

# リハビリテーションスタッフが 医療ソーシャルワーカーへ期待する役割

——回復期リハビリテーション病棟におけるチーム医療を中心に——

森 耕平\*, 中 俣 恵 美\*, 中 野 禎\*

## The expected Role of MSW from Rehabilitation faculty

——Mainly the team medical care in the convalescence rehabilitation ward——

Kouhei Mori, Emi Nakamata and Tadashi Nakano

**要旨**：近年では患者・家族にとって最適の医療を効率的に提供する観点から、多職種協働によるチーム医療の推進が求められている。2000年に新設された回復期リハビリテーション病棟においては、患者の在宅復帰率が診療報酬の算定要件に加えられるなど、形式だけのチーム医療ではなく、その質が問われてきている。その実践には、医学的な視点だけではなく、心理的・環境的・社会的・経済的な視点も含めたアプローチが必要であり、社会福祉の立場から患者の社会復帰の促進を図る医療ソーシャルワーカーに対するニーズが高まってきているのである。

本論は、回復期リハビリテーション病棟におけるチーム医療の現状をふまえ、質の高いチーム医療を実践するために期待される、医療ソーシャルワーカーのコーディネーターとしての役割について考察したものである。

**Abstract** : In recent years, the promotion of the team medical care by the many types of job collaboration is demanded for the reason why we should offer the most suitable health care service for the patient and family effectively. In a convalescence rehabilitation ward established in 2000, not only the form of the team medical care but also the quality of that has been asked. For example, the high home- return rate of the patient is required. Psychological, circumstantial, social and economical support as well as the medical support is necessary for the practice of the team medical care.

Therefore, the necessity of a medical social-worker helping the return to the usual life of a patient from the viewpoint of the social welfare has risen.

This is the study about the role of the medical social worker as the coordinator expected to offer a high quality of the team medical care in the convalescence rehabilitation ward.

(中野禎)

**Key words** : リハビリテーション rehabilitation 医療ソーシャルワーカー medical social worker  
チーム医療 team medical care 生活の質 quality of life 回復期リハビリテーション  
病棟 convalescence rehabilitation ward

---

\* 関西医療技術専門学校 教員

## I はじめに

わが国の医療を取り巻く環境は、急速な少子高齢化、低迷する経済状況、医療技術の進歩、国民の意識の変化など<sup>1)</sup>により大きく変化している。そのような環境の変化に対応するため、厚生労働省は2003(平成15)年8月、①患者の視点の尊重、②質が高く効率的な医療の提供、③医療の基盤整備を3本柱とし、「患者と医療人との信頼関係の下に、患者が健康に対する自覚を高め、医療への参加意識を持つとともに、予防から治療までのニーズに応じた医療サービスが提供される患者主体の医療を確立する<sup>2)</sup>」という改革のビジョンを示した。

このように患者が主体となり最適な医療が提供されるためには、単に患者の疾病だけに目を向けるのではなく、心理的・環境的・経済的・社会的背景をも含めた患者の全体像に向き合う「全人的な医療」が必要となる。

近年、そのような医療を提供方法するために、「チーム医療」の推進が求められている。

2000年4月の診療報酬の改定によって新設された「回復期リハビリテーション病棟(以下、回復期リハ病棟)」は、2006年の改定を経て、「脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折などの患者に対して、ADL(activities of daily living:日常生活活動)能力の向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションプログラムを医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等が共同して作成し、これに基づくリハビリテーション(以下、リハ)を集中的に行なうための病棟」であり、ここでは各専門職種が協働してリハを行う病棟である事が明記されている。また、回復期リハ病棟ではチーム医療を実践するためのツールとしてリハ総合実施計画書の策定が義務付けられているなど、医療界におけるチーム医療のモデル病棟になる<sup>3)</sup>と期待されている。

さらに、回復期リハ病棟を規定した文章の中に「社会福祉士等」という文言が入った。これ

は、各患者の最大限のQOL(quality of life:生活の質)向上を図るという本来のリハの効果を得るためには、患者の身体の機能回復だけでなく、社会福祉の立場から患者のかかえる経済的、心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る<sup>4)</sup>医療ソーシャルワーカー(以下、MSW)などのソーシャルワーク専門職種との協働が必要不可欠であるというチーム医療の方向性をも示唆している。

このように、回復期リハ病棟において、チーム医療を行うための方向性は示されつつある。しかしながら、その実践においてはチーム医療に対する明確な概念や展開方法は示されておらず、試行錯誤でなされているのが現状である<sup>5)</sup>。

本稿では、回復期リハ病棟におけるチーム医療の現状と課題をリハ総合実施計画書の運用状況をふまえて考察するとともに、より良いチーム医療を提供するために同じチームの一員という視点からMSWに期待する役割を述べたい。

## II リハビリテーションにおけるチーム医療

### 1) リハビリテーション医療に対する誤解

リハビリテーション(rehabilitatoin)とは、語源的には、re(再び)habilis(適した、ふさわしい)ation(にすること)で、障害を持ったためにその人らしく生きる事が困難になった人の「全人的復権」、すなわち、「その人らしく生きる権利の回復」というのがリハビリテーションの真の意味<sup>6)</sup>である。

しかし一般的には、「歩行練習」、「四肢可動域運動」、「筋力増強運動」などの機能回復運動の事を「リハビリ」と呼ばれる事が多く、そのため、我々理学療法士や作業療法士・言語聴覚士(以下、リハスタッフ)が行っている業務が「リハビリテーション」のすべてであるかのように誤解されている事が多いのである。機能回復運動はリハビリテーションの一つの手段に過ぎず、決してそれ自体がリハビリテーションの全てではない。医師による手術・投薬などの医

学的治療、看護師による看護、介護士による介護、MSWによる心理的・社会的問題の解決・援助なども含め、患者が全人的に権利を回復していくその過程にかかわる全ての行為がリハビリテーションなのである。

## 2) リハビリテーション医療の本来の目的

リハ医学が既存の臨床医学から独立するにあたり、新しい学問としてのアイデンティティ(独自性)の確立のために重要な役割を持ったのが「生活」という基本的な概念であった。すなわち、これまで「生命」の観点が支配的であった医学の世界に、「生活」の視点を導入し、「生活」の視点から患者を見る、患者と接する、というアプローチを確立したことで、リハ医学はほかの専門と質的に違った新しい学問・技術として、独り立ちする事が可能となった<sup>7)</sup>。単純化して言えば、命さえ助かれればよしとする考え方に、継続する生活や生き方も問題として取り上げる視点が導入されたということである。

