.0%	23	1	4.3%
急性転化	68	7	10.3%	42	6	14.3%
死亡	2	2	100.0%	1	1	100.0%
合計	434	21	4.8%	303	12	4.0%
急変死亡除く	364	12	3.3%	260	5	1.9%

６）肺炎発生率
入院中に肺炎を合併した患者の割合は全体（急性転化後に死亡した症例も除く）の 3.8%で脳卒中のみで 2.7%であった。

表 3-11）転帰別肺炎発生率

転帰	全体			脳卒中のみ		
	n	発生者	割合	n	発生者	割合
自宅	298	7	2.3%	217	4	1.8%
老健	13	1	7.7%	9	0	0.0%
療養病床	13	4	30.8%	11	2	18.2%
施設	40	2	5.0%	23	1	4.3%
急性転化	68	3	4.4%	42	2	4.8%
死亡	2	0	0.0%	1	0	0.0%
合計	434	17	3.9%	303	9	3.0%
急変死亡除く	364	14	3.8%	260	7	2.7%

『２』全体転帰

【１】一次転帰（表 3-12）

平成 23 年に退院した患者（新規入院のみ）は 434 名で、在宅復帰率は 77.9%（自宅退院 68.7%、施設 9．2%）であり、15.7%が急性転化で急性期病院に治療となった（この時点での転帰を“一次転帰”と称する）。

【２】二次転帰（表 3-13）

急性転化した 68 名がその後平成 23 年 12 月 31 日の現在でどうなったかを調べた結果を 2 次転帰と称する。68 名中 48 名は当院に再入院し、その後継続してリハビリを行い自宅退院が 23 名、施設 7 名、なお入院中が 11 名であった。

表 3-12）平成２３年退院患者（一次転帰）

転帰	患者数	%
自宅	298	68.7%
施設	40	9.2%
老健	13	3.0%
療養	13	3.0%
急性転化	68	15.7%
死亡	2	0.5%
合計	**434**	

表 3-13）二次転帰

転帰	患者数
自宅	23
施設	7
老健	1
療養	6
当院入院中	11
急性期入院中	8
死亡	12
合計	68

【３】総合転帰（表 3-14）

一次転帰（表 3-12）で急性転化した患者の 2 次転帰（表 3-13）を追加して総合したものをここでは総合転帰とする。ここで平成 23 年 12 月 31 日現在で当院または急性期病院に入院中の患者が 19 名存在していたため、その数を除く、最終転帰を表 3-15 に示した。この最終転帰の患者が最終的に回復期または急性期病院を退院した患者ということになる。表 3-15 から最終在宅復帰率は 88.6%であった。

表 3-14）総合転帰

転帰	患者数	%
自宅	321	74.0%
施設	47	10.8%
老健	14	3.2%
療養	19	4.4%
当院入院中	11	2.5%
急性期入院中	8	1.8%
死亡	14	3.2%
合計	434	

表 3-15）最終転帰

転帰	患者数	%
自宅	321	77.3%
施設	47	11.3%
老健	14	3.4%
療養	19	4.6%
死亡	14	3.4%
合計	415	

【４】参考：急性転化患者の原因調査結果（表 3-16）

急性転化の原因には急性期医療の課題と考えられる急性期課題（例：①予定手術のため紹介急性期病院に戻るなどの予定治療、②回復期で問題が発見された潜在疾患、③原疾患の治療上の問題：創やシャント感染など、④また回復期では対応不可能な低栄養状態などがあげられる）と回復期リハ病棟側の問題（これを回復期課題とする）が存在する。68 名の急性転化の患者で急性期課題が 31 名、回復期課題は 37 名（ＰＥＧ12 名を含む）であった。また肺炎の合併症による呼吸不全が４名存在した。なお全国平均では急変・死亡が 6.9%で自宅復帰率は 69.7%であった。

表 3-16）急性転化原因

急性期課題	患者数
予定治療	6
潜在疾患	13
原疾患	8
低栄養	4
計	31

回復期課題	患者数
転倒骨折	3
PEG	12
合併症	22
肺炎呼吸不全	4
心不全増悪	3
その他	15
計	37

表 3-17）全国平均の転帰

転帰	患者数	%
自宅	18974	69.7%
老健・福祉	3575	13.1%
院内他病棟	1048	3.8%
転院	1752	6.4%
急変・死亡	1892	6.9%
合計	27241	

以上から本来の急変患者は胃ろう（ＰＥＧ）を除いた 25 例で前記一次転帰では全体の 5.8%となり、自宅復帰も含め全国平均と大きな差はない。

当院は全国平均に比較して重度の患者を早期に引き受け、全国平均まで改善をもたらし、同様の自宅復帰をもたらしている。また、最終転帰をみると在宅復帰（自宅および施設）率が 88.6%となり、社会福祉士を病棟専従にした結果と考える。

『３』平成２３年退院脳卒中患者診療実績

【１】退院脳卒中患者 303 名の転帰

１）一次転帰（表 3-18）

303 名の退院脳卒中患者の一次在宅復帰率は 79.2%（自宅退院 71.6%、施設 7.6%）で、急性転化は 13.9%であった。また、急性転化患者 42 名中 12 月 31 日現在で 7 名が死亡、6 名が急性期病院で治療中で、他の 29 名は当院へ再入院後継続してリハビリを実施し、結果 12 名が自宅退院、5 名が施設となり、6 名はなお入院中であった。

表 3-18）退院脳卒中患者の一次転帰

転帰	患者数	%
自宅	217	71.6%
施設	23	7.6%
老健	9	3.0%
療養	11	3.6%
急性転化	42	13.9%
死亡	1	0.3%
合計	303	

表 3-19）二次転帰

転帰	患者数
自宅	12
施設	5
老健	1
療養	5
当院入院中	6
急性期入院中	6
死亡	7
合計	42

２）総合転帰

一次転帰に 2 次転帰を加味した総合転帰（表 3-20）から入院中患者を除いた最終転帰でみると最終在宅復帰率は 88.4%（自宅 78.8%、施設 9.6%、死亡 2.7%）であった。

表 3-20）総合転帰

転帰	患者数	%
自宅	229	75.6%
施設	28	9.2%
老健	10	3.3%
療養	16	5.3%
当院入院中	6	2.0%
急性期入院中	6	2.0%
死亡	8	2.6%
合計	303	100.0%

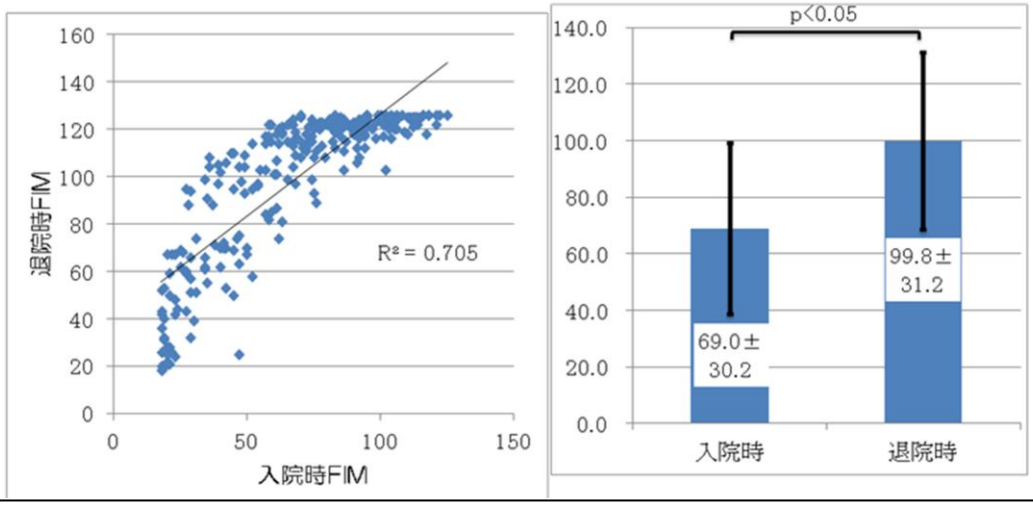
表 3-21）最終転帰（入院中を除く）

転帰	患者数	%
自宅	229	78.8%
施設	28	9.6%
老健	10	3.4%
療養	16	5.5%
死亡	8	2.7%
合計	291	100.0%

【２】脳卒中患者 303 人中、
急性転化 42 および死亡１名を除く 260 名について

１）入退院時ＦＩＭ変化について
脳卒中退院患者の内、急性転化および死亡を除く 260 名の入院時ＦＩＭ値は 69.0±30.2 で、退院時には 99.8±31.2 と有意（ｐ＜0.05）に改善していた。

図 3-9）退院脳卒中患者の入退院時ＦＩＭ変化（n＝260）



２）口腔衛生および口腔機能の改善
歯科衛生士が平成 23 年 1 月 1 日から 12 月 31 日までに新規入院した患者について毎月簡易評価表（表 3-22）を用いて評価を行った。

