

# 急性期と回復期リハビリテーションにおける 医師・看護師・療法士の連携について

伊勢真樹

第59回国立病院総合医学会  
(平成17年10月15日 於広島)

IRYO Vol. 61 No. 5 (297-304) 2007

## 要旨

急性期と回復期リハビリテーションにおける医師・看護師・療法士の連携についてのアンケートを行った。集計結果より、急性期には医師は初期治療に関わる主治医としての役割を、看護師には医学的管理に必要な患者としての把握を、療法士にはチームで治療の実行者としての意識と効果の確認をチームから求められ、回復期には医師にはチーム内の調整者とチームリーダーとしての役割が、看護師には生活者としての把握が、療法士には治療効果の拡大が期待されていることが明らかとなった。このように、リハチーム医療には時期に応じて機能、対象・構成、対応が異なる急性期と回復期・維持期の2つの形態があると考えられる。

さらに、リハチーム医療のあり方について、基本的構成と機能、効果を向上させる要因や評価尺度、改革者型のリーダーとメンバーが自己実現できる風土などについて、文献的考察や当科の実情を加えて述べる。

キーワード 連携, リハビリテーションチーム, 急性期リハビリテーション, 回復期リハビリテーション

## はじめに

倉敷中央病院は、人口約80万人の岡山県西部2医療圏の倉敷市市街地にあり、急性期先進医療基幹病院で1,116床を有する。平成16年の患者数は外来2,843名/日、入院1,084名/日で、平均在院日数は15.2日、紹介率は42.2%である。リハ科の診療体制は、総合リハ承認施設でリハ科医3名(専門医2名, 認定臨床医1名), 理学療法士(PT)28名, 作業療法士(OT)16名, 言語聴覚士(ST)6名, 看護師(Ns)1名を有している。急性期であり各科の専

門性は高く、チーム間の情報は密度が濃くかつリアルタイムの効率性を求められるゆえ、リハスタッフを脳外科, 整形外科, 神経内科, 小児科, 内・外科の5科でPT3~4名, OT2~3名ずつ割り当てて各科別の担当制で治療を行っている。病床は持たず外来のみで、平成16年度の患者数は350名/日、新患者数は330名/月で、患者総数は3,278名である。

以上の現状をもとに、急性期と回復期リハビリテーションにおける医師・看護師・療法士の連携についてのアンケートの集計結果と考察およびチーム医療のあり方について述べる。

倉敷中央病院 リハビリテーション科

別刷請求先: 伊勢真樹 倉敷中央病院 リハビリテーション科 〒710-8602 倉敷市美和1-1-1

(平成17年12月1日受付, 平成18年12月15日受理)

Relationship between Rehabilitation Team Members in Acute and Restorative Rehabilitation Masaki Ise

Key Words: relationship, rehabilitation team, acute rehabilitation, restorative rehabilitation

医師・看護師・療法士の連携についての  
アンケート集計結果と考察

1. 目的

①リハチーム

医療の連携の現状について各チームメンバーの認識の状態を聴く。

②治療の経過の時期によるチームメンバー間の連携の差異について検討する。

③上記の結果を今後のリハサービスの向上に役立てる。

2. 対象

麻酔科、手術部等の直接リハ科と関与しない科、部門を除いた、医師284名、看護師719名、療法士44名である。

3. 方法

連携がうまくいっているかどうかの4者択一の設問と他メンバーからどのような情報を望むかを記載するものである。

4. 回収率

医師284名中69名(24%)、療法士44名中41名(93%)、看護師719名中574名(80%)であった。

5. 回復期リハとして川崎医科大学での1995年の同じ調査の結果<sup>1)</sup>と比較する。

大学は38床のリハ科病床を持ち、発症2カ月以内の転科の患者が主体である。回収率は、リハ科医師9名、療法士23名(100%)、看護師18名中15名(83%)

である。

結果と考察

1) 連携の現状について

うまくいっていると答えた群とうまくいっていないと答えた群を図1にあげて各チームメンバーの関係を説明する。

当院では医師は看護師とは9割、療法士とは8割近く、看護師は医師と療法士ともに6割弱、療法士は医師と4割弱、看護師とは7割弱でうまくいっていると答えている。

大学では医師は他のスタッフと6割弱、看護師は医師と5割、療法士と8割がうまくいっていると答えているが、療法士は医師と2割、看護師と4割しかうまくいっていると答えていない。当院の医師がとくに高いのは連携に関心が高い医師がアンケートに答えた結果と考える。看護師は当院、大学とも医師より療法士とうまくいっていると答えており、とくにリハ科病床を持つ大学では関係がよい。療法士は当院のほうが大学より看護師との関係がよく、医師との関係は大学でとくに悪くなっている。