リハ医療では、人生は具体的な日々の「生活」の連続から成り立っており、この「生活」を基本的な概念とし、QOL向上のためのADLを重視する<sup>8)</sup>。つまり、病前や受傷前の「元の生活に戻る」ことが全てではなく、不幸にして障害が残存したとしても、その事も含めて「その人らしい新しい人生を創る」ことがリハ医療の本来の目的である。

このように、患者が「新しくどのような人生を創るのか」という大きな目標を定めるには、医学的な視点だけではなく、心理的・環境的・社会的・経済的な視点も含めた、各患者固有の価値観に沿った生活全般を把握する必要がある。そのため、リハ医療では、各分野に精通した各専門職がチームを組んだチーム医療が基本となるのである。

## 3) これまでのリハビリテーションにおけるチーム医療の課題

チーム医療とは「患者を中心に各種の医療専門職が共通の理念を基盤に、それぞれの専門性を生かしながら、共有した目標に向かって協働して医療を実践するもの<sup>9)</sup>」である。

単に多数の職種が関与すればよいのではなく、それがいかに1つの目標に向かってチーム全体として機能できるかが要であり、医師・看護師・理学療法士・作業療法士・MSW等がバラバラに立てたそれぞれの目標や方針が単純に合算されたものが、チーム全体の目標になるのではない。患者の主体性に基づき、チーム全体としての目標設定を行い、それを達成するためのプログラムをつくる。そのうえでどの職種が何をすべきかを細かく決めていく<sup>10)</sup>ものが真のチーム医療である。

しかし、今までのリハ医療ではチーム医療が基本であるとしながらも、実際には「チーム他職種には、リハはリハスタッフが行うものであるという考えが根強い」、「リハスタッフの治療の場が訓練室のみで、看護職員は患者が実際にどの程度ADL能力が回復しているのか知らない」、「合同カンファレンスは実施していても単なる病状報告のみで、チームの目的が明確化されないまま、各専門職が個別に目標を設定してアプローチする」などという状況が多く認められていた。

諸橋(2005)<sup>11)</sup>が述べているように、リハ医療において①各専門職間の共通認識、共通言語が不十分、②各専門職種の専門性が不明確、③リハチームにおけるリーダーの不在、④情報交換が不十分、⑤すべての職種が生活への視点に目が向いているとはいえない、などの解決が効果的なチーム医療実践への課題であるといえる。

(中俣恵美)

### Ⅲ チーム医療を推進する回復期リハ病棟

#### 1) 回復期リハ病棟の誕生<sup>12, 13)</sup>

1995 年に日本リハ病院・施設協会は「リハ医療のあり方 (その 1)」の中で、回復期のリハを目的とした新たな病棟 (リハケアユニット) 構想を示した。そこには、療養環境の改善、チームアプローチの充実、病棟規模 (病床数)、スタッフの専従配置などが示されており、現在の回復期リハ病棟の原形となっている。1996 年の「リハ医療のあり方 (その 2)」では、リハケアユニット構想を進展させたリハ専門病床群構想が示された。1997 年に日本リハ病院・施設協会によって、その構想を診療報酬の特定入院料の中に組み入れるよう厚生省 (当時) に要望したが、1998 年の診療報酬改定では認められなかった。1999 年には、日本リハ病院・施設協会と介護療養型医療施設連絡協議会が協同して、回復期リハ治療病棟として再び要望した。

当時は、第 4 次医療法改正によって、急性期と慢性期の病床を区分する方向性が示され、その中間の亜急性期に位置付けられる回復期のリハ医療が検討課題になり、同時に 2000 年の介護保険制度施行を控え回復期のリハ医療の充実が急務となる時期と重なっていた。

つまり、病床区分が進み、短い入院期間で急性期病院を退院した患者が、直ちに介護保険サービスへ移行することが必ずしも適切であるとは限らない。ADL は未自立であるが、集中的リハサービスにより改善の可能性のある脳血管疾患や頭部外傷、脊髄損傷等が高い要介護状態のまま介護保険サービスに移行すれば膨大な介護量が必要となり、介護保険財源を圧迫することは目に見えているからである。したがって、医療保険による急性期の入院サービスから介護保険によるサービスに移行する間に、要介護度を改善させる仕組みが必要となった。その解決策として、回復期におけるリハ医療サービスを集中的に提供できる仕組みが必要となったので

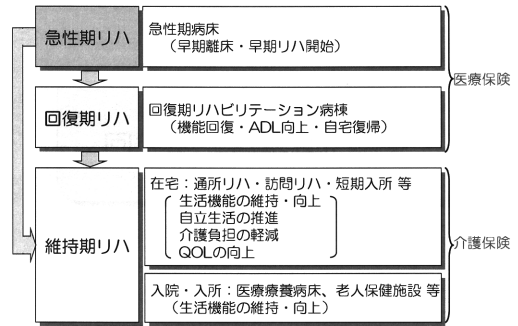


図 1 リハビリテーション医療の流れ (文献 35 より引用)

ある (図 1)。

このような経緯で 2000 年の診療報酬改定において、特定入院料に「回復期リハビリテーション病棟入院料」として新設されたのである。

#### 2) 回復期リハ病棟の役割と特徴

回復期リハ病棟は、「脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折などの患者に対して、ADL 能力の向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションプログラムを医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等が共同して作成し、これに基づくりハビリテーションを集中的に行なうための病棟であり、回復期リハビリテーションを要する状態の患者が常時 80% 以上入院している病棟」と定義される。

亜急性期に位置付けられる回復期リハ病棟は、主に高齢者の寝たきり予防のために集中的リハサービスを提供し、家庭復帰を支援する事を目的としている<sup>14)</sup>。このように、急性期病院からの患者をできるだけ早期に受け入れ、要介護状態の十分な軽減を図ったうえで在宅ケアに移行する流れを作ることで、急性期病院の在院日数短縮と家庭復帰の促進を図る役割を担っているものと考えられる。