表 3-22）簡易口腔機能および口腔衛生評価表

口腔機能（７項目）

評価項目	悪い	一部問題	良い
声質	1	2	3
嚥下	1	2	3
清掃の自立	1	2	3
噛み合わせ	1	2	3
咀嚼・食塊形成	1	2	3
食形態	1	2	3
うがい	1	2	3

口腔衛生（７項目）

評価項目	悪い	一部問題	良い
口唇	1	2	3
歯・義歯	1	2	3
粘膜	1	2	3
歯肉	1	2	3
舌	1	2	3
唾液分泌	1	2	3
口臭	1	2	3

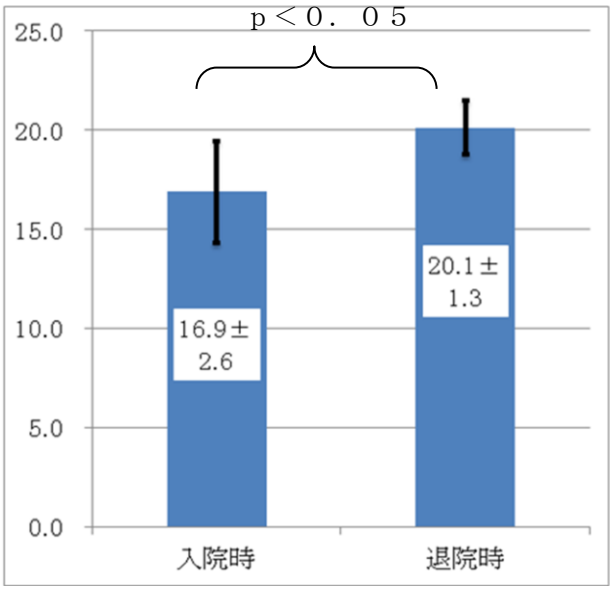
合計点で７点～21点評価

①口腔衛生評価結果

①－1. 平成 23 年に新規入院し、退院した 180 について入退院時評価を比較した。

結果：入院時 16.9±2.6 に対して退院時には 20.1±1.3 と有意（ｐ＜0.05）に改善していた（図 3-10）。

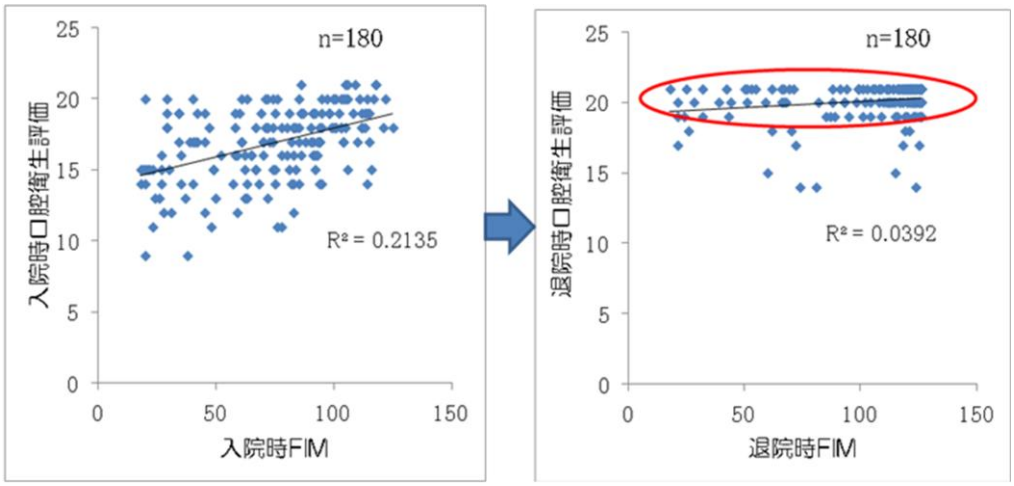
図 3-10）入退院時の口腔衛生評価（n=180）



①－2. 入退院時口腔衛生評価値とＦＩＭ値の相関性から（図 3-11）

入院時には機能障害が強い患者ほど口腔衛生は悪い傾向が見られたが、退院時には障害の重症度に関係なく口腔衛生は改善していた。

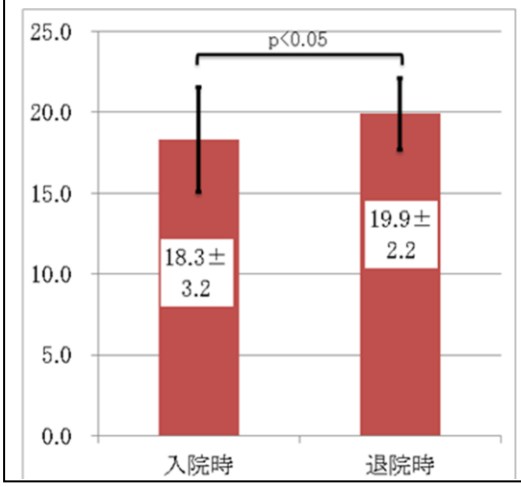
図 3-11）入退院時口腔衛生とＦＩＭ



②口腔機能評価結果

②－1. 退院患者について入退院時の口腔機能を評価した結果、入院時 18.3±3.2 点が退院時 19.9±2.2 点と有意（ｐ＜0.05）に改善していた（図 3-12）。

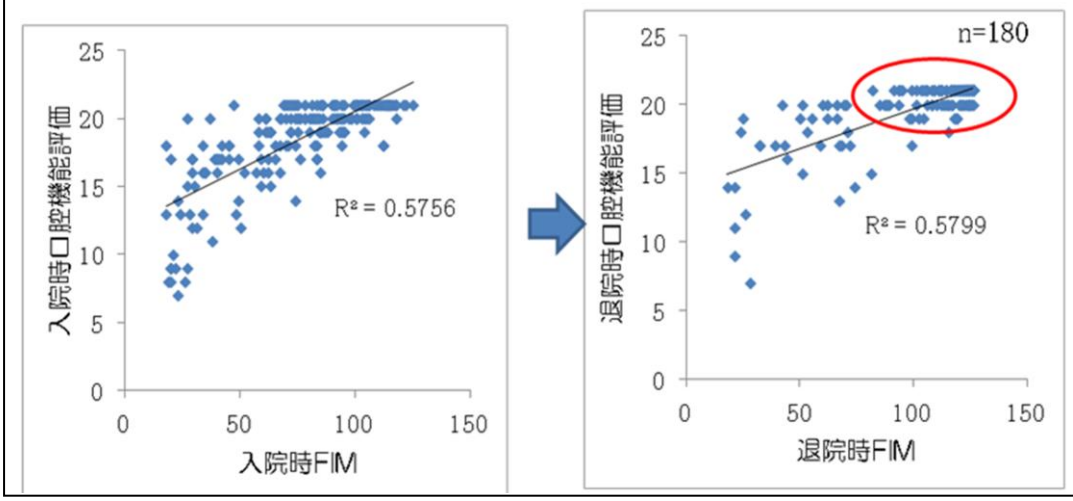
図 3-12）入退院時の口腔機能評価（n=180）



②－2. 入退院時口腔機能評価値とＦＩＭ値の相関性

口腔機能とＦＩＭ値は入退院時共に相関しているが、退院時にはＦＩＭ値の改善と共に口腔機能も改善している。

図 3-13）入退院時口腔衛生とＦＩＭ



これらの結果は、歯科衛生士が病棟専従として看護師・介護福祉士と共に協働し、専門的知識・技術をチームに提供することで口腔衛生および口腔機能の改善が顕著に得られていることを示している。

参考：登録歯科数と処置実績

平成 23 年の登録歯科医師数は 18 名であり、延べ 1393 件の処置が行われた（表 3-23）。義歯に関する処置が最も多く、次いで虫歯、歯周病、口腔機能の処置と続いた（図 3-14）。また、歯科医師のカンファレンス出席数は 20 件であった。