2) 望む情報について

望む情報を上位3項目でメンバーごとにまとめて説明する(表1-4)。

医師に対しては当院では看護師、療法士ともに治

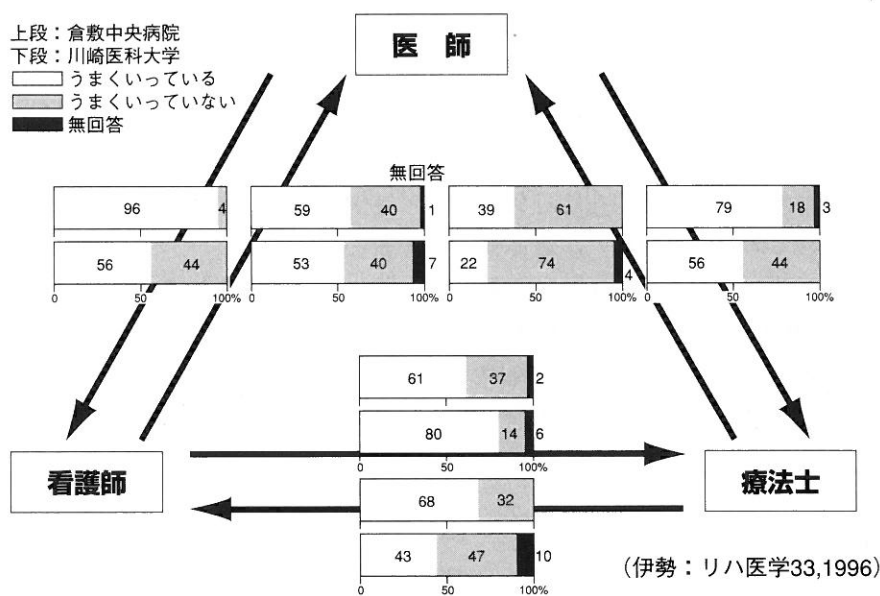


図1 リハ医療チーム間の連携  
倉敷中央病院と川崎医科大学の比較

療方針，リスクなど初期治療に関わる内容であり主治医としての役割を求められている。大学では明確なゴールが両メンバーから希望され，看護師からはチーム内の調整者としての情報を，療法士からは医学的管理に関する情報を望まれ，医師はチームリー

ダーとして目標を提示し安全にリハが実行できる環境を整える役割を求められている。この点が先の数値に現れていたと考える。看護師に対しては当院では両メンバーから同じ内容で患者の本音，病状の変化，ADL状況の情報が求められ，急性期リハにお

表1 医師に対して望む情報

看護師		療法士	
倉敷中央	川崎医大	倉敷中央	川崎医大
① 治療方針	明確なゴール	治療方針	訓練上のリスク・禁忌・注意事項
② リスク	アプローチの状況	リスク	明確なゴール
③ 病状 (回復・悪化)の変化	ゴール変更の理由	治療内容	疾患の病態

(伊勢：リハ医学1996)

表2 看護師に対して望む情報

医師		療法士	
倉敷中央	川崎医大	倉敷中央	川崎医大
① 患者の本音 (不安・不満・満足度・希望など)	ADL上の問題点	ADLの状況	ADLの状況
② 病状 (回復・悪化)の変化	患者の社会的状況	病状 (回復・悪化)の変化	病棟での必要なADL
③ ADLの状況	患者の心理面	患者の本音 (不安・不満・満足度・希望など)	外泊時の状況

(伊勢：リハ医学1996)

表3 療法士に対して望む情報

医師		看護師	
倉敷中央	川崎医大	倉敷中央	川崎医大
① 治療の進行状況	訓練の進行状況	治療の進行状況	訓練の進行状況
② 治療の目標	処方内容の確認	看護師で可能な動作の援助法	病棟で行うべきADL
③ 治療内容	処方変更の希望	治療内容	患者の意欲

(伊勢：リハ医学1996)

表4 各メンバーのリハチーム医療内での役割

	急性期	回復期 (急性期に加えて)
医師	主治医	調整者・チームリーダー
看護師	病人としての把握	生活者としての把握
療法士	治療(訓練)の実行者	治療(訓練)効果の拡大

