

## 2) 社会人のリハビリテーション職の意識・現状

本学で実施しているリハビリテーション職向けの講座で聴取すると、要介護高齢者へのリハビリテーション・ケアにおいては、家族も含めた全人的アプローチの重要性が示される。一方で、そのために必要な評価の視点、分析手法については手探りであることも示され、あるべき方向性は分かりながら、その実践手法が備わっていないことが推論される。

## 3) 社会人のケア職の意識・現状

特別養護老人ホーム、通所・訪問介護事業所のケア職員に聴取すると、理想的なケアは人として寄り添うものであるという回答が多数を占める。一方で、その具体的な形や実践の方法を示す発言はほぼみられない。また、実際の業務を観察すると、基本的な身体介護に要する時間がほとんどを占め、実際のケア現場では、観察・評価・分析・検討にさける時間がほとんど得られないことが観察された。

D. 考察およびE. 結論

現段階では、方法・結果の項で述べた現状が把握できた。

今後、理学療法学科学部教育において、全人的理解を進める教育、分析手法を獲得する教育、

I P E (Inter Professional Education) などを実践しその効果を測定する。

2016年度		前期時間割 (案)				総合リハビリテーション学部理学療法学学科					
曜日	年次	1時限 9:30~11:00		2時限 11:15~12:45		3時限 13:35~15:05		4時限 15:20~16:50		5時限 17:05~18:35	
		授業科目名	授業回数	授業科目名	授業回数	授業科目名	授業回数	授業科目名	授業回数	授業科目名	授業回数
月	1	心理学	15	理学療法概論	8	英語 I a	15	解剖学 I a	15		
	2	整形外科 I	15	病理学	15	内科学 I	15				
	3	薬理学	15	ケアマネジメント論	15	日常生活活動学実習	15	日常生活活動学実習	8	障害児療育論 小児理学療法学	8 8
	4										
火	1	理学療法学入門演習	15	総合リハビリテーション論	15						
	2	精神医学 I	15	健康管理学	15	生理学実習	15	生理学実習	15	旧・障害者福祉論	15
	3	旧・精神医学 I	15	健康運動学実習 II	15						
	4										
水	1	中国語 I a		文章表現 I		基礎情報処理実習 I		基礎情報処理実習 I		文章表現 I	
	2	旧・リハビリテーション医学	15	発達障害学	15						
	3	理学療法研究論	15	医療安全管理論	8	救急医学 物理療法学実習	8 7	物理療法学実習	8	物理療法学実習	8
	4										
木	1			中国語 I b		解剖学 I b	15	生物	15		
	2	運動障害学	15	運動障害学	15	保健医療サービス論	15			旧・高齢者福祉論	15
	3	呼吸循環代謝理学療法学	4	呼吸循環代謝理学療法学 運動器障害理学療法学	4 8	運動療法学実習	15	運動療法学実習	8		
	4										
金	1	英語 I b		物理学	15			化学	15		
	2	理学療法評価学	15	運動学 II	15	脳神経科学	15	福祉用具論	8	福祉用具論	7
	3			神経機能障害理学療法学	8	住居学	15	義肢装具学実習	7	義肢装具学実習	8
	4										
土	1										
	2										
	3										
	4										

2017年度		後期時間割 (案)									
曜日	年次	1時限 9:30~11:00		2時限 11:15~12:45		3時限 13:35~15:05		4時限 15:20~16:50		5時限 17:05~18:35	
		授業科目名	回数	授業科目名	回数	授業科目名	回数	授業科目名	回数	授業科目名	回数
月	1	臨床心理学	15	文章表現 II	15	英語 II a	15				
	2	整形外科 II	15	内科学 II	15	選・健康運動学実習 I	15	日常生活活動学	15		
	3			地域リハビリテーション論	8	臨床理学療法学演習 I	15	臨床理学療法学演習 I	15		
	4					卒業研究 II	15	卒業研究 II	15		
火	1	生理学	15	生理学	15	解剖学 II-a	15	運動学 I	15		
	2	旧・物理療法学物理療法学	15	旧・物理療法学	15	旧・脳神経科学 II	15				
	3									卒業研究 I	15
	4										
水	1	中国語 II a	15	人間発達学	15	基礎情報処理実習 II	15	基礎情報処理実習 II	15	文章表現 II	
	2	精神医学 II	14	義肢装具学	15						
	3	旧・精神医学 II	15	理学療法管理学	8						
	4	精神科理学療法学	4	精神科理学療法学	4			感覚統合特論	4	感覚統合特論	4
木	1	解剖学 II-b	15	中国語 II b		解剖学実習	15	解剖学実習	15	解剖学実習	15
	2	理学療法評価学実習	15	理学療法評価学実習	15						
	3					理学療法研究論演習 理学療法総合演習	15 15	地域リハビリテーション論演習	15	ターミナルケア論	8
	4										
金	1	英語 II b	15	公衆衛生学	8	人権と医療	8	コミュニケーション論	15		
	2	運動学実習	15	運動学実習	8	運動療法学	15	臨床神経学 I	8	臨床神経学 I	8
	3	リハビリテーション工学	8			臨床理学療法学演習 II	15	臨床理学療法学演習 II	15		
	4			健康教育論	8	代替医学	4	代替医学	4		
土	1										
	2	臨床神経学 II	8	臨床神経学 II	8						
	3										
	4			言語療法学	4	言語療法学	4				

資料 1 理学療法学科授業時間割

注. 青色塗りつぶし部分はリハ職にとっての隣接領域科目、黄色塗りつぶし部分は特性要因図などを用いた分析手法を学ぶ科目、緑色塗りつぶし部分は全人的理解を進めるための科目

また、社会人のリハビリテーション・ケア職に対しては、本学で実施している社会人高齢者ケアキャリアアップ講座を通してケアにかかる分析手法を獲得する教育、看取りを通じた全人的理解にかかる教育機会を提供し、その効果を測定する。