図 3-14）登録歯科の処置内容

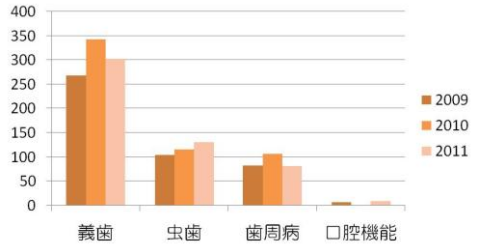


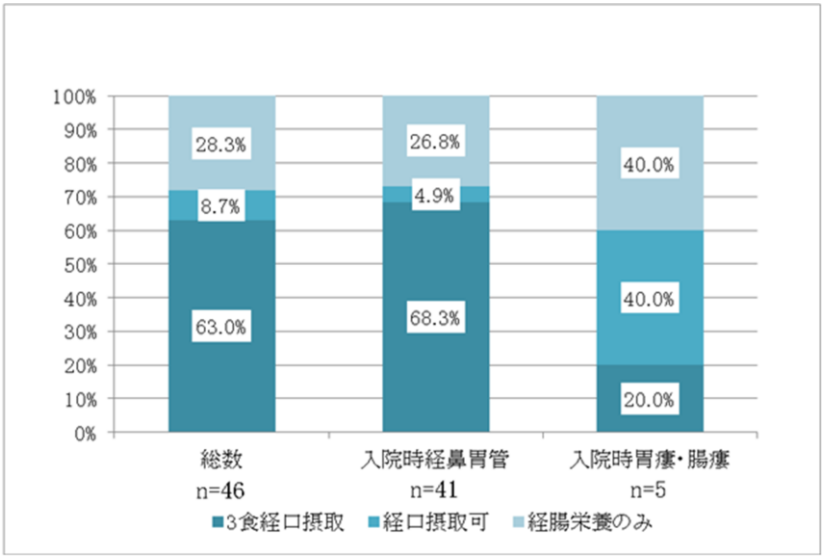
表 3-23）登録歯科の処置件数と
カンファレンス出席数

歯科医実績	2009	2010	2011
延数 カンファレンス	1081 35	1397 28	1393 20

３）退院時経口摂取移行率（図 3-15）

平成 23 年 1 月 1 日から 12 月 31 日までに当院を退院した脳卒中患者で何らかの疾患・病態変化により急性転化した患者（胃ろう目的転院は急性転化から除外）を除いた入院時経腸栄養患者 46 名中 63.0%が 3 食経口摂取可能（入院から平均約 35.1 日で可能となった）となり、8.7%が経口と経腸併用、28.3%が経腸栄養のみであった。その内訳は入院時経鼻胃管 41 名中 68.3%が 3 食経口摂取へ移行（入院から平均約 35.7 日で可能となった）、また入院時胃ろう・腸ろう患者 5 名中 20%が 3 食経口摂取、4.9%が経口摂取併用となった。また新たに胃ろう造設が必要であった患者は 9 名であった。

図 3-15）入院時経腸栄養患者の経口摂取移行状況



これらは、

入院時経腸栄養患者に対して主に看護師・介護福祉士および歯科衛生士・言語聴覚士・管理栄養士さらには必要に応じて登録歯科医師が適切な評価を行い、口腔衛生および口腔機能の向上に努め、更に入院後には看護師が中心となって間欠的経口経管栄養法を、また歯科衛生士と共に口腔ケアを実施し、そして言語聴覚士の協働の下で摂食嚥下訓練を集中的に行い、一方で理学療法士・作業療法士による関わりで体幹・四肢機能の向上が加わった総合的結果により経口摂取が可能となったことを示しており総合的なチームアプローチの成果である。

４）栄養状態改善率（図 3-16）

急性転化を除く脳卒中退院患者 258 名中、入院時に栄養障害（ＧＮＲＩが 92 点以下）が認められた患者は 58 名（22.5％：入院時ＧＮＲＩ値：85.2±4.7）であり、管理栄養士が積極的に関わることで、その内退院時に改善（ＧＮＲＩの増加：退院時 89.2±6.1 p ＜0.05）が見られたのが 80.4％であった。

図 3-16）栄養管理実績

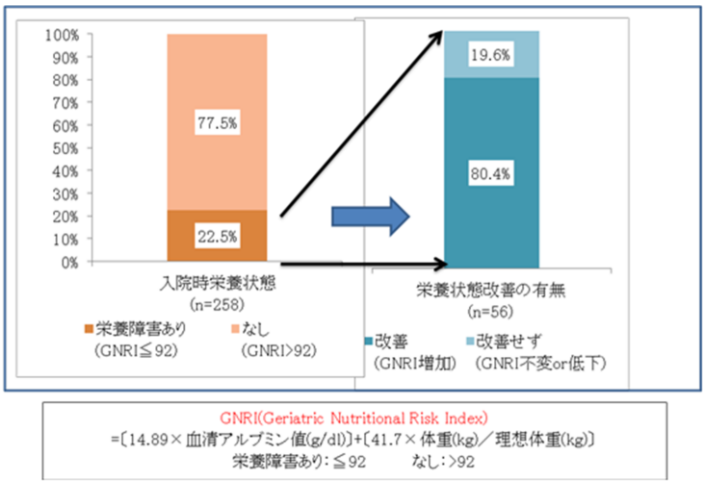
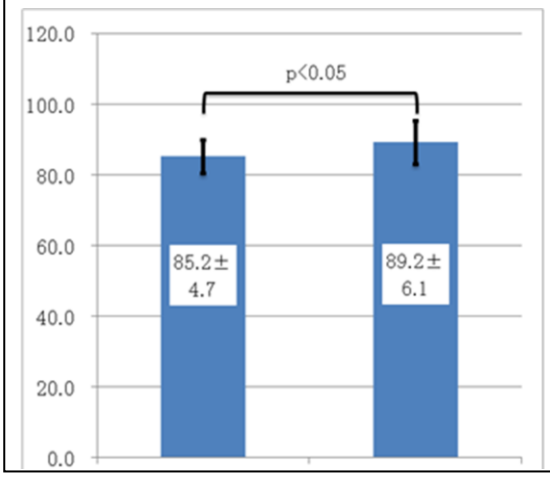


図 3-17）入院時栄養障害患者の改善状況（n=58）



この結果は管理栄養士が病棟専従として従事することでチーム全員が栄養管理を課題として捉え、栄養管理が徹底して実施されていることを示している。

＜４＞新たな評価法に基づくプロセス調査

方法：動線計測システム・作業記録の方法について

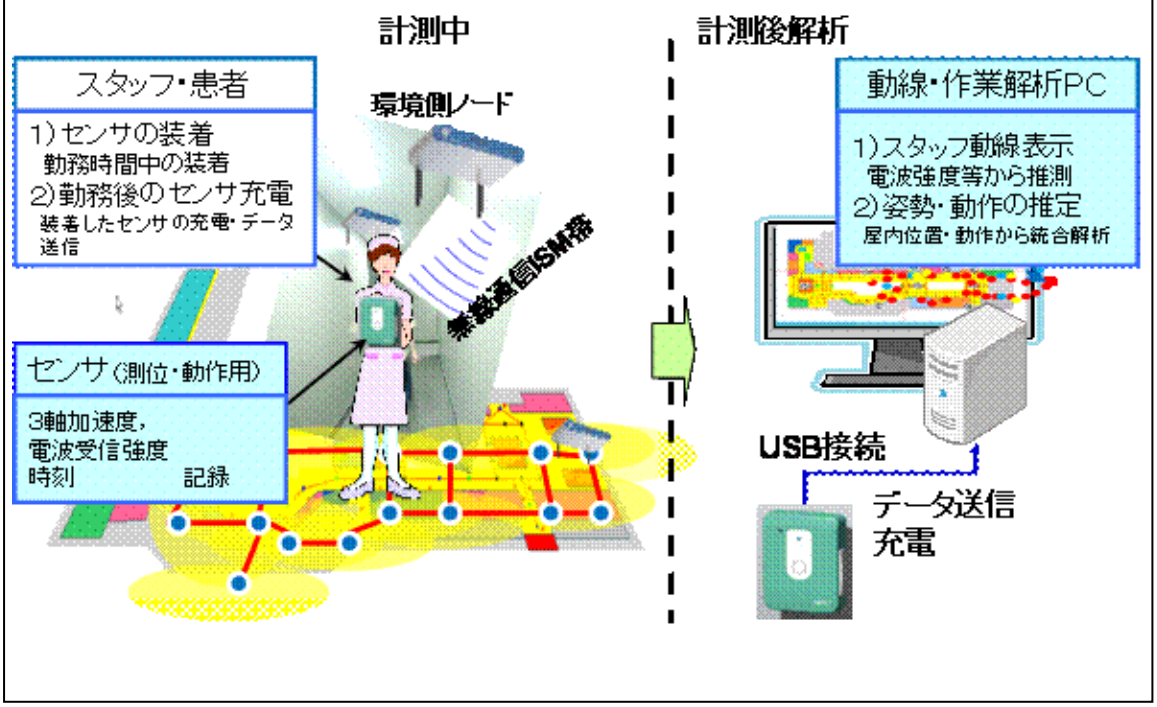
本実証期間中，10 日間延べ 58.5 時間に渡って，病棟内でのチーム医療の実態を把握するため，スタッフならびに患者の動線計測と行動記録を行った。屋内位置の計測は，無線を用いた動線計測システムを利用し，行動の記録は，アルバイトを使い 1 分間毎に行動をメモするタイムスタディを実施した。

＝動線計測システムの概要＝

調査対象患者（重度・中等度・軽度障害患者各 1 名）および担当チームスタッフ（各職種 1 名ずつ）が一定時間（約 8 時間を想定)、屋内位置記録ならびに動作記録用センサを携帯、日常業務を実践する。記録データを取得した後に当該センサを PC に接続し、データ送信を行い、スタッフならびに患者の動線・作業を解析する。この検証により、チーム医療の現場での動きが可視化でき、以下の項目が推定可能になる。

