

## チーム医療の実際

公立八鹿病院脳神経内科 近藤清彦

### Multidisciplinary Care for Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis

Kiyohiko Kondo

Department of Neurology, Yoka Hospital

#### キーワード

|           |                               |
|-----------|-------------------------------|
| 筋萎縮性側索硬化症 | amyotrophic lateral sclerosis |
| 在宅人工呼吸療法  | home mechanical ventilation   |
| 多専門職ケア    | multidisciplinary care        |
| チーム医療     | team care                     |
| 生活の質      | quality of life               |

## I はじめに

当院は兵庫県北部に位置する 420 床の自治体立（養父市と香美町）の総合病院で、地域の中核病院の役割として急性期医療に加えて、回復期リハビリテーション病棟、緩和ケア病棟、療養病棟、障害者病棟をもち、老人保健施設、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所を併設し、保健・医療・福祉にわたる包括医療を実践している。

ここでは、全人的なチーム医療の実践の例として、癌と対比されることが多く最も対応が困難な難病とされる筋萎縮性側索硬化症（ALS）の患者さんへのケアにおけるチーム医療の実際を紹介する。

## II 医療の役割

病院において、従来診断・治療、その過程における不安・苦痛を和らげるための看護、機能回復をめざすリハビリテーションが行われてきたが、これは狭義の病院機能と考えられる。病気の早期発見や生活指導によって生活習慣

病を予防していくことも重要であり、これは医療機関における保健活動にあたる。

また、治療後も麻痺などの症状を残したり、癌などで完治しない疾患や加齢による進行性の疾患をもつ人も少なくない時代になり、癌患者に対する緩和ケア病棟や在宅ケアを必要とする場合も多くなった。また、リハビリテーションの考えも、機能回復だけでなく、機能を維持して寝たきりを予防すること、残存機能を活用していくこと、また、障害があっても生きがいをもち、QOL（生活の質）の向上をはかっていくことが目標となっている。これらは、医療機関における福祉活動と言える。医療機関においても保健・医療・福祉の実践が必要となっている（図 1）。

当院では、超音波検診車による地域住民の健診や人間ドックを通して保健活動が行われている。福祉活動は、1980 年代前半の訪問看護からはじまり、以後、訪問リハビリテーション、訪問栄養指導、訪問歯科衛生指導、訪問薬剤指導と訪問活動が拡大され、現在は、年間 1 万

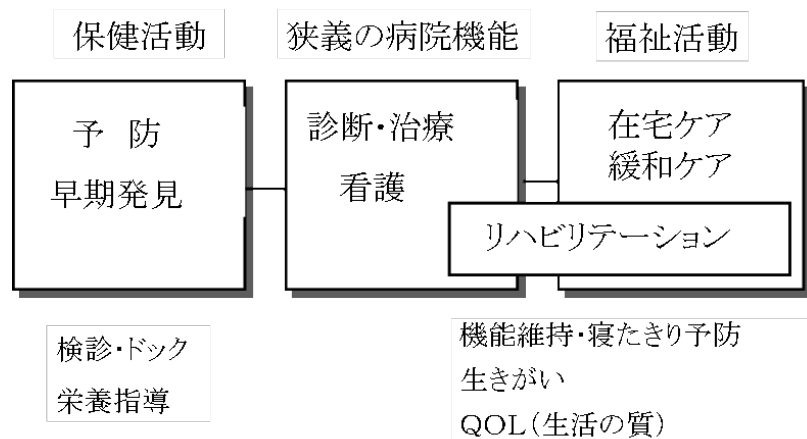


図1. 地域中核病院の役割

7千件の訪問看護、7千件の訪問リハビリを行っている。一方、1992年に老人保健施設、2001年に兵庫県下で最初の回復期リハビリテーション病棟が開設され、2005年に障害者病棟、緩和ケア病棟、療養病棟が開設された。地域医療課におけるソーシャルワーカーの活動、介護保険のケアプランセンター、2000年に導入した音楽療法を含め、これらが当院の福祉活動をしている（表1）。

表1. 当院の福祉活動部門

- 地域医療課（MSW）
- 南但訪問看護センター
- 朝来訪問看護ステーション
- ケアプランセンター
- 老人保健施設
- 回復期リハビリテーション病棟
- 障害者病棟
- 療養病棟
- 緩和ケア病棟
- 音楽療法

