

回復期リハビリテーション病棟での多職種協働

三橋尚志

京都大原記念病院

Interprofessional Work in Kaifukuki Rehabilitation Wards

Takashi Mitsuhashi

Kyoto Ohara Memorial Hospital

<要旨>

2000年4月の介護保険施行と同時に創設された回復期リハビリテーション病棟制度は豊富なセラピストによる集中リハビリテーションを提供するとともに、医師、理学療法士、作業療法士を病棟専従（2000年当時）とすることによって、多職種協働を実践している。最近では2001年に改定された国際生活機能分類（ICF）の考え方を活用して、退院後の「参加」を目標設定とした多職種協働が進められている。また多職種間の情報共有と連携を進めるための大きなツールとしてカンファレンスを定期的開催している。

キーワード

多職種協働	interprofessional work
回復期	kaifukuki
カンファレンス	conference
国際生活機能分類	ICF

I. 回復期リハビリテーション病棟の創設と特徴

戦後、我が国の社会保障制度は表1のように保健、医療、福祉の分野において様々な政策が打ち出されてきた。高齢者医療・介護の分野において1963年の老人福祉法は、「老人は多年にわたり、社会の進展に寄与してきたものとして、かつ豊富な知識と経験を有する者として敬愛されるとともに、生きがいをもてる健全で安らかな生活を保証されるもの」という基本的理念をかかげた。1973年には高齢者が負担無く良質な医療を受けられるように老人医療費無料化が実施されたが、社会的入院の増加による病床数の急増、あるいは薬漬け・検査漬けという本来の目的とは離れた悪しき風習を招いた。また、世界に類を見ない高齢化の急激な進展とともに、医療費を中心とした社会保障費の上昇が国の経済を圧迫するようになり、医療から介護の部分を取り外し、さらには

財源の確保も期待して2000年4月に新たな制度として介護保険法が施行された。

介護保険には「リハビリテーション（以下リハ）前置主義」という理念があるが、これは「介護保険を利用する前にリハによって可能な限り要介護状態を軽減する」というもので、その理念を実現するリハを専門に行うユニット（病棟）を全国に整備するため、回復期リハビリテーション病棟（以下回復期リハ病棟）が2000年4月に創設された。回復期リハ病棟の目的は「寝たきりを予防し、ADLを向上し、在宅復帰を目指す」というもので、入院の対象となる疾患や入院期間も細かく規定されている。回復期リハ病棟入院の対象となる主な疾患は脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脊髄損傷などのような急性発症した脳血管疾患や、脊椎圧迫骨折、大腿骨近位部骨折といった運動器疾患であるが、肺炎や腹部

表1 戦後における主な社会保障制度

1946年	医療法	
1949年	身体障害者福祉法	
1950年	生活保護法、精神保健福祉法	高齢化率：4.9%
1960年	知的障害者福祉法	高齢化率：5.7%
1961年	国民皆保険	
1963年	老人福祉法	
1970年	心身障害者対策基本法	高齢化率：7.1%
1973年	老人医療費無料化	
1982年	老人保健法	高齢化率：9.1%
1993年	障害者基本法：心身障害者対策基本法の改正	
1989年	高齢者保健福祉推進十か年戦略	高齢化率：12.0%
2000年	介護保険法施行	高齢化率：17.3%
2003年	支援費制度	
2006年	障害者自立支援法施行	
2010年	障害者自立支援法・児童福祉法改正	高齢化率：23.0%
2012年	児童福祉法	高齢化率：24.1%
2013年	障害者総合支援法施行	
2015年		(推定) 高齢化率：26.8%

手術等の治療に関わる安静のために急激に日常生活動作（ADL）が低下した廃用症候群が治療の対象になった。我が国は戦後の国民皆保険制度や発達した医療技術によって世界一の長寿国となったが、一方で寝たきり老人が多いことも事実である。これは治療過程における過度の安静によって生じた廃用症候群が基盤にあるため、そのことに着目して廃用症候群を治療の対象として早期からの離床を推進した。入院期間も疾患によって上限があり、重度の脊髄損傷や高次脳機能障害を伴う脳卒中等は6カ月まで認められているが、通常の脳卒中は5カ月間、運動器疾患や廃用症候群は3カ月間となっている。そのため入院早期から集中リハによる離床・ADL向上を進めるとともに、退院後の生活を見据えた情報収集を開始しなければならない。回復期リハ病棟は病棟ごとに一定面積のデイルームや浴室を確保するなどハード面にも様々な規定があるが、最も大きな特徴はその人員配置にある。従来型の病棟では病棟専従の職員は看護と看護補助者だけであり、医師やセラピスト等は複数の病棟を兼務することが多く、看護・介護との連携意識も当然のことながら