1) 患者の日常生活の状況ならびに移動距離
2) 患者と医療スタッフ、医療スタッフ同士の関わりと頻度・コミュニケーション時間（協業時間）

図 4-1）病棟内の動線計測システム概要



動線計測システムは，病棟内の 25 箇所に電波を発信する環境ノード（図 4-2）を設置し，調査対象のスタッフには電波を受信するセンサを取り付ける（図 4-3）。

図 4-2）環境ノード

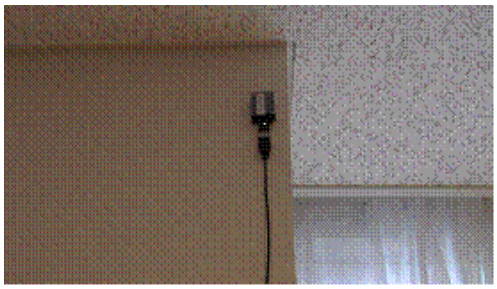


図 4-3）センサ

図 4-4）センサ装着例

＝１分間タイムスタディ＝

１）の検証時にセンサを装着したスタッフおよび対象患者の１分間毎の動作調査を行うために記録員を１対１配置を行い、従事した内容・行動について記録。記録した内容をケアコード（筒井孝子著「看護必要度の看護管理への応用」看護ケア分類コードを改変）に従い分類し、データベースとして分析。

図 4-5）　動線計測ならびに１分間タイムスタディの方法

『１』病棟内での関わりについて

【１】理学療法士・作業療法士の病棟内での関わり

理学療法士、作業療法士の病棟内でのＡＤＬ練習を中心とした関わりについて調査した。

動線ならびに作業記録を行った際（昼間帯合計 42 時間），記録対象となった各セラピストが施した単位数（１単位 20 分）および場所を表 4-1 に示す。

表 4-1）　理学療法士、作業療法士の単位実施場所

実施場所		理学療法士	作業療法士	合計
病棟内	単位数	19	46	65
	割合	26%	60%	43%
病棟外	単位数	54	31	85
	割合	74%	40%	57%
合計	単位数	73	77	150
	割合	100%	100%	100%

理学療法士が実施した単位の 26%、作業療法士が実施した単位の 60%、両者合計 43%は，病棟内で行われている。

この結果は、セラピストが訓練室での訓練のみではなく、病棟（患者の生活の場）で、患者の生活サイクルや退院後の生活をイメージしたＡＤＬ訓練を行っていることを示している。

表 4-2)　理学療法士、作業療法士の単位実施場所詳細

	2011/9/12						2011/9/13					
	PT(理学療法士)		OT(作業療法士)		ST(言語聴覚士)		PT(理学療法士)		OT(作業療法士)		ST(言語聴覚士)	
9:00	1		1		1		1	hall	1	corridor→hall	1	B7→hall
9:21	1		1		2		1	hall	1	hall→corridor	1	hall
9:42	1		1		2		1	hall			1	hall→wash
10:03	2				3		2	hall	2	corridor→wash	2	B6→wash
10:24	2				3		2	hall→corrido	2	wash→hall	2	dining
10:45							3	corridor→wash			3	wash
11:06	3	hall	2	B3	4	wash	4	hall	3	B1	4	wash
11:27	3	hall	2	B3	4	wash	4	hall	3	B1	4	wash
11:48	3	hall	2	B2, corridor	4	wash	4	hall→dining	3	B1→living	4	wash
12:09					5	dining						
12:30												
13:00	4	hall	3	hall					4			
13:21	4	hall	3	hall	6	wash			4			
13:42	4	B-7	3	hall	6	wash→dinning			4			
14:03			4	B-1	6	daining	5		5			
14:24			4	B-1					5			
14:45			4	B-1→corridor								
15:06	5	hall	5	B5→hall	7	wash	6		6		5	
15:27	5	hall	5	hall	7	wash→dining	6		6		5	
15:48	5	hall	5	corridor	8	dining→hall	6		6		5	
16:09	5	hall→B2			8	hall→corridor						
16:30												
17:00												

	2011/9/14						2011/9/15					
	PT(理学療法士)		OT(作業療法士)		ST(言語聴覚士)		PT(理学療法士)		OT(作業療法士)		ST(言語聴覚士)	
9:00	1		1		1		1	hall	1	wash	1	living
9:21	1		1		1		1	hall	1	B1→hall	1	living
9:42	1		1		1		1	hall→B3	1	hall→living	1	living
10:03	1				2		2	hall	2	hall		
10:24					2		2	hall→dining	2	hall		
10:45									2	hall		
11:06	2	hall	2	hall	3	B1→wash	3	hall	2	hall		
11:27	2	hall	2	hall→living	3	wash	3	hall	3	hall	2	hall
11:48	2	hall→living	3	hall→dining	3	wash→living	3	hall→dining	3	hall→dining	2	hall→dining
12:09												
12:30												
13:00			4	corridor→hal	4	living→wash			4		3	
13:21			4	hall	5	corridor→hall	4		4		3	
13:42	3	B1	4	hall→dining	5	hall→A8	4		4		3	
14:03	3	hall	5	hall	6	hall	4				4	
14:24	3	hall→living	5	hall	6	hall	5				4	
14:45			5	hall→meeti	6	hall→meeting	5				5	
15:06							5				5	
15:27							5				6	
15:48					7	wash	6				6	
16:09							6				6	
16:30							6					
17:00												

	2011/10/3						2011/10/4					
	PT(理学療法士)		OT(作業療法士)		ST(言語聴覚士)		PT(理学療法士)		OT(作業療法士)		ST(言語聴覚士)	
9:00	1		1		1		1	hall			1	dining→wash
9:21	1		1		1		1	hall			1	dining→corridor
9:42	1		1		1		1	hall			2	wash
10:03	2		2		2		2	hall	1	hall	2	wash
10:24	2		2		2		2	hall→dining	1	hall		
10:45	3		2		2				1	hall→B3		
11:06	4	hall	3	B3→hall	3	wash	3	hall	2	wash→B3	3	hall
11:27	4	hall	3	hall	3	wash→hall	3	hall→wash	2	hall	3	hall
11:48	4	hall→dining	3	hall→dining	3	hall→StaffS	3	wash→living	2	hall→corridor	3	hall→dining
12:09												
12:30												
13:00	5	B2→hall	4	dining→wash	4	hall	4		3		4	
13:21	5	hall	4	B7→dining	4	hall→dining	4		3		4	
13:42	5	hall	5	hall	5	wash	4		3		4	
14:03	5	hall→B2	5	hall	5	wash→dining	4		4			
14:24	6	hall	5	hall→B7			5					
14:45	6	hall→meeting	6	B7→hall			5					
15:06			6	hall→B7	6	wash→dining	6		5		5	
15:27			7	B7→hall	6	hall→living	7		5		5	
15:48	7	living→hall	7	hall	7	wash	7		5		5	
16:09			7	hall→wash	7	wash→dining	7		6			
16:30									6			
17:00												

	2011/10/5						2011/10/6					
	PT(理学療法士)		OT(作業療法士)		ST(言語聴覚士)		PT(理学療法士)		OT(作業療法士)		ST(言語聴覚士)	
9:00	1				1		1	hall	1	hall		
9:21	1				1		1	hall	1	hall		
9:42	1		1				1	hall	2	hall		
10:03	2		1		2		1	hall	2	hall	1	wash
10:24	2		1		2		2	hall	3	hall	1	wash→living
10:45							2	hall	3	hall	1	living
11:06	3	hall	2	hall			3	hall	4	hall	2	wash
11:27	3	hall	2	hall→dining	3	wash	3	hall	4	hall		
11:48	3	hall	3	dining	3	wash	3	hall	5	A5→dining		
12:09												
12:30												
13:00	4	hall	4	A10			4		6			
13:21	4	hall	4	A5			4		6			
13:42	4	hall	4	A5			5		6			
14:03	4	hall	5	A5			5		7			
14:24	5	hall	5	A5			5		7			
14:45	5	hall	5	living			6		7			
15:06	6	hall	6	wash	4	wash	6		8			
15:27	7	hall	6	hall	4	living	7		8			
15:48	7	hall	6	hall	4	living	7		8			
16:09	7	hall→dining										
16:30												
17:00												

※hall：２Ｆアクティブホール（訓練室）　wash：病棟内の洗面所等　dining：病棟内食堂　living：病棟内デイルーム　corridor：病棟内廊下

：システムによる位置計測システム稼動時間外　　左側の数値は，各セラピストが受け持った患者の数。従って，空欄はリハビリ単位なしとなる。

【２】スタッフの病棟内での関わり分析

本検証では，調査対象患者を重症度別に分類し，それぞれの分類での患者の位置とスタッフとの関わり（スタッフと患者の距離が 2.5m 以内であれば直接スタッフが患者にかかわっていると判断する）を記録した。

