

第6回チーム医療推進学会

抄 録 集



令和7年 2 月23日(日)
(オンデマンド 3 月1日(土)~3 月31日(月))

チーム医療推進協議会
公益社団法人日本診療放射線技師会内
東京都港区三田 1-4-28 三田国際ビル 22 階

第6回 チーム医療推進学会

テーマ：チーム医療で行う意思決定支援と連携

会 期：2025年2月23日（日）10:00～16:30

大会長：野口 百香

（公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会 会長）

形 式：オンライン配信 （オンデマンド配信予定）

開会挨拶(10:00-10:10)

チーム医療推進協議会代表(公益社団法人日本診療放射線技師会会長) 上田 克彦

公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会会長(チーム医療推進協議会理事) 野口 百香

特別講演(10:10～11:20)

「チーム医療としての意思決定支援～地域包括ヘルスケアシステムと能登半島地震の経験～」

座長： チーム医療推進協議会代表(公益社団法人日本診療放射線技師会会長) 上田 克彦

講師： 公益社団法人全日本病院協会副会長(社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院理事長) 神野 正博 先生

基調講演(11:30-12:40)

「ACPと意思決定支援」

座長： 公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会会長(チーム医療推進協議会理事) 野口 百香

講師： 東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター 上廣講座 特任教授 会田 薫子 先生

シンポジウム(12:50～14:20)

「チーム医療で行う意思決定支援と連携」

座長： 公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会副会長(社会医療法人恵和会西岡病院) 岡村 紀宏 先生

チーム医療推進協議会副代表(公益社団法人日本公認心理師協会理事) 花村 温子

シンポジスト(予定)

1. 医療ソーシャルワーカーとして (公益財団法人日本医療ソーシャルワーカー協会理事/医療法人社団ゆみの) 齋藤 慶子 先生

2. 診療放射線技師として (公益社団法人日本診療放射線技師会理事/社会福祉法人函館厚生院函館五稜郭病院) 小林 聖子 先生

3. 診療情報管理士として (日本診療情報管理士会総務委員会副委員長/
大阪府立病院機構 大阪急性期・総合医療センター) 森藤 祐史 先生

4. 当事者(失語症の当事者)として (特定非営利活動法人日本失語症協議会理事長) 園田 尚美 先生

一般演題発表(14:30～16:25)

閉会挨拶(16:25～16:30)

チーム医療推進協議会副代表(公益社団法人日本理学療法士協会副会長) 吉井 智晴

※ 一般演題登録：募集中（2025年1月5日締め切りに延長）

※ 参 加 登 録：登録は2024年12月27日から開始

URL：<https://team-med2025.gakujyutsuweb.net/moushikomi2>

詳細は、チーム医療推進協議会ホームページをご参照ください。

URL：<https://www.team-med.jp/>



主 催：チーム医療推進協議会 （主幹：公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会）

お問合せ：チーム医療推進協議会事務局

108-0073 東京都港区三田 1-4-28

三田国際ビル22階 日本診療放射線技師会内

TEL：03-4226-2211

E-MAIL：info@team-med.jp

（公社）日本公認心理師協会 専門認定単位
【承認番号】24B-0009保健医療2単位

チーム医療の定義と理念

前文

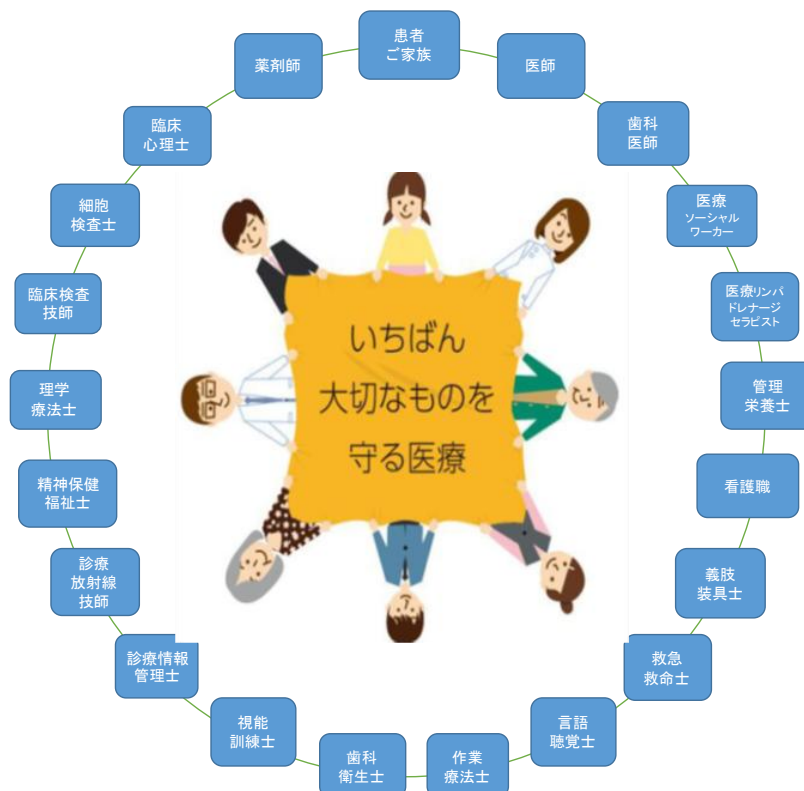
我々メディカルスタッフは、患者に必要な医療や情報の提供に際し、高い使命感を持ち、患者の生命と 尊厳を守りながら、その職務を遂行してきました。しかし、医療の高度化や超高齢化社会の到来から、メディカルスタッフの役割はさらなる深化と協働を期待されています。

これからは更に、それぞれのメディカルスタッフの専門的知識及び技術の進歩を土台としながら、各職種の連携によって、患者中心の医療を推進しなければなりません。その際、患者個々の疾病や障がいのみではなく心理面や社会面を見据えた全人的評価は欠かせないと考えています。

チーム医療の定義

われわれが目指す「チーム医療」とは、医師をはじめとするメディカルスタッフが、患者とともに、それぞれの専門性をもとに、高い知識と技術を発揮し、互いに理解し目的と情報を共有して、連携・補完しあい、その人らしい生活を実現するための医療である。

チーム医療の定義と理念



1. 患者中心の医療の推進

- 1) 我々は、常に患者中心の医療を提供します。
- 2) 我々は、我々の業務の対象を疾病だけではなく、人格ある人間とし、尊厳をもって接します。
- 3) 我々は、患者の社会的背景や家族的背景、そして個人の思想信条さえも配慮した医療を提供します。
- 4) 我々は、患者及び家族の意向を十分に反映した医療を提供します。

2. 高いレベルの専門性の推進

- 1) 我々は、専門職として、それぞれの専門性において、高いレベルの知識と技術の習得に努めます。
- 2) 我々は、それぞれの専門的技術の標準化を果たします。
- 3) 我々は、高いレベルの専門性に基づいて、安全で効果的な業務を遂行します。

3. 情報共有の推進

- 1) 我々は、常にチームとしての方針を共有します。
- 2) 我々は、カンファレンス等に積極的に参加し、情報共有に努めます。
- 3) 我々は、実践した業務を適切に記録・保管管理します。
- 4) 我々は、患者情報の漏えいに最大の注意を払います。

4. チーム医療の推進

- 1) 我々は、他のメディカルスタッフの業務に関心を払い、医療チーム全体の統合性の確立に努めます。
- 2) 我々は、他のメディカルスタッフの専門性に敬意を払います。
- 3) 我々は、自らの専門性を堅持しつつさらなる高みを目指すと共に、他のメディカルスタッフとの協働意識を育てます。
- 4) 我々は、チーム医療の結果を統合的に評価します。
- 5) 我々は、学生教育の段階から、チーム医療の概念を発達させるために、連携教育を推進します。



ご挨拶

チーム医療推進協議会

代表 上田 克彦

(公益社団法人日本診療放射線技師会 会長)

第6回チーム医療推進学会にご参加いただき、誠にありがとうございます。チーム医療推進協議会は、医療の質向上と患者さんの社会参加促進のため、多職種連携によるチーム医療の推進に邁進してまいりました。近年、医療を取り巻く環境は複雑化し、医療従事者には高度な専門性とチームワークがますます求められています。

今回の学会では、「チーム医療で行う意思決定支援と連携」をテーマに、医療ソーシャルワーカー協会の皆様の企画により開催いたします。患者さんの意思決定支援は、医療における重要な課題であり、多職種連携によるチーム医療でどのように支援していくか、議論を深めてまいります。