回復期リハ病棟では、①人員配置基準や施設基準、②適応疾患、さらに③発症からの期間や入院期間など種々の面で明確に規定されてい

表1 回復期リハ病棟の対象疾患と算定日数

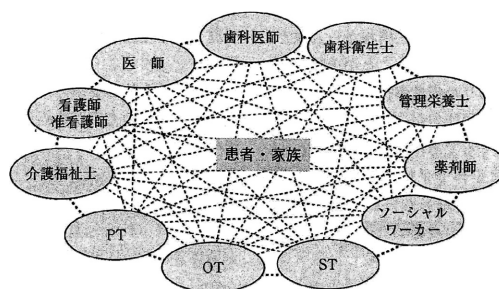
疾 患	発症から入院	入院期間
①脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症の発症もしくは手術後	2 カ月以内	150 日
高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷および頭部外傷を含む多部位外傷		180 日
②大腿骨、骨盤、脊椎、股関節または膝関節の骨折もしくは手術後	2 カ月以内	90 日
③外科手術または肺炎などの治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後または発症後	2 カ月以内	90 日
④大腿骨、骨盤、脊椎、股関節または膝関節の神経、筋または靭帯損傷後	1 カ月以内	60 日

(文献 14 より引用)

る<sup>15)</sup> (表 1)。人員配置の特徴は、施設基準を満たす人員のほかに医師 1 名を病棟専任、理学療法士 2 名および作業療法士 1 名を病棟専従勤務とすることが求められており、その意味で徹底したチーム医療実践の場となっている。また適応疾患としては脳卒中や肺炎や術後の廃用症候群あるいは大腿骨頸部骨折などの高齢者救急疾患が多く、寝たきりになりやすい疾患が中心となっている。さらに発症から入院までの期間が 2 ヶ月以内、入院期間も疾患や障害ごとに異なるものの 60～180 日以内と規定され、早期に受け入れ、早期に家庭復帰を目指す本病棟の明確な目的を反映したものである。

その中でも、看護師だけでなく、医師、理学療法士、作業療法士が病棟専任あるいは専従として配属された点がリハ医療において大きな変革であった。今まで、看護・介護職は病棟、リハスタッフは訓練室で大半の時間を過ごすという物理的な隔りがあった。病棟に医師・リハスタッフを専従配置しその壁を取り除くことで、リハの中心が訓練室から病棟へと移ったのである。そのことにより訓練室での「できる ADL」と実際の病棟での「している ADL」の差が縮まり、より「生活」に即したリハ医療が提供されるようになってきた。

また、それだけではなく、朝夕の申し送りをはじめとし、毎日のカンファレンス、ミーティ



- ①それぞれの職種は互いに意思の疎通を図り、他職種の専門性や能力を信頼する。
- ②同じ目標に向かって協業する。
- ③各専門職はチームとして関わった結果に責任を持つ。

図 2 回復期リハ病棟におけるチームアプローチ (文献 14 より引用)

ングに、医師・看護師・介護職・リハスタッフ・MSW が常に参加し、強力なチーム体制が構築され始めたのである<sup>16)</sup> (図 2)。

実際、全国回復期リハ病棟連絡協議会の調査報告<sup>17)</sup>によれば、回答した施設のうちの 99.3% の病棟で合同カンファレンスが行なわれており (図 3)、その合同カンファレンスに対するチーム各職種の参加率は、看護補助者を除き 90～100% 近くの参加割合となっている (図 4)。また、各専門職の情報の共有化を目的としたカルテの一覧化・一元化も確立しつつある (図 5)。

このようなチーム医療推進の流れの中、平成 20 年の診療報酬改定において回復期リハ病棟入院料 1 と 2 に分けられ、回復期リハ病棟入院

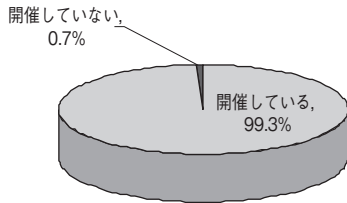


図 3 合同カンファレンス開催の有無 (文献 17 より引用)

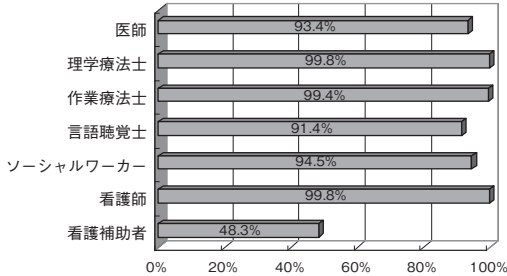


図 4 職種別合同カンファレンス参加割合 (文献 17 より引用)

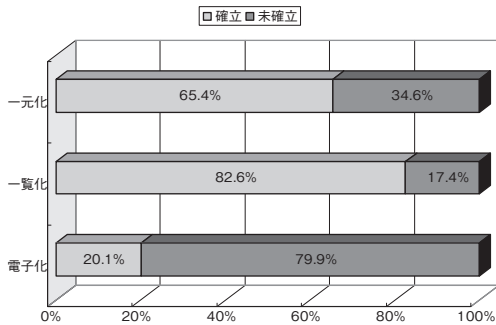


図 5 カルテの一元化・一覧化・電子化 (文献 17 より引用)

料 1 には「当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が 6 割以上であること」が算定要件の 1 つとして規定された。このように在宅復帰率などを指標とし、回復期リハ病棟に対して質の評価が行われるようになったことで、「発症早期に患者を受け入れ、出来る限り ADL の向上を図り短い入院期間で自宅退院を図る」機能がさらに明確になった<sup>18)</sup>。これを受け、リハ医療はさらに質が高く効率的なチーム医療が求められる

ことになったのである。

### 3) チーム医療実践のツールとしてのリハ総合実施計画書

回復期リハ病棟の取り組みに関して質の評価が行なわれるようになったということは、形式だけのチーム医療でなく、チーム医療実践のための取り組みがどの程度の成果を挙げているものなのかを検証することが求められている。ここでは、チーム医療の実践のために作成が義務付けられている「リハ総合実施計画書 (図 6)」をとりあげ、我々が行ったリハ総合実施計画書の意識調査アンケートもふまえ考察する。

