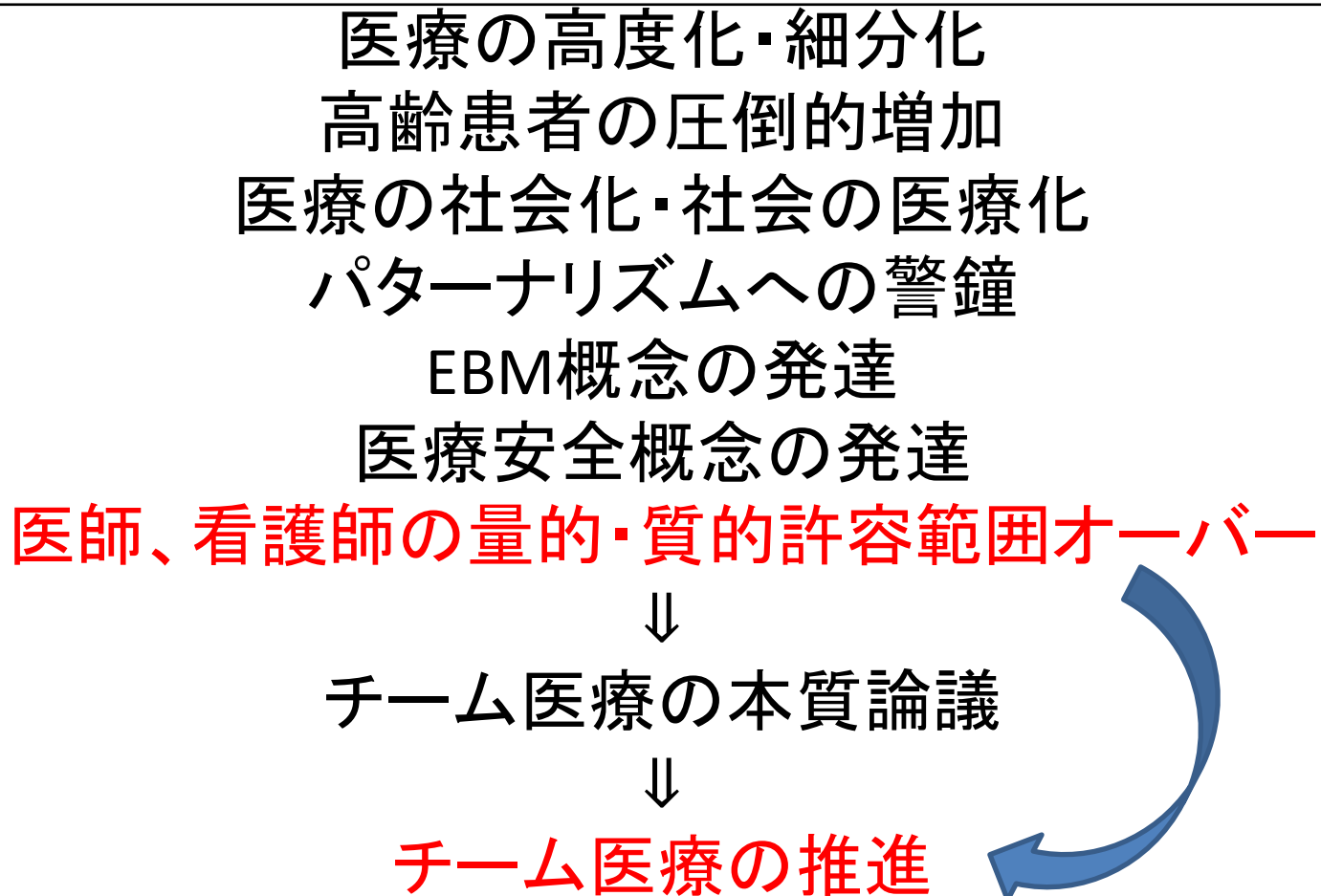


チーム医療と リハビリ医療と 理学療法士

(社)日本理学療法士協会
半田一登

今、何故にチーム医療の本質論議か？



チーム構成とあるべき役割分担

「チームリーダー」

カンファレンス等において、治療方針の1本化を図ると共にリスク管理等の責任を担う。また、チーム医療を責任あるものにするには分業と統合が必要であり、これらの職責から**医師が行うべき責任**と考える。

「チームマネージャー」

決定した治療方針の遂行や変更等、チームアプローチの要となる。特に**チームの統合**という面からも、その職責からして**看護師が最適**と考える。

チーム医療でのリーダーの条件(澤村)