特別講演では、全日本病院協会副会長の神野正博先生より、石川県七尾市で以前から取り組まれている地域包括ヘルスケアシステムと能登半島地震での経験を踏まえ、チーム医療としての意思決定支援についてご講演いただきます。

基調講演では、東京大学大学院の会田薫子先生より、ACP と倫理的姿勢・倫理原則、共同意思決定による意思決定プロセスについてご講演いただきます。

シンポジウムでは、医療ソーシャルワーカー、診療放射線技師、診療情報管理士、そして当事者の方々にご登壇いただき、それぞれの立場からチーム医療で行う意思決定支援と連携について、貴重なご意見を伺います。

本学会が、チーム医療に関わる皆様にとって、明日からの実践に役立つ知見や新たなネットワークを築く場となることを願っております。

最後になりましたが、本学会の開催にあたり、ご尽力いただきました日本医療ソーシャルワーカー協会野口会長をはじめ関係の皆様にご心より感謝申し上げます。

皆様と貴重な時間を共有し、本学会が実りあるものとなることを心より願っております。



大会長挨拶

第6回チーム医療推進学会開催にあたって

第6回チーム医療推進学会大会長 野口 百香
(公益社団法人 日本医療ソーシャルワーカー協会 会長)

チーム医療推進協議会は、会員の人格、倫理及び学術技能を研鑽し、わが国のチーム医療の普及向上を図ることで国民の医療・保健・福祉の増進に寄与することを目的に平成21年に設立されました。

近年の医療現場では、高齢多死社会の進行に伴い、認知症、独居、家族関係の希薄化等の困難を抱えながら医療・ケア方針の決断を迫られる方々が増えています。そこでは本人の意思は変化するものであることを前提に、心身の状態の変化等に応じてどのような生き方を望むのか、多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを重ね、本人の意思決定を基本として進めることが求められており、まさに医療チームが機能することが求められる場面であると言えます。

ガイドラインは、平成30年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に名称変更され、令和6年度診療報酬改定では入院基本料等の見直しにより、意思決定支援に関する指針を各医療機関が作成することが要件化され、臨床倫理委員会の設置や多職種で行う意思決定支援の標準化が求められることになりました。

そこで今回の学会テーマは、『チーム医療で行う意思決定支援と連携』と致しました。基調講演は、臨床倫理の研究者でおられる会田薫子先生(東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座特任教授)にご依頼し、また記念講演を神野正博先生(全日本病院協会副会長で恵寿総合病院理事長)にご依頼致しました。神野先生は、1月に発生した能登半島地震で自院が被災され、大混乱の中で組織としての意思決定をどのように進めて来られたのか等のご経験をご講演頂く予定です。個別の事例の意思決定支援から、組織としての意思決定まで、意思決定支援を多角的に捉え、多様な専門職が集う本協議会ならではのシンポジウムを企画致しましたので、多くの皆さまのご参加をお待ち致しております。

最後に本学会の開催にあたり、チーム医療協議会の上田克彦代表、関連団体はじめ多くの皆様にご支援とご協力を賜りましたことに心より感謝申し上げます。

第6回チーム医療推進学会

【プログラム】

開 会 式 (10:00~10:10)

主催者挨拶 チーム医療推進協議会 代表 上田 克彦
大会長挨拶 第6回チーム医療推進学会 大会長 野口 百香

1. 特別講演 (10:00~11:20)

座長：チーム医療推進協議会 代表 上田 克彦
講演テーマ：「チーム医療としての意思決定支援
～地域包括ヘルスケアシステムと能登半島地震の経験～」
講師：全日本病院協会副会長（恵寿総合病院理事長） 神野 正博

2. 基調講演 (11:30~12:40)

座長 日本医療ソーシャルワーカー協会 会長 野口 百香
講演テーマ：「基調講演「ACPと意思決定支援」
講師：東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター
上廣講座 特任教授 会田 薫子

3. シンポジウム (12:50~14:20)

テーマ「チーム医療で行う意思決定支援と連携」

座長：日本医療ソーシャルワーカー協会副会長
(社会医療法人医療法人恵和会西岡病院) 岡村 紀宏
チーム医療推進協議会 副代表
(公益社団法人日本公認心理師協会理事) 花村 温子

シンポジスト

- (1) 医療ソーシャルワーカーとして
日本医療ソーシャルワーカー協会理事
(医療法人社団ゆみの) 齊藤 慶子
- (2) 診療放射線技師として
日本診療放射線技師会理事(函館五稜郭病院) 小林 聖子
- (3) 診療情報管理士として
日本診療情報管理士会総務委員会副委員長
(大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター) 森藤 祐史
- (4) 当事者（失語症の当事者）として
日本失語症協議会 代表) 園田 尚美

4. 一般演題発表 (14:30~16:25)

指定テーマ (1) 意思決定支援

(2) チーム医療・多職種連携

(3) 災害支援

【セッション1】(14:30~15:25)

座長 チーム医療推進協議会 理事 児玉 直樹

1. 橋出血による閉じ込め症候群一症例を通した後輩教育と意思決定支援

医療法人社団苑田会 苑田第一病院 遠藤 貴之

2. 令和6年能登半島地震1.5次避難所における

多職種連携による災害支援の一考察

石川県医療ソーシャルワーカー協会 河原久美子

3. ミクロ実践からの出発～ソーシャルアクション実践報告

西岡病院 医療介護相談センター 横田 法律

4. よりよい意思決定支援を目指す多職種チームによる取り組み

～公認心理師/臨床心理士としての学びから～

飯塚病院 松尾 純子

5. リウマチチーム医療を通して実感した多職種連携協働の価値

地方独立社会医療法人明和会 中通総合病院 塩谷 行浩

【セッション2】(15:30~16:25)

座長 チーム医療推進協議会 理事 深澤 恵治

6. 行動分析学に基づく専門職間のラポール構築とその評価

国際医療福祉大学 渡辺 修宏

7. ストーマケア獲得に向けた作業療法の取り組みと多職種連携

東京都立病院機構 東京都立荏原病院 大村 隼人

8. 糖尿病チーム医療における新たな取り組み

～糖尿病管理チームと糖尿病動画チャンネル～

獨協医科大学埼玉医療センター 臨床検査部 小関 紀之

9. 糖尿病チーム医療における臨床検査技師の多職種連携への取り組み

岡崎市民病院 医療技術局 夏目久美子

10. 教育機関との連携による児童生徒への健康支援

東京脊椎クリニック 渡邊 祐介

5. 閉会挨拶 (16:25~16:30)

チーム医療推進協議会副代表 (日本理学療法士協会 副会長 吉井 智晴

第6回チーム医療推進学会

特別講演

チーム医療としての意思決定支援 ～地域包括ヘルスケアシステムと能登半島地震の経験～

社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院理事長
神野 正博

2025年問題と言われたその2025年を迎えてしまった。人口ボーナスの団塊の世代がすべて75歳以上となり人口オーナスとなる。これから先、2040年に向かって生産年齢の急速な減少という、これまで日本も世界も経験したことのない災害級の社会構造の変化のフェイズに突入する。高齢者への医療・介護・福祉に加えて生活・人生までも見据えたヘルスケアの提供が必要だろう。しかし、すべての産業、とくにヒューマンリレーションサービスである医療・介護においても働き手がいないということを覚悟すべきだ。そういった意味で、いかに少ない人で質の高いサービスを提供できるかがカギとなってくるだろう。

一方、最近の地震災害に加えて、気候変動の関与か豪雨・豪雪などによる水害も激甚化している。当法人のある能登半島も、2024年1月1日16:10にマグニチュード7.6の巨大地震に被災した。半島という地勢と過疎化によって極めて脆弱なインフラ下の地域であり、かつ、もともと高齢化率が50%を超える能登北部医療圏、40%を超える能登中部医療圏での災害であった。そういった意味で、都会の20~30年先という未来の社会で起きた災害であったのかもしれない。

当法人は、急性期棟における液状化対策のための格子状地盤改良と免震構造建築に加えて、二重化を基本とするBCM（Business Continuity Management）／BCP（Business Continuity Plan）を策定していたことで、電源の確保、上水の井戸水での確保等、DXの導入によって、能登半島の他の病院が機能停止したにもかかわらず、震災直後から外科手術やお産も含めて医療を止めることは皆無であった。

