

# リハビリテーションチーム医療における 作業療法士の立場からの現状と課題

中村 伴子

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 (318-323) 2007

## 要旨

国立病院機構、ハンセン療養所、ナショナルセンターに勤務する作業療法部門の業務実態とチーム医療の実態についてアンケート調査を行った。その結果、チーム医療に関してはチームアプローチに困難さを感じている施設がきわめて多く、問題なしという回答施設は少なかった。チームアプローチの困難な理由は人員配置の少なさや専門性の理解不足、必要な専門職種の配置の不足が指摘された。

また、作業療法士がチーム医療を実施している主な疾患は神経・筋疾患、脳血管疾患、骨・運動器疾患が多く、その専門的役割としては日常生活活動、上肢機能回復訓練、遂行障害評価訓練などが多くみられた。さらに、チーム医療に問題を感じながらもカンファレンスの実施や患者主体の工夫が考えられ、困難事例についての症例検討会も多くの施設でチーム全体にて取り組まれていた。

今後はチームの成員一人ひとりがチーム医療の実施者として独自の専門領域を持った上で、自律的に協働して、患者のニーズと願望に即した患者中心の医療が望まれる。それを実現するためにはまずチーム医療体制における必要な職種や人員の配置、まとめ役や調整役を据えた民主的な運営のもとでカンファレンスや症例検討会、勉強会を重ね複数職種の相互理解が必要と考えられる。

キーワード リハビリテーションチーム、政策医療

## はじめに

現在、医療界では、安全で、安心できる医療、根拠に基づく医療、質の高い効率的な医療、患者の視点の尊重等が求められている。国立病院機構に組織変更されても国民の健康に重大な影響のある疾患に関する医療など、19分野の政策医療疾患に対する診断・治療・援助を行うことには変わりはない。また、

政策医療疾患の対象患者は複雑化・重症化した病像を有している患者が多いため各病院においてチーム医療を実施することは必要不可欠であるといえる。一方では、医療技術の多様化、医療技術者の専門分化により医療職種が増加し、一人の患者に対してさまざまな医療職種がかかわりあいチーム医療を進めていくことが困難な状況も多い。したがってこのような状況を踏まえチーム医療についてのあり方の検

国立病院機構東京病院附属リハビリテーション学院  
別刷請求先：東京都清瀬市梅園1-2-7 国立病院機構東京病院附属リハビリテーション学院  
(平成18年11月8日受付、平成19年3月16日受理)

Present Situation and Issues Regarding Team-base Rehabilitation Treatment from the Position of Occupational Therapist  
Tomoko Nakamura

Key Words : rehabilitation team, policy-based medicine

討が迫られている。

医療従事者にとってチーム医療の志向性は以下の4つの要素に分けて分類される<sup>1)</sup>。①専門性志向：各職種の専門性が発揮されているか。②患者志向：患者の問題解決を最優先に考え、医療上の意思決定では患者の意見が尊重されているか。③職種構成志向：チームのメンバーとして必要な職種が病院に雇用されているか。④協働志向：複数の職種が対等な立場で互いに尊敬し合い、協力して業務を行おうとしているか。これらの4つの志向性は実際には併存して実施されているが一方で緊張関係になったり、相補的關係であったりと現場でチーム医療が困難な理由の一端となっていると考えられている。今回、上記の要素がチーム医療にどのように関係しているかを中心に国立病院機構、ハンセン療養所、ナショナルセンターの作業療法士が配置されている作業療法部門を対象に調査を行った。

まずは作業療法士の立場でその業務の紹介とチームアプローチに関して調査検討したので報告したい。

## 作業療法の現状

平成17年度3月末現在、わが国の作業療法士数は29,511名であり、勤務施設数は7,682施設である<sup>3)</sup>。一方国立病院機構、国立療養所、ナショナルセンターにおいては146の国立病院機構施設、13のハンセン療養所、ナショナルセンター6施設、合計165施設のうち作業療法士が配置されている施設は合計90

施設(54.5%)、作業療法士数は289名である。

作業療法士は昭和40年に施行された「理学療法士および作業療法士法」の法制下に業務内容が規定されている<sup>2)</sup>。その中で謳われているのは「作業療法とは、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行わせることをいう。」<sup>2)</sup>、すなわち、患者が主体的に生きるために必要なセルフケア活動や仕事・学業、遊び・余暇活動をよりよくしていくために身体機能や精神機能を回復させ社会参加や環境適応を援助していくことを業とする。