1. 常にチームメンバーに共通する未来へのビジョンを明示
2. ビジョンを達成した成果を患者さんに活用
3. チームメンバーの生きがいのあるライフワークの創出



1. 専門的知識・技術が高いこと
2. 問題解決・改善能力が高いこと
3. 対人関係能力に優れていること
 - ① 他のメンバーとの意思疎通力
 - ② メンバーのやる気を高める動機付け能力
 - ③ 組織全体を結集させるチーム作り能力
 - ④ 人間としての魅力
4. 国際的な見地・判断力を持っていること

リハビリ医療の生い立ちと特徴

第3の医療「病気ではなく、病人をみる」として誕生



全人間的復権を目指す医療



身体面・心理面・社会面への統合的対応

リハビリ的「みる」＝見る＋観る＋診る＋看る＋視る



専門職集団としてのチーム医療

「リハビリテーション」の意味

WHO(1981年)の定義

「リハビリテーションとは、能力障害あるいは社会的不利を起こす諸条件の悪影響を減少させ、障害者の社会的統合を実現することを目指すあらゆる手段を含む。さらに、リハビリテーションは障害者が環境に適合するための訓練を行うだけでなく、障害者の社会的統合を促すために全体としての環境や社会に手を加えることも目的とする。」

「リハビリテーション」の意味

高齢者のリハビリテーション研究会（平成16年）

「リハビリテーションは、単なる機能回復訓練ではなく心身に障害をもつ人々の**全人間的復権を理念**として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その**自立を促す**ものである。（後略）」



「全人間的復権」

身体的回復＋心理的回復 ＋ 社会的回復

リハビリ分野でのチームアプローチ

医師の診察によるリハビリの必要性の判断



初期カンファレンスによる治療方針の決定(分業)



患者本人及び家族へ治療方針とゴールの説明と同意



退院時カンファレンス(統合)



他医療機関・ケアマネージャー等との連携

チーム医療のリハビリ的手法

「カンファレンス」

すべての関係者が集い、それぞれの専門的立場からの評価結果から**ゴール設定、治療方針を論議・決定**する場面である。**情報共有の絶対的存在**である。

「治療方針の決定」

治療方針を決定するためには、**生命的予後予測・機能的予後予測・生活能力予後予測が必要条件**となる。それぞれの専門職は自らの立場から意見を述べる。これらの論議の結果、医師が方向性を提示し、さらにチームで論議を行い、最終的に**医師が治療方針を示し、チーム方針**とする。

理学療法士の現状

学位又は称号について

	(2000年)	(2005年)	(2010年)
学位なし	80.0%	53.4%	47.7%
学 士	17.4	25.5	31.3
修 士	2.5	4.3	7.3
博 士	0.6	0.7	1.6
準 学 士	—	6.8	5.8
専 門 士	—	8.6	12.5



理学療法士の高学歴化が進んでいることを示す。

理学療法士の現状(2010)

リハビリチーム構成メンバー

医師(リハ専門医)	36.0%
医師(リハ専門医以外)	76.6%
看護師・保健師	84.8%
作業療法士	72.1%
言語聴覚士	55.6%
S・W	53.8%
管理栄養士	37.1%
介護福祉士	36.5%



多彩なメンバー構成によって、リハビリチームの
人的成熟度を示す。

理学療法士の現状(2010)

	所属	指示(複数)
リハビリテーション科	72.7%	30.0%
整形外科	3.5%	73.3%
脳神経外科	0.2%	34.9%
内科	0.2%	27.0%
神経内科	0.1%	54.7%
小児科	0.1%	14.9%
精神科	0.1%	5.0%
その他の診療科	0.4%	27.5%
所属なし	21.3%	3.9%



リハビリテーション診療科の拡充と限界を示す。

理学療法士の現状

カンファレンスへの参加

	1990	1995	2000	2005	2010
0分	16.5	11.3	10.6	7.8	9.0
30分未満	22.3	24.8	29.8	27.1	34.2
～1時間	33.8	37.3	34.6	32.9	33.7
～2時間	19.4	19.1	16.4	17.4	15.6
～3時間	5.6	4.7	5.3	6.3	4.6
～4時間	1.5	0.7	1.9	2.1	1.6



チーム医療の成熟傾向を示している。

理学療法士の現状

クリニカルパスの使用状況

	2005年	2010年
使用する	48.7%	44.6%
使用しない	51.3%	55.4%



包括的指示がパスを前提とするならば検討を要する。

理学療法士の現状

クリニカルパスの疾患別状況

	2005年	2010年
脳卒中	26.5%	44.6%
大腿骨頸部骨折	60.2%	69.8%
THA	64.7%	56.2%
TKA	66.5%	52.0%
心筋梗塞	9.2%	8.6%
頭部外傷	3.9%	3.3%
脊髄損傷	4.0%	3.2%