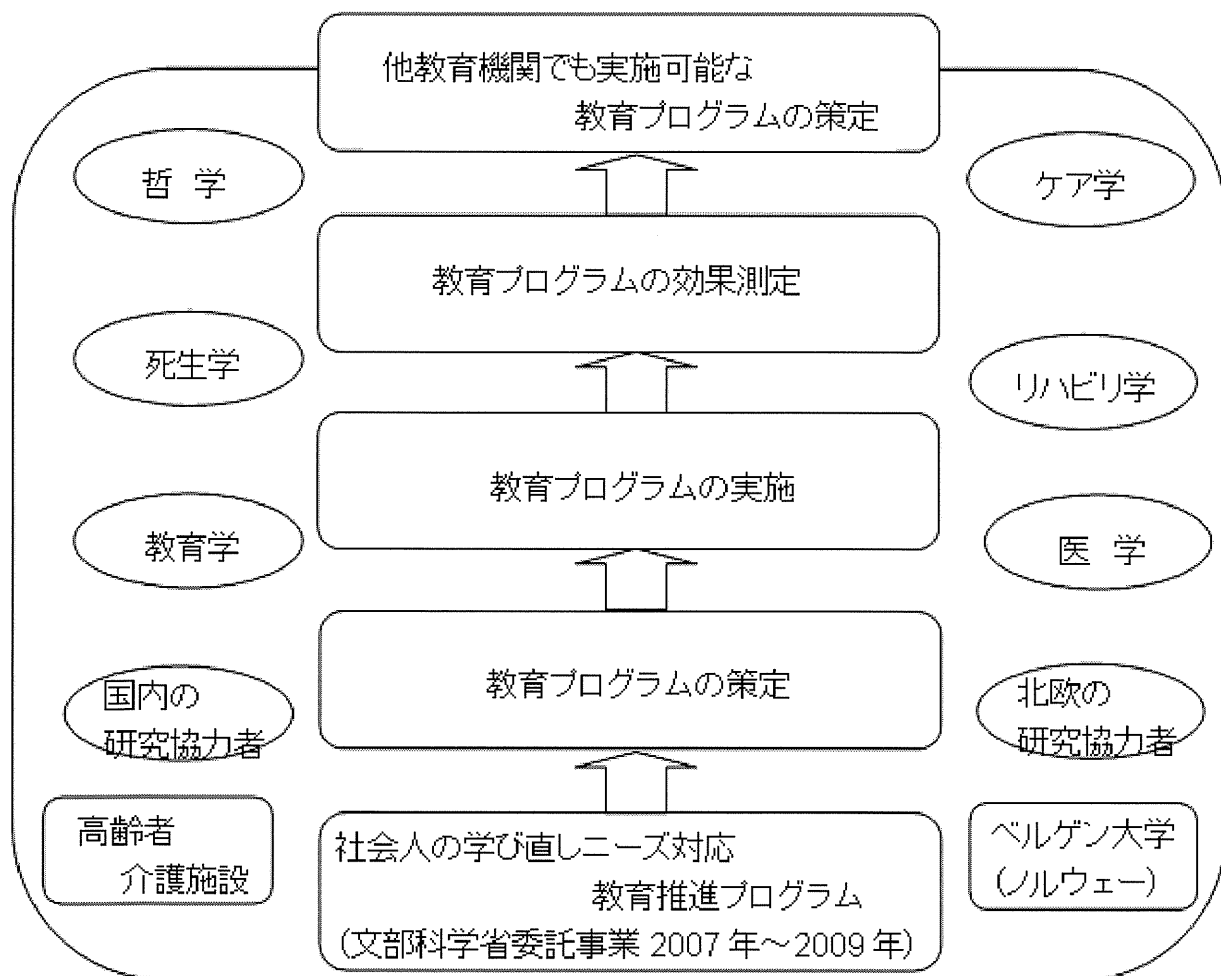
【開講科目】

高齢者ケア論・演習	30コマ
高齢者ケア実技	10コマ
認知症ケア論・演習	10コマ
生活環境・ユニバーサルデザイン概論	15コマ
高齢者ケアを考える (哲学者・社会学者・宗教学者・宗教者の視点から)	10コマ
看取りを考える (看取りに関する講義・実践例の話し合いなど)	10コマ
ケア一般 (ゲスト講師によるケアに関する話題など)	10コマ

【対象】

高齢者ケアに関わるリハビリテーション・ケア職 30名程度

【事業イメージ】



資料2 神戸学院大学社会人高齢者ケアキャリアアップ講座

さらに、特別養護老人ホームケア職の看取りに対する態度を調査し、ケアにおいて全人的理解を深める方法を検討する。

表2 FATCODB-J各項目の得点

ドメイン I (死にゆく入居者へのケアの前向きさ)		
項目番号	質問内容	mean(SD)
17	入居者の死が近づくとつれて、ケア提供者は入居者との関わりを少なくするべきである。 ※	4.6(0.6)
7	私は死にゆく入居者へのケアに時間をかけることはあまり好きではない。 ※	4.5(0.6)
1	死にゆく入居者をケアすることは、私にとって価値のあることである。	4.1(0.7)
5	私は死にゆく入居者のケアをしたいとは思わない。 ※	4.1(0.8)
30	ケア提供者は、入居者の死への準備を助けることができる。	3.9(0.6)
14	私は死にゆく入居者と親しくなることが怖い。 ※	3.9(0.9)
2	死は人間にとって起こりうる最も悪いことではない。	3.9(0.8)
13	私がケアをしてきた入居者は、自分の不在の時に亡くなって欲しい。 ※	3.9(0.9)
6	ケア提供者は死にゆく入居者と死について話す存在であるべきではない。 ※	3.9(0.8)
29	死にゆく入居者の近くにいる家族のために、しばしば専門職としての仕事が妨げられると思う。 ※	3.9(0.8)
9	死にゆく入居者と親密な関係を築くことは難しい。 ※	3.9(0.8)
15	私は人が実際に亡くなった時、逃げ出したい気持ちになる。 ※	3.8(0.9)
10	死にゆく入居者が、死を迎え入れる時がある。	3.6(0.7)
8	私がケアをしている死にゆく入居者が、きっと良くなるという希望を失ったら私は動揺するだろう。 ※	3.4(1.0)
11	入居者から「私は死ぬの？」と聞かれた場合、私は話題を何か明るいものに変えるのが最も良いと思う。 ※	3.4(0.7)
26	終末期の入居者の部屋に入って、その入居者が泣いているのを見つけたら、私は気まずく感じる。 ※	3.2(0.9)
ドメイン II (入居者・家族を中心とするケアの認識)		
23	ケア提供者は、死にゆく入居者に融通の利く面会時間を許可するべきである。	4.4(0.6)
19	死にゆく入居者の身体的ケアに関する入居者自身の要求は、認めるべきではない。 ※	4.3(0.7)
21	死にゆく入居者が自分の気持ちを言葉に表すことは、その入居者にとって良いことである。	4.2(0.5)
22	死にゆく入居者のケアにおいては、家族もケアの対象にすべきである。	4.2(0.6)
18	家族は死にゆく入居者が残された人生を最良に過ごせるように関わるべきである。	4.0(0.9)
16	死にゆく入居者の行動の変化を受け入れることができるように、家族は心理的なサポートを必要としている。	4.0(0.6)
4	家族に対するケアは、死別や悲嘆の時期を通して継続されるべきである。	3.9(0.8)
24	死にゆく入居者とその家族は意思決定者としての役割を担うべきである。	3.9(0.7)
20	家族は、死にゆく入居者ができる限り普段通りの環境で過ごせるようにするべきだ。	3.8(0.6)
12	死にゆく入居者の身体的ケアには、家族にも関わってもらうべきだ。	3.7(0.9)
28	家族に、死にゆくことについて教育をすることは、ケア提供者の責任ではない。 ※	3.5(0.8)
25	死にゆく入居者の場合、鎮痛剤への依存を問題にする必要はない。	3.2(0.8)
27	死にゆく入居者が自分の状態を尋ねた場合、正直な返答がなされるべきである。	3.0(0.4)

※は逆転項目、得点処理済み。

### 資料3 ターミナルケア態度尺度日本語版 (FATCODB-J)

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業

「要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション／リハビリテーションマネジメントのあり方に関する総合的研究」

平成 27 年度分担研究報告書

リハビリテーション・マネジメントにおける  
リハビリテーションカンファレンスと多職種連携の現状と課題

研究分担者 篠田道子（日本福祉大学社会福祉学部 教授）  
研究協力者 宇佐美千鶴（日本福祉大学大学院 実務家教員）  
研究協力者 木村圭佑（日本福祉大学大学院 実務家教員）

**【概要】** 本稿では、リハビリテーション・マネジメントの一環として実施されている、リハビリテーションカンファレンス（以下、リハカンファレンス）の運営と、多職種連携の現状を把握し、課題を整理することである。調査方法は、リハビリテーション職（以下、リハ職）を含む多職種 9 名にインタビュー調査を行い、質的に分析した。

