

【研究ノート】

# 医療連携チームにおける現状と課題

鍵井 一浩 \*

The Current State and Issues of Medical Treatment Teams

Kazuhiro Kagii

## 要 旨

近年の医療機関は、平均在院日数が短縮傾向にあり、急性期から回復期さらに維持期への病期の流れのスピードをより加速させてきている。この短縮化の中で各病期では、関わる専門職の専門領域や専門性を発揮する重点時期を認識しておく必要がある。そのためには、医療実践現場で誘導指標として役立つ理論モデルがなければ、医療連携チームの各専門職が、理論的に患者へのアプローチをしていくことができない。理論モデルとは、良く分析された既存の体系を応用し、わかりやすく理解させようとするものである。しかし、各理論モデルのいくつかは、現在の医療実践現場において思考過程が合わなくなっている。従って今後は、現在の医療実践現場に合う思考過程に修正をしていかなければならない。その中で医療ソーシャルワーカー（medical social worker 以下 MSW）には、適切な時期に有効な専門職が、チームを編成するための調整役として期待されてきている。

## Abstract

Medical institutions have recently tended to reduce average days of hospitalization and compress time spent in each defined stage of illness, from the acute through convalescence and maintenance phases. This trend toward stage compression requires awareness of when specialists in each specialist area and function are required. Without theoretical models to serve as guidelines on the treatment frontline, medical treatment team specialists will lack a theoretical basis for their patient approach. Theoretical models make well-analyzed existing systems easy to understand. However, some theoretical models are becoming out of step with thinking processes on the current treatment frontline. Therefore, going forward we must correct the models to conform with thinking processes appropriate to the current treatment frontline. As part of this process, medical social workers (MSW) are expected to act as coordinators to ensure that medical treatment teams include the appropriate specialists at the appropriate points in time.

受付日 2012.8.24 / 受理日 2012.10.24

\* 関西福祉科学大学大学院 社会福祉学研究科 臨床福祉学専攻 学生

● ● ○ **Key words** 平均在院日数 average days of hospitalization / 病期 stage of illness / 専門職 specialist / 医療連携チーム medical treatment team / 理論モデル theoretical model

## I はじめに

近年の医療を取り巻く環境の変化の中で重要なことは、医療機関における平均在院日数が益々短縮傾向にあるということである。また、平均在院日数短縮により、急性期から回復期さらに維持期への流れのスピードがより速くなってきており、各病期が担う役割も徐々に変化をしてきている。さらには、この平均在院日数短縮化により、各病期に関わる各専門職の役割も変化してきており、同じ専門職であっても各病期の役割のあり方も異なってきている。そのため、それぞれの病期に関わる各専門職の専門領域や専門性を発揮する重点時期を認識しておく必要がある。

医療連携チームは、受傷や診断の重症、軽症に関係なく、必要があれば常にチームを組む体制になっていなければならない。しかし、チームはルーチン化し固定される傾向が多く、多くの医療機関にみられる。今後さらに、平均在院日数が短縮化していく医療実践現場においては、チームは固定化されるものではないことを理解して、患者個々の状態に合ったチーム編成がなされ、各病期の役割や医療機関に応じたチームへとより変化し発展しなければならない。また、より良いチーム編成のためには、それぞれの専門職が各専門職のその基礎となる専門性や役割を理解しておかなければならない。さらに医療実践現場では、患者を支援していく上で誘導指標となる理論モデルがなければならない。この理論モデルは、まったく知らない土地に車で出かける際のナビゲーションシステムのようなものであり、出かける際に最も重要な道具となりうる。医療実践現場においても理論モデルを有用に活用することで、患者を本質的に理解して支援をしていくことに繋がると考える。しかしながら、各理論モデルにおいては、欠点や課題もありまた各理論モデルのいくつかは、現在の医療実践現場においては思考過程が合わなくなっている。従って、現在の医療実践現場に合う思考過程に修正することや、各理論モデルの利点をいかせる新しい理論モデルも必要になってくると考える。

今後、団塊の世代（1947年～1949年）が2025年には、後期高齢者になり慢性疾患を合併する患者が増加する可能性が多いにある。その中で、理論モデルの活用の仕方やチームのあり方も今後、変化しなければならないと思われる。それに伴って、各専門職が質の高いチームを構築するには、各専門職が医療と社会福祉の垣根を越えて問題意識を持たなければならない。医療連携チームが患者・家族に適切な時期にタイミングよく支援していくためには、その時期に有効な専門職が関わり、最短で次のステージに移行できるかをチーム内で確認できる環境作りが必要である。また、その医療連携チームに有効な情報を提供し、患者・家族が役割を持ってチームに参加できるきっかけ作りのための窓口として、MSWの存在は大きい。

## II 理論モデルの理解

### 1. 障害の概念の変化

国際疾病分類：International Classification of Diseases（以下ICD）は、1893年に国際統計協会において「死因分類」として採択されたのが最初であり、抗生物質に代表されるような医療の著しい進歩と公衆衛生的な環境の改善、また生活水準の向上によって急性の感染症疾患が激減し、それに伴い寿命が延長することで慢性疾患が増加するなどの疾患像の変化が起こってきた。そこで疾患そのものをみるだけでは不十分であるとして「疾患の諸帰結」をみる必要があるという意識が高まり、10回の修正を経て国際障害分類：International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps（以下ICIDH）が生まれた。これにより、障害や死亡を統計的に把握し構造（機能障害・能力障害・社会的不利）で体系化できるようになった。また国際比較も可能にしたことが特徴である。しかしICIDHの考え方は、時に「障害」の分類であるとされ、「障害者」の分類であるとしてマイナスイメージに誤解されることがあった。近年「障害」の分類

であるICIDHから「健康」というプラス的要素を加え、全ての人に対応し分類できる国際生活機能分類：International Classification of Functioning, Disability and Health（以下ICF）に移行されてきている。また現在の医療実践現場では、患者本人を含む家族が抱える問題がより複雑化・困難化・多様化しており、特に慢性疾患を複数有することが多い後期高齢者については、臓器別、疾患別の身体面よりは人間全体を診れる医療の提供に期待される部分も多くなっている。

従って、今日の医療連携チームが、患者・家族の期待に応えていくためには、「医学モデル」と「統合モデル」とを合わせて活用できる能力が必要になってくると考える。現在の「医療モデル」はICD、ICIDHの「医学モデル」と「社会モデル」の「統合モデル」がICFとされているが、上田<sup>1)</sup>は、1987年にリハビリテーション医学の分野は「プラスの医学」と述べている。リハビリテーション医学は一般の治療医学と異なり、悪いところを治してマイナスを減らすだけでなく、隠れた能力を引き出し、プラスを増やすことによって「人間らしく生きる権利の回復（全人間的復権）」を達成することができるとしている。これらのことから考えると、既に「社会モデル」の要素を取り入れており、ICFの概念と一致する。また奥山<sup>2)</sup>らは、ICIDHは一方向に機能障害、能力低下、社会的不利の因果関係を示してきたものではないとしている。例えば脳血管疾患発症により、片麻痺が出現した場合において通常、ADLの障害などを能力低下として捉えてきた。能力低下は、機能障害の結果生じるものであるが、利き手交換により書字や食事が可能となることも考えられ、麻痺が残存しても問題がない場合もあるとしている。脳卒中患者の能力低下が機能低下をもたらす例としては、日常の活動性が低下すれば廃用症候群を来たすことがある場合や、社会参加ができずに家に閉じこもることになれば、屋外歩行能力が低下するといった社会的不利が、能力低下を増悪させることもあるとしている。

近年の医療実践現場においては、高齢者が増加し、2030年に75歳以上の後期高齢者が現在の2倍近くなることから、慢性疾患を合併する患者に対応する新しい理論モデルも必要になってくると考えられてきている。中村<sup>3)</sup>は、慢性疾患に対する保健・医療については、医学モデルと社会モデルを合わせて理解する必要

があると述べている<sup>4)</sup>。青柳<sup>5)</sup>は現在の医療では医学モデルと社会モデルの理念を急性期や慢性期などの状況に応じて、うまく使い分ける必要があると述べており、内山<sup>6)</sup>は、社会モデルは医学モデルを含めた介入の整合性が希薄であると指摘し、医療ならびに保健・福祉においては、医学モデルと社会モデルを合わせた問題意識を持つ必要が生じてきていると述べている。このように新しい理論モデル<sup>7)</sup>の必要性が強調されてきているものの、これまでは医学モデルと社会モデルとを一体的に捉えた理論モデルの紹介はなされていない。今後、医療連携チームが、患者・家族に適切な時期にタイミングよく支援していくためには、医学モデルと社会モデルとを一体化した理論モデルを用いて、広い視点の中から問題の本質を見極めていかなければならない。