また、厳寒期の被災下で、要支援者・要介護者の体調不良に対して、病院だけではなく福祉避難所40床を利用したことも、急性期病床の確保に有用であった。さらに、能登北部に持つ約350床の介護・福祉施設では現場の頑張りや七尾市の法人本部からの物資と人の支援と、DXによる見守りによって、2次避難させることなく住み慣れた地域で見守ることに成功した。能登北部の他の介護・福祉施設では遠方へ入所者を2次避難させることによって、職員が退職し、戻るに帰れない状況が続いていることと対照的である。

これらの実行には、施設・設備の強靱化だけではなく、われわれサービス提供者の覚悟と情報の一元化、責任者の明確化、そしてそれらによるガバナンス力が必要だと確信する。「非常時は常時ではない」という当たり前の原則で、あるものでやってみるといった前向きな精神も重要であろう。

先の、社会構造の津波ともいえる大きな変化と災害対策に、丸腰では戦えない。われわれは、コミュニケーションのためのツールとそれを利用した意思決定プロセスを確立すべきだろう。思いを一つとするチーム医療の構築は、平時からの準備のなくしてあり得ないだろう。

基調講演

「ACPと意思決定支援」

東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター

上廣講座 特任教授 会田 薫子

多職種の医療・ケアチームによる意思決定支援は臨床倫理の中核の課題である。臨床倫理は現場において、ひとりひとりの患者や介護サービス利用者などが直面する治療法やケアの方法および療養場所等の選択に関する問題に対応する。本人にとって最善とは何か、最善を実現するための選択肢はいずれかをめぐり、本人を中心に家族等多職種と一緒に考え、悩みも共有しつつ、意思決定プロセスを適切にたどり合意を形成する。

臨床倫理の実践に際しては、各職種が専門職として相互に敬意をもって情報共有し協働することが大切である。そうして本人の視点から本人にとっての最善を実現しようと努めると、併せて家族ケアも可能となる。本人と家族は多くの場合、人生の物語りを共有しているからである。臨床倫理をよりよく実践しようとする姿勢をもって現場に臨むと、本人の幸せの実現に貢献することが多くなる。それは優れた仕事による成果であり、医療・ケアチーム自身の幸福感・仕事の充実感にもつながる。その繰り返しで組織のなかに倫理的な土壌を育み、それが倫理的な臨床実践の実現を一層可能とする。

意思決定支援の際には、適切な診断を土台として、本人の生活と人生の物語りのなかで最も適切な選択肢を選ぶべく、本人・家族側と医療・ケアチームは情報を共有しつつ、「共同意思決定（shared decision-making: SDM）」に至るよう対話のプロセスを進める。意思決定の各分岐点で適切にSDMを重ねると、本人の価値観・人生観・死生観をよりよく把握できるので、適切なACP（Advance Care Planning）につながる。

ACPはそもそも北米において、リビング・ウィルと意思決定代理人による事前指示（advance directives）制度の不足を補うべく概念形成され、実践が進められてきたが、その方法論を翻訳して日本で使用することには困難が伴う。北米と日本では意思決定に関する考え方と社会的文化的特徴および法・制度に相違があるため、同様の方法論で取り組もうとすることには無理があるのである。

こうした問題は、令和6年度診療報酬改定によって一部の医療機関で顕在化した。同改訂によって、成人患者の入院病棟を有する医療機関では、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえ、意思決定支援に関する指針を作成することが要件化されたが、その要件を誤って解釈し、患者に対して事前指示書作成を強いる医療機関が現れたのである。

ACPに適切に取り組むためには、翻訳学習による誤解から脱皮し、日本人の倫理観を認識し、日本の文化や制度を含めた社会環境に合った方法を検討する必要がある。日本社会の文化的特徴と法制度を踏まえて概念形成したACPに関しては、日本老年医学会「ACP推進に関する提言」（2019）と、同提言の理論的な解説と参考事例を記載した『ACPの考え方と実践 ― エンドオブライフ・ケアの臨床倫理』（会田薫子編、東京大学出版会、2024）をご参照いただければ幸いである。

第6回チーム医療推進学会（シンポジウム）

【シンポジウム】（12:50～14:20）

テーマ

「チーム医療で行う意思決定支援と連携」

座長：日本医療ソーシャルワーカー協会副会長

（社会医療法人医療法人恵和会西岡病院） 岡村 紀宏

チーム医療推進協議会 副代表

（公益社団法人日本公認心理師協会理事） 花村 温子

シンポジスト

（1）医療ソーシャルワーカーとして

日本医療ソーシャルワーカー協会理事

（医療法人社団ゆみの） 齊藤 慶子

（2）診療放射線技師として

日本診療放射線技師会理事（函館五稜郭病院） 小林 聖子

（3）診療情報管理士として

日本診療情報管理士会総務委員会副委員長

（大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター） 森藤 祐史

（4）当事者（失語症の当事者）として

日本失語症協議会 代表） 園田 尚美

【演題名】医療・介護ケアチームで行う意思決定支援と連携 —医療ソーシャルワーカーの立場より—

【発表者・共同発表者】齋藤慶子¹、田中宏和¹、弓野大¹

【所属】¹、医療法人社団ゆみの

令和6年度診療報酬改定における入院基本料の見直しで、意思決定支援に関する指針を作成することが要件化された。また在宅医療においては、情報通信技術（ICT）を活用して人生の最終段階における医療・ケアに関する情報共有を行うことに対する評価が新設され、在宅医療から入院医療まで、継続した意思決定支援を実践していくことがますます重要視されるようになった。

意思決定支援は、患者本人の意向はもちろんのこと、疾病の状態、同居する家族の有無や家族の意向、経済的課題や利用可能なサービスなど、1人ひとり異なる様々な背景を考慮しながら実施していくため、多職種チームで実践していくことが求められる。

当法人は、東京・大阪・福岡で外来診療と訪問診療を行っているクリニックである。意思決定支援のプロセスとして、当法人は在宅医療開始時に、医療ソーシャルワーカーが本人や家族の意向を伺うとともに、リビングウィル調査票の配布を行い、アドバンス・ケア・プランニングを開始するきっかけ作りを行っている。また、日々の診療の中で、本人や家族の意向を、医師をはじめとした多職種とともに伺い、カルテ上で共有しながら、その人が望む生活や、人生の物語を積み上げている。さらに急激な病状変化時や、本人の意思決定能力が低下している時、また厳しい治療方針の選択時などは、院内臨床倫理コンサルテーション委員会を通して多職種で議論を行い、院内の方針を共有した上で、ケアマネジャーや訪問看護師など、地域の多職種とサービス担当者会議を開催し、医療・介護ケアチームで様々な視点から患者にとって最善の医療やケアの選択を検討・決定していくことを大切にしている。最近では、オンラインカンファレンスが主流となりつつあり、カンファレンスの開催が病状の進行に後れを取ることなくリアルタイムに開催できるようになったことや、地域の会議に、病院主治医が参加する機会も増え、意思決定支援における地域連携・病診連携の在り方も変化してきた。

本セッションでは、当法人における医療・介護ケアチームで行う意思決定支援と連携の実際について、医療ソーシャルワーカーの立場からご報告するとともに、これからのチーム医療で行う意思決定支援と連携について、皆さまと議論をしたい。

(932/1200)

チーム医療で行う意思決定支援と連携-診療放射線技師として-

社会福祉法人函館厚生院函館五稜郭病院

小林 聖子

2015年6月に厚生労働省が示した提言書「保健医療 2035」によれば、今後の日本の医療は「インプット中心」から「患者の価値中心」、「キュア中心」から「ケア中心」へシフトしていくことが予想されている。

従来の医療では、医療技術の高度化と確実性の向上により病気を根治させ、患者満足度を高めてきた。しかし、医療の目的が病気の根治から患者の QOL 実現へ移行する中、これまでの考え方では患者のニーズの多様化に応えきれなくなっている。

その中で、患者のニーズの多様化に応えるべく、患者経験価値（Patient eXperience：以下 PX）という概念が注目されている。PX は、「患者が医療サービスを受ける中で経験する全ての事象」と定義され、患者の経験を可視化し、最適化するための質指標として活用されている。

PX の向上により、服薬管理・治療意欲の改善、セルフマネジメント、予防医療行動、医療資源の効率的利用が促進され、健康アウトカムに好影響を与えることが報告されている。また、患者満足度の向上、クレームの減少、病院への信頼や愛着の増加に伴い、職員満足度・定着率の向上、業務改善、収益改善など、多様な効果が期待できる。

