

# 当病棟における呼吸ケアカンファレンスの取り組み

## ～試行錯誤の1年間～

Respiratory care conference in Shinshu University Respiratory Center

～trial and error during one year～

飯田英明<sup>1)</sup>, 横山俊樹<sup>1, 2)</sup>, 渡辺みず貴<sup>1)</sup>, 堀内千恵子<sup>1)</sup>, 堀内淳子<sup>1)</sup>

江口隆<sup>1, 3)</sup>, 唐沢達典<sup>4)</sup>, 丸山陽子<sup>5)</sup>, 塩原まゆみ<sup>1)</sup>

1) 信州大学医学部附属病院 東6階病棟/呼吸器センター

2) 信州大学医学部 内科学第一講座

3) 信州大学医学部 外科学第二講座

4) 信州大学医学部附属病院 リハビリテーション部

5) 信州大学医学部附属病院 栄養管理室

要旨)

今回我々は、包括的呼吸リハビリテーションを実践するため、多職種を交えた呼吸ケアカンファレンスを設立した。初年度は32例を検討したが、運用上様々な問題点があった。参加者に対してのアンケート調査及び病棟会での話し合いを経て、運用について修正を行った。その後半年間で31例を検討したが、以前と比べて検討症例数及び参加者数の増加がみられた。また、通常業務の一環に組み込み、患者ケアの実際に結びつくようになった。

キーワード) 包括的呼吸リハビリテーション、カンファレンス、呼吸不全

I : 背景

当病棟では、2008年度より呼吸器内科、呼吸器外科の病棟を統一し、より呼吸ケアに特化した呼吸器センターを設立し、呼吸器領域における看護を実践している。更に呼吸ケアを充実したものとするため2009年5月より様々な職種に協力を依頼し、呼吸ケアに関するカンファレンスを行い、様々な問題を抱えた入院患者の呼吸ケアの方法、看護を検討することとした。開始当初から現在までの1年半を振り返り、検討を行った。これらの経験から得られた内容について考察を加え報告する。

## II. 研究方法

期間：2009年5月～2010年9月

### 1. 倫理的配慮

呼吸ケアカンファレンスの参加記録については、カンファレンス記録より後方視的に取得した。患者記録については個人情報特定できないように留意した。基本的に無記名として行い、記録の外部への流出防止のため厳重に保管した。

### 2. カンファレンス運営方法

毎月第1, 3, 5週の月曜17時より呼吸ケアに関するカンファレンスを信州大学医学部附属病院東6階病棟カンファレンスルームにて開催した。参加者は、看護師、呼吸器内科外科医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士とした。

提示症例は、担当看護師が受け持ち患者より選択し、呼吸ケアについて様々な問題があると判断した患者とした。検討する患者は、呼吸ケアカンファレンス提示用に作成した症例検討用紙（図1）に記載したうえでカンファレンスに提示した。記入内容は、現病歴、栄養状態の評価、ADL、リハビリテーションの状況、患者・家族の希望などとした。

Figure 1

Figure 1 shows two forms used for case review in a respiratory care conference. The left form is titled '呼吸ケアカンファレンス 症例検討用紙' (Respiratory Care Conference Case Review Sheet) and contains fields for patient name, age, sex, body condition, and ID number, followed by a section for '病歴 (ADL, 栄養も含めて)' (Medical History (including ADL and nutrition)) and '現在の栄養状況 (LDL, BUN, Cr, 血清蛋白など)' (Current nutritional status (LDL, BUN, Cr, serum protein, etc.)). The right form is titled '呼吸ケアカンファレンス 症例検討用紙' (Respiratory Care Conference Case Review Paper) and contains a large '問題点' (Issues) section, followed by '栄養リハビリの状況' (Status of nutritional rehabilitation) and 'リハビリリハビリの状況' (Status of rehabilitation), a '総合評価' (Overall evaluation) section, and a 'その他' (Others) section.

### 3. 統計解析

データは平均値±標準偏差にて示した。パラメーター比較にはMann-Whitney U検定を用いた。それぞれ危険率5%未満(p値<0.05)をもって有意差ありとした。

## Ⅲ. 結果

### 1. 期間①：(2009年5月～2010年3月)

2009年度の1年間で計32名の患者について症例検討を行った。検討された患者の内訳としては、呼吸器内科入院患者27名(肺癌11名、間質性肺炎10名、COPD4名、その他3名)及び呼吸器外科入院患者5名(術後肺合併症患者3名、難治性膿胸開創術患者2名)であった。医療職の平均参加人数は、医師1.8人、看護師8.5人、理学療法士1.0人、管理栄養士1.0人であった。