ける看護師の役割が明らかにされている。大学でもやはり両メンバーから ADL に関する情報が求められ、医師からは社会資源や心理面に関する情報、療法士からは外泊時の状況が求められている。看護師には急性期では疾患の医学的管理に必要な患者としての把握と生活者としての把握が期待され、回復期では在宅を見据えた生活者としての把握が期待されている。

療法士に対しては両院、両メンバーとも治療の進行状況の情報が望まれている。当院では両メンバー共に治療内容の情報が求められ、医師からは治療の目標が求められている。

初期治療の経過で療法士が行う治療の経過、効果、目標が情報として共有され、チームで治療を行う意識の表れと考える。また、看護師からは両院ともに病棟の ADL 拡大に繋がる情報が望まれている。大学では医師からは処方に関する情報、看護師からは心理面に関する情報が求められている。回復期では療法士は治療の実行者として効果的な治療方法を選択して効果を確認しそれを拡大することが期待されている。

以上をまとめると、急性期には、医師は初期治療に関わる主治医としての役割を、看護師には患者と

しての把握を、療法士にはチームで治療を行う意識と治療の実行者として治療効果の確認を求められている。回復期には、急性期に加えて医師にはチーム内の調整者とチームリーダーとしての役割を、看護師には生活者としての把握が期待され、療法士には治療効果の拡大を期待されている。それらが達成できない状況にあれば互いの軋轢や対立が生じるものとする。

### 3) リハチーム医療の時期別の形態とその機能および形態の変化

以上の結果より、リハチーム医療の時期別の形態について説明する(図2, 表5)。

リハチーム医療には時期に応じた機能、対象・構成、対応が異なる2つの形態がある<sup>2)</sup>。1つは、我々のような急性期リハチーム医療で、ハイリスクの病人を対象として各科の主治医・看護師と紹介科のリハ科医師・リハメンバーで構成され、原疾患の初期治療とリスク管理に重点を置き初期治療効果の向上と廃用症候群や二次合併症の予防を目的とした機能を持つ。診療ガイドライン、入院診療計画やクリティカルパスを駆使して標準化された医療を行う。対象がハイリスクのために各科とリハチームメンバー

	急性期リハチーム医療	回復期・維持期リハチーム医療
〈時 期〉	急性期 ※リハ科病床を持たない場合	回復・維持期 ※急性期でリハ科病床を持つ場合
〈対象・構成〉		
〈機 能〉	<ul style="list-style-type: none"> <li>・疾患・リスク管理に重点を置く</li> <li>・原疾患の治療効果の向上</li> <li>・廃用症候群・二次合併症の予防</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家庭復帰を目的に ADL の改善を目標として能動的・集中的リハ医療を行う</li> </ul>
〈対 応〉	<ul style="list-style-type: none"> <li>・標準化された医療</li> <li>・診療ガイドライン</li> <li>・入院診療計画書</li> <li>・クリティカルパス</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会生活の改善や維持を行う</li> <li>・総合実施計画書</li> </ul>

(伊勢：リハ医学 41, 2004改変)

図2 リハチーム医療の時期別の形態

表5 対象の状態とチーム医療の形態

時 期	急性期	慢性期
疾患とリスクの重症度	重 度	軽度, 改善
対 象 (意識)	患 者 (依存者)	生活者 個人 (顧客) (消費者)
患者 権利	小	大
責任	小	大
チーム医療の権限	大	小
チーム医療の要素	専門家型	個人尊重型
チーム医療のモデル	多職種	職種間 職種間乗り入れ
チーム医療の リーダーの性質*	専門家型 目標達成型	個人尊重型 戦略型

\*文献6)

の緊密な連携が必要であり、チームの責任者は主治医で、グループ診療に近いチーム医療である。

2つ目は、回復期・維持期リハチームで障害のある人を対象に主治医のリハ科医師・リハチームメンバー紹介科の各科医師で構成され、家庭復帰を目的にADLの改善を目標とした能動的で集中的なリハ医療を行うための機能を持つ。総合実施計画書をもとにリハにより獲得された能力で在宅や施設での社会生活の改善や維持を行うチーム医療である。チームの責任者は必ずしも医師である必要はない。

対象の状態とチーム医療の形態の変化をみると、対象の疾患の重症度とリスクが低下するにつれて、患者から生活者さらに個人（依存者から顧客さらに消費者<sup>3)</sup>）へ変化し、患者の権利と責任は増大する。それとともにチーム医療の権限は小さくなり、チーム医療の要素は専門志向から患者志向<sup>4)</sup>へ、チーム医療のモデルは多職種から職種間、職種間乗り入れ<sup>5)</sup>へ、またリーダーの性質も専門家・目標達成型から個人尊重・戦略・改革者型<sup>6)</sup>へと変化する。したがって、チーム医療の形態は多様であってよく患者本位に形態を変えるべきものと考えらる。