このように作業療法では、対象者の心身機能の障害を改善・軽減するのみでなく、対象者を「生活者」すなわち「生活する主体」として捉え、その生活障害の軽減を図り、患者がより満足のできる生活を構築していけるように、さまざまな治療・指導・援助を行うという特徴がある<sup>4)</sup>。こうした作業療法の視点は、心身機能・身体構造、活動、参加という生活機能と、背景因子である環境要因と個人因子との相互作用により個人の健康状態を捉える国際生活機能分類(以下ICF)概念との共通性がきわめて高い。

そこで主な作業療法士の業務内容をICFにしたがって紹介したものが表1である<sup>4)</sup>。

とくに平成14年度の診療報酬改定において患者の急性期からの治療・訓練の効果や病棟でのADLを実施することが評価され、作業療法士も急性期から回復期にかけての基本的能力を向上させるアプロー

表1 作業療法の主な目的<sup>4)</sup>

1. 基本的能力 (ICF:心身機能・身体構造)	筋力強化・筋再教育, 関節可動域拡大, 協調性・巧緻性の改善, 姿勢・肢位の改善, 感覚・知覚再教育, 精神・認知機能の改善, 心理社会的機能の改善, 情動のコントロール, 身体運動, 感覚・知覚機能の代償促進, 全身調整, 健康管理, その他
2. 応用的能力 (ICF:活動と参加)	姿勢の変換と維持, 起居・移動・歩行の改善, 上肢運動機能の改善, セルフケアの改善, 精神・心理的な安定, 生活リズムの改善, コミュニケーション・対人関係技能の改善, 車椅子の適用, 各種装具の適用, 自助具の適用, リハビリテーション関連機器の適応, 代償方法の獲得, その他
3. 社会適応能力 (ICF:活動と参加)	生活活動のシミュレーション訓練, 生活諸活動の経験, 地域活動への参加支援, 社会的関係の改善・維持・能力低下防止, 職業準備状態の強化・維持, 就労支援, 余暇活動への動機づけと指導・援助, 代償方法の指導・援助, その他
4. 環境資源 (ICF:環境因子)	人的支援環境調整, 物理的環境(福祉用具・住環境等)の調整と利用, 社会資源の活用, 各種サービス・制度の利用援助, その他

チを行うことが多くなっている。

作業療法における具体的なアプローチ方法としては下記の4つがある。

### 1. 治療的アプローチ

ICFの心身機能や身体構造等にかかる機能回復を促通して障害を軽減するために行う治療訓練である。たとえば、脳梗塞を発症し片麻痺となった場合は運動麻痺の軽減を目標に中枢神経麻痺の回復段階に応じて、麻痺側の運動を促す動作を含む治療・訓練を行い、その段階で可能な食事や洗面、更衣、排泄の動作へと繋げ自立を促していく。また、高次脳機能障害により麻痺側の空間にあるものが認識されない場合にも空間認知を妨げている神経学的な原因を詳細に評価し改善していくように治療・訓練を行い、最終的に患者自身が日常生活に適応できるように援助していく。

重症心身障害児・者を対象とする場合にも座位改善訓練や食事動作訓練、認知機能訓練を行い、生活場面においてこれらが少しでも自力で実現できるように援助する<sup>5)~7)</sup>。このように患者に必要な身体機能や認知機能などの精神機能面への回復を同時に促進するアプローチである。

### 2. 代償的アプローチ

障害を受けた機能を残された他の機能や道具で代償しながら日常生活の諸活動を行えるように援助する治療・訓練である。片麻痺患者の場合、麻痺によって病前では両手で行っていたことを道具の工夫を行うことで可能とすることである。たとえば家事動作で食材を切るときに片手では食材が動いて危険であるため、まな板に固定器具を取り付けて行うなどである。

一方、筋ジストロフィーのように進行する疾患の場合にも、残存している機能を有する部位をみつけ出しコミュニケーションやパソコンゲームなどに用いるように、進行して使えなくなった機能を代償するアプローチを行う。

### 3. 環境改善的アプローチ

これは対象患者がリハビリテーションゴールにおいて最終的に復帰される家庭や職場などの環境を評価して目標設定し、その環境において適応しやすいように家屋改造、家族指導、職業環境を調整する援助である。家庭に帰られる方の場合には家屋チェック