リハ総合実施計画書は国際生活機能分類 (以下、ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health) の概念を取り入れて作成されたものである。

ICF とは、人間のあらゆる健康状態に関する生活機能状態から、その人を取りまく社会制度や社会資源までを分類し、記述・表現しようとするものであり、人間の生活機能と障害について、「心身機能・身体構造」、「活動と参加」それに影響を及ぼす「環境因子」について分類している<sup>19)</sup> (図 7、表 2)。そもそも ICF は生命や生活そして人生を包括するものとしての特徴があり、生活機能とは人が生きていくこと全体を示すものである。「心身機能・身体構造」「活動」「参加」はそれぞれ「生命レベル」「生活レベル」「人生レベル」とも言われるように、対象者の全体像をあらゆる側面から把握するものとして適している。また、単に心身機能の障害による生活機能の障害を分類するという考え方ではなく、活動や社会参加、特に環境因子というところに大きく焦点を当てていこうとする点はその大きな特徴である。このような点がリハ本来の目的に合致しており、リハ総合実施計画書にその概念が取り入れられることとなった。そして、回復期リハ病棟においては、2000 年の新設時より全ての患者にその作成が義務付けられたのである。

森 耕平・中俣恵美・中野 禎：リハビリテーションスタッフが医療ソーシャルワーカーへ期待する役割

(別紙様式23)

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日 年 月 日

患者氏名	男・女	生年月日(明・大・昭・平)	年	月	日( 歳)	利き手	右・右(矯正)・左				
主治医	リハ担当医	PT	OT	ST	看護	SW等					
原因疾患(発症・受傷日)		合併疾患・コントロール状態 (高血圧, 心疾患, 糖尿病等)		廃用症候群 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 起立性低血圧 <input type="checkbox"/> 静脈血栓		リハビリテーション歴					
日常生活自立度: J1, J2, A1, A2, B1, B2, C1, C2		認知症である老人の日常生活自立度判定基準: I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, M									
評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)											
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害:(3-3-9: <input type="checkbox"/> 認知症: <input type="checkbox"/> 知的障害: <input type="checkbox"/> 精神障害: <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺 (ステージ・グレード)右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: <input type="checkbox"/> 筋力低下(部位, MMT: <input type="checkbox"/> 不随意運動・協調運動障害: 立位保持(装具: ) <input type="checkbox"/> 手放し, <input type="checkbox"/> つかまり, <input type="checkbox"/> 不可 平行棒内歩行(装具: ) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 全介助 訓練室内歩行(装具: ) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> 知覚障害( <input type="checkbox"/> 視覚, <input type="checkbox"/> 表在覚, <input type="checkbox"/> 深部覚, <input type="checkbox"/> その他: ) <input type="checkbox"/> 音声・発話障害( <input type="checkbox"/> 構音障害, <input type="checkbox"/> 失語症)(種類: ) <input type="checkbox"/> 失行・失認: <input type="checkbox"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 呼吸・循環機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 疼痛:							
	日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」				訓練時能力:「できる“活動”」						
活動	自立度	自	監	一	全	非	独	監	一	全	非
	ADL・ASL等	立	視	助	助	施	立	視	助	助	施
	屋外歩行					杖・装具:					杖・装具:
	階段昇降					杖・装具:					杖・装具:
	廊下歩行					杖・装具:					杖・装具:
	病棟トイレへの歩行					杖・装具:					杖・装具:
	車椅子への車椅子駆動(昼)					装具:					装具:
	車椅子・ベッド間移乗					装具:					装具:
	椅子座位保持					装具:					装具:
	ベッド起き上がり					装具:					装具:
食事					用具:					用具:	
排尿(昼)					便器:					便器:	
排尿(夜)					便器:					便器:	
整容					移動方法・姿勢:					移動方法・姿勢:	
更衣					姿勢:					姿勢:	
装具・靴の着脱					姿勢:					姿勢:	
入浴					浴槽:					浴槽:	
コミュニケーション											
活動度	日中臥床: <input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> 有(時間帯: ) 理由: ) 日中座位: <input type="checkbox"/> 椅子(背もたれなし), <input type="checkbox"/> 椅子(背もたれあり), <input type="checkbox"/> 椅子(背もたれ, 肘うけあり), <input type="checkbox"/> 車椅子, <input type="checkbox"/> ベッド上, <input type="checkbox"/> ギャッチアップ										
参加	職業 ( <input type="checkbox"/> 無職, <input type="checkbox"/> 病欠中, <input type="checkbox"/> 休職中, <input type="checkbox"/> 発症後退職, <input type="checkbox"/> 退職予定 ) (職種・業種・仕事内容: )			社会参加(内容・頻度等)							
心理	経済状況( )			余暇活動(内容・頻度等)							
環境	障害の受容( <input type="checkbox"/> ショック期, <input type="checkbox"/> 否認期, <input type="checkbox"/> 怒り・恨み期, <input type="checkbox"/> 悲観・抑うつ期, <input type="checkbox"/> 解決への努力期, <input type="checkbox"/> 受容期) 機能障害改善への固執( <input type="checkbox"/> 強い, <input type="checkbox"/> 中程度, <input type="checkbox"/> 普通, <input type="checkbox"/> 弱い)			依存欲求( <input type="checkbox"/> 強い, <input type="checkbox"/> 中程度, <input type="checkbox"/> 普通, <input type="checkbox"/> 弱い) 独立欲求( <input type="checkbox"/> 強い, <input type="checkbox"/> 中程度, <input type="checkbox"/> 普通, <input type="checkbox"/> 弱い)							
第 三 利 者 の	同居家族: 親族関係:			家屋 : 家屋周囲: 交通手段:							
第 三 利 者 の	発病による家族の変化 <input type="checkbox"/> 社会生活: <input type="checkbox"/> 健康上の問題の発生: <input type="checkbox"/> 心理的問題の発生:										

図6 リハビリテーション総合実施計画書

(図 6 のつづき)