ときにはこれは学問であって医療とはいえない。人間たる医師が病気を持った人間に対するのが医療であることはいうまでもない。これはチームの全員についていえることである。とくに、看護師は医師や他の医療メンバーが患者に接するよりも広い面で患者と接している<sup>8)</sup>。しかし、医師も看護師もすべての医療メンバーが立ち入れない部分が患者の中にあり全体性、個性、主体性（自己決定権）を具えた人間<sup>3)</sup>の尊厳性の部分である。この部分を含んだ患者を事務職も含む医療メンバーでいかに取り巻くかということがチームワークの原点であり、この意識下で患者を中心に共同作業を行うことがチーム医療の基本的な形態であり機能であろう。

当然、対象である患者の状態は先に述べたように時々刻々と変化するので、医療チームの形態は多様であり1つの形態のみをとるものではない。また、地域・国の医療福祉体制、時代や経済状況によってもチーム医療の形態は再編され変化する。しかし、チーム医療で変わらないものは患者本位であるということである（図3）。

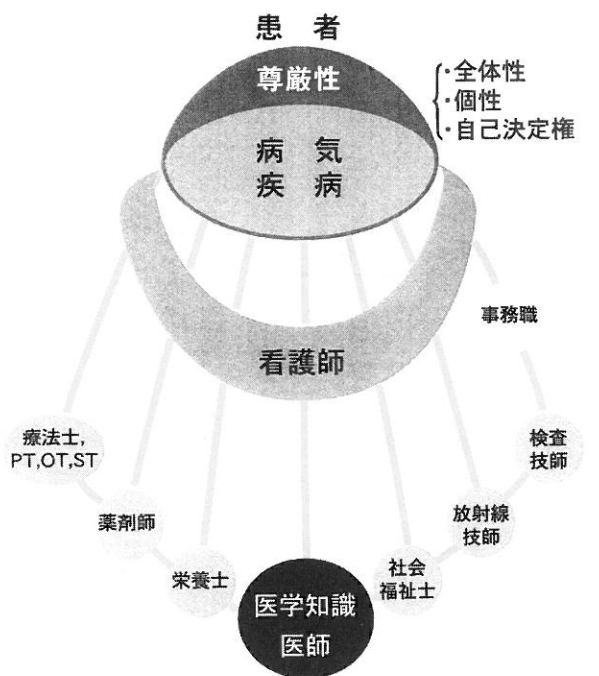
## 2. チーム医療の効果を向上させる要因

チーム医療の効果を向上させる要因には、チームメンバーではメンバーへの専門的能力への上司の期待やゴール決定過程への参加が関連し、メンバーの自己実現や利他的なチームへの貢献意欲を促すもの

### リハチーム医療のあり方について

#### 1. チーム医療の基本的構成と機能

医学知識の面のみから患者の疾病部分のみをみる



(日本医学教育学会：山根1985改変)

図3 チーム医療の基本的構成

が要因となる。チームでは、医師の助言や介入、協同計画や協同での問題解決、有益な情報交換が必要である<sup>5)9)</sup>。

情報交換は、協同作業の始まりで最重要項目である。環境では、組織内でチーム医療を行える保証があることであり、官僚的な阻害因子がなく問題点解決をリアルタイムでの確に水平思考で行える保証がされていることが効果の向上につながる。さらに、患者へはチームの一員としての責任と義務の理解、メンバーへはフレンドリーな態度、チームにはリーダー・コーディネーターの育成、環境には経済的価値(数値)の提示を求めたい。ただ、これらの要因を具えてゆくことは、チーム医療として有効性や信用性を高め権威を求めものであって、決してチーム医療の権力を行使するものではない(図4)。

### 3. チーム医療の評価尺度

評価尺度はまだ確立されたものはないが、最近の論文<sup>10)</sup>ではチーム全体の評価として在院日数、目標達成度、顧客満足度が挙げられ、チームメンバーの個人の貢献度として目標達成度、利益、組織シチズンシップ行動が挙げられている。