## 2. 医療の流れを踏まえた理論モデルを理解する必要性

近年、わが国の医療を取り巻く環境は大きく変化しており、医療機関においては「在院日数の短縮化」「機能特化」「連携」が重要なテーマとなっており、個々の医療機関・施設がそれぞれの機能を明示して有機的に連携することが求められている<sup>8)</sup>。特に脳外科的、整形外科的疾患の診療には、急性期から回復期、維持期まで連続した「治療」「看護」「介護」「リハビリテーション」が必要である。そのためには、各医療機関・介護・福祉施設のスタッフが自らの医療機関、介護・福祉施設内だけでなく、発症から在宅復帰するまでの過程を理解しておかなければならない。また、連携する医療機関、介護・福祉施設が一体となって、患者に納得してもらえ医療・保健・社会福祉を提供することが重要となる。

近年のわが国の医療の考え方は、従来の医療、介護・福祉施設のように24時間施設の中で暮らす生活中心であったものを地域へと流れを大きくシフトさせてきている。急性期医療機関の縮小化により医療機関、介護・福祉施設関係者にとって、従来の古い認識を改め直すよい機会になったと考える。さらに今後、高齢化社会を迎えるにあたって、慢性疾患を複数有することが多い後期高齢者にとっては特に、臓器別の専門医よりは、人間全体を診察できる医師や医療関係職種に期待が寄せられている。患者・家族の視点から考えると、

地域における医療機能の明確化や機能分化、またわかりやすく理解しやすい医療連携システムと説明が求められている。

今後のわが国の方向性としては、あるべき急性期・回復期・在宅医療等の医療の姿を念頭において、それぞれを担う医療関係機関の役割分担、並びに急性期から回復期、回復期から在宅医療といった姿を明らかにすることが求められている。これらを明示するとともに、その実現を診療報酬や必要な人材の養成を含めた、様々な政策や関係者の取り組みにより推進する必要がある。近年の病院から在宅へ、専門職から多職種協働へという大きな流れの中で国は“病気を治せ”ではなく“生活の質:Quality of Life(以下 QOL)を高めていく”と言い始めており、言い換えれば“生活の質を高めるために医療を提供する必要がある”という視点に変化している。しかし生活の視点で考えると、疾病や障害の問題だけでは不十分であり、経済的な問題や家族の問題が大きなウエイトを占めることになる。

これらのことを踏まえて考えると、ICIDH（医学モデル）から ICF（統合モデル）へと医療の流れがシフトしてきていることが伺える。しかし、ここで注意をしておかなければならないことは、ICIDH は医療関係分野だけでなく、他の分野、また当事者・一般市民全体にも根強く浸透していることに注意しておかなければならない。従って医療関係分野のマイナス面をみるということに慣れ過ぎている者にとっては、プラス面や正常な機能が残っている部分への関心が薄いという現状がある<sup>9)</sup> ことも認識しておく必要がある。

これらの認識を改善するためには、ICF は全ての人を対象とした生きることの全体像をとらえるためのものであることを各職種が理解して医療、保健、社会福祉などの各専門職種、行政が共通言語（共通のもの考え方）を持つことが重要である。また ICIDH（医学モデル）と ICF（統合モデル）のそれぞれの課題を踏まえて、各モデルの持つ利点（表1）を生かしていくことができる専門職が育成されなければならないと考える。ただ単に、現時点の世間の流れが ICF（統合モデル）にシフトしてきているという理由だけで、安易に各専門職種が各病期において用いてはならない。今後は各専門職が共通にそれぞれの場面に応じた理論モデルを活用できる視点が重要となり、各モデルを応用していきける考え方が、医療連携チームには重要である。

### 3. ICIDH（医学モデル）と ICF（統合モデル）の課題

理論モデルとは、一般的に説明しにくい事柄に対してよく分析された既存の体系を応用しわかりやすく理解させようとするものである。理論モデルは、全く知らない土地に車で出かける際のナビゲーションシステムのようなものであり、出かける際に最も重要な道具となりうる。医療実践現場では、ナビゲーションシステムのように役立つ誘導指標として、理論モデルがなければ本質的理解をして、理論的に患者をアプローチしていくことができない。

しかし、その誘導指標である ICIDH や ICF にも欠点や課題がある。（表1）ICIDH においては、障害の構造が疾病から機能障害、能力低下、さらに社会的不利へという単一方向のみの考え方で、階層性による積み重ね構造として理解された。これは「障害」というマイナスの視点で捉えた理論モデルである。しかし、障害を持つ人の心身を考えてみると、障害が全体に占める部分は一部であり、残りの多くは健全な機能・能力で占められているのである。さらに、否定的な部分だけの「障害」定義では限界があり、例えば眼鏡をかけていること、補聴器をしていることは障害なのか、そうではないのか、コンセンサスが得られにくく、国別にも異なっている<sup>10)</sup>。また視力が悪い、聞こえにくいという身体機能面の変化があったとしても、それが日常生活に影響がない場合は、機能障害とは言いにくい。ICIDH の理論は医療関係分野の専門家だけで作成されており<sup>11)</sup>、そこには障害者や社会福祉の専門家などの意見を反映させなかったことも問題である。

一方、マイナスをみる ICIDH に対して障害のある人たちの考え方の中には、視覚障害や片麻痺、脊髄損傷等の障害があっても「障害はあるけど健康である」という考え方の人たちや「病前よりも質の高い生活を送ることができている」という人たちもいる<sup>10)</sup>。これらの考え方は、生活機能というプラスをみることができ ICF の考え方である。しかしながら、臨床現場では、ICF のプラス面に注目していることや環境因子と個人因子の2つからなる背景因子が付加されていることなどの大まかな概念についても、認識度はまだ低い。そのため臨床現場では、十分な活用をされていない。

その一つの理由として金森<sup>12)</sup> は、その都度約1500

表1 ICIDH (医学モデル) と ICF (統合モデル) の比較

注記：一部改変

出典：平上二九三「新しい臨床実践モデルの紹介：医学モデルと障害モデルの結合

—患者中心のアプローチと問題解決能力の向上—」理学療法学 2010年 37(4) 社) 日本理学療法士協会 382頁

要素	ICIDH(医学モデル)	ICF(統合モデル)
①因果関係と階層の方向性	疾病から機能障害、能力低下、さらに社会不利という単一方向の考え方	双方向的な関係を持つ相互作用モデル
②視点	「病院論」に基づく医学モデルを背景	「生活モデル」の視点がないと理解が困難
③対象	障害のある人	すべての人を対象
④適応	発症時期が明らかでない慢性疾患には適応性を欠いている	回復期から維持期以降で対応しやすいが、救命救急・急性期には適応しにくい
⑤障害・構造	障害の原因を疾患・外傷のみで考える	障害の原因を環境因子、個人因子の影響も含めてみる
⑥分類	疾病の諸帰結に関する分類、基本的に死因の分類	全ての人に関係する分類 死に至らない慢性疾患の健康問題（うつ、寝たきり、精神障害など様々な慢性疾患による QOL の問題）
⑦言語	医学関係中心の言語	共通言語 専門職間のみでなく当事者本人と専門職の間の共通言語でもある
⑧アプローチ	基底還元論的アプローチ	相互作用的アプローチ
⑨作成	医学関係者の専門家のみ（欧米の学者のみ）	医学関係、社会福祉の専門家（障害者、行政）
⑩適応地域	文化や社会状況の異なる地域には適用しない	どんな国、地域、時代にも共通する分類
⑪使いやすさ	医療関係職種の間からみるとわかりやすく使いやすい	医療分野はマイナス面をみることに慣れすぎているため、人のプラス面や正常な機能が残っている部分への関心が薄くなっている 医療関係職種には使いにくく、今後の改良への期待（職種間による差もある）
⑫今後の適応	近年の医療・保健・社会福祉の連携の考え方の中では ICIDH の単一方向の考え方では限界がある	介護保険判定など障害を適確に把握する上で有用 医療関係職種にも介護に関する問題や「活動」「参加」あるいは「環境」の問題を考えなければならないためニーズにマッチする 統計ツール、研究ツール、社会政策ツール