臨床で提供される検査は診断・治療に不可欠だが、患者の不安やストレスを引き起こす要因にもなり得る。特に新規または侵襲的な手技においてその傾向は顕著である。適切な情報提供が不安軽減・満足度向上に寄与することが知られており、検査説明の重要性が示唆されている。

本講演では、患者視点での医療の質指標である PX に焦点を当て、患者が前向きに意思決定できるよう、私たちの検査説明における取り組みを紹介する。

シンポジウム（3）

チーム医療で行う意思決定支援と連携 診療情報管理士として

日本診療情報管理士会 総務委員会 副委員長

（大阪府立病院機構 大阪急性期・総合医療センター 医療情報部 診療情報管理室 総括主査）

森藤 祐史

2024 年度の診療報酬改定において、入院料の「通則」に意思決定支援（ACP：Advance Care Planning）を推進する基準が追加された。通則は全ての入院料に適用され、殆どの医療機関で「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（厚生労働省）」を踏まえた適切な意思決定支援の指針を策定する必要がある。国によるこの動きは新たに始まったものではなく、1987 年から 5 年ごとに検討会が開催され、2007 年には旧ガイドラインが策定された。2018 年の改定では ACP の重要性が強調されている。

私が診療情報管理士（HIM）としてこのテーマに関わり始めたのは 2003～2004 年頃。医療安全管理者と共に「自施設内の指針の必要性」や「DNAR 指示を含む終末期患者の意向が適切に記録されていないこと」について問題提起を行っていた。心肺蘇生などのマニュアルには諸学会の提言等が反映されているが、全体では ACP の取り組みが十分とはいえなかった。自施設の指針についても、心肺停止時や終末期の切り分け等の視点で策定は困難とされた。

特に DNAR 指示については、自施設内での情報共有・伝達方法が統一されていないという問題があった。診療記録のルールは整備したものの、実際の医療現場では電子カルテシステムの付箋（画面に配置するメモ）機能が使用され、法定文書としての診療記録としては作成されていないことが多数あった。また、単に“DNAR”とだけ記載され、詳細不明な情報も少なくない。これは、医療者間で医療の差し控えに関する情報共有だけが優先された結果であり、ICT を活用した医療の支援という意味で電子カルテシステムの機能不足と捉えてよいだろう。この実態は現在まで継続していた。

診療報酬改定に盛り込まれたことで一転し、2024 年 2 月には指針の策定を目的にした WG が設置され、4 月 1 日付で策定された。HIM もコアメンバーの一人となり、指針に沿った実務を行いやすい ACP 記録および時点の結果である事前指示（AD：Advance Directive）を確認した記録を作成・情報共有する環境の整備に着手した。

指針を掲げて ACP の推進が指示されたものの、生死についての患者との関わり（＝人生会議？）は、直ちに着手して奏功するものではなかったようで、一定期間中に作成された ACP 記録は決して多くなかった。DNAR 指示をめぐる実態調査と題して実施した職員へのアンケート調査によって抽出された職員の思いから、ACP/AD/DNAR 指示などの理解の整理が現場の課題であることが認識された。そして、DNAR に関する指針を策定し、AD 記録の体系には弁別された DNAR 指示の要素を整備することになった。

HIM が医療チームで主体になる役割として、記録や情報共有に資する環境の整備に取り組み、「ACP/AD 部門システム」とも言えるような仕組みが整った。今は時期尚早だが、将来的に自施設の ACP が培った AD が他施設にも繋がる為の仕組みも備えた。また、自施設内で生じる情報に限らず、他施設の ACP で培われた当該患者の AD を取り入れることも視野にいった。

失語症の方の家族の視点から見た意思決定の期待と課題

特定非営利活動法人日本失語症協議会理事長
(株)言語生活サポートセンター代表
失語症者家族
園田尚美

失語症の人々の日常生活での困りごとは、枚挙にいとまがありません。重度の方々はコミュニケーションを取ること自体が困難です。本人が意識上で脳の理解力は保たれていても、発話や書字が困難なため、法的な書類への自分の決断を表示すること、書字・サインなどができないことで、法的な判断では無効とされる理不尽があります。どのようにすれば重度の失語症の人の自己決定権を主張することが可能なのか、本人は他人の書くことが読むことができ理解しているという合図を出しているにも関わらず、書字不能というだけで法的に抹殺されている現実があります。平等権の侵害に当たることはないでしょうか。また、日常生活では失語に関する大きな問題がみられず、失語症身体障害者手帳の3級4級に充てはまらない、いわゆる軽度といわれる失語症の方でも、いざという場面では錯語やいい間違い等が出ることも多くあるでしょう。人間、緊張すると定型に生活しているものでもあらぬ言動に及ぶこともあります、失語症の方ならそれは猶更ということになるのではないのでしょうか。実は今、そのような人権に及ぶ場面で、失語症の方の支援が認められないという問題があります。

数年前から地域生活支援事業で養成派遣されている失語症の人への「失語症者向け意思疎通支援者」（以後意思疎通支援者）は、日常生活への支援はできるものの、いわゆる人権に関する事柄などには関与できません。人として一番尊重されなければならない意思決定の場面や、生存権、生活権に関することに関与ができません。人権に関する部分に関与できない現実があります。よい例が裁判の時に聴覚障害者には手話通訳者という支援者が支援し手話通訳ができるのに、失語症の方の場合は、支援者が入ることはありません。裁判で被告や原告になった場合に失語症の方には、支援者がつかないのです。すべて一人で闘わなければなりません。そのようなことがあってよいのでしょうか。そのような事で、失語症の方々の尊厳の確保ができるのでしょうか。

このような現実、失語症の方の基本的な人権が侵されているとしか思えないのです。失語症の方々の尊厳を守りたい、どんな障害を持っても同じ人間として、同じ地球の上で暮らしていく、よそ事キレイ事の合理的配慮などではなく、生きる権利として義務を果たせる人間としての当然の生き方を示せるような施策が必要です。

実は、私自身は指定難病患者であり、癌サバイバーでもあります。幸い私の病は今のところはコミュニケーションに影響するものではないので、このように皆様の前でもお話しできますし、日常生活にも薬のコントロールさえしっかりできていれば、時折、肉体的・精神的に辛い苦しい時もありますが、日ごろは穏やかに過ご

すことができます。例えば、裁判の裁判員になったとしてもその義務が果たせるでしょう。原告・被告になったとしても自分の主張を發表し、正当性を論ずることができるでしょう。当事者団体の代表も企業も代表も務めさせていただきます。しかし、重度の失語症のある方は脳の中でその処理ができていたとしても、表出することが困難ということで、例え裁判員に選任されても支援者がいなければ辞退せざるを得ないでしょうし、警察での取り調べ、公証役場での話し合いや、裁判の場面で当事者になった時には、支援者なしに自分の立場、主張を繰り広げ一人で闘わなければなりません。

では難しいのならば、もっと機械的に支援ができる ICT の力で失語症の方の意思決定が補填できないものかと思ったりもします。この情報社会にあって、人として当たり前前に生活することに大きな困難を持つ失語症の人の人権確保は喫緊の問題として取り上げられるべきものと考えます。しかし、ICT は機器です。人間の言葉の繊細なニュアンスはやはり人間の介助があって、心を伝えることができるのではないのでしょうか。

失語症の意思疎通支援者が、今のような地域生活支援事業ではなく、失語症の方が当たり前前に生きる権利を守ることができる存在にまで昇華できないものかと期待し、各関係機関にお訴えしています。しかし、残念なことに、現実には法曹界にも民事裁判においてはオンラインでの開催を模索しているということですし、ますます、失語症の方にとっては生きにくい世の中になっていきます。

さらに、今度は進行性失語症の人に対する（いずれは認知症になってしまわれるのですが）その進行を少しでも投薬と並行して訓練することで、できることを維持しマイナスへの進行を遅らせて行くような、ICT 機器が開発できないかと考えています。進行性失語症は初中期には本人の自覚がある、衰えが自分で自覚できるのでとても残酷です。でも多くの若年性認知症進行性失語症の方は喘ぎながらもご自分の存在を少しでも長く自覚できることを必死に確保するべくもがき苦しんでいます。失語症も同じですが、回復期病院を退院後でも失語症は生活の中でも継続的に言語機能の訓練を重ね、社会参加の機会を多く保つ場面があれば10年20年のスパンでも回復していきませんが、進行性失語症は回復することがありません。日々の訓練で達成感を得ること保ちながら自身の意識を保ち生活できていく時間を少しでも長く保てるようなものがない方策はないものかと思えます。