基本方針	本人の希望
リスク・疾病管理(含:過用・誤用)	家族の希望
リハビリテーション終了の目安・時期	外泊訓練の計画

	目標(到達時期)	具体的アプローチ
参加 主目標	退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 親族宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他: 復職 <input type="checkbox"/> 現職復帰 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他: (仕事内容: 通勤方法の変更 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 家庭内役割: 社会活動: 趣味:	
活動 すべて 実行 状況	自宅内歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (装具・杖等: 屋外歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (装具・杖等: 交通機関利用 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (種類: 車椅子 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> 手動 (使用場所: (駆動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) (移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 排泄 <input type="checkbox"/> 自立:形態 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 立ち便器 <input type="checkbox"/> その他 介助: 食事 <input type="checkbox"/> 箸自立 <input type="checkbox"/> フォーク等自立 <input type="checkbox"/> 介助: 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 入浴 <input type="checkbox"/> 自宅浴槽自立 <input type="checkbox"/> 介助: 家事 <input type="checkbox"/> 全部実施 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 一部実施: 書字 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 利き手交換後自立 <input type="checkbox"/> その他: コミュニケーション <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題有り:	
心身機能 構造	基本動作(訓練室歩行等) 要素的機能(拘縮・麻痺等)	
心理	機能障害改善への固執からの脱却:	
環境	自宅改造 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 福祉機器 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 社会保障サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他: 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要:	
第三者の 不利	退院後の主介護者 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族構成の変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族内役割の変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族の社会活動変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要:	
退院後又は終了後のリハビリテーション計画(種類・頻度・期間)		備考

本人・家族への説明	年	月	日	本人サイン	家族サイン	説明者サイン
-----------	---	---	---	-------	-------	--------

(別紙1-3)

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

- 日常生活自立度の欄については、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日 老健第102-2号)厚生労働省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクⅠ,Ⅱ,A1,A2,B1,B2,C1又はC2に該当するものであること。
- 認知症である老人の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成5年10月26日 老健第135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ,Ⅱa,Ⅱb,Ⅲa,Ⅲb,Ⅳ又はMに該当するものであること。
- 日常生活(病棟)実行状況「している」活動」の欄については、自宅又は病棟等における実生活で実行している状況についてであること。
- 訓練時能力「できる」活動」の欄については、機能訓練室又は病棟等における訓練・評価時に行なうことができる能力についてであること。



チーム医療実践のためのリハ総合実施計画書作成の大きな特徴は、①チーム全体で1つの計画書を作る、②主目標（参加）の重視、③患者・家族への説明と積極的参加の促進である。

具体的には、①は1つの計画書を作る、例えば立位保持・歩行などの「基本動作」の項目は理学療法士が担当、「訓練時能力」の項目は作業療法士が担当、「日常生活実行状況」の項目は看護師が担当、「参加」の項目はMSWが担当して記入するというような分担作業ではなく、チ

ームの合同協議によって作成するというものである。ここではチーム各職種が患者のあらゆる側面に関して、それぞれの専門的な視点に立って捉えるという事が求められる。②は「目標」の最上段に主目標として人生レベルとも言われる「参加」が位置付けられ、全てが主目標を達成するためのアプローチであり、そのために各専門職種が活動レベル・心身機能・構造レベル・環境因子などをどのようによくしていくのかを意識付けさせるものである。③は患者・家族が積極的に参加するために、患者自身に自分の状態を正しく理解することを促すものである。そのためリハ総合実施計画書では、その作成だけでなく説明と交付の過程が重要となる。

つまり、リハ総合実施計画書の役割は、各職種が共同で総合的な評価を行い、それに基づいた目標やプログラムを立てること、そしてこれを利用して患者とその家族に十分なインフォームドコンセントを行うことである。しかし、現状は診療報酬算定のために記入しているという側面が強く、その目的を十分果たしていないと

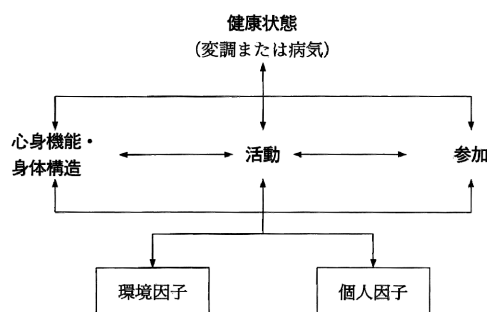


図7 ICFの構成要素間の相互作用（文献19より引用）

表2 ICFの概観

	第1部：生活機能と障害		第2部：背景因子	
構成要素	心身機能・身体構造	活動・参加	環境因子	個人因子
領域	心身機能 身体構造	生活・人生領域 (課題、行為)	生活機能と障害への 外的影響	生活機能と障害への 内的影響
構成概念	心身機能の変化 (生理的) 身体構造の変化 (解剖学的)	能力 標準的環境における 課題の遂行 実行状況 現在の環境における 課題の遂行	物的環境や社会的環境、 人々の社会的な態度による環境の 特徴がもつ促進的あるいは 阻害的な影響力	個人的な特徴の 影響力
肯定的側面	機能的・構造的 統合性	活動参加	促進因子	非該当
	生活機能			
否定的側面	機能障害 (構造障害を含む)	活動制限 参加制約	阻害因子	非該当
	障害			

(文献19より引用)

の声も聞かれる<sup>20)</sup>。

我々が行ったアンケートは、リハ総合実施計画書に対する意識調査アンケートである。

対象は大阪・奈良・京都・滋賀の 4 病院で勤務するリハスタッフで、調査期間は平成 21 年 8 月 1 日～19 日である。対象者には文書にて協力を依頼し、調査票を病院ごとに郵送にて回収した。無記名での回答を求め、郵送での回収をもって協力の承諾とした。回答者数は 134 名中 119 名（理学療法士 66 名、作業療法士 40 名、言語聴覚士 13 名）であった。

設問は、「リハビリテーション総合実施計画書について」の認識を問うものである。

- 1) チームを構成する全職種が共通認識を持つことに役立っていますか？
- 2) 生活機能全般を改善させるための目標設定に役立っていますか？
- 3) 患者自身が主体的にリハビリテーションに参加することに役立っていますか？
- 4) 定期的な効果判定として役立っていますか？