その結果、以下のように現状を整理した。

- ①施設によってリハカンファレンスの運営方法や、リハ職の参加の状況が異なっていた。
  - ②アセスメントや目標設定は、リハ職が主導的に行うも、多職種を巻き込んでいた。
  - ③リハカンファレンスは多職種連携の場と評価するも、個別リハを優先するため、担当リハ職が参加できない状況であった。
  - ④退院時合同カンファレンスへのリハ職の参加が少ないため、退院後のリハが継続できない状況であった。
  - ⑤リハ職は経営的な視点から、個別リハを優先する傾向が強く、カンファレンスなどマネジメント業務への関心が弱いと推察された。
  - ⑥役割解放を前提としたチーム形態が推察された。
- また、調査結果から、課題を以下のように整理した。
- ①リハ職だけでは十分な活動量の確保は困難であり、多職種協働による生活リハが不可欠である。
  - ②生活リハでは、個別リハなどの直接業務と、他の職種への指導・助言やカンファレンスへの参加など間接業務との両立が課題で、組織マネジメントが必要である。

## A. 調査目的

リハビリテーション・マネジメントの一環として実施されている、リハビリテーションカンファレンス（以下、リハカンファレンス）の運営と、多職種連携の現状を把握し、課題を整理することである。

## B. 対象施設と対象者

### 1) 対象施設と対象者の概要

以下に示す3施設に勤務するリハビリテーション職（以下、リハ職）を含む多職種に、リハビリテーション・マネジメントの一環として実施されている、リハカンファレンスの運営と多職種連携について、個別にインタビュー調査を行った。対象者は、20代から40代のリハ職、看護師、介護福祉士の9名であった（表1）。

#### (1) A施設：地域包括ケア病棟

K県にある一般病床含む地域の中核病院（411床）の地域包括ケア病棟（50床）。当該病棟に勤務しているリハ職は3.5名（PT2.5名、OT1名）である。平均在院日数30.3日、在宅復帰率は87.3%である。医師を含む多職種が参加するリハカンファレンスを週1回実施している。ただし、退院時カンファレンスは、個別リハ業務との時間調整が困難なため、リハ職は参加していない。

#### (2) B施設：介護老人保健施設・通所リハビリテーション

M県にある社会福祉法人の介護老人保健施設（100床）と通所リハビリテーション。リハ職は7名（PT4名、OT2、ST1名）である。短期集中リハ加算と認知症短期集中リハ加算を算定している。多職種が参加するリハカンファレンスを定期的に開催している。個別リハ業務との時間調整が困難なため、スタッフレベルのリハ職はリハカンファレンスに参加できていない状況である。そのため、相談員を兼務しているOTが代表でカンファレンスに参加している。

#### (3) C施設：訪問看護ステーション

A県にある社会医療法人の病院（病床数400床）に併設されている訪問看護ステーション。リハ職は4名（PT3名、OT1名）である。リハカンファレンスという名称のカンファレンスではなく、事業所内カンファレンスを不定期に開催している。司会は訪問看護師が担当している。

### 2) 調査日と調査時間

A施設は2015年8月31日に、B施設は2015年12月15日、C施設は2016年2月8日に調査を実施した。インタビューの時間は一人30～60分、調査場所は静かな会議室を使用した。

### 3) 手続きと役割分担

インタビュアーは、ケースメソッドのディスカッションリードやグループ面接など集団運営でファシリテーションを数多く経験している者が担当した。インタビュアーの力量によって発言内容が影響されるため、質の担保が重要と判断したからである。

インタビューは、対象者の承諾を得てICレコーダーに録音した。また、インタビュアー

とは別に、3名の研究メンバーがインタビュー会場に記録者として同席した。うち、2名は記録者として、分析の際に参考になると思われる参加者の態度、表情、声の大きさ・抑揚、周囲の雰囲気など非言語的表現について書きとめた「観察記録」を作成した。この2名は、インタビュー後の分析作業も兼務した。残りの1名はプロのライターであり、録音と記録に専念した。なお、複数名でデータ収集と分析を行うのは、データの信頼性を高めるためである。

表1 対象施設と対象者の概要

	A施設 地域包括ケア病棟			B施設 老人保健施設・通所リハ			C施設 訪問看護ステーション		
	開設者	公益社団法人			社会福祉法人			社会医療法人	
病床数	411床（一般病床、地域包括ケア病棟50床等）			介護老人保健施設（100床） 通所リハ50名			404床（一般病床、回復期リハビリテーション病棟等）		
法人内訪問サービス	訪問看護 訪問介護 訪問リハビリ			訪問看護 訪問介護 訪問リハビリ			訪問看護 訪問介護、訪問リハビリ		
施設基準 加算等	心大血管疾患リハI、脳血管疾患等リハI、運動器リハI 呼吸器疾患リハI			短期集中リハ、認知症短期集中リハ			24時間連絡加算		
リハ職員数	PT2.5名、OT1名			PT4名、OT2名、ST1名			PT3名、OT1名		
リハカンファレンスの 状況と課題	医師を含む多職種が参加するリハカンファレンスを週1回実施。リハ職が司会を担当。退院時カンファレンスには業務の関係上、リハ職は参加していない。			リハカンファレンスやリハ会議を定期的実施。リハ職の管理職が代表して参加。担当PT・OTは業務の関係で参加していない。OTがリハカンファレンスの司会を担当。			事業所内でカンファレンスを実施（不定期）。短時間のミーティングで訪問リハの事例の情共有している。		
対象者	A-1	A-2	A-3	B-1	B-2	B-3	C-1	C-2	C-3
職種	CW	NS	OT	OT	OT	CW	OT	NS	PT
性別	男性	女性	男性	男性	女性	男性	男性	女性	女性
年代	30代	30代	40代	30代	20代	20代	30代	40代	30代

CW：介護福祉士 NS：看護師 PT：理学療法士 OT：作業療法士

#### 4) インタビューの設問

リハビリテーション・マネジメントにおけるカンファレンスの運営、多職種連携の現状と課題について、以下の5点について尋ねた。



設問1：患者さんの生活機能の維持・向上に向けて、本人や家族の意向をいつ、どのように確認していますか？

設問2：患者さんの生活機能の維持・向上に向けて、どのようなアセスメントと目標設定を行っていますか？

設問3：患者さんの生活機能の維持・向上に向けて、どのようなカンファレンスを行っていますか？

設問4：患者さんの生活機能の維持・向上に向けて、「リハビリテーション総合実施計画」は、いつ、どのように作成していますか？

設問5：患者さんの生活機能の維持・向上に向けて、どのようにモニタリングしていますか？

## 5) 分析方法

次の方法で分析した。

①テープ起こしから作成された逐語録から、カンファレンスや多職種連携に関連する重要な、または意味深い意見（なまの声）を拾い出し、“コード”として抽出した。その際、「観察記録」の非言語的データ（参加者の態度、表情や声の大きさや抑揚、周囲の雰囲気など）を勘案した。非言語的データを加えることで、コード間の関係性をつかみやすくなったり、コードの意味することが浮かび上がるなど、文脈の理解が進むからである。

②コードの内容をまとめて意味のある文脈に整えた。

## 6) 倫理的配慮

インタビュー調査にあたり、調査目的・方法について、口頭および書面で説明した。参加は自由意思であること、参加を断っても不利益は受けないこと、結果は匿名性を確保した上で公表することがあること、調査終了後1年以内に録音テープの内容は消去することを説明し、了承を得たうえで「同意書」に署名・捺印をしてもらった。