項目あるすべての項目を評価することが困難であり、ICF を有効に活用するためには、ICF モデルに基づいて活用するそれぞれの課題に応じて、個別に妥当なモデルと評価手段を開発する必要があると述べている。また奥山<sup>13)</sup> は、ICF の双方向を強調することの危険性として、例えば中枢神経疾患への治療において、運動麻痺だけにアプローチする心身機能レベルへの対応だけに目を向けて対するのは良くないが、運動麻痺が軽くなれば、ADL が高いレベルに到達し、心身レベルを1つ上げながら、その高い心身機能レベルを最高の活動レベルを目指すべきであるとしている。従って、ADL 訓練さえしていればよいという考え方は、到達レベルを低めてしまう危険性があるということになる。また千野<sup>14)</sup> は、脳血管障害による片麻痺患者を例として、問題志向的に考えた場合、ICF に則って分

類しようとする「麻痺」「失語症」「歩行障害」などの語句が使用できず（マイナスの意味のために用語に含まれない）患者の疾病から派生する問題点から記載することができないとしている。ICF を医療の現場ですべてを応用することは困難な場合もあり、医療の効率化を妨げることもある。

また才藤<sup>15)</sup> は理論モデルをシステムとして考えることができるとしている。障害を抱えた人を「障害部位の他に健全な部位を有し、また人的・物的環境の中に存在している系（システム）」として捉え、従来の医療手段によって改善できない病理的状態や機能的問題が残存しても、機能障害部位の活動性を向上させ、個人の健全部分を活用するとともに道具を使用することで、個人としてあるいは環境を含めた個人の生活として、最良の状態の実現を目指すことができるとして

いる。才藤はこれらのことを「システムとしての解決」という意味で捉え、草野球チームに例えて図示しているが、今回は筆者が、患者の身体機能に関する知識が乏しい社会福祉職が医療関係職と連携して、また社会福祉サービスに関する知識が乏しい医療関係職が社会福祉関係職と連携して患者の課題を解決していく過程を才藤の草野球チーム例を参考に加工した。(図1)

さらに平上<sup>16)</sup>によると、ICIDHは感染症や悪性腫瘍、骨折や脳卒中などの急性期や回復期に適応しやすいが、発症時期が明らかでない慢性疾患には適応性を欠いているとしており、一方のICFは各要素間の相互関係を示した図式であり、維持期以降においては適応しやすいが、急性期には十分な適応性を欠いているとしている。従ってICFは、障害を生み出す要因の相互関係を整理できてもプロセスが明確ではないので、経過に応じた対応を示すことができないという欠点も持っていることになる。これらのように今尚、臨床実践現場においては医学モデル(ICIDH)の理論も根強く取り入れられている。しかし、従来の24時間施設の中で暮らす施設から施設への時代から、施設から地域へと変化していることから考えると、今後は統合モデル(ICF)の考え方も取り入れて行きながら思考過程を整理していく必要がある。

#### 4. 従来の理論モデルの改善点

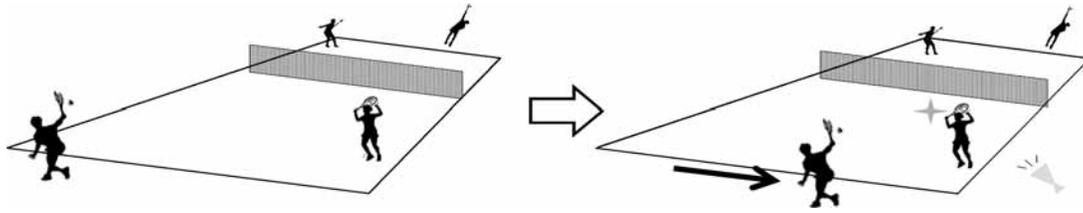
理論モデルとは、一般的に説明しにくい事柄に対してよく分析された既存の体系を応用し、わかりやすく理解させようとするものである。しかし各理論モデルのいくつかは、現在の医療実践現場において思考過程が合わなくなってきた。従って今後は、現在の医療実践現場に合う思考過程に修正していかなければならない。各理論の例を踏まえて考えてみると、患者へのアプローチが開始される前に、入院時カンファレンスを開き、関連職種間で目標設定を行うことが必要であると考えられる。各職種の専門性を理解した役割を確認することで、どの時期に有効な専門職が関わり、最短で次のレベルに移行できるかをチーム内で常に確認できる環境を築き上げることが大切である。そのためには、心身機能面に関わる人が多い医師、看護師、リハビリ関係職種が予後を予測しながら参加に関わるMSWやケアマネジャーに情報を素早く提供し、参加

に向けた取り組みができやすい環境を作ることが重要である。

また患者の抱える問題が近年、複雑化・困難化・多様化していることから活動に向けた取り組みがスムーズに移行できるよう、MSWが家族調整を行いながら常にチーム内の各専門職に情報提供できる体制にあることが必要である。さもないと、いくら患者の心身機能面が改善されても、その向上した機能を発揮する環境が決定されていなければ獲得された能力を有効に発揮できない。さらに、キーパーソンや家族の協力度が明らかにされていないと、患者本人の能力を最大限に発揮できない場面が多くなる。

近年、医療関係機関の在院日数が短縮しており、心身機能面の最大限の回復をはかり、それが限界まで達してから活動レベルへの働きかけに移っているのは、時間的に余裕が無くなり期限がきてしまう。また各専門職が職種別に各生活機能レベルを分担し、障害の各レベルに対する働きかけを単に並行的に行なっていくと、各専門職ごとに別々の異なる目標が立てられ、各専門職の効果を相殺してしまったり、各専門職の価値観のみに固執してしまうと特定のレベルのみを重視することになる。

これらのことから、MSWは患者の入院相談と退院支援の両方、それに加え心理的・社会的問題、経済的問題などへの支援業務を担当することが多く、患者・家族により身近で有効な情報を入手しやすい立場である。患者のアプローチは医療連携チームで行うべきものである。その医療連携チームに有用な情報を提供し、患者・家族が役割を持ってチームに参加できるきっかけ作りのための窓口として、MSWの存在は大きいと考える。MSWがチームの調整役として機能していくことでアプローチの開始から終わりまでの間に各専門職の重複や見落としがなくなり、効率のよいアプローチに繋がると考える。



テニスの経験が少ないパートナーとダブルスをする場合、どう強化するか？(医療分野の知識の少ない社会福祉関係職もしくは、社会福祉分野の知識の少ない医療関係職と連携する場合、どう連携するか？)

1. 特訓する(機能障害への対応:医療関係職が主体)
2. 後衛をライン中央にシフトする(能力低下への対応:新行動の形成:医療関係職主体から社会福祉関係職も参加)
3. 新シフトでの練習(能力低下への対応:治癒的学習:医療関係職と社会福祉関係職の協働)
4. 応援団の結成(社会的不利への対応:社会福祉関係職が主体)

テニスの例に沿って脳卒中片麻痺患者の移動を考えるとどう解決されるか？

1. 麻痺した下肢の機能を促進するために訓練する(機能障害への対応:医療関係職が主体)
2. 麻痺肢の回復を予測しながら、必要に応じて可能な社会資源を活用して適切な装具を作成し装具での歩行を促進する。また健側下肢をこれまで以上に活用させ、健側上肢で杖を使うという「新しいシフト」を構築する(能力低下への対応:新行動の形成:医療関係職主体から、社会福祉関係職も参加)
3. 新シフトでの練習を重ねることにより歩行を自立させる。また、自立できない場合は家族調整や制度、政策などの社会資源の活用を進めていく。(能力低下への対応:治癒的学習:医療関係職と社会福祉関係職の協働)
4. 在宅復帰にあたっては家族調整をし、玄関に椅子を置く、手すりを付ける、段差を解消するなどの環境整備を行う(社会的不利への対応:社会福祉職が主体)