希薄にならざるを得なかった。2000年の回復期リハ病棟制度開始時の規定では看護師、看護補助者以外に医師、理学療法士、作業療法士が病棟専従とされていた。回復期リハ病棟制度では2006年の診療報酬改定以降、人員配置、リハ提供量、休日でのリハ実施、在宅復帰率、ADL改善度などの質の評価を導入している¹⁾。2010年の診療報酬改定では毎日最低2単位以上の個別リハの実施が義務付けられ、毎日6単位以上実施する病棟には充実加算、365日休日も平日と同等の個別リハを提供する病棟には休日加算が算定されるようになったが、現在では8割近くの病棟が休日も含めた365日個別リハを実施している²⁾。現在の回復期リハ病棟は表2のごとく入院基本料で3段階、入院料1に上乗せする体制強化加算も含めると4段階に分類される。回復期リハ入院料1に体制強化加算を算定している病棟では看護、介護に加えて医師1名、理学療法士3名、作業療法士2名、言語聴覚士1名、社会福祉士1名が病棟専従となっているが、現実的にはより多くのセラピストが病棟専従として従事している。病棟専従は病棟以外の業務（外来、手術室や在宅）は一

表2 回復期リハ病棟入院料(2014年診療報酬改訂)

入院料区分		リハ科の医師	看護・看護補助	専従PT	専従OT	専従ST	社会福祉士	入院時重症患者の比率	入院時重症患者の回復率	在宅復帰率	点数 含む消費税 改定分
1	体制強化加算算定	専従1名以上	看護 13:1 看護補助 30:1	3名以上	2名以上	1名以上	専従1名以上	A項目1点以上 10%以上 および 日常生活機能 10点以上 30%以上	4点以上 改善 30%以上	70%以上	2225
		専任1名以上	看護 15:1 看護補助 30:1	2名以上	1名以上		専任1名以上	日常生活機能 10点以上 20%以上	3点以上 改善 30%以上		60%以上
2											1657
3											

切禁止されており、看護師、看護補助者とのコミュニケーションも増え、当然のことながらチームアプローチも推進される。また回復期リハ病棟制度開始以前のリハといえ、訓練室にて実施することが中心であったが、回復期リハ病棟制度では病棟でのADL訓練の重要性が認められた。このことは看護師、看護補助者がリハの実践場面を目の当たりにする機会を増やしたとともに、ICFの項で述べる訓練室での「できる活動」と病棟での「している活動」の差を縮めるべく、看護師、看護補助者とセラピストとの協働を推し進める効果があった。

II. ICFの考え方

障害に対する国際的な分類として、WHOが1980年より国際障害分類(ICIDH)を用いてきたが、2001年に改訂版として国際生活機能分類(ICF)³⁾を採択した。ICIDHは障害(生活機能のマイナス面)に関する分類であり、「疾患の帰結」としての障害の起こり方・因果関係を捉えるものであった。ICFは人間の生活機能と障害について「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3つの要素及び「環境因子」「個人因子」の背景因子で構成され、生活機能についてプラス面からも見るように視点を転換したものである(図1)。