を行い、手すりの位置や介護用品などの提供、場合によっては家屋改造の相談や福祉機器の相談にも応じる。職場復帰の促進、人生の質の向上につながる社会的サービスの紹介なども行う。

### 4. 心理的アプローチ

対象患者がその障害や病気を受容してうまくつき合っていくことへの援助、また、障害のある人とともに生きることを受容する家族指導などを行う。

これらの1-4のアプローチは患者の疾患や病期によって併用される場合もあるが、病期によりどれかに主眼をおいてアプローチされることが多い。その判断はリハビリテーションチーム全体で専門職ごとに寄せられた情報を基にカンファレンスが行われ、患者の希望や家族の意向、病気の予後、治療方法、ゴール設定、退院時期、退院後の受け入れ先などが決定され共通の認識をもって各々の専門職種がチームアプローチを行うことが望ましいと考えられる。

さらに、各専門職同士がその患者に今現在必要な技術を学び合い、1日の多くの時間同じような効果的方法で接することができれば、患者は短時間で病状がよりよくなることもあり、効率的な方法といえる。

---

## チーム医療に関するアンケート実施結果

---

**実施期間：**2005年8月24日 - 9月24日

**送付対象：**ナショナルセンター、国立療養所、国立病院機構における作業療法士が配置されている90施設の作業療法部門

**回答結果：**回答数51施設、回答率56.7%

チームアプローチに困難さを感じている施設は44施設(86%)であり、7施設(10%)はチームアプローチ上の問題なしという回答であった。また、チーム医療の困難な理由としては最も多いものは人員配置が少なくチームアプローチを実施する時間がもてないが24施設(47%)、専門性を他の職種に理解されないが22施設(43%)、病棟までの距離が遠く連携をとりづらいが16施設(31%)、専門的な技術を伝達したいが勤務交代等あり看護師さんが忙しくて声をかけにくい12施設(24%)、カンファレンスがもてない13施設(26%)、という理由であった(図1)。一方、チーム医療に困難さを感じていない施設の場合には作業療法士の人数は3名以上配置

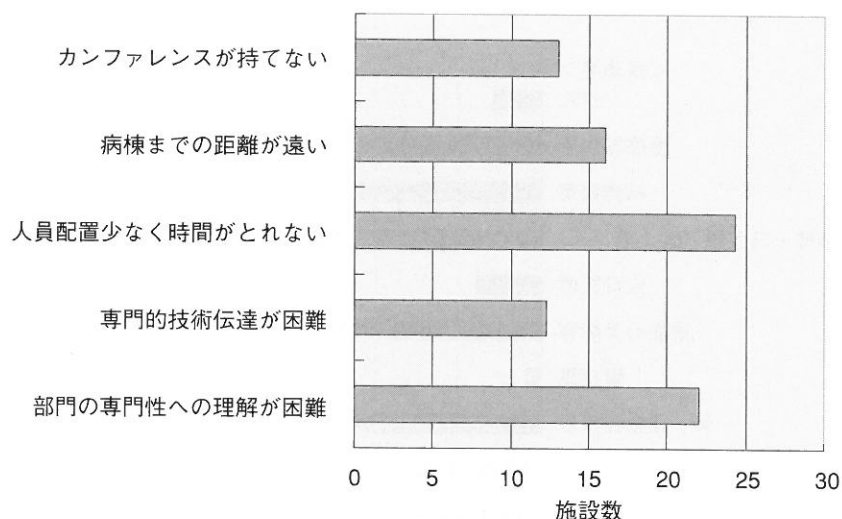


図1 チーム医療の困難な理由 (N=51)

されていた。これはチーム医療を実施する際の困難な理由の第1位が人員配置の少なさであったという調査結果と合致すると考えられる。また、配置されている職種についても言語聴覚士、心理療法士等の必要な職種が配置されていないためチーム医療が困難であるという意見もみられた。

作業療法士がチーム医療を実施している疾患についてはほとんどの政策医療疾患に対応しているが施設によりバラツキがみられ、とくに多い疾患としては神経・筋疾患、循環器疾患、骨・運動器疾患であった(図2)。

チーム医療の取り組み方としては専門性を重視した分業的アプローチと疾患によって分業であったり、協業であったりと特徴がみられた。分業で行っている疾患としては単純骨折などの整形外科疾患や乳房切除術後の訓練等であったが、協業で行っている疾患は脳血管疾患などの循環器疾患や脊髄損傷や複雑骨折など多岐にわたる諸問題を有する疾患であった。