図1 システムとしての解決法

注記:一部改編

出典:奥山タ子「中枢神経領域の理学療法におけるICF導入の現状と課題」理学療法ジャーナル 2009年 43(8) 医学書院 675頁

### Ⅲ これからの医療実践現場で求められる理論モデル

#### 1. ICF理論モデルを臨床実践で生かせないアプローチの例

近年の医療・保健・社会福祉をめぐる様々な制度改革の中で「連携」は重要なキーワードであり、各専門職種間で共通の概念をもっていなければならない。その共通の概念をもつ上でお互いの職種が、基礎的な認識を養う道具の一つとなり得るのが現在のところ国際生活機能分類(ICF)と言われている。ICFは国際障害分類(ICIDH)から続く連続性のあるモデルである。しかし、大川<sup>17)</sup>は、このモデルを考える上でいくつかの誤った思考過程があるので注意を要すると述べている。以下大川の理論を例に挙げながら説明する。

##### ① 段階論的アプローチ

心身機能(特にマイナス面である機能障害)の最大限の回復をはかり、それが限界にまで達してから次に活動レベルへの直接的な働きかけに移り、さらに、そ

れらが限界に達して初めて参加レベルへの具体策を構じ始める。これらは一応、すべてのレベルに働きかけることになってはいるが、心身機能においては最大限の取り組みを果たしているが、活動レベルへの働きは「できる活動」「している活動」ともに極めて不十分ことが多い。また参加レベルへの働きかけも限定的になりがちとなる。

例)

大腿骨頸部骨折患者について考えてみると、骨折後手術が施行されその後リハビリ依頼がなされる。そこでまず、筋力強化や拘縮改善など機能障害への働きかけが行われる。それがある程度限界に達し始めた頃に、活動レベルへの働きかけが始まる。この場合、応用歩行など活動レベルの働きかけが限定的になりがちとなる。そしてその後、時間的余裕がなくなり駆け足で参加レベルに働きかけていくことになるが、そこでは多くの場合、自宅復帰か転院・施設入所か職場復帰といった大まかな働きとなる。

しかし、これら各レベルへの働きかけは直接的なその個々のレベルへの働きかけで、相互関連性は十分に取り入れられていない場合が多い。さらに、各レベルへの各職種の間わりについて考えてみるとこの場合、心身機能については、術前から術後にかけて医師と看護師が主として関わり、術後は医師の間わりから看護師、理学療法士、作業療法士へと間わりの主が移行する。活動においては、理学療法士の運動療法を通して、病棟で実用性を発揮させていくために看護師が関わる。参加は、医療ソーシャルワーカーやケアマネジャーなどと各生活機能レベルごとに担当職種が固定してしまいがちになる。

#### ②同時並行的アプローチ

生活機能の各レベルに対する働きかけを同時並行的に行っていく、職種別に各生活機能レベルを分担する。このアプローチでは、障害の各レベルに対する働きかけを単に並行的に行っていくことになり、各レベル間の相互依存性を明確にし、お互いに連携しながら効果を生かそうとはしない。

例)

大腿骨頸部骨折患者において、骨折後から手術後まで医師と看護師が主として関わり、手術内容や手術前の留意点を説明しながら手術施行までの準備を整える。また、入院前の情報やインタビュー面接などから、MSWが参加レベルについて検討を開始する。この時、介護保険で認定を受けている場合、ケアマネジャーが患者や家族から情報を得ることもある。さらに、術後から理学療法士が筋力向上や関節可動域改善を目標に運動療法を施行し、作業療法士は日常生活動作向上を目標に訓練を施行する。この場合も両職種間で情報を交換することもなくお互いに訓練を進める。病棟においてもリハビリスタッフからの情報がないため、看護師が独自にトイレ動作を開始したり、逆にトイレ動作がリハ室で可能であるのに、病棟ではオムツをしたままであったりする。このように職種別に生活機能レベルを分担し、各レベル間の相互依存性を明確にしない。そのために各職種ごとに別々の異なる目標が立てられ、互いに効果を相殺する結果になる。

#### ③基底還元論的アプローチ

基底還元論とは、上田<sup>18)</sup>によると還元主義とも呼び、哲学上の用語として複雑な上位のレベルの現象をより単純な下位のレベルの法則で説明し尽くすことができ

るという考え方であるとしている。また大川<sup>17)</sup>によると、基底還元論とは多数の階層（レベル）からなる複雑な構造を持つものの階層間の相互的独立性を否定し、ある階層のみを「基底」とみて、他の階層はすべてそれによって規定されるとするものであるとしている。これらのことを生活レベルに当てはめてみると、基底となるものとして、医師、理学療法士、作業療法士は心身機能（機能障害）を重要とする傾向が強く、またMSW、ケアマネジャーは社会的な因子を重要視し、看護師はその両方に主眼をおく傾向にある。従って医療連携チーム内においても各専門職によって何を基底とするのかに大きな差が出てくる。言い換えれば、それぞれの専門職には、その専門職の養成課程で既に価値観が培われ、何を基底にするかに大きな差がある。そのために生活機能の特定のレベルを重視し、その階層の特定の内容のみを重視することになる。

例)

医師においては、大腿骨頸部骨折患者の骨の状態が正常にあるべき位置からずれ、レントゲン上明らかに逸脱した状態であること。このマイナスが根本的なことであり、それを基底とする考え方が強い。理学療法士や作業療法士では、筋力低下・拘縮のため特定の動きが正常からずれ、ADLに支障を来していること。このマイナスが根本的なことであり、それを基底とする考え方が強くなる。MSWやケアマネジャーは、骨折のため働けなくなったり、家事が行えなくなることや、経済的に不安定になること、退院後に復帰することを考えることなど、このマイナスが根本的なことであり、それを規定する考え方が強くなる。これらの考え方は、特定の生活機能レベルのマイナス面だけをみたものであり、プラス面を重視するICFの理論に反する。

#### ④特定機能至上主義

医療連携チームとしてアプローチの重要性を強調する以前は、特定の生活機能レベルのみに固執する傾向が強かった。この考えは段階論的アプローチや基底還元論的アプローチにおける考え方の一つにもなっている。特定の生活機能レベルに対する働きかけをさらに根底的な特定の部分の生活機能レベルに焦点を当て、働きかけをその部分に最優先することである。

例)

医師においては、大腿骨頸部骨折患者の骨折の状態が手術により骨癒合さえすれば良いという考え方で、

特に病院にリハビリスタッフが配置されていない時代はその傾向が強かった。理学療法士や作業療法士では、筋萎縮や関節拘縮などに働きかけ、その機能障害さえ改善すれば良いという考え方である。MSW やケアマネジャーにおいては、自宅復帰や職場復帰する場の確保や経済的安定が得られることに重点を置く。

しかし現実的に考えれば、ある特定の生活機能レベルだけ改善すればその他の全ての心身機能が改善したり、活動や参加が改善するほど患者の身体状態は単純なものではなく、患者個々に適した生活があることを認識しておかなければならない。特定の心身機能への働きかけのみですべての活動・参加が改善するものではなく、その効果も限られたものになる。

#### ⑤心身機能重視アプローチ（活動レベル向上に繋がるという考え方）

医療連携チームの中でも医師、看護師、リハスタッフ（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）中心のアプローチで心身機能に対してアプローチの中心を置く。

例)

医師が大腿骨頸部骨折患者の骨の状態をレントゲンのみで判断し、理学療法士に訓練過程の確認を取らずに荷重の許可を出し、直ちに歩行に繋がると判断してしまうことがある。また、理学療法士が訓練室内での歩行が安定してきたとして歩行の自立と考えていても患者の退院先では敷居があったり、廊下が狭かったりして実用性に乏しい場合がある。作業療法士が、訓練室でトイレ動作が安定してきたとして自立と考えていても、退院先ではトイレの高さが低かったため立ち上がれなかったり、方向転換する場が狭かったり、排泄をして部屋まで戻ってくる持久性に乏しかったりする場合もある。さらに、病棟で患者用トイレが可能になったからトイレ動作が可能と、看護師が評価する場合もある。

実際の活動レベルの歩行やトイレ動作においては、骨癒合の状態や、訓練室や病棟の中での状態よりは、はるかに多くの要因が組み合わされた複雑な要素が必要となる。これらのことから考えると心身機能を重視した歩行やトイレ動作のみを評価して活動レベルの予後に直結させようとしても無理がある。

#### ⑥分立的分業

ケースカンファレンスなどで、医療連携チームが全

体として統一した短期目標や長期目標を立て、それを達成させるために専門職種間のプログラムがあり、その上での役割分担があるのが通常である。しかし、各専門職種がそれぞれのプログラムを施行しながら、それぞれの目標を達成しようとする単純総和が、全体の目標・プログラムとして捉えるのが分立的分業である。