いずれにしても、ある日突然襲い掛かる「脳卒中や脳外傷等の後遺症」である失語症という症状の現実に向かい、抗いながら生きていく日本全国50万人余りも存在する失語症の方の支援が人権という一番大事なところで欠如している現実にとっても深く憂いを感じます。失語症の方々の尊厳をいかに守り、人権を確保していくか大きな論点でもあります。大きな視野でみていけば、この問題は、発達障害の方や、精神障害等の方々、そして若年性認知症（進行性失語症）の方々にも同じようなことが言えるのではないかと思います。

日本全国のコミュニケーションに困難のあるすべての方々に、人権が保障され、だれも取り残されない、当たり前の生活が実りますことを心から願うものです。

第6回チーム医療推進学会 一般演題(セッション 1)

【セッション 1】(14:30～15:25)

座長 チーム医療推進協議会 理事 児玉 直樹

1. 橋出血による閉じ込め症候群一症例を通した後輩教育と意思決定支援
医療法人社団苑田会 苑田第一病院 遠藤 貴之
2. 令和6年能登半島地震1.5次避難所における
多職種連携による災害支援の一考察
石川県医療ソーシャルワーカー協会 河原久美子
3. ミクロ実践からの出発～ソーシャルアクション実践報告
西岡病院 医療介護相談センター 横田 法律
4. よりよい意思決定支援を目指す多職種チームによる取り組み
～公認心理師/臨床心理士としての学びから～
飯塚病院 松尾純子
5. リウマチチーム医療を通して実感した多職種連携協働の価値
地方独立社会医療法人明和会 中通総合病院 塩谷 行浩

【演題名】橋出血による閉じ込め症候群一症例を通した後輩教育と意思決定支援

【発表者・共同発表者】遠藤 貴之¹、畠山 花菜¹、山田 理史²

【所属】医療法人社団 苑田会 苑田第一病院 リハビリテーション部 ¹、【所属】苑田第一病院 医療連携室 医療ソーシャルワーカー²

【背景】意思決定支援は、どのような状態であっても本人の意思があり・決める力があるという前提に立って、治療や転帰について当事者の意思決定を基本とすることが重要とされている。一方、脳卒中患者では、意識障害・高次脳機能障害・認知機能障害・その他神経症状を伴い意思確認・疎通が困難な場面が多く、患者に代わり家族が代理意思決定を行うことも多々あるため、我々療法士から家族・関係者への情報提供や協力は重要と思われる。しかしながら、そもそも意思決定支援のプロセスや技術は、経験の浅い療法士には難しさもあり、患者の状態を評価しながら家族・関係者に評価結果を分かりやすく伝える過程は、試行錯誤しながら取り組んでいるのが現状と思われる。今回、後輩言語聴覚士（以下 ST）への OJT を実施、コミュニケーション能力を評価して主治医・MSW・家族へ情報提供することで回復期病院へ転院となった橋出血による閉じ込め症候群の一症例を後輩教育・意思決定支援の観点から報告する。

【症例】30 歳代 男性 診断名：橋出血 既往歴：高血圧 痛風 喫煙・多飲酒歴あり。第 52 病日に当院に転院 第 61 病日に胃ろう造設 両上下肢に運動障害あり 指示動作困難 瞬目・追視あり 気管切開（第 17 病日）のため口形含め表出なし ADL 全介助であった。転院翌日から PT・OT・ST 開始、担当者間の転帰予測としては療養型病院とのことであったが、病巣から閉じ込め症候群が疑われたため、OJT で後輩 ST と介入することとした。【方法】①脳画像の確認 ②コミュニケーション面の評価 ③コミュニケーション方法の確立 ④他職種・関係者へ情報提供について OJT を実施した。適宜、医師・病棟看護師・MSW・家族へ進捗状況・評価練習結果を報告した。【結果】脳画像の確認と、フィジカルアセスメント、コミュニケーションのための残存機能評価、言語評価を通じて閉じ込め症候群と評価した。コミュニケーションは上方への眼球運動と閉眼で A4 半分サイズの 50 音表を使用することで可能なことが分かった。意思伝達が叶うと涙する場面が見られた。そして、段階的な練習方法と環境調整、他職種や家族への情報共有を後輩 ST と一緒に実践した。MSW は ST の実施しているコミュニケーション場面の動画を撮り家族・関係者と共有してくれた。病棟看護師は YES/NO 反応の確認のみにとどまったが ST 場面では文レベルの意思疎通が可能となった。第 76 病日に回復期病院へ転院となった。【考察】ST は認知・コミュニケーションと食事の専門家であるが、深い専門性（ミクロの視点）と広く生活や人生の支援（マクロの視点）といった 2 つの軸が重要と思われる。今回、OJT によって ST としての専門的な評価と情報共有によって、より良い転帰といった意思決定支援の一助になることで 2 つの軸について経験が得られたものと考ええる。

【演題名】令和 6 年能登半島地震 1.5 次避難所における

多職種連携による災害支援の一考察

【発表者・共同発表者】河原久美子¹ 林真紀²、原田とも子³

【所属】¹石川県医療ソーシャルワーカー協会 ²石川県医療ソーシャルワーカー協会、やわたメディカルセンター、³日本医療ソーシャルワーカー協会、武蔵野大学大学院

【目的】

令和 6 年能登半島地震の発生後、2 次避難所への一時的な受け入れ先として設置された「いしかわ総合スポーツセンター」等の 1.5 次避難所には、ピーク時には 508 人が避難した。日本 MSW 協会および石川県 MSW 協会は 135 名（延べ 938 名）の会員（以下、MSW）を 1 月 22 日から 1.5 次避難所が閉鎖される 9 月末まで派遣し、災害支援活動を行った。1.5 次避難所での医療ソーシャルワーカー（MSW）の活動における、多職種連携（以下、連携）の取り組みを整理し課題を考察する。

【方法】

日本 MSW 協会 1.5 次避難所統括責任者 1 名と定期的に活動した石川県 MSW 2 名が、MSW の活動記録、会議の記録、日報等から連携に関する内容を抽出し、評価表に基づき連携に必要な事項、連携の具体的な取り組み、連携の困難さ・気づきを記述した。上記 3 名によるディスカッションにより、課題を考察した。

【結果】

連携に必要な事項：「MSW の役割の明示」「支援ケースの発見」「外部機関の窓口の一本化」「依頼を受ける仕組み」「基本情報共有」「情報共有によるアセスメント」「多職種との連携による支援」等の 9 点だった。

連携の具体的な取り組み：1～2 月には「MSW へのニーズの把握」「アウトリーチにおける連携」「介護保険意見書作成援助」「避難所の支援体制の把握」、3 月以降は「個別退所支援（以下、退所支援）の連携協働」「全ケース会議での計画立案」「多様な機関を活用した連携」「被災地との連携」「2 次避難所との連携」、全期間では「避難所運営への専門的見解の共有」「退所支援への専門的見解の共有」「受診調整」等の合計 13 点だった。

連携の困難さ・気づき：困難さは「各団体の情報の不一致あり確認が必要」「既存の窓口に該当しない対象者への対応」「他職種の対応状況の把握」「全ケース会議に時間がかかる」等の 5 点だった。気づきは「MSW のスクリーニング項目が未整備」「全体会議が重要」「全ケース会議は有効」「被災地の相談窓口に配置された MSW との連携」等の 6 点だった。

【考察】

平時と違い電子媒体の共有記録がない 1.5 次避難所では、県職員主導の全ケース会議が情報共有を深め、連携を促進した。全ケース会議により MSW は対象者の抽出ができ、複合的課題を抱えた対象者の支援をするようになった。一方、全ケース会議には時間がかかり対象者が多いときには実施に限界があった。

MSW が支援対象者を早期に発見するなど、より効果的に機能するためには、初動の避難所運営フローに MSW の役割と、他職からの依頼の仕組みの明示が重要と考える。MSW 協会はそれらを初動時に提示できるよう、災害支援体制を整備する必要がある。