患者の分類は，身体状況をもとに以下の基準で行っている。

調査対象患者の重症度別分類目安

最軽度　－　軽度の高次脳機能障害が残存しているが、ＡＤＬほぼ自立

軽度　－　ＡＤＬはほぼ自立に向かっているが、見守りが必要な状態

中等度　－　移乗や移動に介助が必要

重度　－　ナースコールで意思表示のみ可能

１）重症度別患者の存在場所（表 4-3）

患者は表 4-3 の如く、調査時間帯（8：30～13：00、11：00～17：00 での調査）には病室，病棟内の共用部，病棟外（訓練室，他）などの場所に、それぞれの比率で存在した（赤で示す）。

表 4-3）重症度別患者の存在場所

	部屋	病棟共用部	病棟外	計測時間
最軽度患者	82 分	420 分	129 分	630 分
	13%	67%	20%	100%
軽度患者	210 分	279 分	142 分	630 分
	33%	44%	22%	100%
中等度患者	307 分	167 分	157 分	630 分
	49%	26%	25%	100%
重度患者	200 分	362 分	69 分	630 分
	32%	57%	11%	100%

状態像が重度になるに従い、患者は病棟内（病室・病棟共用スペース）に居る時間が多くなっている。

２）病棟内での重症度別患者とスタッフの関わり時間分析（表 4-4）

患者の重症度別に病棟内でスタッフと接点を持った時間を表 4-4 にまとめた。表上段は接点を持ったスタッフの職種を示しており，Ns（看護師），CW（介護福祉士）については調査対象となったスタッフが複数となるため，その調査対象人数を表示してある。

表 4-4）病棟内での重症度別患者とスタッフの関わり時間

軽度患者	PT	OT	ST	RD	DH	SW	NS(4人)	CW(3人)		合計	計測時間
1回目	8.7 分	8.8 分	24.2 分	0.8 分	2.2 分	2.7 分	13.7 分	14.3 分		75.3 分	360 分
	PT	OT	ST	RD	DH	SW	NS(5人)	CW(2人)			
2回目	5.2 分	4.8 分	25.8 分	8.5 分	4.0 分	2.3 分	26.8 分	11.2 分		88.7 分	270 分

中等度患者	PT	OT	ST	RD	DH	SW	NS(5人)	CW(1人)	Ch	合計	計測時間
1回目	1.2 分	3.5 分	31.8 分	2.5 分	5.2 分	0.7 分	24.3 分	1.0 分	1.0 分	71.2 分	360 分
	PT	OT	ST	RD	DH	SW	NS(6人)	CW(0人)	Ch		
2回目	0.7 分	13.3 分	19.2 分	1.2 分	8.7 分	0.0 分	28.5 分	0	3.7 分	75.2 分	270 分

重度患者	PT	OT	ST	RD	DH	SW	NS(4人)	CW(2人)		合計	計測時間
1回目	17.2 分	5.2 分	35.8 分	3.8 分	3.8 分	0.8 分	104.7 分	0.5 分		171.8 分	360 分
	PT	OT	ST	RD	DH	SW	NS(4人)	CW(3人)			
2回目	1.0 分	24.3 分	1.5 分	9.0 分	3.3 分	0.3 分	38.7 分	26.5 分		104.7 分	270 分

PT：理学療法士，OT：作業療法士，ST：言語聴覚士，RD：管理栄養士，DH：歯科衛生士

SW：社会福祉士，Ns：看護師，CW：介護福祉士

病棟内で接するスタッフは看護師，介護福祉士が長く、しかも重症度が上がるほどより長くなっている。

３）重症度別患者とセラピストの関わり時間と内容

セラピスト（PT，OT，ST）が病棟内で患者と接し，実施した業務内容（ケアコードより抽出）を表 4-5 にまとめた。

表 4-5）患者重症度別セラピストの病棟内での関わり内容

PT（理学療法士）		軽度患者	中等度患者	重度患者
患者との接点時間合計		18.3 分	2.2 分	19.3 分
	関わり時間 上位5つ （ｹｱｺｰﾄﾞより）	ｶﾙﾃ記録等 5.0 分	ｶﾙﾃ記録等 0.5 分	体位変換 5.2 分
		歩行練習（見守り） 4.0 分	ｽﾀｯﾌ間情報交換 0.2 分	更衣練習 3.0 分
		介助移動練習 2.5 分	ニーズ把握 0.2 分	介助移乗練習 2.8 分
		ニーズ把握 2.2 分	移動練習（見守り） 0.2 分	ｶﾙﾃ記録等 1.8 分
		コミュニケーション 1.8 分	介助移動練習 0.3 分	コミュニケーション 1.7 分

ST（言語聴覚士）		軽度患者	中等度患者	重度患者
患者との接点時間合計		58.0 分	67.2 分	46.2 分
	関わり時間 上位5つ （ｹｱｺｰﾄﾞより）	ｶﾙﾃ記録等 14.7 分	言語療法 18.2 分	言語療法 9.3 分
		言語療法 12.5 分	コミュニケーション 13.0 分	介助移乗練習 6.8 分
		コミュニケーション 7.0 分	ニーズ把握 5.2 分	コミュニケーション 5.8 分
		嚥下練習 5.0 分	排泄のための移動移乗動作 4.0 分	口腔機能向上 4.5 分
		介助移動練習 4.5 分	ｽﾀｯﾌ間情報交換 2.8 分	運動機能訓練 4.0 分

OT（作業療法士）		軽度患者	中等度患者	重度患者
患者との接点時間合計		13.7 分	21.3 分	38.8 分
	関わり時間 上位5つ （ｹｱｺｰﾄﾞより）	日常動作訓練 5.5 分	ｽﾀｯﾌ間情報交換 3.7 分	排泄動作練習・介助 6.3 分
		歩行練習（見守り） 2.2 分	起居動作練習 2.5 分	全身観察評価 5.0 分
		感染防止 1.2 分	コミュニケーション 2.3 分	介助移動練習 4.2 分
		起居動作（見守り） 1.0 分	ニーズ把握 2.2 分	更衣練習（介助） 4.0 分
		移乗練習（見守り） 0.8 分	介助移動練習 2.0 分	コミュニケーション 3.8 分

※　関わり時間とは，調査対象患者の近傍（2.5m 以内）にスタッフがいる時間を指す。

※　患者との接点時間合計とは，スタッフが調査対象患者の近傍にいた時間を合計したもの。

病棟内セラピストの関わりはＡＤＬ訓練を中心とした内容が多く見られている。

『２』スタッフ間コミュニケーション調査結果

【１】全スタッフ間コミュニケーション状況

日中帯（8:30-17:00）に 13 名（１日勤務スタッフ総数５０人中）の病棟スタッフに延べ 42 時間に渡り（実日数：8 日間）、業務調査（タイムスタディ）ならびに屋内測位システムを使った動線の計測を行った。その結果得られたスタッフ間のコミュニケーション時間とその場所を以下に示す。