この分立的分業の考え方は、各専門職が生活機能レベル間に相互依存性、双方向性関係があることを認識できていないか無視していることになる。また、患者の問題点の中から何を最優先に考えて取り組むかを理解していない場合や、他職種の専門性について認識できていないために起こる。

例)

大腿骨頸部骨折患者を病棟でトイレ訓練させる場合、看護師はベッドから車椅子への移乗が安定してきたからという看護師間の情報交換で、ベッドサイドでポータブルトイレ訓練を看護計画に入れてしまう場合がある。しかし現在、中小規模の病院でも理学療法士や作業療法士は配置されてきており、理学療法士は筋力強化訓練や基本動作訓練を通してADL向上を目指している。作業療法士もどの高さまでなら、ベッドから安定して立ち上がれるのかを考えて、ポータブルトイレの選定をすることなどにより、ADLの向上を目指している。

この場合、看護師は移乗動作に着目し、理学療法士は立ち上がるという基本動作を獲得するための筋力や関節可動域に着目し、作業療法士は、ポータブルトイレ動作ができるためのポータブルトイレの高さや立ち上がれるベッドの高さに着目していることになる。目標は近いようだが、各職種がそれぞれの目標やプログラムを持っていることが普通だと考え、他職種の専門性や役割についての認識が不十分であるということになる。

さらに、医師は骨癒合の状態や合併症などを考慮したりリスク管理に繋がる情報を、各専門職の専門性を理解した情報提供をなさない場合もある。またMSWにおいては、インテーク面接や家族からの情報をもとに介護保険認定を受けている場合、単独でケアマネジャーに連絡をとり、トイレに手すりが設置されているかなどの住宅情報を入手している場合もある。

今回の例は、分立的分業の中でも分業レベルが低い場合となるが、医療連携チーム全体としての目標設定・

プログラムが明確になされていないために起こる。また逆に「連携」や「協働」を強調してトイレ動作安定獲得のために、病棟に各専門職が集まってADL訓練をしても意味がなさない場合もある。さらに、理学療法士や作業療法士が一方的に看護師や介護職に指導したり、看護師サイドだけで、できるADL（できる活動レベル）を決定することも分立的分業となる。

看護師の病棟での移乗動作安定に着目する視点や理学療法士の筋力を通しての立ち上がり能力に着目する視点や作業療法士のどの高さのベッドからなら立ち上がれるかといった、ポータブルトイレを想定した高さに着目した視点やMSWの実際に使用する在宅のトイレに関する情報を得ようとする視点も重要な着眼点である。このようなそれぞれの専門職の視点を生かし、ADLの向上を目指すための「連携」「協働」には、医療連携チーム全体として、統一された共通の目標とプログラムのもとで役割分担がなさなければならない。

## 2. これからの理論モデルの必要性

近年の医療を取り巻く環境の変化の中で重要なことは、第1に高齢化の進行により合併症、慢性疾患を有する高齢者が増加し、障害のある人のみではなく“生きることの全体像”を捉える視点が不可欠となってきた。このため幅広い専門職の関与が求められるようになった。第2は、介護保険や障害者自立支援法などの制度が開始になり、医療と社会福祉の垣根が曖昧になった。これにより医療関係職種と社会福祉関係職種の連携が求められるようになった。第3は、患者本人を含む家族が抱える問題がより複雑化し、困難化が進んでいる実践現場においては、一人の専門職が単独で支援するだけでは十分な効果を出すことができなくなってきた。第4は、医療制度改定により支援費制度が導入され、施設から地域へ措置から契約へと制度が大きく転換され、利用者本位の意味決定が尊重されるようになってきた。第5は、国は「病気の治癒」から「QOLを高める」に方向をシフトしてきており生活の質の向上には、関与する新たな専門職としてケアマネジャー、リハビリテーションエンジニア、義肢装具士、薬剤師、栄養士、介護福祉士、司法書士、建築技師などの専門職や行政の人々の関わりが必要となり、より多くの専門職の連携が必要となってきた。従来の医療

連携チームが固定していた時代から個々の患者家族に応じたチーム編成がなされる必要性が高まってきた。

また、患者に視点を当てる一方、病院の役割にも目を向けておく必要があると考える。なぜならば年々、各医療機関における平均在院日数の短縮化が進んでいるためである。平均在院日数とは、ある病棟のある日の患者全員の入院日からその日までの入院日数の合計を患者数で除した日数である。この平均在院日数が短縮化されると新規入院患者数の確保と早期退院の仕組み作りが必要となり、医療機関にとっては病院経営全体に影響を及ぼす大きな課題となる。しかし国は、平均在院日数の短縮化で「急性期病棟においては医療従事者の手厚い配慮と治療の重点・集中化により早期退院が可能になる。外来については、専門外来・特殊外来等への特化が進み、他の病院・診療所との連携が進む。これにより平均在院日数が短縮化されるとともに、急性期に必要な病床数は、リハビリテーションや長期療養の病床となるなど、機能分担が進み、患者の状態に応じた最も適切な医療が適切な場所で提供されるようになる」と示している<sup>19)</sup>。

しかし果たしてそうであろうか、医療従事者の手厚い配慮も疑問であるが、質の高い医療関係職種が教育の場から輩出され、各専門職が連携を取れているかも課題として残る。また、機能分担化が進んでも今後ますます平均在院日数の短縮化が進めば、患者・家族が求める受け皿の確保が困難となり、より一層の施設間のスムーズな連携が必要になってくると考える。現在、患者・家族が大病院を希望する理由として考えられる事は、医療機関の機能分担化という意識よりも、大きな病院のほうが安心できる<sup>20)</sup>と捉えているためである。はっきりとした医療機能の分担・連携が明確になっていないわが国の医療提供体制においては、自分なりの判断が可能となりやすい病院を選択することになる。これらのことを踏まえて、平上モデルを参考に改めてICIDH、ICFについて考えてみる。平上は<sup>16)</sup>、ICDとICFは本来、各要素の関係性が機能的に構成され、かつ論理的に独立した強固な構造を有しているため、両モデルをどう連結し関係性を構成すれば良いのかとしながらも、ICDとICFの対立した考え方を検討し、構成要素を同一座標に配置して俯瞰している。この考え方を参考にICIDHとICFの関係性を上記に図示した（図2）。横軸を病

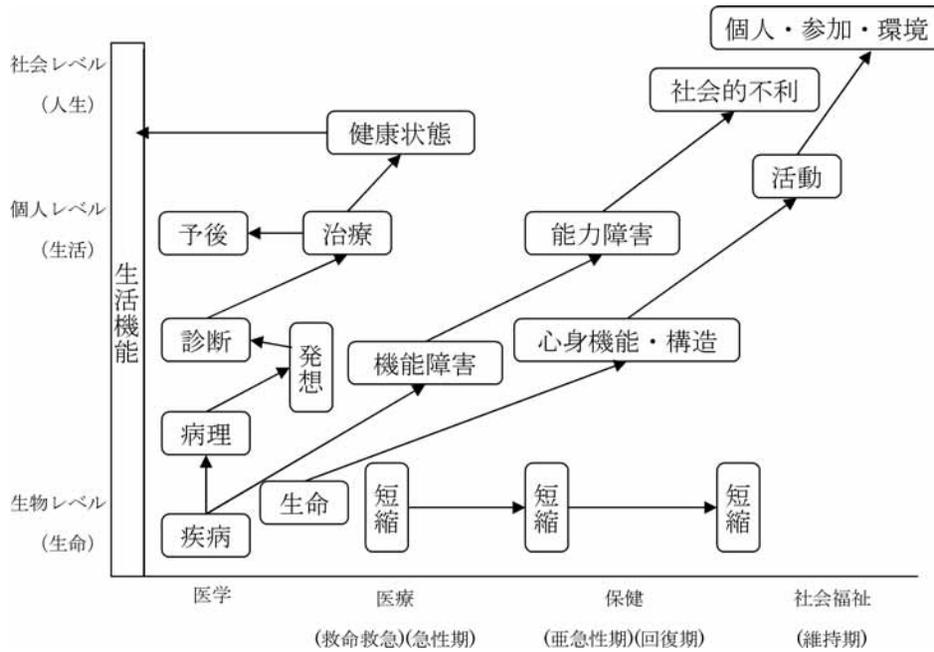


図2

注記：一部改編  
 出典：平上二九三「新しい臨床実践モデルの紹介：医学モデルと傷害モデルの結合  
 -患者中心のアプローチと問題解決能力の向上-」理学療法学2010年 37 (4)  
 社) 日本理学療法士協会 383頁