生活機能である「心身機能・身体構造」「活動」「参加」はそれぞれ生物レベル・個人レベル・社会レベルと置き換えることができる。生物レベルである

「心身機能・身体構造」には健康状態、すなわち疾病によって生じた体の働き(手足の動き、見ること、聞くこと、話すこと、内臓の動きなど)や精神の働き、または体の一部の構造のことを示し、いわゆる機能障害が含まれる。同様に個人レベルである「活動」は生きていくのに役立つ様々な生活行為、いわゆるADLを示す。そして社会レベルである「参加」は過程を含む社会的な出来事に関与する、あるいは役割を果たすことである。楽しんだり、権利を行使したりすることも「参加」に含まれる。参加は「心身機能・身体構造」「活動」に比べるとやや分かりにくく誤解されやすい概念であり、「参加」=「社会参加」というように理解されることもあるが、ここで示す「参加」はより範囲が広い。「仕事ができる」も「妻・夫の役割を果たす」も「毎日家族と一緒に食卓を囲む」、「日課の散歩」、「近所の方とお茶会」もその方にとって「参加」になり得る。少し混同しがちなのは「参加」と「活動」の関係であるが、ICFでは「参加」の具体的行為が「活動」と解釈している。「参加」はその人が生活していく上で重要な役割であるが、例えば家族と一緒に食事をする事がその人の日課であり、食卓を囲むことが生活の一部つまり「参加」だとすると、そのためにはまず「食べる」という行為が必要であり、また食卓まで移動する能力が求められる。ただ黙々と食べるだけでなく色々な話をしながら食卓を囲むのであればコミュニケーション能力を求められる。それらはすべて「参加」を実現するため

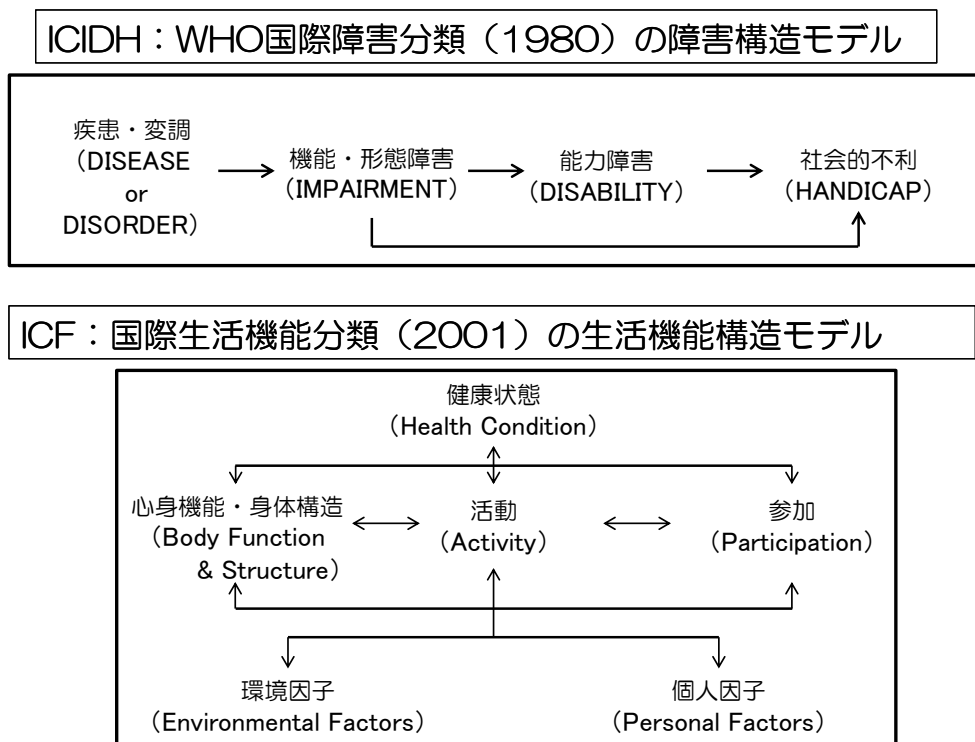


図1 ICIDHからICFへ

の「目的を持ったひとかたまりをなした行為」つまり「活動」となる。「参加」の具体的行為が「活動」というのは「参加」と「活動」は表裏一体であるということを表している。退院後の生活を考える場合、どうしても麻痺の程度や嚥下機能といった「心身機能」や、歩行能力やADL・セルフケアといった「活動」にとらわれてしまいがちになるが、その人の退院後の生活を検討する上で重要なことは、どのような社会的出来事に関与するか、またどのような役割を持って過ごしていくかといった「参加」の視点を持ち、その「参加」を支えるために必要な「活動」や「心身機能」は何かという思考が重要である。また、生活機能の3つのレベルを捉える際に重要な点は「活動」には「能力」と「実行状況」という2つの見方があるということである。入院中の患者を例えるならば、セラピストとのリハビリ中に最大限の力で発揮できる行為を「できる活動」と言い、普段病棟で行っている行為を「している活動」と言うが、この2つが出来る限り同じ行為であることが望ましいものの、最大限の力を常に発揮することは中々困難である。そのため「できる活動」と「している活動」の差をきちんと整理して、何がその差を生じさせているのか、どうすればそ