上記の質問に対して、「とてもそう思う」「そ

う思う」「どちらともいえない」「思わない」「まったく思わない」の 5 段階で回答してもらった。

結果 (図 8)、「とてもそう思う」「そう思う」をあわせて肯定的意見、「思わない」「全く思わない」をあわせて否定的意見とすると、

- 1) 共通認識を持つのに役立つか？  
肯定 39%、否定 28%、どちらともいえない 33%
- 2) 目標設定に役立つか？  
肯定 44%、否定 19%、どちらともいえない 37%
- 3) 患者の主体的参加に役立つか？  
肯定 20%、否定 30%、どちらともいえない 50%
- 4) 効果判定に役立つか？  
肯定 57%、否定 11%、どちらともいえない 32%

4 つの質問の中で最も肯定的意見が多かったのが「効果判定に役立つか?」、次いで「目標設定に役立つか?」、「共通認識を持つのに役立つか?」、「患者の主体的参加に役立つか?」の

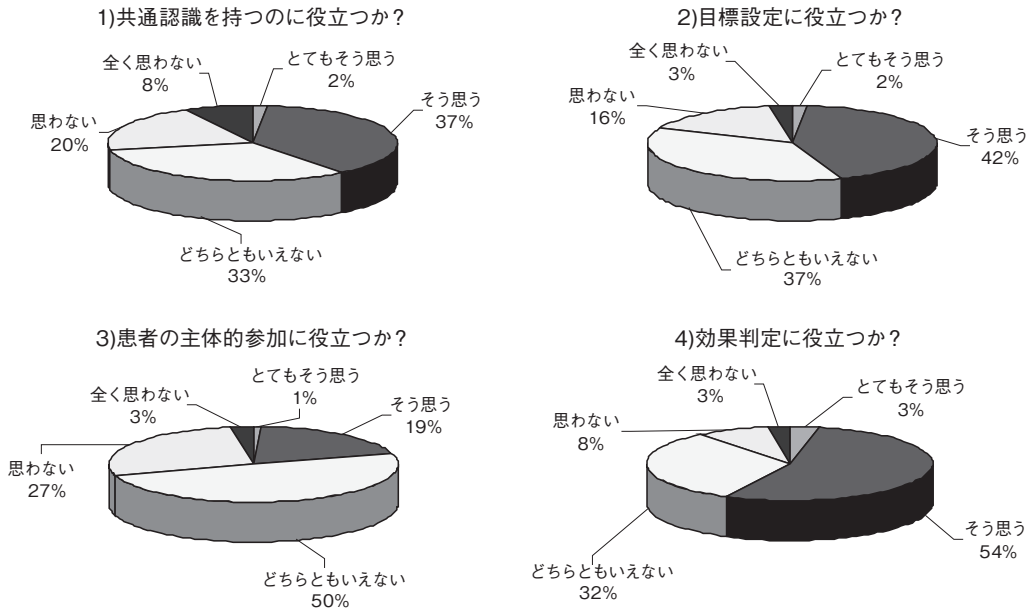


図 8 リハビリテーション総合実施計画書について

順であった。逆に最も否定的意見が多かったのが「患者の主体的参加に役立つか?」、次いで「共通認識を持つのに役立つか?」、「目標設定に役立つか?」、「効果判定に役立つか?」の順であった。

このように、医療提供者側の視点から治療目標の設定や治療効果の判定手段としては有効なものとの認識があるが、チーム医療を推進する上で最も効果が期待されるべき、「患者の主体的参加に役立つか?」、「共通認識を持つのに役立つか?」という項目で肯定的意見が少なかった。しかしながら、すべての質問項目において「どちらとも言えない」という意見が32%~50%を占めていることから分かるように、リハ総合実施計画書をチーム医療実践のツールとして必ずしも否定的に捉えているわけではなく、肯定的とも否定的とも判断しかねていることが示唆される。リハ総合実施計画書が一つの規格を示して、リハ医療を行いたいと考える病院に対してある一定のレベルを義務付けたという意味では画期的<sup>21)</sup>とも評価されているように、リハ総合実施計画書が目的とする方向性は有効であると認識しつつも、実践としての方法論はまだまだ改善の必要性があると感じているということが推察されるのである。実際、リハ総合実施計画書の作成に関して、吉田(2007)<sup>22)</sup>が、現状ではいわゆる「まわし書き」や「セラピストひとり書き」が日常的であると指摘しているように、専門職種ごとに分業化しチーム全体の共通認識を持つものとしては活用できていないことが多い。

その一方で、斉藤ら(2004)<sup>23)</sup>のリハ総合実施計画書による説明と同意に対する患者の満足度調査では、高い満足度を得られたとの報告もあり、方法論の工夫次第でそれらを有効活用できるものと考えられる。

リハ医療において、チーム医療の重要性や個別性を重視したプログラムの立案、そしてインフォームドコンセントが重要であるが、これらを包括して臨床現場で使用できるものがリハ総

合実施計画書である。回復期リハ病棟の誕生によってチーム医療の体制は整いつつあるが、真にそれを実践していくためには、リハ総合実施計画書というこのツールを利用し、各専門職ならびにその家族を含めたお互いがチームとして情報交換を行い方向性を同じくするという、形式だけではない質の高いシステム作りが望まれる。

#### IV チーム医療における MSW の役割

##### 1. MSW とは

「医療ソーシャルワーカー業務指針(2002年改正版)」によれば、MSWとは「病院等の保健医療の場において、社会福祉の立場から患者のかかえる経済的、心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る」専門職であると定義されている。

現在、医療機関で働くソーシャルワーカーに資格はなく、職能団体である日本社会医療事業協会は1990年に社会福祉士をその資格として求める方針を決めた。以降、MSWであるならば、社会福祉士資格を取得することが推奨されるようになり、同協会の会員の約7割は社会福祉士を取得している<sup>24)</sup>。また、求人においても取得が条件とされることが一般的になっている。

MSWの業務は大きく分けて、①療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助、②退院援助、③社会復帰援助、④受診・受療援助、⑤経済的問題の解決、調整援助、⑥地域活動である、と「医療ソーシャルワーカー業務指針(2002年改正版)」で明確化され、資格制度の無いMSWの業務遂行における後ろ盾となっている。

さらに2006年には、厚労省保険局医療課長通知による診療報酬の算定において、①「回復期リハビリテーション」、②「退院時リハビリテーション指導料」、③「リハビリテーション総合計画評価料」、④「ウイルス疾患指導料」、⑤「在宅時医学総合管理料」の5ヶ所に「社会