期やその時期に主に関わる専門職のチーム構成という観点から時間軸を表している。また思考過程を整理するために医学・医療（救命救急、急性期）・保健（回復期）・社会福祉（維持期）と位置付けた。縦軸は対象者の生物としての人間レベル（生物レベル）・さまざまな心身の能力を持ち、さらに独特の個性を持った存在としての個人のレベル（個人レベル）・特定の社会的役割を演じている存在としてのレベル（社会レベル）という次元を置く。さらにそれらの座標に ICDH と ICF の構成要素を配置し、近年の各医療関係機関の役割と平均在院日数との関係からかかわる関係職種構成要素の範囲を示した。この関係図から、ICDH と ICF を同一座標で見ることができ、医学から社会福祉、生命から人生まで広い視野で捉えることができ、今までの思考過程で見落としていた事象について、認識できるきっかけとなると考える。

また、この関係図を整理することで、各専門職で異なる知識や能力の格差があっても全体像を広く捉え、各関係職種がどの病期でその要素に介入すべきかが明確になる。

ここで注意を要することは、病期に着目する際に各医療機関は病院経営の観点から常に平均在院日数を意識しているということである。このことは平均在院

日数の短縮が病院を経営する上で重要な位置を占めているということである。現在急性期病院は、看護師の配置と在院日数によって「入院基本料」が定められており、90日以上入院では、入院基本料が大幅に下がる「特定入院基本料」が創設されている。国の方針として貴重な資源を集中させ、手厚い医療を行えるようにするという姿勢が捉える。認知症病棟は「認知症治療病棟」に見直され、行動障害や身体合併症などの早期の入院治療を評価する体系とし、60日を過ぎると診療報酬が急激に下がるようになり、認知症を主症状とする疾患においても長期の入院が実質困難になった。回復期リハビリテーション病棟は、急性期からの受け皿となる重要なポストを担う病棟であり、集中的なりハ医療サービスにより、寝たきり防止、ADL 向上、在宅復帰を目指すところである。

しかし、この回復期リハビリテーション病棟においては、厳しい施設基準と要件を満たすための患者選別がある。患者要件においては、①回復期リハビリテーションを要する状態の患者を80%以上確保②新規患者のうち重症患者20%以上、かつ居宅等復帰率60%以上確保、③重傷者のうち日常生活機能指標が一定以上改善した患者割合30%以上確保が必要となっている。脳卒中患者の場合を例に挙げると、救命救急機関、

急性期病院からの転院に際して、回復期リハビリテーション病棟では、発症日などから起算して2ヶ月以内でなければならないという転院基準がある。このため発症後2ヶ月を過ぎた重度の脳卒中患者は回復期リハビリテーション病棟には転院できないということになる。さらに近年の診療報酬改定で、脳卒中後遺症患者の大きな受け皿であった障害者病棟、特殊疾患病棟が除外され、医療型療養病棟では、医療度の高い医療区分3でないと経営が成り立たないという側面から受け入れが困難になってきている。

今後の医療関係機関は、益々平均在院日数の短縮を目指すことが重要課題となり、図の横軸方向の病期である医療・保健・社会福祉への流れの期間がより短縮化することが予想される。この短縮化の中で救命救急・急性期医療においては、より高度な機能障害（心身機能・構造）に対する取り組みが求められることになり、生物レベル（生命）主体の取り組みとなる。能力障害（活動）、社会的不利（個人・参加・環境）を視野に入れながらも平均在院日数を考えると、必然的に機能障害（心身機能・構造）中心のアプローチになると思われる。亜急性期・回復期においては、縦軸方向の生活機能である生物レベル（生命）・個人レベル（生活）・社会レベル（人生）の生物レベル（生命）の維持から個人レベル（生活）の安定期に入る時期であり、機能障害（心身機能・構造）にアプローチに主体を置きながらも能力障害（活動）に比重を転換していく時期であり、平均在院日数短縮化に伴い、今後は並行してアプローチしていくことが求められてきている。維持期においては、能力障害（活動）にアプローチした経過と結果を踏まえて、その患者個人の社会的役割を果たせるようその人の人生という視点で参加や環境面にアプローチしていくことになるが、このアプローチの猶予が近年益々短縮してきている。

これらのことを踏まえて考えると、ICFモデルの視点は重要であり、念頭に置いておかなければならない。しかしこれからの医療を考えると、平均在院日数短縮傾向の中で、それぞれのステージで同職種であっても各構成要素に対して担う役割が変化し、各構成要素に対する重点の置き方が異なると考える。言い換えれば、医療（救命救急・急性期）のステージでは医学モデルが主体となり、社会福祉（維持期）のステージに移行するに従って統合モデルの視点が大きくなると考

える。医療（救命救急・急性期）のステージにおいては、医学モデルに主体を置くものの、その予後を考慮しながら能力障害（活動）を視野に入れた次のステージに繋げることを常に考えておかなければならない。この点からも決して医学モデルだけの考え方で終わらしてはならない。社会福祉（維持期）のステージに移行するに従い、医学モデルに主体を置く割合が減少することとなり、統合モデルの中において医学モデルの比重が変化するということであると考ええる。

### 3. 各専門職の関わりから考える理論モデル

近年、医療機関は平均在院日数が短縮傾向にあり、医療（救命救急・急性期）・保健（亜急性期・回復期）・社会福祉（維持期）への流れのスピードがより速くなってきている。この平均在院日数短縮化の中で、それぞれの病期で関わる各専門職の専門領域や専門性を発揮する重点時期を認識しておく必要があると考える。当然チームは固定されるものではなく、患者個々の状態に合わせてチーム編成がなされることや、各病期に応じて変化し発展しなければならない。しかし、その基礎となる専門職の専門性や役割を理解しておかなければ、患者個々に応じたチーム編成に素早く対応できないと考える。そこで、改めて各専門職の専門性の起点とその領域について考えることにするが、その基礎となる各専門職の起点やその領域を示すために大嶋<sup>21)</sup>モデルを参考に図示してみる。この図をもとに、各専門職のそれぞれの専門性の起点とその領域について述べる。（図3）

医師においては、病気や怪我を患った人をより早期に治療するということが最も期待され専門性を発揮できる場面である。また難病による痛みに対する治療や意識レベルが低い患者に対する治療も医師の専門性を発揮できる場面である。さらに近年は、医療機器の普及と共に、PET・MRI・CTなどの検査機器の進歩も目覚しく、早期発見、診断という分野においてもより専門性を発揮できる場面となる。これらのことから考えると医師の専門性は病期でみると、医療（救命救急・急性期）レベルにおいて、生活機能においては生物レベル（生命）において専門性の起点と専門性の領域が大きく関与すると考える。しかし近年は、高齢者の延伸により従来の臓器別、疾患別の専門医的な考え方か