さらに、避難所内の支援者間の情報の差を解消し、効率的に情報を共有し連携をするためには、多職種で利用できる電子媒体を利用した記録共有ツールの開発が必要と思われた。

【演題名】 ミクロ実践からの出発～ソーシャルアクション実践報告～

【発表者・共同発表者】 ○横田法律¹、田附悠子¹、前川美奈¹、平川千笑¹、中村流星¹

岡村紀宏¹、澤田格²、

【所属】 西岡病院 医療ソーシャルワーカー¹、【所属】 西岡病院 医師²

【背景】 高齢者の人口増加に伴い、誤嚥性肺炎による入院が増加することにより、食事形態や姿勢・介助方法などを理由に退院が困難となる事例を数多く経験している。

【目的】 人生の最終段階において、最期の時まで「食べたい・飲みたい」という個々のミクロ実践からの思いを叶えるため、院内外へメゾ～マクロレベルの積極的ソーシャルアクションを行った。今回、自らの日々の実践から地域課題の抽出とそれを解決したソーシャルアクションの共有を目的とする。

【方法】 当院で行った誤嚥性肺炎予防および意思決定支援を目的とした摂食嚥下に関する取り組みから、その導入に向けて行ったソーシャルアクション実践について報告する。

【取組み】

メゾ①：2018年8月

地域の医療機関や介護保険施設等で提供される嚥下調整食の名称や内容について比較検討をするために「嚥下調整食試食会」を開催した。

メゾ②：2018年10月

院内の嚥下調整食に関して「病院食名称等整理プロジェクト」を立ち上げ、医師・看護師・言語聴覚士・管理栄養士・医療ソーシャルワーカー等で課題抽出、課題解決を行った。日本摂食嚥下リハビリテーション学会「嚥下調整食分類」を基準とし、ソフト食の採用、食事内容記載方法の統一、補助食品の整理・調整、院内外への活動報告・広報等を行った。

メゾ③：2023年4月

摂食嚥下支援チーム（西岡嚥下安心チーム 通称 N-EAT エヌ-イート）を立ち上げ、嚥下機能検査業務の効率化を行うとともに、摂食嚥下評価入院を開始した。

マクロ①：2021年度、2023年度

「とよひら・りんく（札幌市豊平区西岡・福住地区在宅医療連携拠点事業推進協議会）」において、年4回の研修を「食支援」をテーマに実施し、人生の最終段階における意思決定支援と関連付け研修をなった。結果的に関連施設からの誤嚥性肺炎入院が減少した。

マクロ②2024年9月第9回日本アドバンス・ケア・プランニング研究会年次大会で「嚥下機能障害とACP」をテーマとするシンポジウムを企画し、医師をはじめとした医療従事者だけでなく、シンポジストに弁護士を交えて法的側面からディスカッションを実施した。

【結論】 常にメゾ・マクロの視点を持ちながらミクロ実践を行うことで、地域課題を見出すことと課題解決に繋げることが出来た。また「メゾ+マクロ」で活動の組み立てを行うことで、ミクロ実践の質が向上したことを実感した。自らの日々の実践から感じている課題を組織に働きかけることで、同じ思いを持つ仲間を見つけることができ、一緒に取り組める環境が生まれる。このような取り組みは、人生の最終段階における「食べたい・飲みたい」という個々の思いに寄り添い、諦めない支えを継続して実践できると確信している。

【演題名】 よりよい意思決定支援を目指す多職種チームによる取り組み

ー公認心理師/臨床心理士としての学びからー

【発表者】 松尾純子¹

【所属】 飯塚病院¹、

【目的】

A 病院の多職種による意思決定支援について特徴を振り返り、公認心理師/臨床心理士としての学びから、よりよい多職種カンファレンスのポイントを考える。

【背景】

チーム医療における多職種による治療方針の設定や意思決定支援はカンファレンスの形がとられることが多いが、リーダーシップを求められる職業柄医師主導となりやすく、多職種側からすると発言が容易でないとも言われている。そのため多職種が同席するカンファレンスはあっても、それぞれの職種の特色が反映されているという報告はまだ多くない。

【方法】

A 病院の意思決定支援の取り組みの特徴を振り返り、公認心理師/臨床心理士（以下心理師）の学びを通して、今後に向けてよりよい多職種カンファレンスのポイントを抽出する。

【結果】

カンファレンスと多職種による意思決定支援における心理師の学びから、以下のポイントを抽出した。カンファレンスにおいては、3 stage を用いた治療方針の設定により全体のロードマップが明らかとなり思考の方向性が示され、各職種の専門性が統合されやすい仕組みとなっていた。また、チーム医療推進協議会模擬カンファレンスの手法（「もし自分の職種がこのケースに関わっていたとしたら、どのようなアセスメントにつながるか」）を取り入れ各職種の発言が促進されていた。意思決定支援については普段の心理師の関わりをシナリオに起こし、医師・SW と協働して重症患者家族対応対応メディエーター対応の映像教材を作成していた。作成過程で職種ごとの視点の相違を含むディスカッションを通し相互理解が深まっていた。

【考察】

外部研修で得た知見を多職種カンファレンスに反映させることで、多職種の発言に対するハードルが下がり、対話の促進につながった（フレームワークやスキルの共通言語的活用）。意思決定支援の映像教材協働制作過程におけるディスカッションは、相互補完的に視点を補うことでより本人の価値にそった意思決定支援につながっていると考ええる。心理師の普段の家族との関わりを動画にして解説を加えることで、多職種によるエデュケーションシェアにつながると同時に、専門性の再確認につながった。

【まとめ】

発言機会を得ることができれば、職種ごとの捉え方や価値観の相違についても明らかになり相互理解が深まってより豊かな患者・家族の理解につながっていく。より充実したカンファレンスのためにはファシリテーターのスキルと参加者の意識が必要であり、効奏するとより真の意味に近い形で多職種カンファレンスや意思決定支援がなされ、より質の高い医療の提供につながると考える。

【演題名】リウマチチーム医療を通して実感した多職種連携協働の価値

【発表者・共同発表者】塩谷 行浩¹、佐藤 光²、桑原 京子³、高橋 真実⁴、坂本 優子⁴、
伊藤 智子⁵、渡辺 夏希⁵、渡辺 美咲⁵、田口 はな子⁶、
館岡 希望⁶、杉村 祐介⁷

【所属】¹中通総合病院 医療福祉相談室、²中通総合病院 整形外科、
³中通総合病院 臨床検査課、⁴中通総合病院 薬剤部、⁵中通総合病院 看護部、
⁶中通総合病院 医療秘書課、⁷秋田労災病院 整形外科

【目的】関節リウマチ診療はパラダイムシフトと称されるように、近年治療が飛躍的に進歩し、患者を取り巻く環境が大きく変化している。治療効果の高い薬剤の登場は、患者のQOLを向上させたが、高額な医療費負担や自己注射薬使用に対する不安等、多職種による支援を必要とするケースが少なくない。本報告では、チーム医療実践の中で感じた多職種連携協働の価値を明らかにし、関節リウマチ診療におけるチーム医療の重要性を考察する。

【方法】リウマチチームの実践について報告し、チームアプローチが奏功した一事例に対しては事例研究法の手法を用いて質的研究を行い、チーム医療の重要性を考察する。なお事例は匿名化等の倫理的配慮を行い、発表については所属部所長の承認を得た。

【実践報告】当院では4年程前にリウマチチームを結成し、月1回のカンファレンスを開催している。参加職種は医師、看護師（外来・病棟）、薬剤師、臨床検査技師、メディカルクラーク、医療ソーシャルワーカーである。1回30分、各職種が持ち寄った3ケース程度の情報共有と支援方法の検討を行い、協議した方針を基に実際の患者支援を行っている。

【事例】50歳代女性。X-6年に自宅近隣の診療所で関節リウマチと診断。生物学的製剤治療を提案されるも希望せず、痛みが出てきたら受診するという対症療法的な治療しか受けていなかった。X年に手の変形から生活に支障が生じた事で当院受診。再度、生物学的製剤の治療を提案されたが「経済的に苦しい」と話されたため、医療ソーシャルワーカーが介入して、制度活用の説明を行い、費用負担が可能であることを確認し、治療導入予定となった。しかし暫く経っても治療導入に踏み切られず、症状がさらに進行したため、改めてアセスメントを実施した結果、単に経済状態が悪いということではなく、治療の意義が分からない中で多額の治療費を払いたくないという思いが根底にある事が分かった。ここでリウマチチームカンファレンスを実施し、課題に対して多職種からのアプローチが必要であると判断した。看護師は疾患理解の促進、薬剤師は薬剤の効果や副作用、使用方法等の説明を実施し、治療の意義を感じてもらえるように働きかけを行った。その結果、患者自ら治療を受けたいとの意向が聞かれるようになり、最終的に生物学的製剤を用いた治療導入に繋がった。