政策誘導の光と影がみられる。

「包括的指示」に関する調査内容

理学療法業務に係る項目「リハビリテーションの必要性の判断、依頼」、「理学療法士・健康運動指導士への運動指導依頼」、「整形外科領域の補助具」について、「現在、看護師が実施しているか否か」、「将来、一般の看護師が実施することが可能と考えられるか否か」、「将来、特定看護師（仮称）制度が創設された場合、特定看護師（仮称）が実施する事が可能と考えられるか否か」という内容の質問表を作成した。

調査対象

- 調査対象：日本理学療法士協会会員が在籍する全国の医療施設、訪問看護ステーションの理学療法部門の責任者
- 対象施設と施設数：

施設区分	対象施設数
1. 病院（特定機能病院を含む）	5969
2. 診療所（有床・無床診療所）	2050
3. 訪問看護ステーション	561
合計	8580

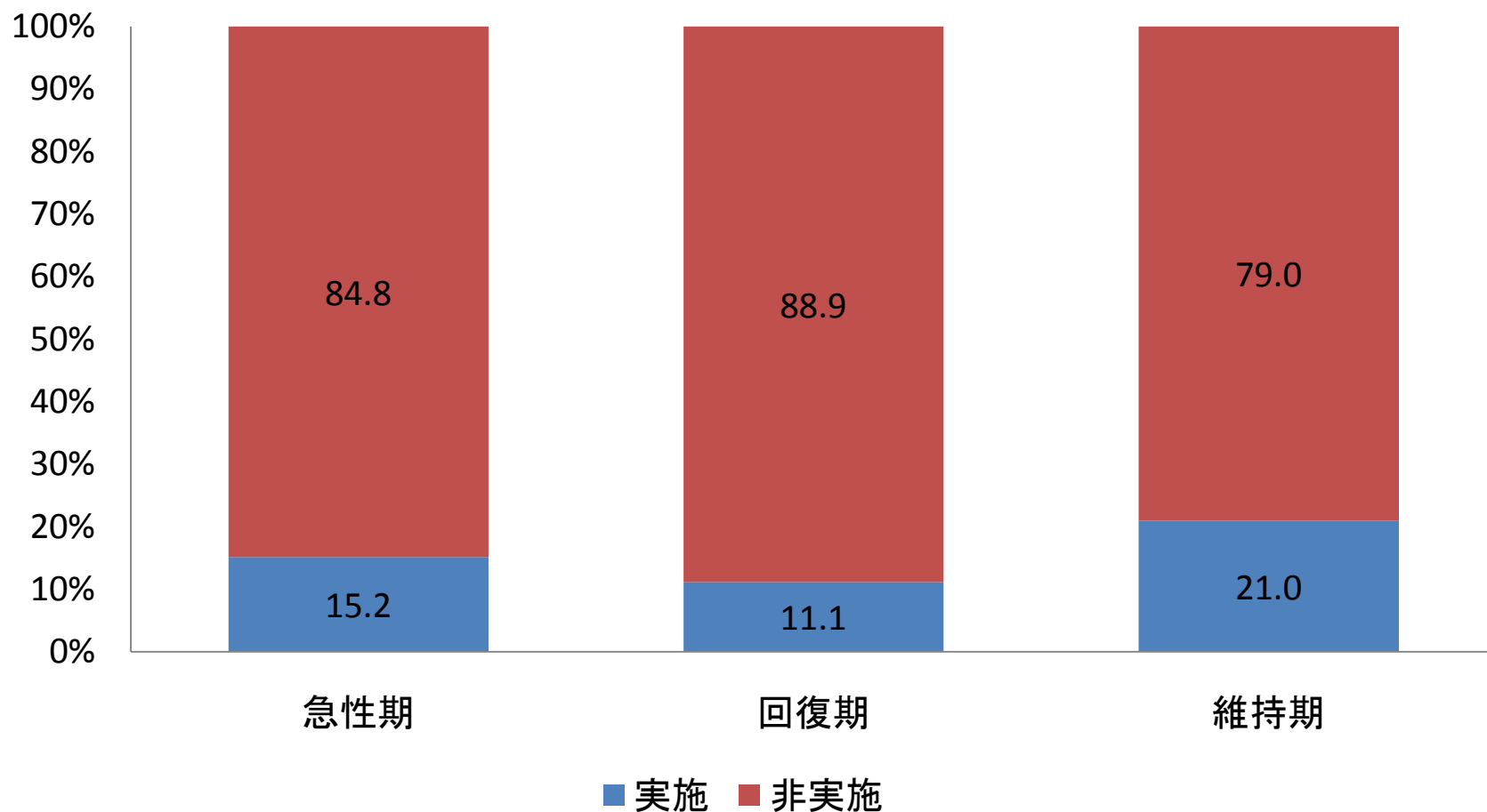
調査方法、実施期間、回収率

- 方法: アンケートの依頼文と、インターネット調査に回答する為のパスワードを掲載した書類を封書にて送付
- 実施期間: 平成22年10月15日～10月22日(1週間)
- 回答者数 3902名(施設)
- 回収率 45.5%