### Ⅲ ALSにおける諸問題

ALSは運動神経細胞の変性により手足の麻痺、発語・嚥下不能、呼吸筋麻痺をきたす進行

性の神経難病で、一般には四肢麻痺になっても意識・知能が保たれる。国内には約8500人の療養者があり、その3割が人工呼吸器を使用している。人工呼吸器装着を選択する場合には、その後の入院先の確保、在宅支援体制、介護負担が問題になる。また、人工呼吸器を装着した後の生活におけるQOLを保っていくことも重要な課題である。

ALS患者における問題は、従来、身体的問題、社会的問題、精神的問題に分けられてきた。身体的には、上肢麻痺により指先で物が持てなくなったり、上肢拳上が困難になる。下肢の障害は、初期には痙縮が目立つ場合と、弛緩性麻痺で始まる場合がある。球麻痺が出現すると、構音障害により言語が不明瞭になったり、嚥下困難が進行する。呼吸筋麻痺が出現すると肺活量が低下し、会話時に息が続かなくなる。進行すると痰の喀出困難、呼吸困難が生じる。

社会的問題は、症状進行により仕事の継続が困難になり、経済的な問題が生じること。在宅療養においては介護者の肉体的負担、精神的負担が多くなる。

精神的問題として、病初期には進行する病気に対しての不安が生じ、進行すると球麻痺や上肢麻痺により自分の言うことや気持ちが伝わらないことへの不安が生じる。寝たきりとなり、介護を受ける生活になったときに、自分自身が存在していることの意味や価値を見失うこともある（表2）。

### Ⅳ 当院におけるALSケアの取り組み

当院では、1990年からALS患者の在宅人工呼吸療法に取り組んできた<sup>1-4)</sup>。ALS患者のケアにおいては、呼吸管理、栄養管理、コミュニケーション手段の確保に加え、本人の精神的ケア、介護者のケアなど多くの問題がある。

表 2. ALS 患者をとりまく諸問題

|                      |                |
|----------------------|----------------|
| ■ 身体的問題              |                |
| ALS 自体による随意筋障害       |                |
| 上肢筋                  | 上肢挙上困難, 巧緻運動困難 |
| 下肢筋                  | 歩行・起立困難        |
| 球筋                   | 嚥下困難, 発声・発語困難  |
| 呼吸筋                  | 呼吸困難           |
| 合併症                  |                |
| ■ 社会的問題              |                |
| 経済的問題                |                |
| 介護者の精神的・肉体的負担        |                |
| ■ 精神的問題              |                |
| 病気そのものに対する不安         |                |
| 自分の言うこと, 気持ちが伝わらない不安 |                |
| 自分自身の存在している意味 (価値)   |                |

在宅療養を行うために必要な家族への指導項目を表 3 に示す。これらへの対応は、医師と看護師のみでは困難であり、1990 年に院内 ALS ケアチームを組織した。必要な職種に加わってもらった結果、医師、看護師（病棟、外来、訪問）、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、薬剤師、歯科衛生士、臨床工学技士、医療ソーシャルワーカー、音楽療法

士からなる ALS ケアチームが形成されていった（表 4）。ケアチームのメンバーによるカンファレンスを月に 1 回開催し情報交換を行っている。このカンファレンスでは、当院が主としてかかわっている通院、入院、在宅療養中の ALS 患者（20～30 人）のそれぞれについて、呼吸、栄養、コミュニケーション、精神的ケア、介護負担の現状と問題点を検討している。

栄養管理を例にとると、手の麻痺が生じて箸が持ちにくくなると作業療法士により自助具を作成する。手を口の高さまで上げることが難しくなると、上肢挙上

が困難になると管理栄養士が食事形態を工夫し、嚥下しやすくかつ栄養バランスに配慮した食事を指導する。嚥下困難が進行し食事摂取量が減少すると、消化器内科医に依頼し胃瘻を造設する。胃瘻からの栄養は既成の栄養食を使用することが多いが、食の楽しみを味わってもらうために、昼食のみその日の献立を盆にのせた状態で患者さんに見てもらい、そのあと、それ