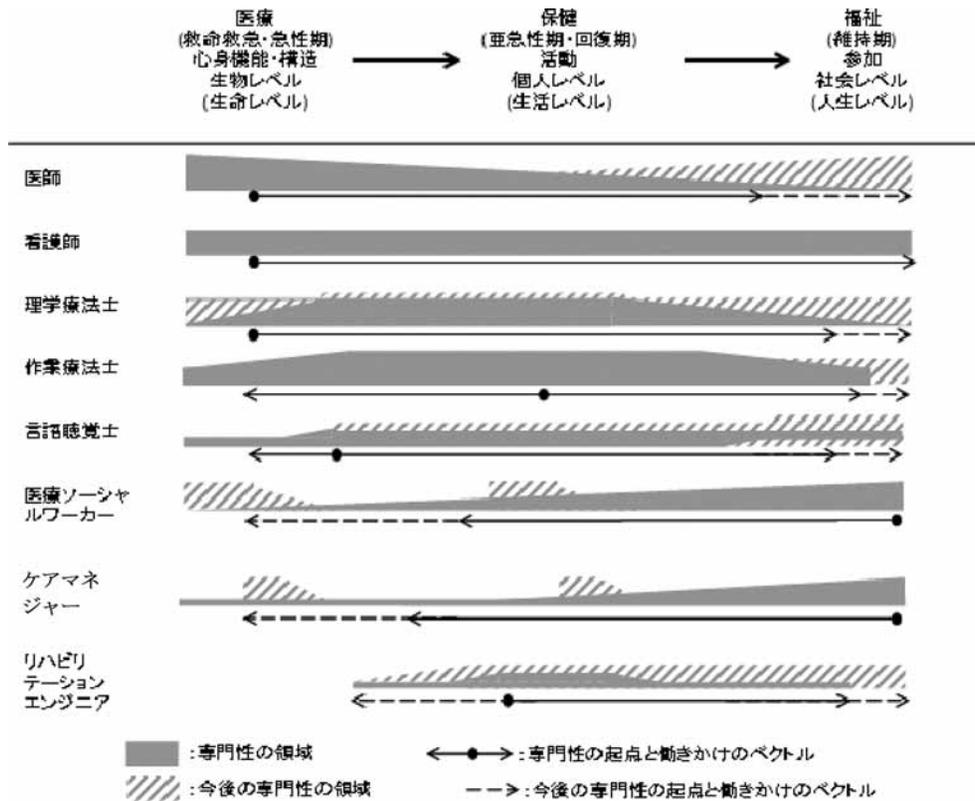


図3

施設機能・ICF から考える医療関係職種専門性の起点と領域（一般病棟の例）  
 注記：一部改編  
 出典：大嶋伸雄「連携教育の実践と課題」理学療法ジャーナル43（12）医学書院 1039頁

ら、高齢者は複数の慢性疾患を有するという認識を持って、人間全体を診れる方向へと変化している。その中には“疾患を治療する医療”だけではなく“生活を支援する医療”の視点<sup>20)</sup>が重要であるという国の方針もあり、“生活の質を高めるための医療を提供する必要がある”という考え方に方向転換している。このことから今後は、保健（亜急性期・回復期）、社会福祉（維持期）レベルの病期や個人レベル（生活）、社会レベル（人生）の生活機能の領域にも大きく幅が広がることが予測され、その領域にも専門性が発揮できる医師が、求められている時代になってきていると考える。

看護師においては、病期の医療（救命救急・急性期）・保健（亜急性期・回復期）・社会福祉（維持期）レベル、生活機能の生物レベル（生物）・個人レベル（生活）・社会レベル（人生）のどの段階でも交代制で24時間、患者の容態を気遣い世話することを業としている。日勤であれば朝に夜勤者から患者の様子などの申し送りを受け、訪床してバイタルチェックをする。続

いてシーツ交換などのベッドメイキングをしたり、医師の回診の補助業務にあたる。食事場面では、配膳や食事補助を施行する。患者のADL場面全般にわたり患者のADLレベルに応じてトイレ誘導、整容、入浴の介助にあたる。その他、急な容態の変化によるナースコールの対応と医師への連絡を取りながら緊急の処置を行う。また夜勤者への引継ぎまでに記録をつけるなど病期、生活機能レベルに関係なく、さらに日勤、夜間勤務、早出、遅出、休日出勤も関係なく24時間患者の命を預かっている。これらのことから専門領域は病期、生活機能に関係なく常に、密度の濃い患者との関わりを持つ職種であると言える。

理学療法士においては近年、病気の受傷直後から専門性を発揮する場面が益々増えてきている。従来は病状が安定してからという考え方が主流であったが、医師の技術の進歩や医療機器の進歩により診断がより正確で早期にできるとともに、質の高い医療器材の発展により、早期の理学療法の安全保障が可能になったためと思われる。また、理学療法の主軸となる活動レベ

ルへのアプローチである基本動作能力向上や ADL 能力向上のためにアプローチに工夫をこらす。さらに近年は、理学療法士にとっては苦手で目を向けることが少なかった病期の社会福祉（維持期）レベルや生活機能の社会レベル（人生）にも目を向け始めている。特に療養病棟や回復期リハビリテーション病棟における理学療法士の配置も増加し、専門性を発揮し始めている。

作業療法士においては、粗大な動きから、より巧緻的で高度な動きが獲得できるよう筋力訓練、関節可動域訓練、寝返り・起き上がり・座位・立位といった基本動作訓練、食事・更衣・排泄・入浴・移乗といった ADL 訓練を行う。ここで理学療法士との専門性の領域範囲の差は、作業療法士はより巧緻的で実用性のある高度な動作獲得を目指すという視点から、ADL 動作の向上、確実性に重点が置かれる。理学療法士はダイナミックな動きでも早期に獲得させ訓練をしていく中で安定性、確実性を目指していくことに重点をおくという基本動作能力向上という領域が専門性の重点部分だと思われる。また作業療法士は、ADL 訓練と関連の福祉用具の選択、開発領域にも専門性を発揮する場面が増えている。さらに近年は、病期の社会福祉（維持期）レベルにおいて、専門性の一つとして理学療法士とともに手すりの取り付けや段差解消といった簡単な住宅改修にも専門性を発揮し始めてきている。

言語聴覚士においては、基礎疾患に対する検査及び訓練、摂食の姿勢指導、食事内容の検討、病棟での摂食介助や受傷直後からの積極的な言語訓練など、その専門領域の幅も広がっている。ただ言語聴覚士が関わる疾患の範囲は、他の専門職種に比べ限定的な傾向にある。しかしその傾向も医療の技術の進歩により経腸栄養剤や水分を鼻腔チューブや胃瘻から摂取させて、低栄養状態や脱水を脱ぐことに早期から取り組む場面が増えている。また摂食・嚥下障害のある患者も在宅に帰れる機会が増えるなど、その関わる病期と生活機能の範囲も年々広がっていると考える。

医療ソーシャルワーカーにおいては、近年どの医療関係機関においても地域医療連携室を設置しており、その中で医療ソーシャルワーカーの配置も求められてきている。医療関係機関が求める MSW の役割は大きく、①入院受付、②退院促進、③介護保険関連業務、④医療費支払いへの制度活用による対処、⑤苦情対応<sup>22)</sup> が考えられ、病期のどの領域にも近年

は必然的に関わるが多くなっている。また生活機能においては生物レベル（生命）の安定期から関わる機会が増加する。それは患者・家族が経済面や入院環境が安心して初めて治療に専念できるためであり、MSW は患者が治療場面から次のステップにスムーズに移行できるよう調整しなければならない。これらのことから、医療機関において従来病期では社会福祉（維持期）レベル、生活機能では社会レベル（人生）の領域を専門的に担う職種として捉えられていた傾向があったが、その領域の幅も広がってきていると考える。

ケアマネジャーにおいては、地域社会の中でサービスを提供することにより、患者の生活全般にわたるニーズと公私にわたる社会資源との間に立ち、複数のサービスを適切に結びつけ、調整を図りながら包括的・継続的にサービス供給を確保する役割を担うことである。また、2010年4月の診療報酬改正によりケアマネジャーが退院後に介護サービスの導入や区分の変更が見込まれる患者に対し、見込みがついた段階から入院中の医療機関の医師または医師の指示を受けた看護師・薬剤師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・社会福祉士等と共同で、患者に対し介護サービスの必要性等について指導を行うとともに、退院後の介護サービスに係る必要な情報共有を行った場合の評価が新設された。このことにより、病期の社会福祉（維持期）レベルや生活機能の社会レベル（人生）の関わりだけでなく、保健（亜急性期・回復期）レベル、個人レベル（生活）での退院が想定される場合は、積極的な関与が、今後は増加することが予測される。これらのことから、専門領域の幅も病期の段階を越えて退院が見込まれる場合、関与する機会が増え、その専門領域の幅も広がると考える。

しかし、今後益々求められる患者の多様なニーズをコーディネートするケアマネジメントという方法は、ヒューマンサービスに関連するあらゆる分野で求められる機能である。それはケアマネジメントという機能にだけ着目して、社会福祉分野で専門職化を図ろうとしても無理なことである。ケアマネジャーとしての業務は、介護保険法に定められているので、その法律の範囲内においてのみ社会的評価を高めることが必要である。しかしながら、それはケアマネジャーの専門性だけでは限界があり、今後は MSW を筆頭に他職種と連携しながら後方支援に取り組むことが大切である。

また急な変化があった場合には前方支援への協力ができる専門性が今後は期待される。

リハビリテーションエンジニアにおいては、失われた人間の機能やそれが原因で起こる能力障害や社会的不利を改善するために工学技術を応用した人工の補助・補完・代替装置や環境システム作りが行われている<sup>23)</sup>。また、今日の医療実践現場では、地域に向けた支援を目的に福祉機器の発展が著しい。しかし在宅の支援では、病院やリハビリテーションセンターなどの支援技術と異なり、介助者能力、住環境、本人の能力、他の福祉機器との整合性などの他に、本人や家族の生活の状態が大きな要因として考慮されていなければならない。