の差を縮めることができるのか、という視点が重要である。この部分は主に訓練場面を見ているセラピストと病棟での実行状況を見ている看護師、看護補助者とのコミュニケーションが非常に重要であるが、一方で背景因子である環境因子や個人因子が影響している事も多く、それ以外の職種の気付きで大きく2つの活動の差が縮められることもある。そしてその背景因子である「環境因子」と「個人因子」について述べる。「環境因子」というと物的な環境を考えがちであるが、ICFではそれ以外にも家族や友人などの人的な環境や、それらが患者にどのような態度で関わっているかという社会意識との環境、また制度的な環境といったように広い捉え方をしているのが特徴である。一方、「個人因子」には年齢、性別、民族、生活歴、価値観、ライフスタイルといったものから困難への対処方法（コーピングストラテジー）なども含まれる。それらの「環境因子」や「個人因子」は3つの生活機能にプラスに働いている場合（促進因子）と、マイナスに働いている場合（阻害因子）がある。

以上がICFに登場する各項目の説明であるが、実際の回復期リハビリ病棟ではどのような使い方をして

いるのであろうか。回復期リハ病棟に限らず医療現場は多くの職種が協働する集合体であるが、それぞれの職種の知識・技能・視点があり、専門職として関わる部分に捉え方が偏ってしまいがちになる。ICFのモデル図を活用することで多くの視点から患者の全体像を把握することが出来、それにより多職種間での共通した考えを持つことにつながり、それぞれの職種の患者に対するアプローチ方法の見直しになるように期待されている。

Ⅲ. ICF を利用した情報整理と目標立案

ICF を活用している回復期リハ病棟では、入院時に得られた患者情報をICFのシートに落とし込み、多職種で患者の全体像を把握する作業を行う。今回は一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会研修委員会が推奨しているICFシート、カンファレンス議論シート、目標整理シートを用いて解説を加える。架空の事例情報（省略）から患者情報をICF

のシートに落とし込んだものが図2になるが、「心身機能・身体構造」は「右片麻痺、失語、高次脳機能障害、嚥下障害」、「活動」には「ADLほぼ全介助（一部協力動作）、車椅子全介助（座位保持30分）、少量の水分摂取可能」と入院時の現状が記載されるが、「参加」には現状ではなく元々その患者が実践していた「クリーニング店の店番、町内会の役員」といった役割が記載され、各項目の下にはそれぞれ現状によって制約されている事象が記載される。「環境因子」、「個人因子」も同様に必要な情報を記載する。

ICFのシートを作成した後の手順としては、「参加・参加制約」と「個人因子」、「環境因子」から回復期リハ病棟退院後の生活像を思い描き、到達可能な「参加」を模索することである。ここからは次の項で述べるカンファレンスで「カンファレンス議論シート」を作成する（表3）。カンファレンス議論シートの二段目「項目」にはそれぞれICFシートの「機