## C. 調査結果

インタビューで抽出されたコードは3施設で248コード（内訳は、設問1：43、設問2：57、設問3：60、設問4：45、設問5：43）であった。

本調査では、表2に示すように、コード数の多かった、設問2のアセスメントと目標設定（57コード）、設問3のカンファレンスの運営（60コード）について述べる。

表2 施設・設問別コード数

	設問1	設問2	設問3	設問4	設問5	合計
A施設	16	22	21	11	11	81
B施設	12	13	11	11	12	59
C施設	15	22	28	23	20	108
合計	43	57	60	45	43	248

また、施設によってリハカンファレンスの運営方法が異なっていたため、施設別に結果の概要を述べる。

### 1. リハカンファレンスの運営は施設によって異なる

A施設では、医師を含む多職種が参加するリハカンファレンスを週1回実施し、リハ職が司会を担当していた。すべての入院患者を対象としているため、時間は1時間とやや長い。リハカンファレンスで重視している点は、リスクを含む医学的な視点を共有すること、ICFの視点で生活リハを考えることであった。

B施設では、入所・通所ともに多職種が参加するリハカンファレンスを定期的実施し、OTが司会を担当していた。スタッフレベルのリハ職が、業務のため参加できない状況にあり、事実上、リハ職の代表がカンファレンスを一手に担っている現状である。

C施設は、訪問看護ステーションという小規模な事業所ゆえに、定期的なカンファレンスを開催するのは困難なため、顔を見合わせたらショートミーティングするなど、隙間時間を使って情報交換をしていた。司会は訪問看護師が担当していた。

### 2. アセスメントと目標設定は多職種が協働で行う

アセスメントツールは、FIM、バーセルインデックス、R4方式など様々であった。

A施設では、「入棟する前のADL等の情報をリハ職が確認」、「心疾患や呼吸器疾患のリハは、リスクのアセスメントが重要」、「医師とリハ職による医学的なアセスメントを看護・介護職に伝える」など、医師とリハ職が中心になって、リスク評価など医学的なアセスメントをし、結果を多職種と共有するというコードが多かった。

B施設では、「リハ職だけでなく、多職種でADLの評価をする」、「ケアマネジャーが作成したケアプランを参考に、アセスメント・ケアプランを作成している」、「生活機能の維持・向上は、日々の介護技術の影響が大きい」など、多職種間でアセスメントを実施しているコードが多かった。一方で、「認知症利用者の生活機能の維持・向上は困難である」や「他の職種よりは、同職種との連携が難しい」などネガティブなコードも散見された。

C施設では、「ケアマネジャーのアセスメント・ケアプランも参考にするが、リハの視点を加味している」、「訪問看護師とリハ職では、アセスメントの視点が異なる」、「お互いのアセスメントをすり合わせる機会がないため、日常の会話の中で確認し合っている」など、小規模事業所ならではのコードが確認できた。

### 3. リハカンファレンスは多職種連携の場と評価するも、担当リハ職が参加できない状況

A施設では、「カンファレンスは多職種連携の場」と「リハ職はICFの視点でカンファレンスを運営」というポジティブなコードと、「(個別リハを優先するため)リハ職は退院時合同カンファレンスに参加できない」というネガティブなコードを抽出した。

当該病棟では、生活期を見据えたリハの提供を目標としているため、ICFの視点でカンファレンスを運営している。ただし、個別リハを優先しているため、業務の調整がつかず、担当リハ職が参加できないこと、特に退院時合同カンファレンス(以下、退院時CC)

はほとんど参加できていない状況にあった。

B施設では、入所・通所ともに多職種が参加するリハカンファレンスを定期的を実施し、OTが司会を担当していた。「カンファレンスは多職種連携の場」と「リハ目標と生活目標の関係性を強化」というポジティブなコードと、「リハ職と介護職は（業務の調整がつかないため）カンファレンスに参加できない」というネガティブなコードを抽出した。

当該施設も個別リハを優先しているため、担当リハ職がカンファレンスに参加できない現状であった。そのため、相談員を兼務しているOTが代表となってカンファレンスに参加し、かつ司会を担当していた。代表者が担当リハ職の意見を事前に吸いあげるなど、同職種間の連携が出来ていれば、参加にこだわらないというコードもあった。

C施設では、「カンファレンスは多職種連携の場」や「リハの継続性を強化し、利用者のモチベーションを高める」というポジティブなコードと、「定期的なカンファレンスを開催できない業務体制」のコードを抽出した。訪問看護ステーションという小規模な事業所ゆえに、定期的なカンファレンスを開催するのは困難なため、顔を見合わせたらショートミーティングを開催するなど、隙間時間を使って情報交換をしていた。司会は訪問看護師が担当していた。

## D. 考察

### 1. 生活リハでは個別リハとマネジメント業務の両立が必要

3施設ともに、カンファレンスは「多職種連携の場」と評価しつつも、リハ職は個別リハ業務を優先するため、カンファレンスに参加する時間が捻出できない、というジレンマを抱えていた。また、地域包括ケア病棟では、入院中のリハカンファレンスは行っているが、退院時CCは、業務の調整がつかないことから参加できない場合が多く、入院中のリハが退院時CCに反映されていない状況も確認できた。川越（2015）の調査でも、急性期病床の退院時CCに看護師は高率で参加しているものの、リハ職の参加率は低かったと報告し、本調査と同様の結果であった。

一方で、カンファレンスには参加できないものの、リハ職の代表や看護師などの司会者に自分の考えを伝えるなど、間接的な参加を試みていることは評価できる。

生活リハは多職種連携が基本である。連携を円滑にするためには、カンファレンスでの議論、多職種への相談・助言、個別リハとの業務調整などマネジメント業務が求められる。しかし、経営的な視点から個別リハなど直接業務を優先するというコードが多く抽出され、マネジメント業務との間でジレンマを抱えていた。

市川ら（2014）の調査では、介護老人保健施設における個別リハなど直接業務の割合は7割であると報告している。本調査では、直接業務と間接業務の割合を測定していないため、断定はできないが、1対1の個別リハを優先し、マネジメント業務など間接業務は後回しにせざるを得ない、というマネジメント上の課題が明らかになった。

限られた時間と人材の中で、生活機能の維持・向上を目指す生活リハを提供するために

は、川越（2015）が指摘しているように「多職種協働のなかでの指導・助言を中心とした間接的関与」、すなわちマネジメント業務の強化と、個別リハのような直接業務の両立が求められている。ただし、これらは、個人の力では限界があり、組織的な関与が必要になる。

また、今回の調査では、リハカンファレンスの運営方法やファシリテーションスキルまで踏み込んだ調査は出来なかった。調査内容と方法を再検討し、今後の課題としたい。

## 2. リハ職だけでは十分な活動量の確保は困難。多職種協働による生活リハが不可欠

厚生労働省の調査によれば、回復期リハにおける利用者1人当たりの平均個別リハ提供時間（1週間換算）は、回復期リハ病棟が約842分と最も長い。また、地域包括ケア病棟の個別リハ提供時間は、週14～16単位（260～320分）が多くなっている。