また、生活の状態によっては福祉機器による支援よりは、人的支援の方が優先される場合や、住環境整備で補完した方が良い場合もある<sup>24)</sup>。これらの点から考えると、本人や家族の生活の状態に踏み込み、人的支援を優先にさせるか、それとも住環境整備の補完を優先にさせるかの判断をMSWが窓口になり、他職種との連携・調整をしていく必要がある。さらに、家族調整や社会福祉制度やその適用の検討にMSWの役割が大きく発揮されることになり、今までの病期の保健（亜急性期、回復期）レベルや生活機能の個人レベル（生活）での人々の補助・補完・代替装置を用いた患者の機能障害・能力障害に対応したアプローチから今後は、地域に向けた支援を目的に福祉機器の発展に貢献することが期待されている。これらのことから病期の社会福祉（維持期）レベルや生活機能の社会レベル（人生）の領域の専門性を担う職種としても考えていかなければならない。

#### IV おわりに

近年、ICIDHは「障害者」の分類であるとしてマイナスイメージに誤解されるという理由から「健康」というプラス的要素を加え、すべての人に対し分類できるICFに移行されてきている。しかし現在の医療実践現場では、患者本人を含む家族が抱える問題がより複雑化・困難化・多様化しており、特に慢性疾患を複数有することが多い後期高齢者については、臓器別、状態別の身体面よりは、人間全体を診れる医療の提供

に期待される部分も多くなっている。従って、今日の医療連携チームが患者・家族の期待に応えていくためには「医学モデル」と「統合モデル」とを合わせて活用できる能力が必要になってきている。

また、今後高齢者のさらなる増加が予測され、2030年に75歳以上の後期高齢者が現在の2倍近くなることから、慢性疾患を合併する患者に対応する新しい理論モデルも必要になってきている。さらに、新しい理論モデルを検討するうえで、ICIDH（医学モデル）とICF（統合モデル）のそれぞれの課題を踏まえた、各モデルの利点を活かしていくことができる専門職の育成も必要である。今後は、各専門職が共通にそれぞれの場面に応じた理論モデルを活用できる視点が重要となり、各モデルを応用していける考えが医療連携チームには必要であると思われる。

さらに、ICIDHやICFモデルの視点は重要であり、念頭においておかなければならないが、それに加えてこれからの医療は、「平均在院日数短縮傾向」の中で、それぞれの病期のステージで同職種であっても各構成要素に対する担う役割が変化し、各構成要素に対する重点の置き方が異なることを認識しておく必要がある。言い換えれば、医療（救命救急・急性期）のステージでは医学モデルが主体となり、社会福祉（維持期）のステージに移行するに従って、統合モデルの視点が大きくなる。医療（救命救急・急性期）のステージにおいては、医学モデルに主体を置くものの、その予後を考慮しながら能力障害（活動）を視野に入れた、次のステージに繋げることを常に考えておかなければならない。この点からも決して医学モデルだけの考え方で終わらせてはならない。社会福祉（維持期）のステージに移行するに従い、医学モデルに主体を置く割合が減少することとなり、統合モデルの中において医学モデルの比重が変化する。

また、医療（救命救急・急性期）・保健（亜急性期・回復期）・社会福祉（維持期）への流れがより速くなってきている。この短縮化の中で、それぞれの病期に関わる各専門職の専門領域や専門性を発揮する重点時期を認識しておく必要がある。当然チームは固定されるものではなく、患者個々の状態に合わせてチーム編成がなされることや、各病期に応じて変化し発展しなければならない。しかし、その基礎となる専門職の専門性や役割を理解しておかなければ、患者個々に応じた

チーム編成に素早く対応できない。そのためには、各専門職の専門性の起点とどの領域に関わるかについて考えておく必要がある。また、近年の患者が抱える問題はより複雑化、困難化、多様化しているため、活動や参加に向けた取り組みが速やかに移行できるように、MSW が患者・家族調整を早い時点から取り組むことが出来るかが重要である。MSW は医療連携チームが、適切な時期にタイミングよく支援しているようチームに有用な情報を提供し、患者・家族が役割を持ってチームに参加できるよう窓口としての役割も担っている。MSW の業務は、入院相談業務と退院支援業務を担当する。そのため患者・家族により身近で有効な情報を入手しやすい立場である。これらのことを踏まえて MSW がチームの調整役として機能していくことで、病期のどのステージにおいてもアプローチの開始から終了までの間に、各専門職の重複や見落としがなくなり効率の良い支援につながっていくと考える。

## 参考・引用文献

- 1) 上田敏「ICFの基本的な考え方 -生活機能(プラス面)の重視と階層論的理解を中心に-」『PTジャーナル』医学書院 2002年 36(4) 271-272頁
- 2) 奥山夕子「中枢神経領域の理学療法におけるICF導入の現状と課題」『PTジャーナル』2009年 43(8) p674頁
- 3) 中村隆一「病気と障害」『入門リハビリテーション概論』第7版医歯薬出版 2009年 51-56頁
- 4) 中村隆一「理学療法教育について思うこと」『理学療法』2004年 21頁、1392-1397頁
- 5) 青柳陽一郎「リハビリテーション総論 椿原彰夫(編)」『診断と治療社』2007年 28-32頁
- 6) 内山靖「エビデンスに基づく医療」『EBPTエビデンスに基づく理学療法』医歯薬出版 2008年 1-16頁
- 7) 平上二九三「新しい臨床実践モデルの紹介:医学モデルと障害モデルの結合 -患者中心のアプローチと問題解決能力の向上-」『社団法人日本理学療法士協会』2010年 381頁
- 8) 石束隆男「脳卒中地域連携パス北九州標準モデルについて」『北九州市リハビリテーション支援体制検討委員会』2008年 1-5頁
- 9) 新しい国際障害分類「ICF」  
[http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsprr/n2001dir/n2453\\_02.htm](http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsprr/n2001dir/n2453_02.htm)  
(2010年9月19日確認)
- 10) 医学モデルと社会モデル <http://plaza.umin.ac.jp/~haruna/startICF/fic.htm>(2010年9月19日確認)
- 11) 上田敏「新しい国際障害分類「ICF」」『週刊医学新聞』2001年 1頁
- 12) 金森毅繁「整形外科領域の理学療法におけるICF導入の現状と課題」『PTジャーナル』医学書院2009年 43(8) 667-671頁
- 13) 奥山夕子「中枢神経領域からの理学療法におけるICF導入の現状と課題」2009年 43(8) 675頁
- 14) 千野直一「ICF(国際障害分類)」『日医雑誌134』2006年 2396-2397頁
- 15) 才藤栄一「FITプログラムの概要」『FITプログラム』医学書院 2003年 73-76頁
- 16) 平上二九三「新しい臨床実践モデルの紹介 -患者中心のアプローチと問題解決能力の向上-」『社団法人日本理学療法士協会 理学療法学』2010年 381-382頁
- 17) 大川弥生「理学療法のプログラムに生かすICF(2) -リハビリテーション・プロセスへの患者・家族の主体的関与・決定-」『PTジャーナル』医学書院 2002年 36(9) 700-701頁
- 18) 上田敏「ICFの基本的な考え方 -生活機能(プラス面)の重視と階層論的理解を中心に-」『PTジャーナル』医学書院 2002年 36(4) 275頁
- 19) 病床区分 <http://www.urban.ne.jp/home/haruki3/kubun2.html>(2010年9月23日確認)
- 20) 「医療改革の経緯 現状及び今後の課題について(計画作成に当たる都道府県職員向け参考資料)」『厚生労働省医療構造改革推進本部総合企画調整部会資料』2007年 6頁23-24頁
- 21) 大嶋伸雄「連携教育の実践と課題」『PTジャーナル』医学書院2009年 43(12) 1039頁
- 22) 杉山明伸「医療ソーシャルワーク実践論 -学生を専門職へ養成するために-」『立教大学コミュニティ福祉学部紀要』2006年 8号 126-128頁
- 23) 田中理「エンジニア」『総合リハ』医学書院 2007年 35(6) 557頁
- 24) 市川洵「リハビリテーションエンジニア」『総合リハ』医学書院 1999年 27(4) 333頁