福祉士」の文字が入るなど、MSWの社会的位置づけが徐々に構築されつつある出来事が続いている<sup>25)</sup>。

しかしながら、上原(2007)<sup>26)</sup>は実際の業務において、MSWの資格が明確化されず、診療報酬においても社会福祉士単独では算定できない現状では、組織の中で生き延びるために都合の良い専門職にならざるを得ない状況である、としている。つまり、MSWの業務は所属する医療機関のニーズに大きく左右されおり、事務職として配属されたり医局に配属されたり看護部に配属される<sup>27)</sup>など、その専門性が認知されていない現状がうかがえる。MSWにとっては、業務に対する認知向上を図り、専門職種としての専門性の確立が急務といえる。

## 2. 回復期リハ病棟におけるMSWへのニーズの高まり

そのような中、全国回復期リハ病棟連絡協議会の調査報告書<sup>28)</sup>によれば、病棟専従でMSWを配している病棟が60.6%となり、平成18年47.4%、平成19年55.2%と比較し顕著な増加を示している。

回復期リハ病棟における人員配置基準は、病棟専任のリハ科医師1名以上、看護3:1以上、看護補助者6:1以上、病棟専従の理学療法士2名以上、作業療法士1名以上である。MSWに関してはそのような配置基準が無いにもかかわらず、増加傾向にあり、回復期リハ病棟においてその必要性を強く感じていることが推測される。

このように回復期リハ病棟におけるMSWへのニーズが高まってきた背景には、医療技術が高度化し、専門化する医療の中で、患者や家族の不安感を除去するといった心理的問題の解決を援助するサービスが求められていることなどが考えられる。また、退院後の各種保険申請等へのさまざまな対応、介護保険申請等に関する家族支援、課題の抽出等、その役割はさらに広範になってきている。このように回復期リハ

病棟の入退院に関わる患者・家族への様々なアプローチは病棟スタッフのみでは不十分であり、今後の回復期リハ病棟での常置スタッフとしてMSWは必須と考えられる。

実際、回復期リハ病棟連絡協議会では、ソーシャルワーカーの病棟1名配属性に向けて平成18年度から活動を開始<sup>29)</sup>しており、それが認可されればMSWへのニーズがより高まることが予想される。

## 3. MSWへ期待する役割

厚生労働省が、「医療ソーシャルワーカー業務指針(2002年改正版)」の中で、退院援助を主要業務として位置付けたように、今や退院援助はMSWにとって重要な業務になっている<sup>30)</sup>。特に回復期リハ病棟においては、家庭復帰を目標とし早期の生活再構築を目指すことから、入院時からすでに“退院時・その後の生活”を視野に入れた支援活動が不可欠である<sup>31)</sup>。このような退院援助の過程でMSWがその役割を果たしていくには、チームの一員としていかに退院援助のシステム構築に加わっていけるか。また、その中で具体的にどのような役割を担っていくかを明確にしていくことが、これからのMSWが医療分野の専門職として地位を確立していく方策の一つであると思われる。筆者はこの退院へ向けた過程の中で、MSWには、患者側の視点に立ちチーム全体の方向性を調整するコーディネーターとしての役割を期待している。

MSWがチーム医療の実践において、そのコーディネーターとしての役割が期待されるのは、①患者とチームとのギャップ、②チーム多職種間のギャップの調整を行なう場面である。MSWは、患者・家族の意向を最優先し、患者の意思決定プロセスを大切にす職種であるため、医療専門職のなかで最も患者に近いところに位置づけられる職種である。

### ① 患者とチームとのギャップ

患者の家庭復帰へ向けたチーム医療実践の中

で、患者自身が「その人らしくどのように生きていくのか」という主目標の設定こそがチーム医療の充実が求められる場である。そこではリハ総合実施計画書というツールを利用し、専門職ならびに患者・家族を含めたチーム合同協議により方向性を同じくするという作業が行なわれる。この過程には患者の主体的な参加が不可欠であり、また、主体的に参加するためには患者自身が自分の状態を正しく理解する事が必要である。しかし、チーム医療は患者を中心に協働で実践されるものではあるが、各種の専門職が集まる集団の中で、それと同等に自分自身の状態を把握する事は不可能であり、結局専門職種から提案されたチームの方針に従わざるを得ない状況があると考えられる。このような、患者とチームとのギャップに対して、MSWは患者・家族が現状どのように認識し、チームの提案との間のギャップを明らかにし、それをどうするか相談に乗るという立場で援助するのがMSWの役割である。これが患者・家族の自己決定を促進し、これを経ることでチームへの主体的な参加が得られる。

## ②チーム多職種間のギャップ

チーム医療の実践において、チームを構成する各職種が共通認識を持たなかった場合、各職種ごとに分業化してしまう事があり、患者は各職種のバラバラな対応に振り回されていることも少なくない。このように、チームが分業化してしまう背景には、患者毎にチームを構成するスタッフが変わり、明確なチームのリーダーが存在しないというチーム医療体制の問題がある。リーダー不在のチームは、最終的な責任の所在が不明確であり、患者や各専門職が発する意見を集約し、細部の意見を調整するといった役割を担うスタッフがいないのである。そのため、チーム全体が患者の治療方針に関して共通認識を持つことが困難となるのである。現行の医療法の規定では、看護師をはじめ理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などのリハスタッフが行う医療に当たる行為はすべて医師の指示

または指導のもとに行うという定めがあるため、通常は医師がリーダーの役割を務める。しかし回復期リハ病棟ではチーム医療最優先の病棟であることを考慮して、権威主義的立場のリーダーではなく、患者の声に耳を傾け、チームのまとめ役に徹するコーディネーターとしての役割が求められている。それには患者の一番近くに位置し、患者の真のニーズを把握しやすいMSWがこの役割を担うことが望ましい。各専門職種の治療方針をより真のニーズに沿った、QOLを向上させる方向への修正を促すものである。つまり、この繰り返しはチーム全体をある一つの共有した目標へ向かった、チーム医療の実践となるのである。