一方で、生活リハの代表格である老人保健施設での個別リハ提供時間は、短期集中リハ加算が算定できる入所3か月以内は約216分と長いが、3か月以降は約45分と格段に少なくなる。さらに、通所リハや訪問リハの3か月以降の個別リハ提供時間は、39分～63分と少ないのが現状である。生活機能の維持・向上を目指す生活リハは、リハ職だけでは十分な活動量が得られないことから、多職種が協働で行う生活リハの実践が求められている。

本調査では、施設別のリハ提供時間の測定は実施していないが、「個別リハを算定している場合は多職種でリハ計画を作成」、「生活機能の維持・向上支援は多職種と役割が重なる」や「介護技術とリハ技術は重なる」など多職種と協働でリハに取り組んでいるコードを抽出した。

このように、自己の専門性に固執しないで、自分の役割を他の職種にも担ってもらふことや、他の職種と役割が重なるチーム形態は、「トランスディシプリナリー・モデル（transdisciplinary model）」に該当する。本モデルの特徴は、多職種による連携・協働に加えて、「role release（役割解放）」が加わることである。役割解放とは、ある専門職固有の役割を、意図的そして計画的に行うことである。限られた時間と人材を有効活用するためには、このような役割解放を前提としたチーム形態が推奨されるが、本調査でも同様の結果が得られた。

また、生活機能の維持・向上を目指すリハビリテーション・マネジメントの構築には、カンファレンスや事例検討など顔の見える関係の中で、自分の考えや知識を多職種と交換しながら学ぶことで、価値観や暗黙知を共有するプロセスが効果的である。カンファレンスなど間接業務を日常業務の中にどのように組み入れていくのか、組織マネジメントが問われている。

## E. 結論

以上のことから、本調査から得られた結論は以下の通りである。

- ①施設によってリハカンファレンスの運営方法や、リハ職の参加の状況が異なっていた。
- ②アセスメントや目標設定は、リハ職が主導的に行うも、多職種を巻き込んでいた。
- ③リハカンファレンスは多職種連携の場と評価するも、個別リハを優先するため、担当リハ職が参加できない状況であった。
- ④退院時合同カンファレンスへのリハ職の参加が少ないため、退院後のリハが継続できない状況であった。
- ⑤リハ職は経営的な視点から、個別リハを優先する傾向が強く、カンファレンスなどマネジメント業務への関心が弱いと推察された。
- ⑥役割解放を前提としたチーム形態が推察された。

また、調査結果から、課題を以下のように整理した。

- ①リハ職だけでは十分な活動量の確保は困難であり、多職種協働による生活リハが不可欠である。
- ②生活リハでは、個別リハなどの直接業務と、他の職種への指導・助言やカンファレンスへの参加など間接業務との両立が課題で、組織マネジメントが必要である。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

なし

## H. 知的所有権の出願・登録情報

なし

## 文献

- ・市川明美他（2014）：介護老人保健施設における作業療法の専門性と介入についての現状調査 - 神奈川県でのアンケート調査 -」神奈川作業療法研究. 4（1），47-53
- ・川越雅弘（2015）：地域包括ケアシステム構築に向けた施策動向とケア提供上の諸課題 - 多職種連携・多職種協働に焦点を当てて - . 生活福祉研究,90号,P4-15
- ・厚生労働省（2011）「第77回 社会保障審議会—介護保険分科会 資料」  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001kpu0-att/2r9852000001kpwr.pdf>（閲覧日:2015.12.23）.
- ・厚生労働省（2015）「平成27年度第2回入院医療等の調査・評価分科会議資料 平成27年5月29日開催」  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000088535.pdf>（閲覧日：2016.2.12）

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

「要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション／リハビリテーション  
マネジメントのあり方に関する総合的研究」

平成 27 年度分担研究報告書

通所リハビリテーションにおける医師の役割と今後の方向性

研究分担者 水間 正澄（昭和大学医学部 教授）

研究分担者 近藤 克則（千葉大学予防医学センター 教授）

研究分担者 村尾 浩（神戸学院大学総合リハビリテーション学部 教授）

【研究要旨】

本稿では、既存調査データをもとに、通所リハビリテーション（以下、リハ）事業所における医師の配置状況、通所リハにおける医師の関与と役割、リハ職との連携状況に関する現状を整理するとともに、通所リハにおける医師の果たすべき役割について検討した。

既存調査をもとに、現状を整理すると、

- 1) 1事業所当たりの医師数は0.7人（常勤換算）で、その9割が兼務であった。医師の専門分野は、整形外科が15.4%、リハ科が6.9%でその他が49.7%であった。
- 2) 医学的管理・評価の実施率は、「問診」77.5%、「身体診察」73.2%、「併存疾患の管理」44.8%、「行動体力の評価」22.1%、「認知機能検査」18.4%の順であった。
- 3) リハ計画策定への関与状況をみると（事業所ベース）、「計画作成・承認」80.1%、「リハ会議への参加」57.2%、「利用者への説明と同意」40.7%であった。また、計画作成への関与割合は42.4%であった（利用者ベース）。
- 4) 医師がリハ計画の主たる作成者になっている割合は1.0%であったが、作成者としては42.4%に関わっていた。
- 5) リハ職が指示医と連携している時期は「計画作成時」76.0%、「見直し時」43.3%であった。連携時の医師の指摘事項は、「訓練中の留意事項」74.8%、「リハ開始前の確認事項」39.3%、「中止基準」23.0%であった。リハ目標に対する指示は有り56.1%、なし37.3%で、指示されたリハ内容は、理学療法75.4%、作業療法37.6%、各種訓練プログラム34.7%であった。
- 6) 利用者の行動体力に関する情報を入手している医師は77.4%であった。入手方法は「自分で検査・評価」39.0%、「他の医療機関と連携」56.4%であった。連携している場合の連携先は、「かかりつけ医」が91.3%であった。
- 7) リハ職への指示内容は、リハ開始前の確認事項が48.7%、運動中のリスクが46.7%、運動の中止基準26.2%、日常生活上の留意事項が22.7%で、環境整備や社会参加の促進に関する指示については不明であった。

などが明らかになった。

リハ職への指示や多職種参加型カンファレンスに参加している医師のうち、リハ特有の視点をもつリハ科医師が指示を出している通所リハ現場は少数であった。

現時点においては、通所リハ現場で医師が医学的管理を含めた適切な役割を果たしているとは言い難い。今後、通所リハにおける医師の役割を適切なものにするには、社会参加や社会復帰を促したり、リハ科専門医の関与を促す仕組みづくりが喫緊の課題と考えられる。

## A. 研究目的

通所リハビリテーション（以下、リハ）事業所における医師の配置状況、通所リハにおける医師の関与と役割、リハ職との連携状況に関する現状を、既存調査データをもとに整理した上で、通所リハにおける医師の果たすべき役割について検討すること。

## B. 方法

研究代表者が委員長を務めている委員会の会議資料（「リハビリテーションと機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業」第2回会議（2016年2月9日）、資料3：単純集計結果（中間報告））をもとに、通所リハ事業所における医師の配置状況、通所リハにおける医師の関与と役割、リハ職との連携状況に関する現状を整理し、医師の立場から、通所リハにおける医師の果たすべき役割について検討を行った。

## C. 結果

会議資料のうち、医師の配置状況や役割等に関する部分のみを抜粋し、結果を以下に整理した。

### 1. 回収状況

通所リハ事業所の中から 1,000 事業所を抽出し、アンケート（事業所票、利用者票）を郵送、回収数は事業所ベースで 477 事業所（回収率 47.7%）であった。また、リハ職が記入する利用者票の回収数は 1,983 人分であった。