在院日数をみると、川崎医大では病棟がリハ科の単科の病棟になり看護師がリハチームメンバーとなった1988年以降患者数の増加と共に在院日数が減少

し、1994年までに110日から71日へと39日短縮されている<sup>1)</sup>。同様に倉敷中央病院でもチーム医療が浸透するにつれ、1998年から2004年までに紹介率が2倍になり在院日数は75日から33日へと44日短縮された<sup>11)</sup>。在院日数は、他の要因もあるがリハチーム医療の評価尺度としては妥当と考えている<sup>12)</sup>。

目標達成度は、患者の機能改善度として入院日数効率でみることができる。入院日数効率は患者のADL評価の値を在院日数で割ったものであり、当科ではパーテルインデックスで求めている。神経内科チームの2003年の脳卒中の効率は0.8で変性疾患は0.6であり、脳卒中は効率がよい結果になる。2003年で脳外科チームの脳卒中の効率0.5であり、神経内科と比較すると効率が悪く患者のリスクが同程度であれば脳外科チームの医療の質に問題があるということになる。回復期リハ病棟の効率は0.2であり効率でみると回復期はかなり効率が悪いということになる<sup>11)</sup>。このように、チーム医療の評価尺度として入院日数効率を用いることができ、効率のよい医療は患者満足度も改善できるものと考えられる。

利益は診療統計で示され、当院では4年間でリハセンターのチームメンバー1人1日当たり患者数で0.8人増加し、診療収入で1,630円増加している<sup>11)</sup>。このような数字の提示は、チームメンバーの経営への参画を促すことになり、組織シチズンシップ行動を改善させる要因の1つにもなる(表6)。

### 4. 望まれるチーム医療

チームリーダーが重要でいわゆる改革者型が必要である<sup>6)</sup>。個人の尊厳と個性を重視し、違いをなくすから違いを増やす方向への方向転換<sup>13)</sup>ができ、さらに新しい優れた価値観をチームメンバーと共有できる人<sup>14)15)</sup>が望まれる。チームとしては、各メンバーの自己実現ができる風土が重要である。職種間で対等に同僚として話し合いができ、よりよい行為の選択ができること、患者志向性と専門志向性が合致できること、統一された理想、使命感、価値観を共有できることである。これらは、1個人、1チーム、1部門の努力のみで達成できるものではなく、病院の組織全体で支えるものである。倉敷中央病院の基本理念は、「患者本位、全人医療、高度先進医療」であり、リハ科の基本理念は「メディカルケアからヘルスケアへ」である。リハ科の活動理念は「リハスタッフの理論・技術は障害を持つ人の家庭生活の継続に貢献することではじめて意味を持つ」であり、

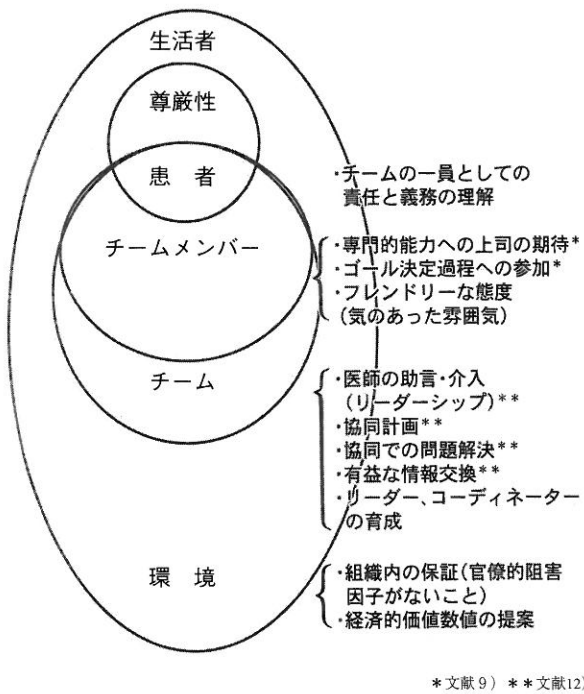


図4 チーム医療の効果の向上の要因

表6 チーム医療の評価尺度

- ①チーム全体の評価
  - ・在院日数\*
  - ・目標達成度
  - ・患者（顧客）満足度
- ②個人の貢献度
  - ・目標達成度
  - ・利益
  - ・組織シチズンシップ行動

\*文献12)

(山崎.経営学研究論集.26.2005改変)