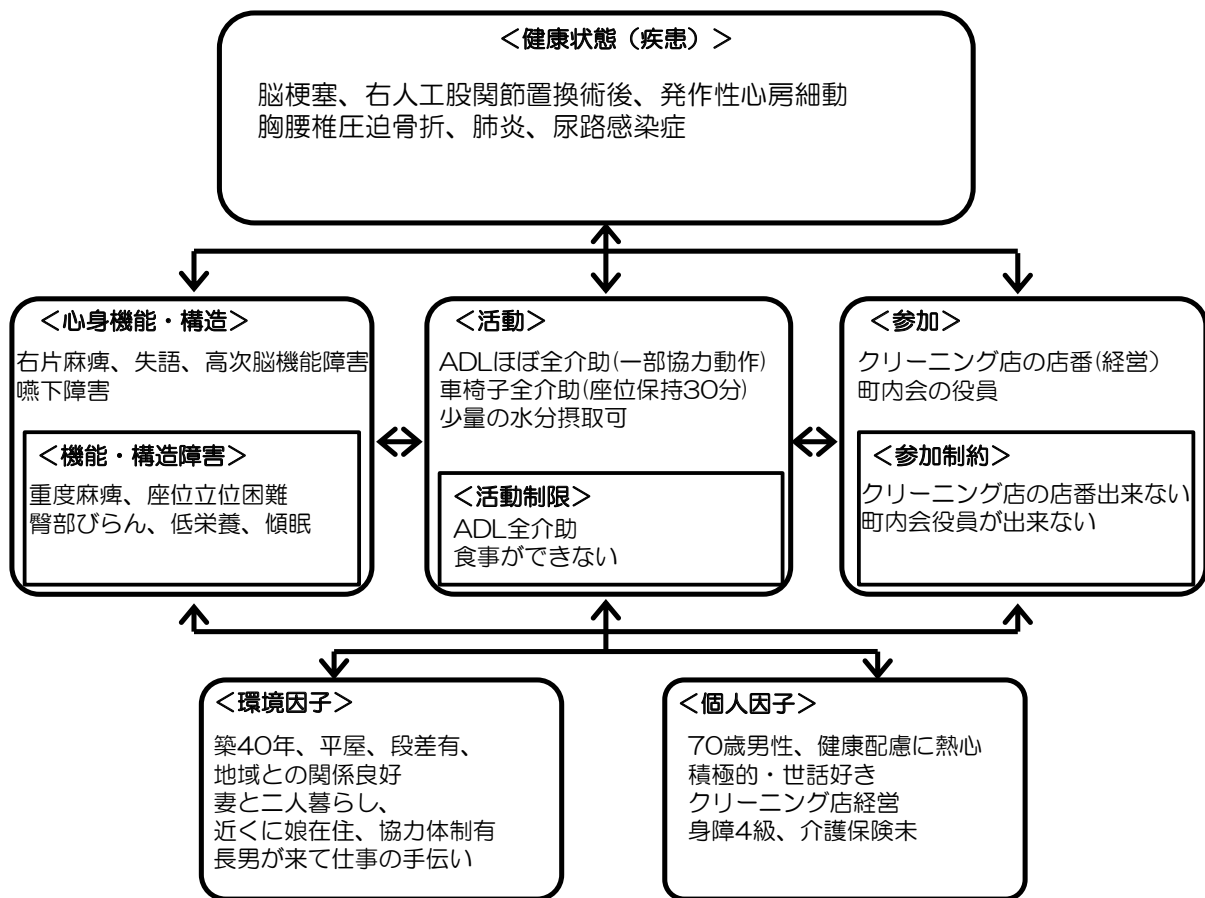


図2 ICF

表3 カンファレンス議論シート

	心身機能・身体構造	活動	参加
項目	重度麻痺、体幹筋力低下 臀部びらん、低栄養、 傾眠	ADL全介助、座位立位不可 食事ができない	クリーニング店の店番が 出来ない 町内会役員が出来ない
議論 内容	栄養状態の確認 (必要量の栄養投与) 排便コントロール (下痢改善と皮膚状態の 改善) 基本動作方法の検討 食事方法の検討 耐久性を評価し、離床時 間の延長を図る	老老介護 (妻と二人暮らし) 長女がどの程度援助できる のか 家屋状況を確認する (自宅内移動方法、 排泄方法等の検討) コミュニケーション手段の 確保	長時間座っている必要がある コミュニケーションが困難 移動が困難 親の代からの店で、本人も 長年地域に密着していたので、 今後も何らかの形で店に関 わって行けることが望ましい