### 2. 医師の配置状況

#### 1) 医師の配置人数（n=464）

1 事業所当たりの職員数は 13.7 人で、その内訳は、「医師」0.7 人、「リハ職」2.7 人、「看護職員」1.6 人、「介護職員」7.2 人、「その他」1.4 人であった。

#### 2) 医師の勤務状況（n=740）

有効回答 740 人の医師の勤務形態をみると、「兼務」91.5%であった。兼務先をみると、

「病院」43.3%、「介護老人保健施設（以下、老健）」30.4%、「診療所」30.3%の順であった（図1・2）。

主たる専門分野は、「その他」49.7%、「整形外科」15.4%、「循環器科」8.2%、「リハ科」6.9%、「神経内科」5.8%の順であった（図3）。

図1. 勤務形態（実人数ベース、n=740）

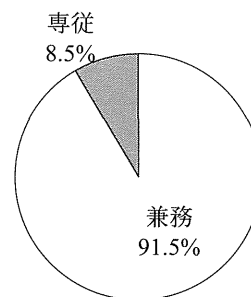


図2. 兼務先（実人数ベース、n=677）

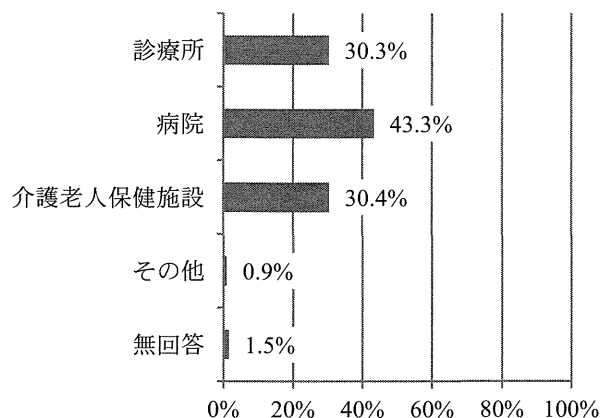
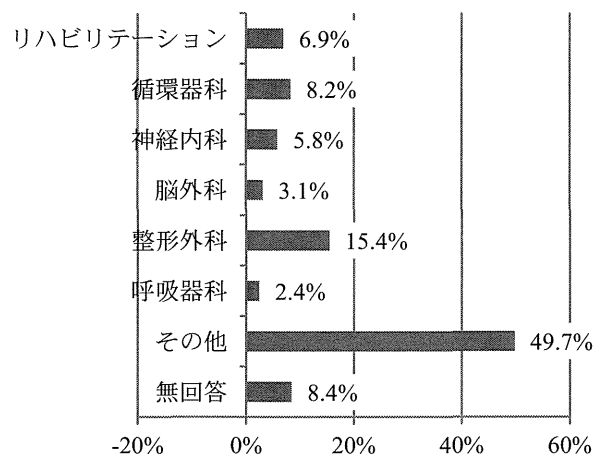


図3. 主たる専門分野（実人数ベース、n=740）



### 3. 医師の関与状況（リハ職が回答）

#### 1) 医学的管理・評価の実施状況

医学的管理・評価の実施状況をみると（複数回答）、「問診」が77.5%と最も多く、次いで「身体診察」73.2%、「併存疾患の管理」44.8%、「心肺機能・代謝機能・筋骨格系などの行動体力の評価」22.1%、「認知機能検査」18.4%の順であった（図4）。

#### 2) リハ計画策定プロセスへの関与状況

リハ計画策定プロセスへの関与状況をみると（複数回答）、「リハ計画作成・承認」が80.1%と最も多く、次いで「リハ会議への参加」57.2%、「利用者への説明と同意」40.7%、「訓練場面での指導・確認」19.7%の順であった（図5）。

図4. 医学的管理・評価の実施状況（複数回答）  
（事業所ベース、n=467）

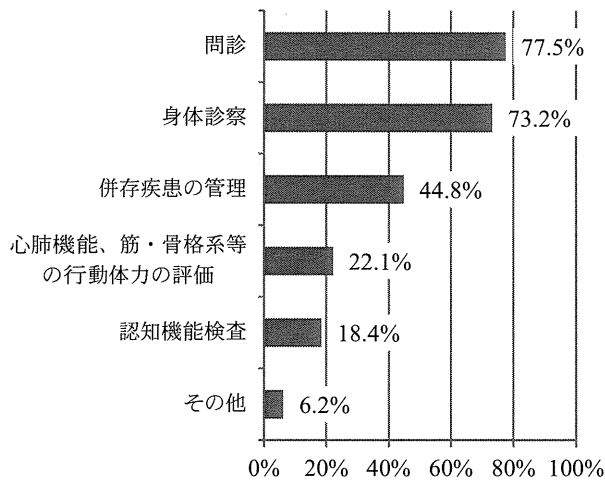
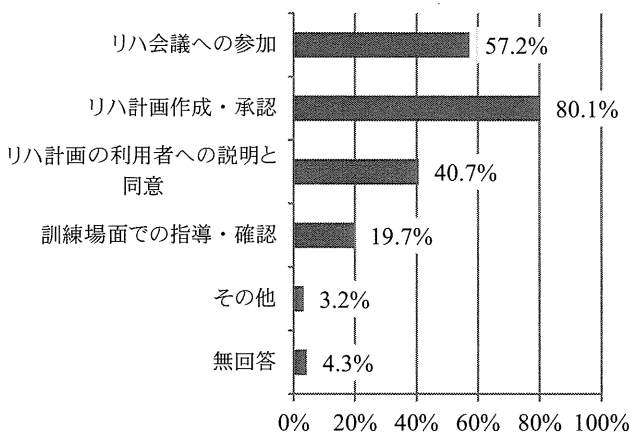


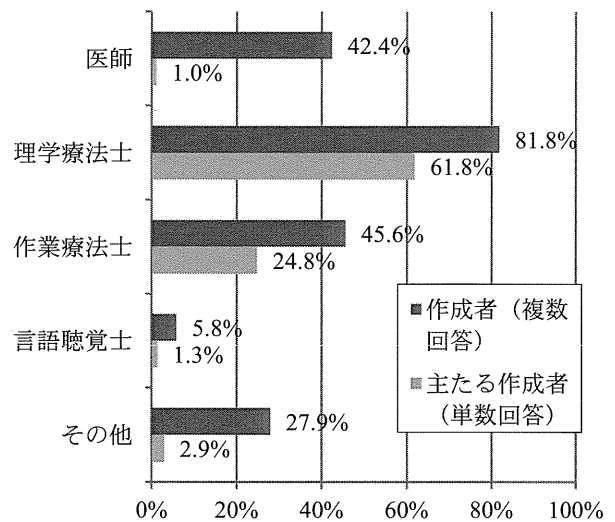
図5. 計画策定プロセスへの関与状況（複数回答）  
（事業所ベース、n=467）



#### 3) 計画策定

リハ計画の主たる作成者をみると、「理学療法士（PT）」が61.8%と最も多く、次いで「作業療法士（OT）」24.8%、「言語聴覚士（ST）」1.3%、「医師」1.0%の順、作成者（複数回答）をみると、「PT」81.8%、「OT」45.6%、「医師」42.4%、「ST」5.8%の順であった（図6）。