MSWは資格制度の問題・診療報酬の問題など、医療現場における業務に様々な困難を抱えている。しかし、いまや医療の現場において、社会福祉の立場から患者の社会復帰を支援するMSWの役割がチーム医療にとって必要不可欠となってきている。このMSWのコーディネーターとしての機能が、患者の主体的な参加を促進し、チーム全体を一つの共有した目標に向かって機能させるという、現在のチーム医療の課題を補うものである。近年、医療は様々な職種の連携によって提供されるようになっており、医療従事者同士のコミュニケーションは勿論、患者・家族とのコミュニケーションの重要性はますます高まっている。院内で患者と医療従事者が信頼関係を結べるような支援や、医療機関同士、または施設との円滑な連携を促進する機能がますます必要になる<sup>32)</sup>。MSWはそのニーズを十分に担いうる職種であると思われる。

## V おわりに

上原<sup>33)</sup>は、「患者にとって、MSWはあくまでたくさんある社会資源の1つにしか過ぎない。患者にとって最も重要なことは、いかに使える社会資源（専門職）であるのか、つまり、

『自身のニーズをいかに満たしてくれるか』が重要であり、MSWの資格や、医療機関に入る診療報酬は関係が無いのである」と述べている。これはMSWに限ったことではなく、我々すべての専門職にいえることである。

チーム医療の最終的な目標は、身体機能の回復のみならず、QOLの向上であり、残された人生を住み慣れた地域でよりよく生活できるように支援することである。

厚生労働省は「安心と希望の医療確保ビジョン(平成20年6月)」<sup>34)</sup>の中で、『『治す医療』だけでなく病を抱えながら生活する患者と、その家族の生活を通じて支援していくという『支える医療』という発想がより一層求められる』とし、「我が国の医療は、『治す医療』から『治し支える医療』に向かっていく」という医療のこれからの方向性を示した。

我々専門職が自らの職域に固執し、本来患者のために果たさなければならない職務を放棄したとき、患者の将来は暗闇の中に帰すのである。このことを肝に銘じ、チーム各職種が、患者を「どう治し」、「どう支える」ことが出来るのか、いまある制度の中で患者のニーズにこたえるチーム作りを今一度考える必要があると考える。

## 文 献

- 1) 厚生労働省：「医療制度改革試案」, 2001
- 2) 厚生労働省：「医療提供体制の改革のビジョン」, 2003
- 3) 石川誠：回復期リハ病棟はチームアプローチのモデル病棟, 理学療法 24 卷 10 号, 2007
- 4) 厚生労働省保険局長通知健康発第 1129001 号, 医療ソーシャルワーカー業務指針, 2002
- 5) 坂梨薫他：専門職の職種, 職位別にみたチーム医療の認識に関する調査. 広島県立保健福祉大学誌 人間と科学, 4(1) : 47-59, 2004
- 6) 大川弥生：目標指向的介護の理論と実際, pp 223-224, 中央法規, 2002
- 7) 同書 pp 223-224
- 8) 同書 p 223
- 9) 加藤ふみ子：回復期リハビリテーション病棟におけるチーム育成のための戦略, 地域リハビリテーション Vol.3 No.10, pp 933-936, 2008
- 10) 大川弥生：回復期リハビリテーション病棟のあり方, PT ジャーナル 第 35 卷第 3 号, pp 167-178, 2001
- 11) 諸橋勇：リハビリテーション総合実施計画書の書き方と活用, そして現状, PT ジャーナル Vol.39 No.18, pp 989-998, 2005
- 12) 全日本リハ病院施設協会・全国回復期リハ病棟連絡協議会編：回復期リハビリテーション病棟, pp 13-20, 2005
- 13) 石川誠：回復期リハビリテーション病棟成立の背景, PT ジャーナル 第 35 卷第 3 号, pp 161-165, 2001
- 14) 栗原正紀：回復期リハビリテーションの現状と課題, 理学療法 24 卷 10 号, pp 1297-1305, 2007
- 15) 同書 p 1300
- 16) 前掲書 石川誠, p 163
- 17) 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会：「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」. 平成 20 年 2 月
- 18) 加藤ふみ子：回復期リハビリテーション病棟におけるチーム育成のための戦略, 地域リハビリテーション Vol.3 No.10, pp 933-936, 2008
- 19) 世界保健機関：国際生活機能分類, まえがき, 中央法規, 2002
- 20) 前掲書 諸橋勇, p 989
- 21) 伊佐地隆：回復期リハビリテーションにおけるリハビリテーション総合実施計画書の位置づけとあるべき方向, リハビリテーション医学 Vol.41 No.9, 2004
- 22) 吉田望：ICF に基づいたリハビリテーション, 理学療法の歩み 18 卷 1 号, pp 22-30, 2007
- 23) 齊藤秀之, 他：リハビリテーション総合実施計画書による説明と同意に対する満足度調査の試み, 第 6 回医療マネジメント学会抄録集, 2004
- 24) 杉浦貴子：文献により探索する医療ソーシャルワーカーの「困難性」の実態, ルーテル学院研究紀要 No.40, 2006
- 25) 上原正希：医療ソーシャルワーカーの業務における制約について, 新潟青陵大学紀要, 2007
- 26) 同書
- 27) 京極高宣・村上須賀子編：医療ソーシャルワーカー新時代, 勁草書房, p 54, 2005
- 28) 前掲書「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」pp 20-21

森 耕平・中俣恵美・中野 禎：リハビリテーションスタッフが医療ソーシャルワーカーへ期待する役割

- 29) 全国回復期リハ病棟連絡協議会：「ソーシャルワーカーの病棟一名必置制にむけて」, 2007
- 30) 井上崇：リハビリテーションの新展開, 三輪書店, pp 117-119
- 31) 京極高宣・村上須賀子編：医療ソーシャルワーカー新時代, 勁草書房, p 109, 2005
- 32) 杉浦貴子：文献により探索する医療ソーシャルワーカーの「困難性」の実態, ルーテル学院研究紀要 No 40, 2006
- 33) 上原正希：医療ソーシャルワーカーの業務における制約について, 新潟青陵大学紀要, 2007
- 34) 厚生労働省：「安心と希望の医療確保ビジョン」, 平成 20 年 6 月
- 35) 石川誠：リハビリテーション医療の流れ, これからのリハビリテーションのあり方 (澤村誠志監修), 青海社, 2004