図 4-6）全スタッフ間コミュニケーション状況

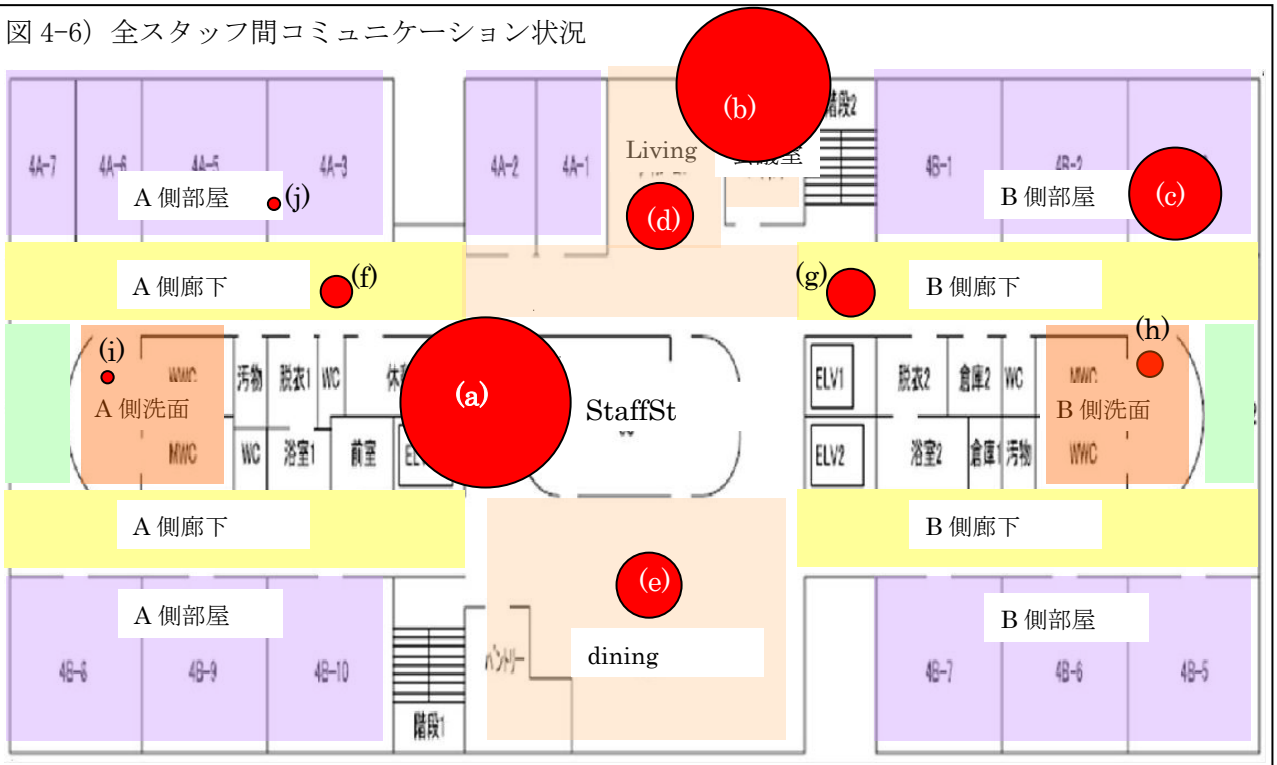


表 4-6）全スタッフコミュニケーション場所と割合

場所	StaffSt.	会議室	B側部屋	living	dining	A側廊下	B側廊下	B側洗面	A側洗面	A側部屋	その他
接点時間	5418.5 分	2013.5 分	583.5 分	334.0 分	211.0 分	26.0 分	19.3 分	12.8 分	8.8 分	7.0 分	9.0 分
表示	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	(i)	(j)	(k)

※　日中帯 42 時間計測のスタッフ間コミュニケーションが行われた場所を集計した延べ時間

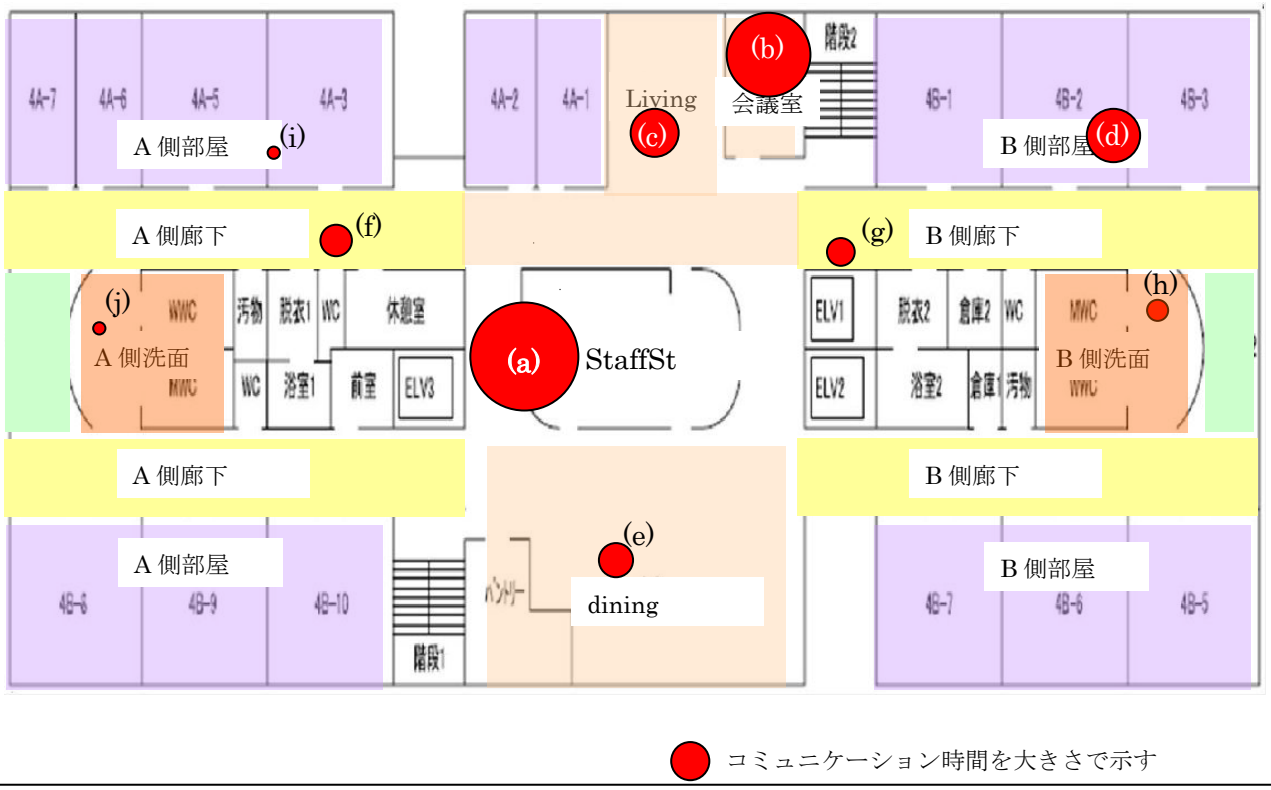
下段：図の表示記号例）(a)はスタッフステーションでのコミュニケーション時間を大きさで示す。

会議室(a)とスタッフステーション（StaffSt）(b)でスタッフ間のコミュニケーション時間が長い。また B 側病室で時間が長いが、実験期間中に定期回診が行われたためと推測される。この 3 箇所を除くと、dinning(e)ならびに living space(d)でも比較的長くなっている。当院では、これらのスペースが病棟内において比較的広くなっており、これらの空間を利用してのＡＤＬ訓練を行いながらセラピスト間コミュニケーションを実施していることが推察される。

【２】セラピスト（ＰＴ，ＯＴ，ＳＴ）間コミュニケーション状況

セラピスト（PT, OT, ST）間のコミュニケーションの時間とその場所についての解析を見ると、セラピスト間コミュニケーションの場は、全スタッフの場合と同様、病棟内のスタッフステーションだけでなく、さまざまな場所であることが伺われた。

図 4-7）セラピスト間コミュニケーション状況



コミュニケーション時間を大きさで示す

表 4-7）セラピストコミュニケーション場所と割合

場所	StaffSt.	会議室	living	B側部屋	dining	A側廊下	B側廊下	B側洗面	A側部屋	A側洗面	その他
接点時間	1520.0 分	919.7 分	73.0 分	67.8 分	33.5 分	21.7 分	11.5 分	8.8 分	5.0 分	4.5 分	9.5 分
表示	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	(i)	(j)	(k)

※　セラピスト（PT, OT, ST）がコミュニケーション場所を集計した延べ時間

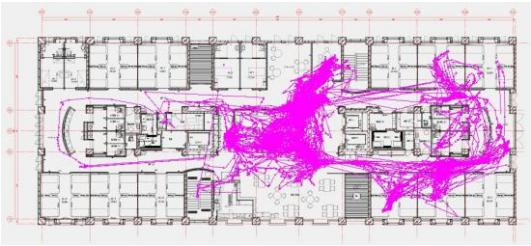
※　下段：図の表示記号例）(a)はスタッフステーションでのコミュニケーション時間を大きさで示す。

セラピストも病棟内配属の利点を生かして，病棟内の様々な場所でコミュニケーションを取りながら，作業を進めていることが推察される。特に廊下(f)(g)，洗面所(h)(i)といった場所でもコミュニケーションが図られており，患者の歩行練習やその見守りといった関わりを行いながらセラピスト間の情報交換が実施されていくことが見られる。