図6. 通所リハ計画作成者（n=1,983）





#### 4. 指示医との連携状況（リハ職が回答）

##### 1) 指示医と連携の有無・時期（n=1,983）

指示医との連携の有無をみると、「あり」90.4%、「なし」8.4%、「無回答」1.2%、連携の時期をみると、「計画策定時」が76.0%と最も多く、次いで「見直し時」43.3%、「リハ実施時」14.2%の順であった（図7）。

##### 2) 医師からの指摘事項（n=1,792）

医師からの指摘事項をみると、「訓練中の留意事項」が74.8%と最も多く、次いで「リハ開始前の確認事項」39.3%、「運動負荷量」23.1%、「中止基準」23.0%の順であった（図8）。

図7. 指示医との連携の有無・時期（複数回答）  
（利用者ベース、n=1,983）

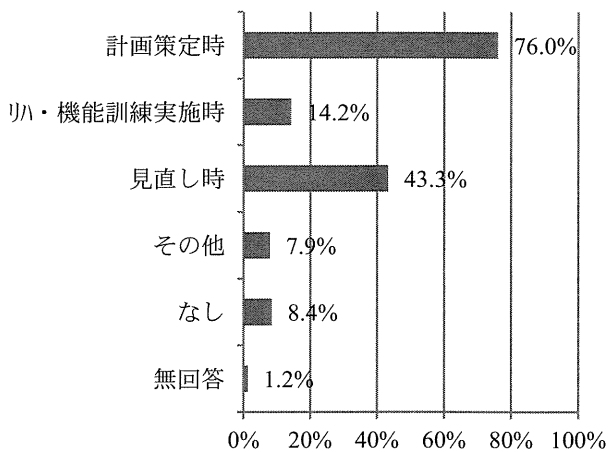
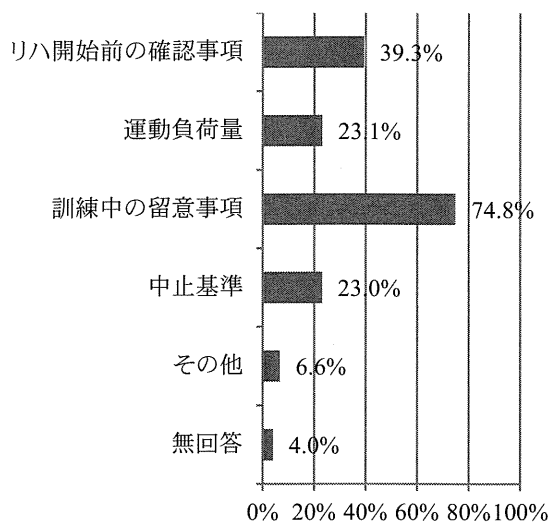


図8. 医師からの指摘事項（複数回答、n=1,792）

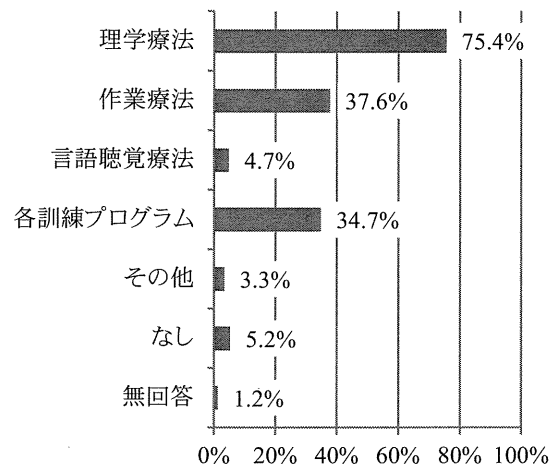


##### 3) リハ目標に対する指示（n=1,792）

リハ目標に対する指示の有無をみると、「あり」56.1%、「なし」37.3%、「無回答」6.5%であった。

指示されたりハ内容をみると、「理学療法」75.4%、「作業療法」37.6%、「各種訓練プログラム」34.7%、「なし」5.2%、「言語聴覚療法」4.7%の順であった（図9）。

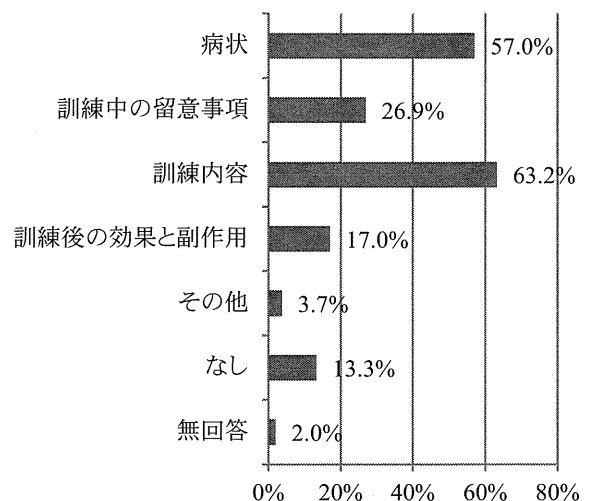
図9. 指示されたりハ内容（複数回答、n=1,792）



##### 4) 指示医への報告内容（n=1,792）

指示医への報告内容をみると、「訓練内容」63.2%、「病状」57.0%、「訓練中の留意事項」26.9%、「訓練後の効果と副作用」17.0%の順であった（図10）。

図10. 医師への報告内容（複数回答、n=1,792）



## 5. 行動体力に関する情報収集の有無と方法

### (医師が回答)

行動体力に関する情報の入手の有無をみると、「はい」77.4%、「いいえ」12.1%、「無回答」10.5%であった(図11)。

入手方法をみると、「他の医療機関と連携」が56.4%と最も多く、次いで「自分で検査・評価」39.0%の順であった(図12)。

また、連携先は、「かかりつけ医」が91.3%を占めていた。

図11. 行動体力に関する情報入手の有無  
(n=1,983)

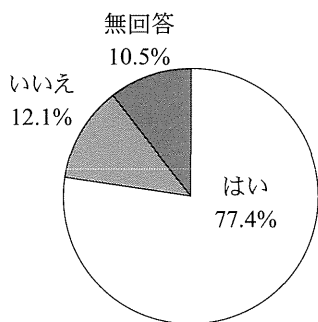
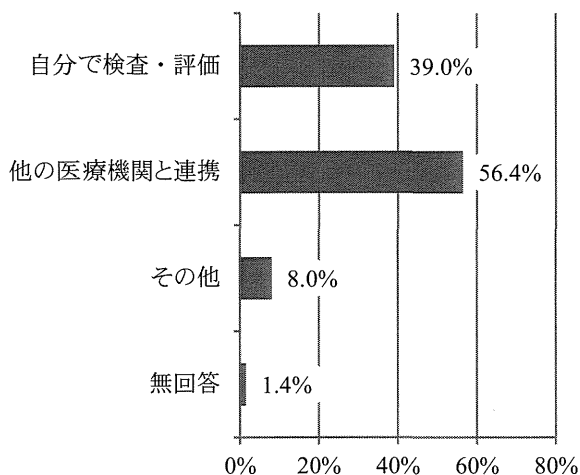


図12. 入手方法 (n=1,535)