### 2. 期間①を振り返って

2009年度の1年間の経験から、どのように検討を行ってよいのか参加者の多くに戸惑いがみられた。まず、カンファレンスに提示された患者にばらつきが多く、参加医師などから「なぜこの患者が提示されないのか」と指摘されることもあり、十分に必要な患者を提示できていなかったのではないかと考えられた。この原因としては、検討症例は受け持ち看護師が検討症例を自分の判断で選択するようにしたため、提示する症例の基準がまちまちであったことが考えられた。さらに、検討した結果の評価方法も確立されておらず、十分に話し合いを行っても、内容が実際の呼吸ケア、看護への反映されないことも多いという問題があげられた。

また、参加者が一部に偏り、チームへの検討内容の伝達方法が確立していなかった。特に、隔週としたために、各部門への連絡の不備により、リハビリ部門等からの参加者が減少し、多職種でのカンファレンスを目指したが、医師、看護師以外の出席率が徐々に低下していった。

以上より、2009年度の問題点を整理するために、スタッフに対するアンケート調査の実施することとした。アンケート内容は、『1. どのような患者をカンファレンスで検討すべきか?』『2. 呼吸ケアカンファレンスの運営方法について』の2点に絞って意見を募った。

### 3. アンケート結果からわかったこと

まずどのような患者をカンファレンスで検討すべきか、という点に対しては、人工呼吸器装着中患者、栄養障害を呈する患者、在宅、退院に際して社会資源が必要と予測される患者、呼吸困難の強い患者、入院後明らかにPerformance Statusの低下がみられる患者、術前合併症ハイリスク患者、嚥下機能低下を呈する患者という回答がよせられた。結果を踏まえて、更に話し合いを重ね、患者選択基準をより明確に設けることとした。設定した基準は表1に示す。

表1. 呼吸ケアカンファレンスにおける患者選択基準 (2010 年度)

項目	内容
1) 人工呼吸器装着中患者	
2) 低酸素血症	安静時 PaO <sub>2</sub> 60Torr 以下
3) Performance status	3 以上
4) 労作時呼吸困難	MRC スケール 3 以上, Borg 3 以上
5) 栄養障害	BMI : 20 以下 体重減少 5%以上/1 ヶ月
6) 摂食嚥下機能低下患者	
7) 社会資源の活用が必要な患者	
8) 在宅酸素使用中患者	

運営方法については、主治医、担当看護師の参加が望ましい、カンファレンス前に検討内容・課題を各チーム内で明確にしておくべきでは？という回答が多く寄せられた。さらに、運営方法及び医師・看護師以外の出席率の低下に関して、病棟会で検討を重ねた。その結果、2010 年度から、呼吸ケアカンファレンスをルーチンワーク化として、運営を通常のリーダー業務の一部として取り入れることとした。特に、当日の司会、他部署へ連絡体制についてはリーダー業務の一環とすることで確実に実行体制を作った。

また、検討用紙の作成日を決め、検討用紙の作成についても指導體制を確立することとした。具体的には、カンファレンス前週の木曜日の各チームカンファレンスにおいて、患者選択基準を元に、担当看護師を中心に該当患者の症例検討用紙を記入し、提示症例の事前検討を行うこととした。これによってカンファレンス当日に、受け持ち看護師が不在であっても代理で提示することが可能となった。さらにチーム内での問題点の共有もできるようになった。症例提示に不慣れな看護師に対しても、チーム内でのサポート体制を確立した。

更に、記録についてのルール作り、チームへの伝達方法、看護計画への反映方法も業務として取り入れ、各患者の短期目標を設定することで実際の呼吸ケア・看護に反映し、評価も可能となるようにした。

#### 4. 期間② (2010 年度 4 月～9 月)

2010 年度 4 月からの約半年間で、検討人数 31 名と昨年度 1 年間とほぼ同数の患者が提示される結果となった。図 2 に示すように、検討患者数がほぼ倍増という結果となっており、これは、症例

提示をルーチンワーク化したこと、選択基準をより明確に設定したことにより、検討すべき患者の  
もれがなくなり検討患者数が増加したと考えられる。呼吸器内科、外科の検討患者の内訳としては、  
呼吸器内科入院患者 30 名（肺癌 11 名、間質性肺炎 9 名、COPD 7 名、その他 3 名）及び呼吸器外科  
入院患者 1 名（術後肺合併症患者 1 名）であった。