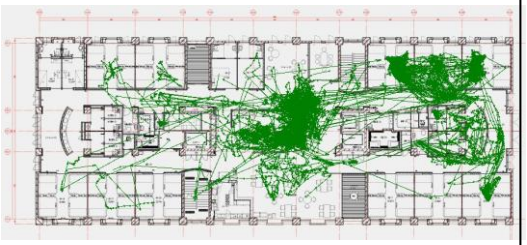
【３】病棟内全職種の行動記録表示

本実証において記録した病棟内のスタッフの行動記録を示す。

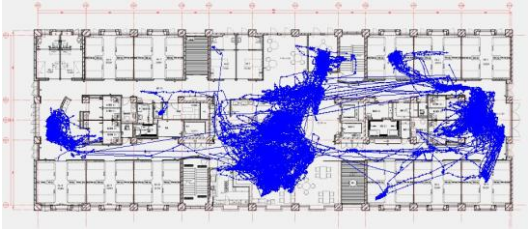
図 4-8）全職種の行動記録表示



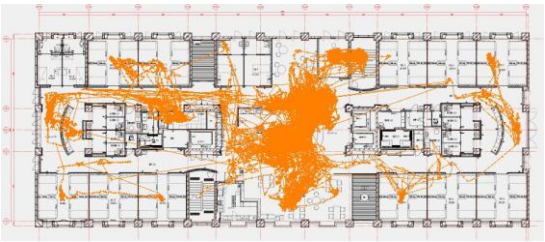
PT（理学療法士）9/12　11:00～17:00



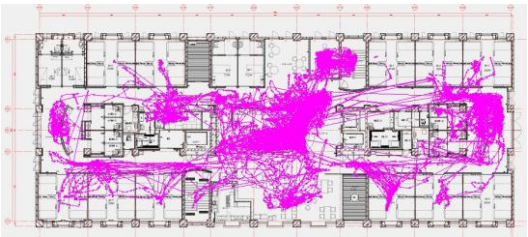
OT（作業療法士）9/12　11:00～17:00



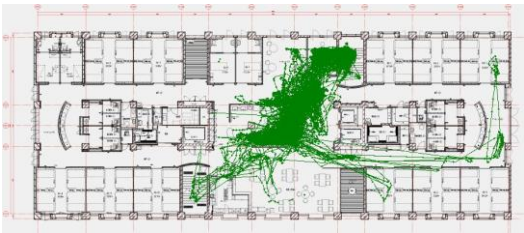
ST（言語聴覚士）9/12　11:00～17:00



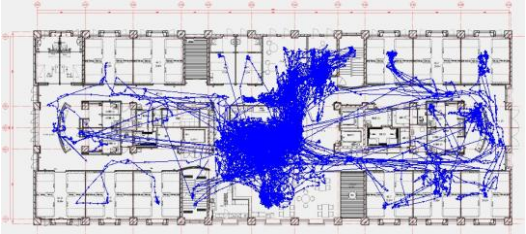
RD（管理栄養士）9/12　11:00～17:00



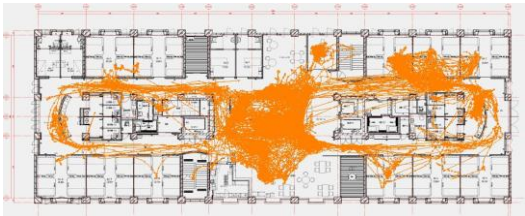
DH（歯科衛生士）9/12　11:00～17:00



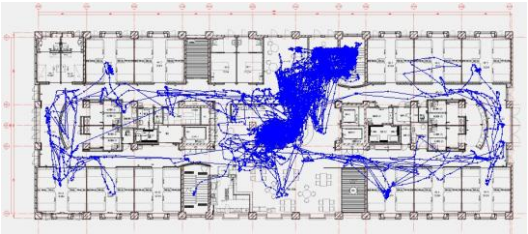
SW（社会福祉士）9/12　11:00～17:00



Ns（看護師）9/12　11:00～17:00



CW（介護福祉士）9/12　11:00～17:00



Dr（医師）9/12　11:00~17:00

どの職種も概して病棟中心部にあるスタッフステーション（StaffSt）を中心に食事エリア（dining），デイスペース（living）で従事していることが多い。

PT、OT、ST の違いを見ると、特徴的な点として，PT は比較的廊下を利用している頻度が高く、歩行訓練に従事していることが伺われ、それに対して OT は比較的病室内で費やす時間が長く，ベット上および周辺での基本動作やＡＤＬ訓練を実施していると推察される。一方、ST は DH と共に病棟両端部の洗面スペースにおいて，口腔衛生および口腔機能改善・向上訓練を行っていることが推察される。

Ns はスタッフステーションとデイスペース，会議室および重点的病室などで従事している時間が長いが、CW は病棟内を満遍なく廻りながら業務を行っている。一方， SW については，ほぼスタッフステーションと会議室に居る時間がほとんどで，カンファレンス参加と情報交換および家族からの情報収集が主たる業務であることが分かる。医師についてもスタッフステーションと会議室がほとんどあるが，病棟内，デイスペースを中心に巡回している。

スタッフの行動記録（動線計測ならびにタイムスタディ）から，患者の重症度に応じて，病棟内を含めた様々な場所で，様々な職種が関わり，適切なリハビリサービスを提供していることが分かる。また，職種により行動は種々異なり，専門性を発揮しつつ業務をこなしていることも分かる。
また，スタッフステーションや会議室以外の様々な場所でコミュニケーションがとられている。特に食事エリアやデイスペースにおいて活発であり，廊下や洗面所等においても実施されている。ADL 訓練をしながら，スタッフ間で情報共有をおこなっていることが伺える。

＜５＞その他

『１』当院月別データ

当院の月別データを掲載する（表 5-2,5-3,5-4）。
・入院日数、入院稼働率には、退院日を含んでいる。
・在宅復帰率、重症患者回復率、新規入院患者中の重症患者比率については九州厚生局提出時の算定基準に基づき、急性期病院への転院者等を除外した算定値を掲載している。
また、総収入における主要支出の年間金額と割合を表 5-1 に示す。

表 5-1）平成 23 年の総収入における主要支出の金額割合

品目	H23年度	%
人件費	1,384,920,895	63.61%
薬剤費	26,128,042	1.20%
点滴抗生剤	2,208,606	0.10%
内服抗生剤	525,447	0.02%
検査費	2,296,954	0.11%
研修費	24,405,888	1.12%
総収入	2,177,355,556	100.00%

表 5-2）当院データ（患者数関連）

	項目	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	年度計
患者数	外来数/人	389	393	474	454	412	428	379	383	408	464	490	527	5,201
	初診/人	23	14	19	24	15	17	14	11	13	12	18	35	215
	（内新患）	5	8	6	12	2	5	5	5	5	5	9	12	79
	再診/人	366	379	455	430	397	411	365	372	395	452	472	492	4,986
	1日平均/人	12.5	14.0	15.3	15.1	13.3	14.3	12.2	12.4	13.6	15.0	16.3	17.0	13.7
	実働／1日平均	20.5	20.7	21.5	22.7	21.7	19.5	19.0	16.7	20.4	23.2	24.5	25.1	21.2
	実診療日数	19	19	22	20	19	22	20	23	20	20	20	21	245
放射線科	一般撮影	60	59	84	66	83	79	74	76	86	77	79	112	935
放射線科	CT撮影	66	59	69	52	51	57	55	65	65	63	61	71	734
放射線科	嚥下造影	1	5	1	4	1	5	3	3	5	5	3	4	40
外来	延リハビリ総数/単位	508	485	610	575	534	592	522	519	547	677	703	757	7,029
外来	脳疾患リハビリ/単位	489	469	594	551	518	575	510	508	520	651	662	717	6,764
外来	平均単位数	1.80	1.80	1.78	1.78	1.80	1.84	1.82	1.80	1.84	1.83	1.84	2	22
外来	廃用リハビリ/単位	4	4	5	8	7	8	0	0	0	2	8	15	61
外来	平均単位数	1.00	1.00	1.00	1.33	1.40	1.33	0.0	0.0	0.0	2.0	2.0	3	14
外来	運動器リハビリ/単位	15	12	11	16	9	9	12	11	27	24	33	25	204
外来	平均単位数	1.88	1.50	1.38	1.60	1.50	1.29	1.50	1.57	1.80	1.85	1.83	2	19
入院	延リハビリ総数/単位	34,474	31,311	33,732	32,232	33,701	34,706	35,833	36,034	33,205	33,837	31,859	35,606	406,530
入院	脳疾患リハビリ/単位	30,347	27,507	30,274	29,308	30,561	31,678	32,663	31,991	28,871	30,056	27,594	30,935	361,785
入院	平均単位数	8.10	8.04	7.89	7.89	8.07	8.31	8.48	8.43	8.65	8.72	8.84	8.82	8.35
入院	廃用リハビリ/単位	2,231	2,303	2,193	1,200	1,192	1,553	1,533	2,591	1,633	1,603	2,851	3,655	24,538
入院	平均単位数	8.24	8.17	7.78	7.14	7.73	7.65	8.66	8.59	8.83	8.71	8.91	8.82	8.27
入院	運動器リハビリ/単位	1,896	1,501	1,265	1,724	1,948	1,475	1,637	1,452	2,701	2,178	1,414	1,016	20,207
入院	平均単位数	7.29	7.11	7.19	7.63	7.40	7.49	7.44	7.69	8.01	8.19	7.86	8.83	7.68
	入院数(当月末)	138	137	138	134	136	141	137	132	127	117	124	138	—
	新規入院者数(当月)	37	35	52	33	46	38	40	38	41	37	38	54	489
	（内重症患者比率）20/%	40.6%	33.3%	36.1%	44.8%	25.6%	41.3%	37.9%	28.0%	30.5%	30.3%	34.3%	25.5%	
	入院総数/人	4,324	3,910	4,300	4,163	4,262	4,199	4,206	4,277	3,836	3,920	3,641	4,087	49,125
	対象外延総数/人	150	166	164	134	113	74	36	67	56	18	45	95	1,118
	対象外延総数/率	3.5%	4.2%	3.8%	3.2%	2.7%	1.8%	0.9%	1.6%	1.5%	0.5%	1.2%	2.3%	2.3%
	リハ実施延総数	4,344	3,891	4,329	4,169	4,282	4,201	4,206	4,277	3,834	3,920	3,669	4,087	49,209
	退院延総数/人	37	36	51	37	44	33	44	43	46	47	31	40	489
	内在宅復帰率(60%)/%	93.8%	75.0%	97.4%	100.0%	93.5%	96.0%	87.5%	97.0%	91.0%	94.2%	95.8%	96.6%	—
	（内重症患者回復(30%)比率）	72.7%	46.2%	77.7%	90.0%	46.1%	66.6%	64.7%	54.5%	53.8%	63.6%	71.4%	83.3%	—
	入院稼働率(全体)/%	97.5%	97.7%	97.0%	97.0%	96.1%	97.9%	94.9%	96.5%	89.4%	88.4%	84.9%	92.2%	94.1%
	4病棟稼働率	98.5%	98.1%	97.0%	98.8%	97.0%	97.2%	96.0%	98.3%	89.7%	89.1%	84.4%	92.1%	94.7%
	5病棟稼働率	96.0%	95.7%	96.5%	93.0%	94.0%	98.1%	95.7%	95.2%	91.5%	89.9%	81.9%	91.9%	93.3%
	6病棟稼働率	98.1%	99.2%	97.5%	99.2%	97.5%	98.4%	92.9%	96.0%	87.0%	86.3%	88.4%	92.7%	94.4%