作業療法の専門的役割については日常生活活動(14施設：28%)や上肢機能回復訓練(9施設：18%)、遂行障害評価訓練(7施設：14%)が多くみられたが、理学療法では歩行や移動にかかわる基本動作が役割として多く上げられていた(19施設：37%)。

重要な点はチーム医療に困難さがみられるという意識を持ちながらも、各施設でチーム医療についての工夫がなされていた点である(図3)。とくに多いものはチームカンファレンスを行っている(31施設：61%)、患者主体に工夫している(29施設：57%)、チームで困難な症例検討会をもっている(20施設：

39%)、病棟で日常生活活動についてのリハビリに関する技術伝達を行っている(14施設：27%)などの結果であった。

## 考 察

以上の結果を踏まえて考えてみるとまずはチームの成員一人ひとりがチーム医療に関しての自己の意識を振り返ってみる必要があるのではないかと考えられる。

チームの成員一人ひとりがチーム医療を行う人として病気や障害に苦しみ、痛みを感じている患者に共感と理解をもってどのような治療や援助が必要かを患者の立場に立って考えることができること、患者本人のニーズやホープに耳を傾け、一人で悩むことなく、複数職種の協力を得てはじめて、対象患者の真の問題解決法を実現することを知ること。すなわち、チームの成員がそれぞれ独自の専門領域を持ち、自律的にまた協働して機能するところで、患者のニーズと願望に即した最も適切な患者中心の医療が行われるものと考えられる<sup>1)</sup>。

さらに、チーム医療体制を考えた場合には意思決定機構がライン組織のようにたて型で、リーダーやチームの成員の主たる関心が自らの裁量権の行使のみにあるところでは本来のチームアプローチは成立しない。あくまでも民主的なチームアプローチが重要なポイントとなろう。しかし、チーム体制が円滑に進められるためにはまとめ役や調整役も必要と考えられる。また、そのチーム体制も容易にできるわけではない。患者を中心に据えてチーム内で治療計

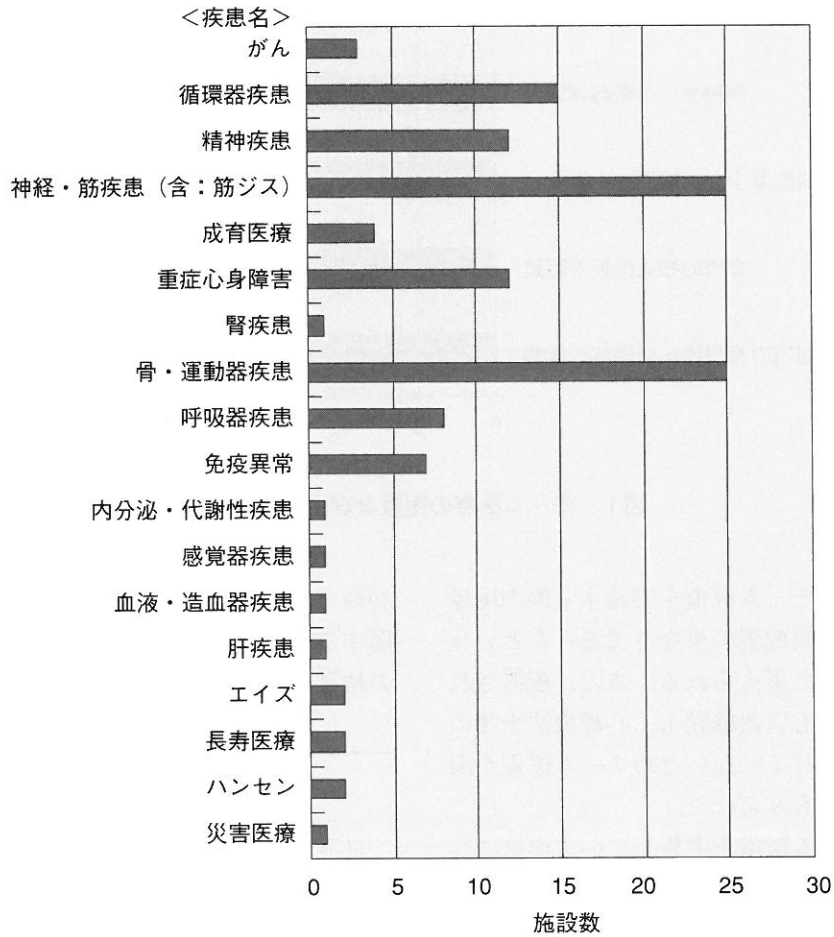


図2 作業療法対象疾患別施設数 (N=51)