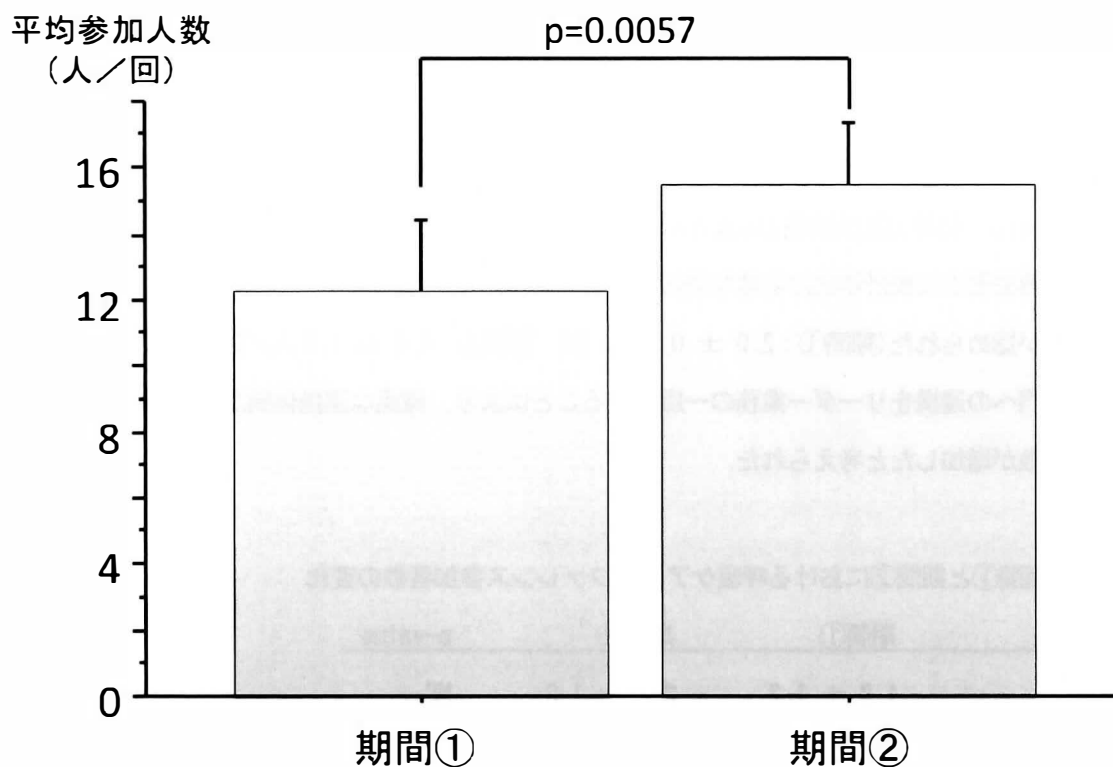
また、医療職の平均参加人数は、医師 2.2 人、看護師 8.7 人、理学療法士 4.6 人、管理栄養士 1.0  
人であった。期間①及び期間②の変化については表 2 に示す。期間①と期間②を比べて医師・看護  
師・管理栄養士に統計学的に有意な増加は認めなかったが、リハビリ部門の参加数は有意差をもっ  
て増加が認められた（期間①：2.0 ± 0.8 人/回、期間②：4.6 ± 1.3 人/回、 $p=0.0012$ ）。これ  
は他部門への連携をリーダー業務の一環とすることにより、確実な連携体制ができるようになり、  
参加者数が増加したと考えられた。

表 2. 期間①と期間②における呼吸ケアカンファレンス参加者数の変化

	期間①	期間②	p-value
医師	1.8 ± 1.2	2.2 ± 1.0	NS
看護師	8.5 ± 1.3	8.7 ± 0.5	NS
リハビリ部門	2.0 ± 0.8	4.6 ± 1.3	0.0012
管理栄養士	1.0	1.0	NS
合計	12.3 ± 2.2	15.4 ± 1.9	0.0057

数値の単位は人/回にて示した。

Figure 2



#### IV. 考察

呼吸リハビリテーションとは、呼吸器疾患によって生じた障害を持つ患者に対して、可能な限り機能を回復、あるいは維持させ、患者自身が自立できるように継続的に支援していくための医療と定義されている[1]。包括的呼吸リハビリテーションは原則としてチーム医療であり、専門の医療スタッフすなわち、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、ソーシャルワーカー、薬剤師、保健師などの参加により、あるいは必要に応じ患者を支援する家族やボランティアも参加し、行われるものである。また、呼吸リハビリテーションは一時的な介入ではなく、継続して行うことが重要である。当然ながら、呼吸リハビリテーションには呼吸器疾患による情緒的あるいは精神的障害に対する医療、栄養障害に対する介入、さらには社会復帰に向けての自立支援も含むものである。このように、様々な方面からの多面的評価・介入が重要であり、包括的呼吸リハビリテーションと呼ばれている[2]。

過去の我々の現状では、リハビリテーションを包括的に対処しようとする考え方が、スタッフに十分に浸透してはいなかった。単に臓器の障害という視点にとどまり全人的、包括的でなければならないことが十分に認識されていなかった。それは、多くのスタッフに『リハビリテーション＝運