表 5-3）当院データ（収入関連）

	項目		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	年度計
収入	入院・外来収入合計/千円		181,414	165,226	181,208	173,785	179,674	181,088	184,609	184,938	168,112	172,222	162,535	182,105	2,116,917
	外来	外来収入合計/千円	2,504	2,279	2,795	2,668	2,571	2,666	2,394	2,420	2,528	2,782	2,969	3,561	32,136
		診療/千円	1,272	1,101	1,310	1,273	1,270	1,224	1,125	1,157	1,209	1,142	1,274	1,728	15,084
		リハビリ/千円	1,232	1,178	1,485	1,395	1,300	1,442	1,269	1,263	1,319	1,639	1,695	1,833	17,052
		一人/1日単価(円)	6.437	5.799	5.897	5.878	6.239	6.229	6.316	6.318	6.196	5.995	6.059	6.757	6.179
	入院	入院総収入/千円	178,910	162,948	178,413	171,117	177,103	178,422	182,216	182,518	165,584	169,441	159,566	178,545	2,084,780
		4病棟/千円	60,597	55,222	60,186	58,712	60,311	59,971	62,216	62,366	56,299	58,299	53,938	60,002	708,118
		5病棟/千円	59,327	53,705	58,879	54,686	58,089	59,994	61,616	60,112	56,175	56,805	51,514	59,612	690,514
		6病棟/千円	58,985	54,021	59,348	57,718	58,703	58,457	58,383	60,040	53,110	54,337	54,114	58,931	686,148
		一人/1日単価(円)	40.928	41.276	40.966	40.575	41.071	41.994	42.801	42.219	42.786	42.935	43.472	43.242	41.992
		内リハビリ収入/千円	82,710	75,431	81,539	77,956	81,538	83,842	86,492	86,324	79,298	81,216	76,780	86,158	979,283
		4病棟/千円	28,092	25,349	27,369	26,696	27,862	28,047	29,017	29,053	26,768	27,835	25,887	28,958	330,932
		5病棟/千円	27,457	24,911	27,275	25,318	26,909	28,231	29,419	28,937	27,026	27,301	24,922	28,896	326,604
		6病棟/千円	27,161	25,171	26,895	25,941	26,767	27,564	28,056	28,334	25,505	26,079	25,971	28,304	321,748
		内個室使用料/千円	1,937	1,559	2,259	2,202	2,060	2,088	2,192	1,947	1,455	1,134	1,285	1,813	21,932

表 5-4）当院データ（退院関連）

項目	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
入院/リハ実施総単位	34,474	31,311	33,732	32,232	33,701	34,706	35,833	36,034	33,205	33,837	31,859	35,606
外来リハ実施総数	508	485	610	575	534	592	522	519	547	677	703	757
PT・OT・ST総従事者数	2,046	1,897	2,023	2,383	2,451	2,361	2,349	2,418	2,228	2,305	2,230	2,332
内訪問リハ総従事者数	124	124	143	130	124	143	130	150	130	130	130	158
内外来総従事者数	38	38	44	40	38	44	40	46	40	40	40	42
内入院総従事者数	1,885	1,735	1,836	2,213	2,290	2,174	2,179	2,222	2,058	2,135	2,060	2,132
セラピスト実施単位(入院)/一人	18.3	18.0	18.4	14.6	14.7	16.0	16.4	16.2	16.1	15.8	15.5	16.7
セラピスト実施単位(外来)/一人	13.4	12.8	13.9	14.4	14.1	13.5	13.1	11.3	13.7	16.9	17.6	18.0

医療の質向上

アウトカム評価	当院H23年度	全国回復期平均	添付資料索引
自宅復帰率（最終転帰自宅復帰率）	68.7%(77.3%)	69.70%	P21～22 <3>-『2』
入院時のFIM評価	68.7	72.6	P19 <3>-『1』-【3】-4）-①
退院時のFIM評価	97.7	88.4	P19 <3>-『1』-【3】-4）-②
入院時の日常生活機能評価	7.1	6.6	P18 <3>-『1』-【3】-3）-①
退院時の日常生活機能評価	3.6	3.8	P18 <3>-『1』-【3】-3）-②
褥瘡発症率	4.00%		P20 <3>-『1』-【3】-5）
肺炎発生率	3.00%		P20 <3>-『1』-【3】-6）
経口摂取移行率	63.00%		P28 <3>-『3』-【2】-3）
口腔衛生改善	3.2Point		P25 <3>-『3』-【2】-2）-①
栄養改善率	80.40%		P29 <3>-『3』-【2】-4）

プロセス評価	当院H23年度	全国回復期平均	添付資料索引
患者一人1日当たりリハ単位数	8.19単位	5.99単位	P6 <2>-『1』-【3】
病棟内の生活動作練習単位数割合	43%		P32 <4>-『1』-【1】
歯科衛生士口腔衛生処置実施者数	180名		P24～25 <3>-『3』-【2】-2）
間欠的経口経管栄養患者数	46名		P28 <3>-『3』-【2】-3）
管理栄養士積極的関与患者数	58名		P29 <3>-『3』-【2】-4）

ストラクチャ評価	当院H23年度	全国回復期平均	添付資料索引
各専門職種の病棟配置	あり		P1～3 <1>-『1』-【1】～【2】
電子カルテ導入	あり		P1 <1>-『1』-【1】
カンファレンスの実施	あり		P10～12 <2>-『2』-【1】～【2】

患者の視点

アウトカム評価	当院H23年度	全国回復期平均	添付資料索引
退院時のFIM改善度	29.0	15.8	P19 <3>-『1』-【3】-4）
退院時の日常生活機能評価改善度	−3.5	−2.8	P18 <3>-『1』-【3】-3）

プロセス評価	当院H23年度	全国回復期平均	添付資料索引
入院期間のスタッフとの接点時間	結果：添付資料		P34～36 <4>-『1』-【2】

ストラクチャ評価	当院H23年度	全国回復期平均	添付資料索引
100床あたりの医療従事者数	170.6人		P2 <1>-『1』-【1】

医療スタッフの視点

アウトカム評価	当院H23年度	全国回復期平均	添付資料索引
1人当たりの担当患者数	結果：添付資料		P12　〈2〉-『2』-【2】

プロセス評価	当院H23年度	全国回復期平均	添付資料索引
病棟内での他の職種とのコミュニケーション時間	結果：添付資料		P37～40 〈4〉-『2』-【1】～【2】
病棟内での担当患者との接点	結果：添付資料		P34～36 〈4〉-『1』-【2】
カンファレンスへの参加回数	52回／月		P12　〈2〉-『2』-【2】
勉強会開催回数・人数	165回　7184人		P10～13 〈2〉-『3』-【1】

ストラクチャ評価	当院H23年度	全国回復期平均	添付資料索引
専門職の365日24時間対応体制	あり		P1　〈1〉-『1』
カンファレンス、勉強会の実施	結果：添付資料		P12　〈2〉-『2』-【1】～【2】
チームの動作分析	結果：添付資料		P30～40 〈4〉

経済面での効果

アウトカム評価	当院H23年度	全国回復期平均	添付資料索引
病院収益	2,177,355,556円		P41　〈5〉-『1』
人件費率	63.61%		P41　〈5〉-『1』
薬剤費率	1.20%		P41　〈5〉-『1』
抗生剤費率	0.12%		P41　〈5〉-『1』
検査費率	0.11%		P41　〈5〉-『1』

プロセス評価	当院H23年度	全国回復期平均	添付資料索引
抗生剤使用料	2,734,053円		P41　〈5〉-『1』

ストラクチャ評価	当院H23年度	全国回復期平均	添付資料索引
多専門職の病棟専従	あり		P1　〈1〉-『1』
歯科衛生士のチーム参画	あり		P1～3　〈1〉-『1』
登録歯科医師のカンファレンス出席	20件		P27　〈3〉-『3』-【2】-2）