リハ目標：経口摂取が可能で、車椅子使用での自宅生活（5ヶ月）

能・構造障害」「活動制限」「参加制約」が記載され、それに関する議論内容がその下の段に記載される。その上で最下段の「リハ目標」と、それに要する期間を決定する。事例の患者は、元々積極的、世話好きで町内会の役員を務め、クリーニング店の店番をされていたが、コミュニケーション能力の回復予測から町内会の役員は実現困難である。クリーニング店の店番も移動能力の低下や失語症から難しい目標ではあるが、患者が自宅に帰って充実感を感じられるには、できるだけ達成したい目標として残すことにした。それが表4の目標整理シートである。クリーニング店の店番を行うために必要な活動は「お店までの移動」「長時間の座位」「お客さんとの会話」である。現状の能力は車椅子での移動、長時間の座位も難しく、会話もほとんどできない状態であるため、それを達成するために目標整理シートを用いて1か月ごとの短期的な目標を定め、それを実現するための方法と担当する職種を決定する。尚、表に挙げているのは「参加」の目標整理シートであるが、「活動」「心身機能・身体構造」にも目標整理シートが

あり、生活機能の3つの各レベルにおいて目標、方法と担当職種が決定される。

IV. カンファレンスの活用

回復期リハ病棟に限ったことではないが、診療報酬ではリハ総合計画評価料という項目がある。これは医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハ計画を策定し、当該計画に基づきリハを実施した場合に算定できる。回復期リハ病棟では職種間における患者の情報共有や治療方針決定のためにカンファレンスを重視している。カンファレンスには入院当初に行われる初期カンファレンス、月に一度行う定期カンファレンス以外に、必要に応じて開催するミニカンファレンスなど様々な形態がある。退院間近では在宅生活をフォローするケアマネジャーや介護サービス事業所なども参加して退院前カンファレンスを行い、病院と在宅で患者情報を共有するとともに、いかにして効果的な在宅サービスを提供できるかなどが話し合われる。このように多職種協働を推進する回復期リハ病棟においてカン

表4 目標整理シート(参加)

リハ目標	経口摂取が可能で、車椅子使用での自宅生活 期間：5カ月	
参加目標 (1ヶ月間)	コミュニケーション手段の獲得 座位姿勢での交流 介助量の軽減	
方法	本人・家族へのコミュニケーション指導	担当職種 ST、Ns
	病棟での離床時間の確保	Ns、CW、PT、 OT
	リハ・病棟での介助方法統一	Ns、CW、PT、 OT、ST
	家族の介護力と自宅環境の確認	MSW、PT、OT
Ns：看護師、 CW：ケアワーカー、 MSW：ソーシャルワーカー PT：理学療法士、 OT：作業療法士、 ST：言語聴覚士		

ファレンスは必須のプロセスである。医療機関の第3者評価機関である日本医療機能評価機構では2013年4月より第3世代の病院機能評価を開始しているが、大きな変更点は本体審査を病院の機能によって分類したことにある⁴⁾。すなわち病院の本体審査に一般病院1および2、リハ病院、慢性期病院、精神科病院を設定した。またリハ病院として本体審査を受けた病院を対象に病院機能評価(付加機能)リハ機能(回復期)V3.0が設定された。その付加機能の評価項目として1. 良質な回復期リハビリテーションを提供するための組織運営、2. 回復期リハビリテーションに関わる職員の専門性、3. チーム医療の実践と回復期リハビリテーション・ケアの実践があり、第3項目では回復期リハ入院患者のケアプロセス評価が示されているが、その中でもカンファレンスの内容が非常に重要な評価となっており、充実したカンファレンスが多職種協働に大きく貢献している。

V. 最後に

今回の体験ワークショップでは日本の社会保障制度における回復期リハ病棟制度の役割と実際、さら

にはICFの理解と回復期リハ病棟における活用法の理解を深めた上で、ワークショップ参加者をグループ分けし、それぞれ医師、看護師、介護福祉士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、管理栄養士を担当してもらい模擬カンファレンスを行った。回復期リハ病棟におけるカンファレンスと多職種協働を実感していただけたと確信している。

参考・引用文献

- 1) 石川誠：回復期リハビリテーション病棟の使命, MEDICAL REHABILITATION,162,1-6,2013
- 2) 三橋尚志：回復期リハビリテーション病棟の実績, MEDICAL REHABILITATION,162,93-99,2013
- 3) 世界保健機構,ICF 国際生活機能分類 日本版, 中央法規, 東京, 2008
- 4) 宮井一郎：回復期リハビリテーション病棟の運営, MEDICAL REHABILITATION,162,7-13,2013