目標は「障害を持つ人の日常生活活動の質の向上と普遍化をめざす」で効果は「入院期間の短縮と自宅復帰率の向上」である。以上を理想とし、使命としてリハ科・リハセンター中・長期運営方針を定め、「急性期リハセンターとして、疾患の初期治療で理学・作業・言語聴覚療法を安全に効果的・効率的に処方する。最新・最高のリハ知識と技術を獲得し実行する。地域の中核リハセンターとしての役割を果たす」とし、選択・集中・差別化を図っている。また、価値観として病院の人事考課評価が定められ医師も含めて全職員は業績・能力・態度で評価されている。リハセンターでは各職階ごとの職務資格要件を定め、これをもとに実績・態度・能力で人事考課

評価がなされ、目標レポートも行われている。これらの評価は、賞与に反映され昇格、昇進に反映される<sup>16)</sup>。このようなものを明確に提示し組織化することが、病院、リハセンターの「優しく、楽しく、そして厳しい医療文化」を熟成して、チームメンバー、チームに権限を与えることができ、同時にリハ医療チーム、病院の一員として最悪の場面に遭遇した時に矛盾のない意思決定を下す土台となると考えている(表7)。

表7 望まれるチーム医療

- ①望まれるリーダー：一改革者型\*—
  - ・個人の尊厳性を重視する。
  - ・「違いをなくす」(均質化)から「違いを増やす」(多様化)への方向転換ができる。(IBM前会長ガースナー, 1995)
  - ・「新しい優れた価値観」をチームメンバーと共有できる。(IBM前会長パルミサー, 2003)

- ②望まれるチーム：
  - チームメンバーの自己実現ができる風土—
  - ・職種間で対等に同僚として話し合いができ、よりよい行為の選択ができる。
  - ・患者志向性と専門志向性を合致できる。
  - 同じ理想・使命感・価値観を共有できる—

\*文献6)

### おわりに

社会の情報化、国際化、多様化などの複雑な変化の中で専門家の世俗化への流れがおり、医療が患者に及ぼす影響力(医療の権力)の相対的な弱体化がおこっている。しかし、これは医療の衰退を招くものではなくむしろ「患者のための医療」として歓迎すべきことである。チーム医療の形態の項で述べたように医療の形態は患者の状態、チームメンバーの技能、センター・部門・病院の環境や風土に応じて変えるものであり、それは「チームが患者の訴えを早く、適切に、しっかりと、十分に聴く機能を持つ体制を整える」ことに尽きる。患者と人として血の通ったコミュニケーションができない医療職は、専門家としての役割を果たせないことを銘記すべきである。

---

[文献]

- 1) 伊勢眞樹：医師・看護婦・セラピストの連携. リハ医学 33：467-469, 1996
- 2) 伊勢眞樹：急性期総合病院における急性期リハビリテーションの立場から. リハ医学 41：614-618, 2005
- 3) 中野秀一郎：権力としての医療. 園田恭一編. 第5巻. 社会学と医療, 弘文堂, 東京, p.109-138, 1992
- 4) 細田満和子：チーム医療の理念と現実. 日病会誌 7：13-19, 2005
- 5) Nair KPS, Wade DT : Satisfaction of members of interdisciplinary rehabilitation teams with goal planning meetings. Arch Phys Med Rehabil 84 : 1710-1713, 2003
- 6) Rooke D, Torbert WR : Seven transformation of leadership. Diamond Harvard Business Review. September: 90-103, 2005
- 7) 古澤徹：地域医療におけるチーム医療. 日病会誌 7：20-25, 2005
- 8) 山根至二：医療関係者とのコミュニケーション. 日本医学教育学会編. 期待される医師のマナー／実践をめざして. 篠原出版, 東京, p.57-66, 1978
- 9) Smits SJ, Falconer JA, Herrin JS et al : Patient-focused rehabilitation team cohesiveness in veterans administration hospitals. Arch Phys Med Rehabil 84 1332-1338, 2003
- 10) 山崎文子：チームの評価に関する研究. 経営学研究論集 26：1-13, 2005
- 11) 伊勢眞樹：急性期先進医療基幹病院におけるリハビリテーション科開設の経過. リハ医学 42：99-105, 2005
- 12) Strasser DC , Falconer JA, Herrin JS et al : Team functioning and patient outcomes in stroke rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil 86 : 403-409, 2005
- 13) Thomas DA : Diversity as strategy. Diamond Harvard Business Review. March：43-57, 2005
- 14) Tagaki H, Watanabe Y : Leadership R&D. Diamond Harvard Business Review. March：74-87, 2005
- 15) Palmisano S J : Leading change when business is good. Diamond Harvard Business Review. March：20-40, 2005
- 16) 伊勢眞樹：リハビリテーション部門の機能評価. 総合リハ 32：443-451, 2005