動療法』という認識が強く、リハビリテーションの内容を限定した一部のみでしか行えていなかったと考えられる。大学病院という特殊な背景もあったが、我々の施設では、以前より各職種が縦割り医療として個別にカンファレンスを実施しており、十分に連携が取れていなかった。

呼吸リハビリテーションにおいて、リハビリテーションは理学療法のみで成り立つのではなく、きちんとした薬物療法、食事療法、患者教育、カウンセリングなどをセットにしたメニューとして行われることでその威力が倍増することが知られている[3]。我々も呼吸器センターという部門が設立されたことをうけ、呼吸ケアをより進歩させるためには多職種による連携が重要と考え、実際に包括的呼吸リハビリテーションを実践したいと考えた。これを踏まえて、まず、カンファレンスを行うことで各部門の連携を図るため、当呼吸器センターにおいて呼吸ケアカンファレンスを設立した。

実際にスタートしてみた呼吸ケアカンファレンスは、試行錯誤の連続から始まった。初年度（期間①）においては、特に、運営方法、患者選択に関する戸惑いがスタッフに多く見受けられ様々な課題があった。担当看護師自身が、患者を包括的な観点から問題点を見出すことが困難であった事、カンファレンスを運営するにあたり他職種との連携をどうこなしていくかについてである。対象となる患者の問題は単一であることはまれであり、1人の患者には様々な問題が存在することが多い。このため、担当看護師自身が対象患者を導き出すことが困難となっていた事も要因である。また、更にこのようなカンファレンスを行うこと自体が不慣れであり、運営する側としてもどのように司会し、カンファレンスを導くことが難しかった。症例を提示する側も同様の問題を抱えており、看護師間での指導体制を確立することが必要であった。これらの問題に対して我々は様々な対応を考えた。まずは明確な患者選択基準を設けることによって、各スタッフが容易に患者を選択することができるようになった。カンファレンスの運営を、リーダー業務に取り入れたことにより運営が確実となり、検討患者数・参加医療職の増加が認められた。患者選択基準や運営方法の整備を行ったことにより多くの職種によるカンファレンスは円滑にとり行われるようになった。

今後はこのようなチーム医療の中で、いかにして看護師が役割を果たしていくか、という点が重要であると考えられる。一般に、チーム医療の形態はtransdisciplinary(トランスディシプリナリー：学際的、分野横断的、学融合的で異なる職種の人々が共有しながら取り組む)な形態が1番効果的であるとされている[4]。呼吸ケアカンファレンスにおいて多職種で関わっていくなかで患者を中心に、呼吸ケアカンファレンスに参加している個々のメンバーが対等の立場で同心円状に広がる形の間取りを取り、メンバー全員が共同責任としてケアにあたることが理想である。なかでも、看護師の立場としては、患者を取り巻く問題を提起し、スタッフ間の調整にあたるコーディネーターとなる必要

がある。更に、看護師として目前にある患者に対して、チームメンバーの中でどのような部分と期間を担当し、そして残った部分はどの職種に依頼するのかを明確にすることが重要である。

また、包括的な呼吸ケアを実践するために、医療者と患者が互いに理解を深め合い、重症化の予防も含めた疾患への取り組み、すなわちDisease Managementを促進するという姿勢が重要であり[5]、患者のアドヒアランスの向上に向けたアプローチが必要不可欠である。しかしながら、アドヒアランスの向上には勧めることに関わる医療者の熟意に依存すると言われており、医療者の勉強、研鑽が必要である。それらを実践していくうえで今後の課題として、適切な情報、評価に必要なスタッフ教育、接遇指導、チームにおける情報共有化システムの構築を行うことが必要である。

## V. 結語

今回我々は大学病院という比較的職種間による連携が難しい環境において多職種によるカンファレンスを設立した。運営にあたり様々な問題を抱えつつもこのような取り組みは重要だと考えられ、今後も継続し、より質の高い呼吸ケア、看護が提供できるように研鑽していきたいと考える。

## 参考文献

- 1) 日本呼吸器学会COPDガイドライン第3版作成委員会編. COPD (慢性閉塞性肺疾患) 診断と治療のためのガイドライン 第3版. メディカルレビュー社. 東京, 2009
- 2) 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会/日本呼吸器学会/日本リハビリテーション医学会/日本理学療法士協会 編. 呼吸リハビリテーションマニュアルー患者教育の考え方と実践ー. 照林社, 千葉, 2007
- 4) 中村隆一. 障害者とリハビリテーション・入門リハビリテーション医学 第3版. 医歯薬出版. 東京. 3-46, 2007
- 3) 上月正博、江藤文夫、植木純、牧田茂. 呼吸・循環障害にみられる障害とリハビリテーション (初版). 6-17, 医歯薬出版, 東京, 2008
- 5) 坂巻弘之、森山美知子. デイジーズ・マネジメントとは. 週刊医学界新聞. 第2571号. 2004年2月9日