【結果・考察】各職種が専門性を発揮し、チームとして多職種協働でアプローチしたことで、患者が治療を拒む本当の理由に向き合い、本質的な課題解決につながったと考えられる。このように関節リウマチ診療においては、多職種による関わりが、患者の不安軽減や課題解決に有効に働くと考えられる。また協働的意思決定支援を支える機能を有することがメディカルスタッフによる多職種連携協働の価値であり、チーム医療の重要性を高める要因になっているものだと考える。

【セッション2】(15:30～16:25)

座長 チーム医療推進協議会 理事 深澤 恵治

6. 行動分析学に基づく専門職間のラポール構築とその評価

国際医療福祉大学 渡辺 修宏

7. ストーマケア獲得に向けた作業療法の取り組みと多職種連携

東京都立病院機構 東京都立荏原病院 大村 隼人

8. 糖尿病チーム医療における新たな取り組み

～糖尿病管理チームと糖尿病動画チャンネル～

獨協医科大学埼玉医療センター 臨床検査部 小関 紀之

9. 糖尿病チーム医療における臨床検査技師の多職種連携への取り組み

岡崎市民病院 医療技術局 夏目久美子

10. 教育機関との連携による児童生徒への健康支援

東京脊椎クリニック 渡邊 祐介

行動分析学に基づく専門職間のラポール構築とその評価

Building and Evaluating Rapport between Professionals based on Behavior Analysis

渡辺 修宏¹

国際医療福祉大学¹

【背景】 今日の医療、保健、福祉などのヒューマンサービスの領域では、多くの専門職等がなんらかの連携をとるのが常となりつつある。それは、医療のテーマごとに専門職がチームを組んで互いに協力しながら治療やリハビリテーションにあたるチーム医療であろうと、医療・介護・福祉にかかわる専門職がチームとなって連携して患者様に質の高いケアを提供する多職種連携であろうと、変わらない。そして、そのような多職種協働の礎になるのが、専門職間のラポールである。

【目的】 本研究の目的は、チーム医療及び多職種連携の要ともいえる専門職間のラポールに焦点をあて、その再現性、反証可能性、客観的評価に耐えうる捉え方について理論的に探求することである。すなわち、Evidence-Based Practice (EBP) の観点から、連携における専門職間のラポール構築とその評価について検討する。

【方法】 本研究は、radical behaviorism (徹底的行動主義)、または functional contextualism (機能文脈主義) を哲学的基盤とする Behavior Analysis (行動分析学) に基づき、チーム医療及び多職種連携の具体的展開の一過程を捉えて、ラポールの実践概念、分析および運用方略を理論的に検討する。

【結果】 チーム医療及び多職種連携に参加する専門職間のラポールは、それぞれの専門職がそれぞれの立場から、主観的、あるいは形而上学的概念的に評価することが少なくない。それがゆえに妥当性や客観性が確保されにくい。しかし、行動分析学の知見に基づいて専門職間のラポールを行動翻訳すると、その事態を科学的に捉えられようになった。すなわち、特定の環境条件下 (antecedent) における特定の行動 (behavior, 行為・反応) と、その行動の結果事象 (consequence) という、時空間的に系列している 3 項目を、形態ではなく機能的関係 (関数関係) として一元化した評価 (三項随伴性, 3 term-contingency) であった。その結果、どのような随伴性がラポールの有無や程度に影響しているかを絞り込めるようになった。そして、それらの随伴性を、増加増大、低下低減、消去、生起または変容させるかが、ラポールの具体的な運用方略となった。

【考察】 チーム医療及び多職種連携に参加する専門職はそれぞれ異なる立場 (所属機関および部署、職位・権限、業務範囲、役割等) におり、当然、それぞれが担う業務内容にも差異がある。そのような違いは軽微なものではないため、専門職間でのラポール構築を図ろうとする時、随伴性は複雑化する。つまり、ラポールは常に多重評価されるのであって、一方にとっては十分なラポール構築 (と評価できる随伴性) であっても、他方ではそうではないと評価されることも生じやすい。したがって、複雑な相互随伴性 (inter-contingency) の分析を実施するとともに、それらを「三方よし」となる随伴性に制御することは決して容易ではない。今後、さらなる研究が求められよう。

【演題名】 ストーマケア獲得に向けた作業療法の取り組みと多職種連携

【発表者・共同発表者】大村 隼人¹、宮崎 亜希子¹、小泉 満希子²、平井 薫²、尾花 正義¹

【所属】東京都立荏原病院リハビリテーション科¹、【所属】東京都立荏原病院看護部²

【はじめに】

本邦における大腸がんの年間診断数（2020 年）は 147,725 件である．また，年間約 25,000 件の永久ストーマが造設され，その件数は徐々に増加している．今回，ストーマケア（以下，ケア）の獲得に難渋した高齢女性に対し，作業療法士を含めたチームアプローチを行うことで，ケアの獲得につながった症例を経験したので報告する．

【症例紹介】

80 代後半女性で息子と同居．入院前の ADL は自立していた．X 年 Y 月 Z 日に直腸癌の手術目的で入院し，腹腔鏡下低位前方切除術を受けた．Z+4 日に縫合不全から腹膜炎となり，腹腔内洗浄ドレナージと人工肛門造設術が行われた．作業療法開始時の所見では，握力が右 5.7kg 左 7.7kg，簡易上肢機能検査は右 52 点左 68 点であり，複視を認めた．精神機能は Mini-Mental State Examination（以下，MMSE）で 25 点であった．ADL は FIM が 96 点（運動 66 点認知 30 点）であった．

【経過】

術後はせん妄が出現し，ADL は食事，整容以外一部介助レベルとなった．Z+7 日よりストーマ内便破棄（以下，便破棄）練習を開始したが，複視・手指巧緻性低下により遂行困難であった．Z+16 日に便破棄自立を目的に作業療法を開始した．上肢機能評価の結果を皮膚・排泄ケア認定看護師と認知症認定看護師と共有し，ストーマ装具（以下，装具）の排泄口の形状選択や症例の理解に合わせた指導方法を病棟看護師へ伝達するのに活用してもらった．さらに，理学療法士，病棟看護師と協力し病棟でも手指巧緻性練習や歩行練習を実施した．徐々に手技は向上するも症例の自己不全感が強く便破棄は介助を要する状態が続いた．Z+39 日装具の要所に赤い目印をつける工夫と手指巧緻性改善により病棟でも便破棄が可能となった．Z+73 日に自宅退院した．

【結果】

握力が右 5.2kg 左 9.6kg，簡易上肢機能検査が右 78 点左 85 点であった．複視は継続していた．精神機能は MMSE が 29 点であった．ADL は FIM が 121 点（運動 86 点認知 35 点）であった．ケアは，便破棄が自立，装具交換は息子が実施することになった．

【考察】

山本らは，ケア確立困難要因を，75 歳以上，日常生活自立度の低下，理解力低下，視力低下，手指巧緻性低下，上肢麻痺，術後回復遅延，ストーマ合併症，悪性腫瘍としており，本症例の状態に該当する．また，ADL 低下や便破棄の失敗体験による自己効力感の低下もケア獲得に難渋した一因と考える．本症例に対しては，上肢機能評価と道具・訓練の工夫，歩行練習方法の指導，ストーマ管理，せん妄の評価と指導といった各種専門職の知識を統合し，それを実際に対応する病棟看護師と共有するとともに，出来たことをポジティブフィードバックすることで自己効力感の向上を図った．このアプローチが，症例の意欲・機能を引き上げ手技獲得につながったと考える．

糖尿病チーム医療における新たな取り組み

～糖尿病管理チームと糖尿病動画チャンネル～

小関紀之、山田 晃聖、田崎 翼、藤代 政浩、中島あつ子、党 雅子、春木 宏

獨協医科大学埼玉医療センター 臨床検査部

【目的】

当院では糖尿病チーム医療の新たな取り組みとして、糖尿病管理チーム（Diabetes control team:DCT）を立ち上げた。主に手術目的で入院中の血糖コントロール不良患者の周術期血糖管理を目的として活動を開始した。また、糖尿病の基本的な知識の取得を目的とした「糖尿病動画チャンネル」を開設したので報告する。