表 3. 人工呼吸器装着 ALS 患者の退院指導項目

|               |                  |
|---------------|------------------|
| 1) 人工呼吸器の取り扱い | 5) カフエアー管理       |
| ・作動状態のチェック    | 6) 吸引方法          |
| ・毎日の点検方法      | 7) 吸引用具の管理       |
| ・アラームの種類と対応   | 8) 吸引器の取り扱い      |
| ・呼吸苦時の対応      | 9) アンビューバッグ使用法   |
| ・加湿水の交換方法     | 10) 胃瘻の管理        |
| 2) 人工呼吸器の回路交換 | 11) 経管栄養食注入法と    |
| 3) カニューレ交換    | 用具の管理            |
| （緊急時にそなえ実習）   | 12) リハビリの方法      |
| 4) 気管切開部ガーゼ交換 | 13) “日々の記録” 記入方法 |

表 4. 各専門職種の役割

|       |                                                      |        |                                                                      |
|-------|------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------|
| 医師    | 病名告知<br>気管切開・呼吸器装着<br>の説明<br>症状に応じた対症療法<br>在宅患者の訪問診察 | 臨床工学技士 | 人工呼吸器の管理<br>人工呼吸器の取扱方法説明<br>自宅への呼吸器設置指導<br>呼吸器トラブル時の対応<br>貸出呼吸器の定期点検 |
| 病棟看護師 | 病状観察<br>退院指導<br>家庭の情報収集                              | 管理栄養士  | 嚥下困難時の食事工夫<br>ミキサー食の家族指導                                             |
| 理学療法士 | 筋力訓練<br>装具の工夫<br>関節拘縮予防<br>呼吸リハビリ                    | 歯科衛生士  | 口腔ケア                                                                 |
| 作業療法士 | 自助具の工夫<br>コールスイッチの製作<br>文字盤<br>環境制御装置の工夫             | 薬剤師    | 薬の説明<br>内服方法検討                                                       |
| 言語聴覚士 | 発語訓練<br>嚥下訓練<br>意思伝達装置の指導                            | MSW    | 福祉サービス調整<br>院外機関との連絡                                                 |
|       |                                                      | 訪問看護師  | 在宅患者の支援・観察<br>介護者の疲労度チェック                                            |
|       |                                                      | 音楽療法士  | 癒し・楽しみ                                                               |
|       |                                                      | 生活支援員  | 日常生活の介助<br>生活面の充実                                                    |

をミキサーにかけて注入するということを栄養士が行っている例もある。

カンファレンスの対象者は、病名告知をする時期の患者、移動が困難になった患者、気管切開の時期が近い患者、退院準備中の患者、在宅人工呼吸療法中の患者、終末期ケアの時期の患者など種々の段階の患者があり、各段階の問題を検討することでケアチームの新しいメンバーも ALS 患者の全経過を比較的短時間で理解することができるようになった。

これら多専門職種からなる院内 ALS ケアチームに加え、退院後の生活を支えるために、院外に健康福祉事務所（保健所）を中心に、かかりつけ医、ヘルパー事業所、訪問看護ステーション、デイサービスセンター、消防署救急隊、医療機器業者など、地域の関係機関

のネットワークが組織された。2000 年からはケアマネジャーが加わった（図 2）。1990 年から退院前には、院内 ALS ケアチームと院外関連機関との合同カンファレンスを開催している。この合同カンファレンスにおいては、