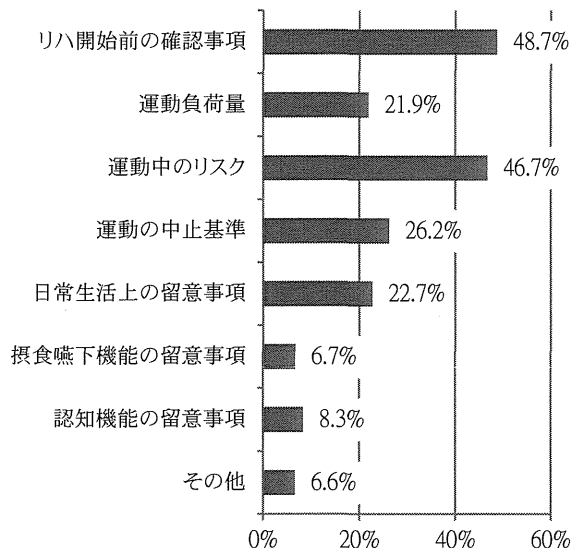


## 6. リハ職への指示の状況 (医師が回答)

### 1) リハ職への指示内容 (n=1,983)

リハ職への指示内容をみると、「リハ開始前の確認事項」が48.7%と最も多く、次いで「運動中のリスク」46.7%、「運動の中止基準」26.2%、「日常生活上の留意事項」22.7%、「運動負荷量」21.9%の順であった(図13)。

図13. リハ職員への指示内容 (n=1,983)



### 2) 指示事項の確認 (n=1,983)

指示事項の確認の有無をみると、「確認した」70.5%、「確認せず」15.8%、「無回答」13.7%であった。

#### D. 考察および E. 結論

リハとは、障害者の能力を回復させて人間らしい社会生活に再適合する（社会復帰）ための過程であり、機能訓練はその過程に含まれる一部である。また、医療の分野のみではなく、障害に対する治療と社会復帰、社会参加、充実した生活の提供を包含している。<sup>1)</sup>

介護保険下で行われるリハは、一般に病態や障害像が安定した状態で施行される生活期のリハであり、機能の維持・向上や活動性の向上をめざした訓練にとどまることなく、社会参加、充実した生活の提供を積極的に行う時期と考えられる。

生活期の理想的なリハは、目標設定の際に病態や障害像に合わせたかつ利用者のニーズも考慮した適切な生活像を示した上で、医師の指示により適宜適切な理学療法、作業療法および言語聴覚療法を施行することである。時には補装具を用いたりや環境整備も行い、いきいきとした生活を誘導することになる。

しかしながら、リハ職への指示や多職種参加型カンファレンスに参加している医師のうち、リハ特有の視点をもつ医師はリハ科専門医数（2050名）<sup>2)</sup>や専門医のバックグラウンド<sup>3)</sup>から推察すると少数であると予測され、実際今回の調査でもリハ科医師が指示を出している通所リハ現場は少数であった。

現時点においては、通所リハ現場で医師が医学的な管理を含めた適切な役割を果たしているとは言い難い。今後、通所リハにおける医師の役割を適切なものにするには、社会参加や社会復帰を促したり、リハ科専門医の関与を促す仕組みづくりが喫緊の課題と考えられる。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的所有権の出願・登録状況

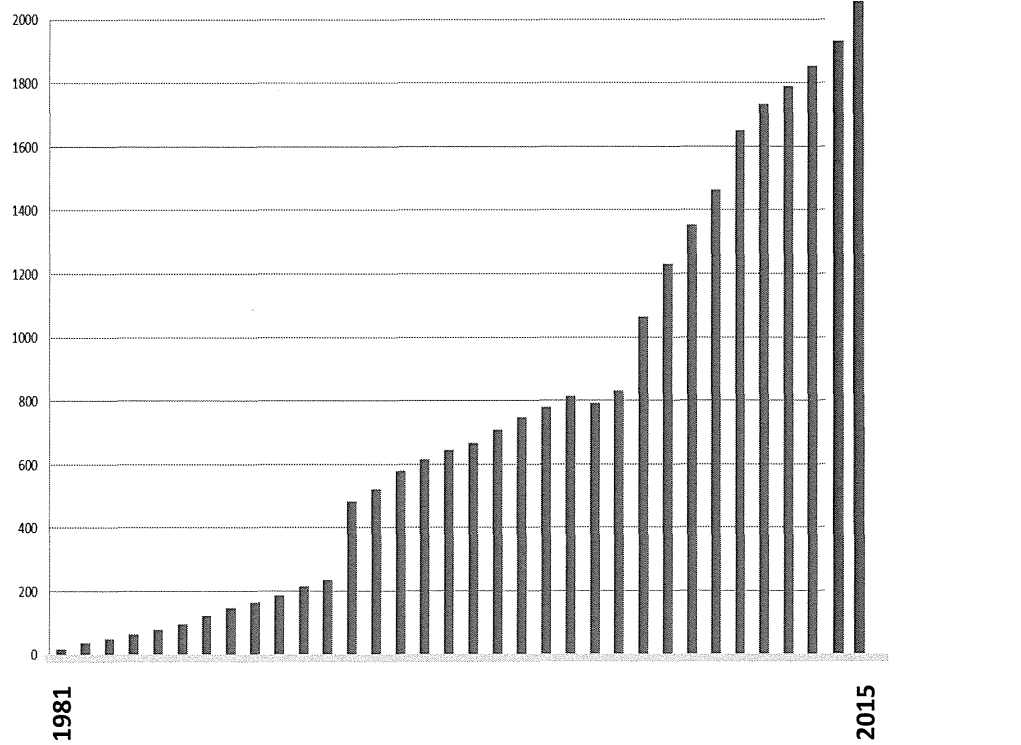
なし

#### 参考文献

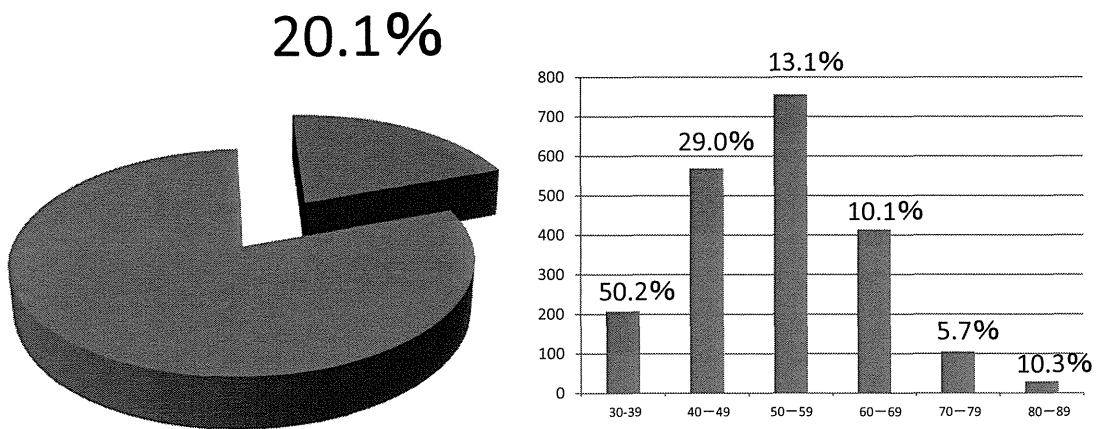
- 1) 米本恭三：最新リハビリテーション医学第2版．医歯薬出版株式会社．2004
- 2) 日本リハビリテーション医学会ホームページ．2016.03.07 引用  
<https://member.jarm.or.jp/specialist.php>
- 3) 専門医のバックグラウンドを知る、Jpn Rehabil Med 47(11), 2010

(参考資料)

## リハ専門医数の推移



## 専門医の男女比と年齢分布



(2013年5月20日現在)