【対象と方法】

DCTは医師3名、糖尿病看護認定看護師1名、日本糖尿病療養指導士の資格を持つ薬剤師、臨床検査技師、管理栄養士の各1名で構成し、週1回のカンファランスで介入症例を供覧している。DCT介入の絶対的適応は①1型糖尿病、②膵性糖尿病、③糖尿病ケトアシドーシス、④高血糖高浸透圧症候群⑤腎移植とし相対的適応はインスリン使用例、あるいは入院時HbA1c8%以上の症例とした。電子カルテ上にDCT介入のための専用入力画面を作成し運用した。

糖尿病動画チャンネルは、初期教育を目的にし、主タイトルは「はじめて糖尿病と指摘されたあなたへ」とした。糖尿病チームの各職種から初期教育に必要な内容をできるだけわかりやすくまとめ、PowerPointを用いて動画を作成した。短時間で完結できるように1動画5分程度とした。動画は、①糖尿病との付き合い方（看護師）、②食事療法（管理栄養士）、③検査について（臨床検査技師）、④糖尿病の合併症（医師）⑤運動療法（医師）⑥シックデイについて（医師）の6タイトルを用意した。動画の配信についてはYouTubeを利用し、案内ポスターを作成した。各動画にはQRコードからアクセスできるようにして、病院内に掲示した。外来では、診察などの待ち時間に利用してもらい、入院時は糖尿病教室の予習、復習に役立てている。YouTubeを利用しているため、院内院外のどこからでもアクセスが可能である。

【結果および結語】

DCTの立ち上げにより、入院患者のより質の高い血糖管理が可能となった。周術期、ステロイド使用時、出産時の血糖管理マニュアルが作成され、治療の質の均一性が担保されるようになった。糖尿病動画チャンネルは僅かな時間を活用し、必要な知識を提供できるため、受診時の待ち時間や入院中の空き時間などで利用されている。公共の場では音声流せない点や患者の理解度が把握しにくい等の問題点が挙げられ、今後は字幕付きの動画作成や理解度の確認などチャンネルを充実し、さらなる活用を考えている。

【演題名】糖尿病チーム医療における臨床検査技師の多職種連携への取り組み

【発表者・共同発表者】夏目 久美子¹、三浦 恵子²、吉田 照美²

【所属】岡崎市民病院 医療技術局¹、看護局²

【背景】当院は地域医療や救急医療の中核的役割を担う 680 床の高度急性期総合病院である。糖尿病関連では 1988 年に糖尿病教室を開始、2004 年に糖尿病チーム医療構築を開始、2008 年 CDE 外来・フットケア外来開設、2015 年糖尿病センター開設という歴史がある。現在、糖尿病看護認定看護師 2 名、CDEJ31 名の糖尿病チーム医療体制が整っており、各職種に活躍の場が広がっている。臨床検査技師としては、糖尿病教室担当に加えて、2003 年血糖自己測定関連一括管理・手技指導、2008 年神経伝導検査時のフットチェック、2010 年検査値と病態、検査結果の解釈に関する指導（以下、検査指導）と業務を拡大し、臨床検査室内生理検査室の一室で行ってきた。現在、糖尿病治療支援担当者は 7 名で、当番制である。

【治療支援場所の変更】2015 年糖尿病センター開設以降は、各職種の治療支援は糖尿病センター内で行うこととなり、技師も呼び出し対応される仕組みとなった。現在、糖尿病センターには看護師、管理栄養士、臨床検査技師、理学療法士が外来時間帯にはほぼ常駐しており、臨床検査室で糖尿病治療支援業務を行っていた時よりも有効な多職種連携ができています。

【主な取り組み】DPN チェックによる腓腹神経伝導検査前の問診とフットチェックで、足趾の変色や変形、巻き爪、踵ひび割れなどあればすぐに看護師に連携し視診とフットケア実施。検査指導は入院中の検査結果の説明と生活支援であるが、重点項目については症例検討会の中で他職種から依頼。他職種による指導中に血糖測定や検査の質問があれば、回答または同席して説明を実施。SMBG 指導や CGM 導入などの技師による指導中でも、患者の認識や質問の内容によっては他職種からサポートをもらう、など患者が指導場所を移動せずに連携できることがメリットである。また、血糖 POCT 精度管理、検査結果の確認、患者からの電話問合せなども行っている。

【今後の展望】厚生労働省・チーム医療の推進に関する検討会チーム医療の基本的な考え方から抜粋すると、「チーム医療＝有機的連携」であり、それは「各々の高い専門性を前提に目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」と記している。われわれは、「他の職種はどのような指導や支援を行っているのか」を知ることで、これからの医療に求められる臨床検査技師を目指したいと考える。多職種と同じ現場で治療支援を行う環境では、他職種の支援内容を身近で聴くことができ、情報共有や患者への寄り添い方など学ぶところが大きい。人員と診療報酬の点から臨床検査技師が糖尿病チーム医療の中に完全に常駐することは多くないが、チーム医療の一員として貢献する臨床検査技師が増えていくことを期待している。

教育機関との連携による児童生徒への健康支援

渡邊 祐介^{1・2}、齋藤 弘樹^{1・3}、森本 孝則^{1・4}、鈴木 享之^{1・5}、板倉 尚子^{1・6}

東京都理学療法士協会スポーツ局¹、東京脊椎クリニック²、大橋病院³、安全教育株式会社⁴、長汐病院⁵、日本女子体育大学⁶

【目的】教育機関では児童生徒の健康課題に対して取り組みを行っているが、さまざまな課題を抱えている。本調査では、今後、教育機関との連携強化のために、それらの課題と理学療法士に対するニーズを明らかにすることを目的とした。

【背景】文部科学省は、児童生徒の運動器に関する課題を指摘している。「体力低下から運動に対する二極化」「体を思い通りに動かす能力の低下」「肥満傾向の子どもの割合が増加から将来の生活習慣病につながるおそれ」「社会全体にとっても無視できない問題である」としている。東京都理学療法士協会スポーツ局では、教育機関から寄せられる児童生徒のケガ予防や運動についての相談や依頼に対応し、学校保健事業に取り組んでいる。

【方法】対象は東京都理学療法士協会スポーツ局へ相談のあった東京都内の教育機関および行政機関とし、調査期間は2023年1月から2024年12月とした。調査方法はヒアリングシートを活用し、学校名、依頼内容、講座の形式、実施日、実施対象と人数を聴取し、集計を行った。

【結果】相談・依頼の件数は2023年15件（10施設）、2024年19件（16施設）であった。依頼内容の内訳は、幼稚園・保育園3件、小学校21件、中学校5件、高等学校1件、その他2件であった。対象者別では、児童生徒向け21件、教諭・保護者向け10件であった。対応内容は、児童生徒向けでは体力測定の補助4件、走・跳・投動作の指導3件、姿勢教育3件、その他7件であった。教諭・保護者向けでは、姿勢教育4件、スポーツ障害予防教室3件、体力測定の事後措置2件、その他2件であった。

【考察】教育機関から寄せられる体力や運動に関する相談・依頼は増加傾向にある。この背景には、コロナ禍の影響もあり、体力低下が社会全体の課題として顕著になったことが挙げられる。また、依頼内容は多岐にわたっていた。これは文部科学省が指摘するように、児童生徒の体力低下がさまざまな要因によって引き起こされていることを示唆していると考えられる。さらに依頼内容を対象者別に分類すると、姿勢や走・跳・投動作、スポーツ障害への対応についての項目が共通して多い傾向となった。これらの結果は教育機関ごとや世代ごとの課題に応じた支援の必要性を示している。

【結論】本調査では、教育機関からの相談や依頼が増加傾向にあり、児童生徒の体力低下および運動能力に関する課題が深刻化していることが示された。理学療法士へのニーズは、姿勢教育、基礎的な運動能力向上、スポーツ障害予防に多い傾向にあり、これらは児童生徒だけでなく、教職員や保護者にも共通して求められている事項であった。これらの結果は、理学療法士が学校保健事業や地域社会において果たすべき役割の重要性を示している。今後、教育機関や行政機関との連携をさらに強化し、多様なニーズに応じた支援体制を構築することが重要であると考えられた。



チーム医療推進協議会
公益社団法人日本診療放射線技師会内
東京都港区三田 1-4-28 三田国際ビル 22 階