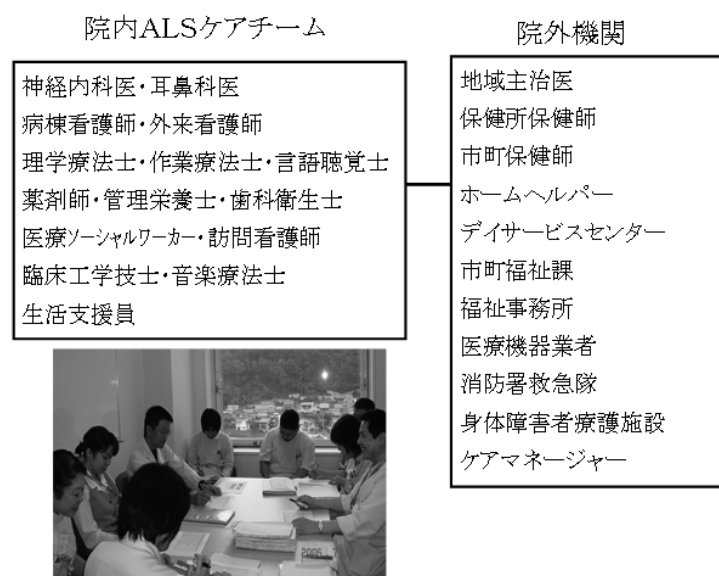


図 2. 人工呼吸器装着 ALS 患者の在宅支援体制

ALS の疾患説明, 在宅人工呼吸療法の説明, 患者の病状と社会背景, 退院指導内容を説明し, 在宅療養における問題点とその対策, 在宅療養での役割分担, 緊急時の対応などを検討した。介護保険制度が始まってからは医療と介護, 福祉スタッフが一堂に会する会議が一般的になったが, 1990 年当時, このような会議は新鮮だった。

当院でこれまで呼吸不全に陥った ALS 患者 70 名のうち 59 名が気管切開による人工呼吸器装着を行い, うち, 45 名で在宅療養を含めた療養生活を行うことができた。全国的には気管切開による人工呼吸器装着を選ぶ ALS 患者は 2 割前後と言われているが, 当院では 8~9 割の患者が気管切開による人工呼吸器装着を選択している。これには, 気管切開後に長期入院と在宅療養の両方を支えるケアチームの存在が大きいと思われる。

## V チーム医療としての療養介護事業

人工呼吸器を装着した ALS 患者を病棟で受け入れることに多くの病院は抵抗感を感じている。これは, 人工呼吸器管理に対する緊張感と, ALS 患者では頻回なナースコールへの対応や痰の吸引, 体位交換を必要とされることが多いことからくる病棟の負担の大きさが大きな要因と思われる。これを解決するにはスタッフを増員するしかないと考え, 当院では, 2011 年に障害者病棟 38 床のうちの 20 床に療養介護事業を導入して生活支援員 10 名を新たに配置した。このことで, 夜勤者を 1 名, 昼間の勤務者を 4, 5 名増員することが可能となった。これまでは, 病棟でケアできる人工呼吸器装着者数は同時に 10 名が限度であったが, 療養介護事業の導入により 20 名に増加できた。スタ

ッフがベッドサイドにいる時間が増えたことでナースコールの回数が減少した。生活支援員が季節の行事を計画したり, 散歩に出る回数が増加するなど, 療養生活における生活面への対応も強化できてきている (図 3)。



図 3. 障害者病棟 (療養介護事業) における生活支援

## VI ALS ケアにおけるチーム医療

当院での ALS ケアの取り組みは当初は目の前の患者さんに必要とするサービスを提供していくことから始まって, 必要とする専門職種が次々に参加するようになり, 結果的にチーム医療の実践になった。チームが先にあるのではなく, 患者の問題が先にあった。ひとつひとつの問題に対してそれぞれの専門職種が役割を有すること, 医師の指示だけでなく各職種においてできることを考え, 提供し, 患者からの反応を直接受け取ることができることを重視している。

精神的問題としてあげた, 「生きている意味」を見失うことは, 現在ではスピリチュアルな問題としてとらえられている。四肢麻痺になり人工呼吸器を装着しながら療養している ALS 患者さんのケアにおいてそれぞれが自職種の役

割を遂行するなかで、「生きていること」,  
「生きがい」について全職種が意識し,肉体的  
な生命(ビオス)だけでなく,精神的いのち  
(ゾエ)を支えるという視点を全職種が共通に  
もつことが重要である<sup>5)</sup>。

## 文献

- 1) 近藤清彦:公立八鹿病院における筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者の在宅ケア,公立八鹿病院誌,13:1-10,2004
- 2) 近藤清彦:神経難病のケア ALS患者を支えるネットワーク,脳と神経,58:653-659,2006
- 3) 近藤清彦:筋萎縮性側索硬化症と音楽療法ー在宅医療の立場からー,神経内科,67:243-251,2007
- 4) 近藤清彦編:ALS訪問音楽療法ガイドライン,厚生労働科学研究費補助金難治性疾患克服研究事業「特定疾患患者における生活の質(Quality of life, QOL)の向上に関する研究班」,2011年3月
- 5) 近藤清彦:「いのち」を支える医療,ドクターズマガジン,:2,2011