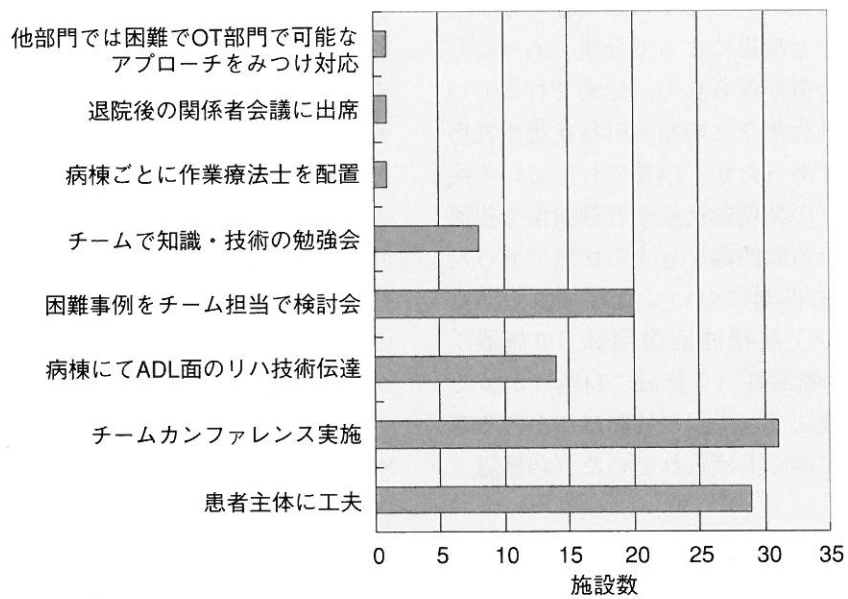


図3 チーム医療で工夫している点 (N=51)

画や支援計画を作成し、難しい患者にあつては症例検討会を開いて検討し、お互いに専門性を表現し、相互理解して自律と自立と協働の精神を並行して持ち続け、<sup>はぐく</sup>育み合うことが望ましいと考えられる。そのようなことを実現するにはケース個別のチームカンファレンスの場合はチーム体制上、必要不可欠と考えられる。

チームを構成していく上での重要な点は個別の患者に必要な共通の目標を持つために、チームメンバーが情報や資源を共有し、個々人が自分たちの決定や活動を調整していくことであろう<sup>8)</sup>。

今後、チーム医療のために整えられるべき必要な条件として考えられることを表2のようにまとめた。

表2 今後のチーム医療に必要な条件

1. チーム医療の成員として必要な意識改革
2. ケース個別のカンファレンスを開催し、評価結果や効果を検証すること
3. チームで共通の勉強会の開催
4. チームのまとめ役や調整役を置くこと
5. 各職域の場所を集合させ機能すること
6. まずは各職種専門性を表現し相互理解を図り協働化を進めること
7. 各職種の業務に必要な人員配置

謝辞：アンケートにご協力下さいました51施設の職員の方に感謝を申し上げます。

[文献]

- 1) 鷹野和美：チーム医療論。医歯薬出版，東京，p.30，2002
- 2) 健康政策六法：理学療法士及び作業療法士法。中央法規，東京，p.1155-1157，2002
- 3) 日本作業療法士協会編：作業療法白書，作業療法25（特別号通巻132号）：17，2006
- 4) 日本作業療法士協会編：作業療法ガイドライン。日本作業療法士協会，東京，p.3：2006
- 5) 国立病院・国立療養所の理学療法・作業療法のあり方に関する研究：平成9年度国立病院治療共同研究報告，国立療養所中央管理研究報告書
- 6) 国立病院・国立療養所の理学療法・作業療法のあり方に関する研究：平成10年度国立病院治療共同研究報告，国立療養所中央管理研究報告書
- 7) 国立病院・国立療養所の理学療法・作業療法のあり方に関する研究：平成11年度国立病院治療共同研究報告，国立療養所中央管理研究報告書
- 8) 中村隆一：脳卒中のリハビリテーション。永井書店，大阪，p.165-168，2002