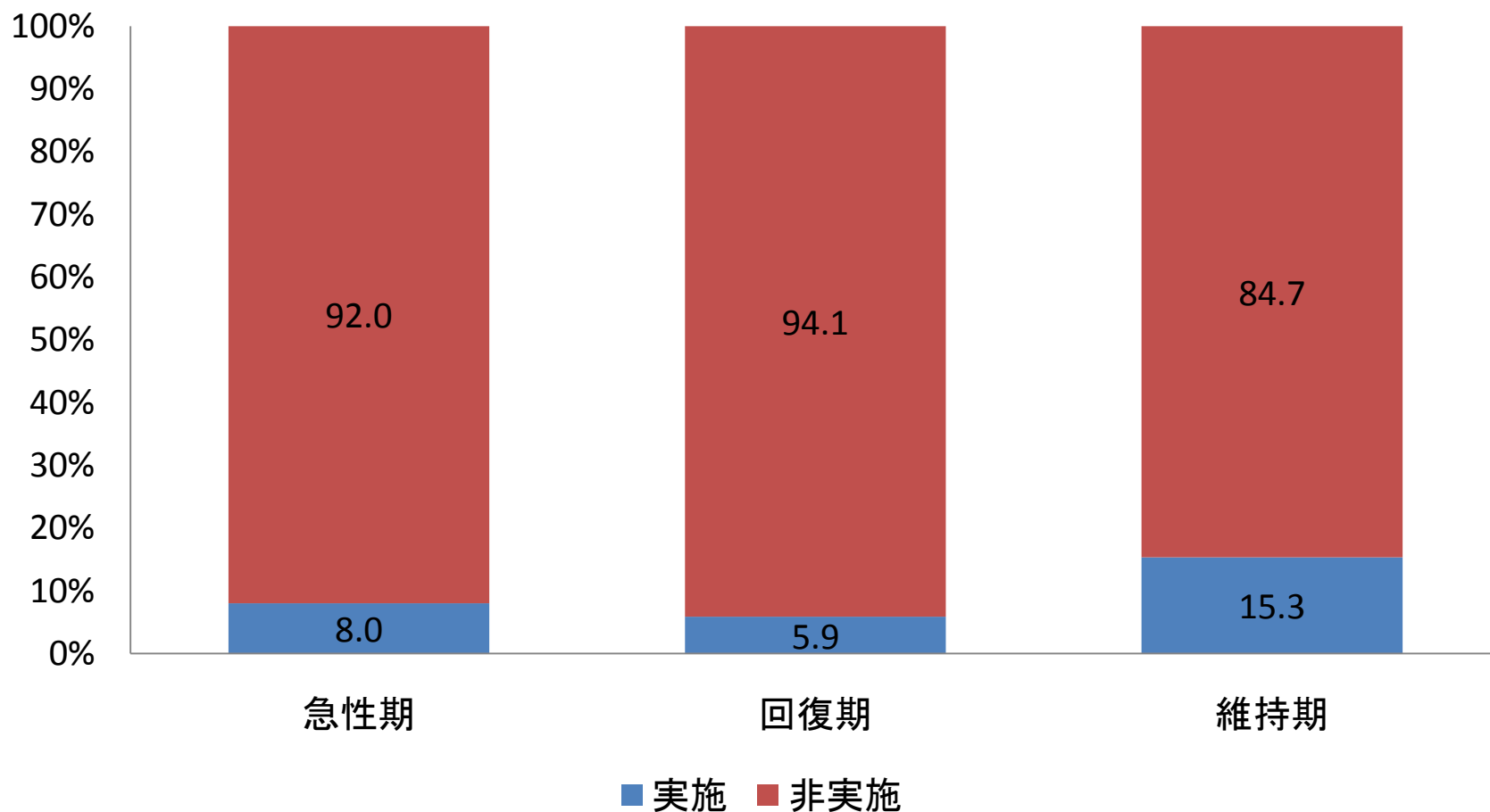


1週間の短期間で45.5%の回収率が得られたことは理学療法士の関心の高さを示している。

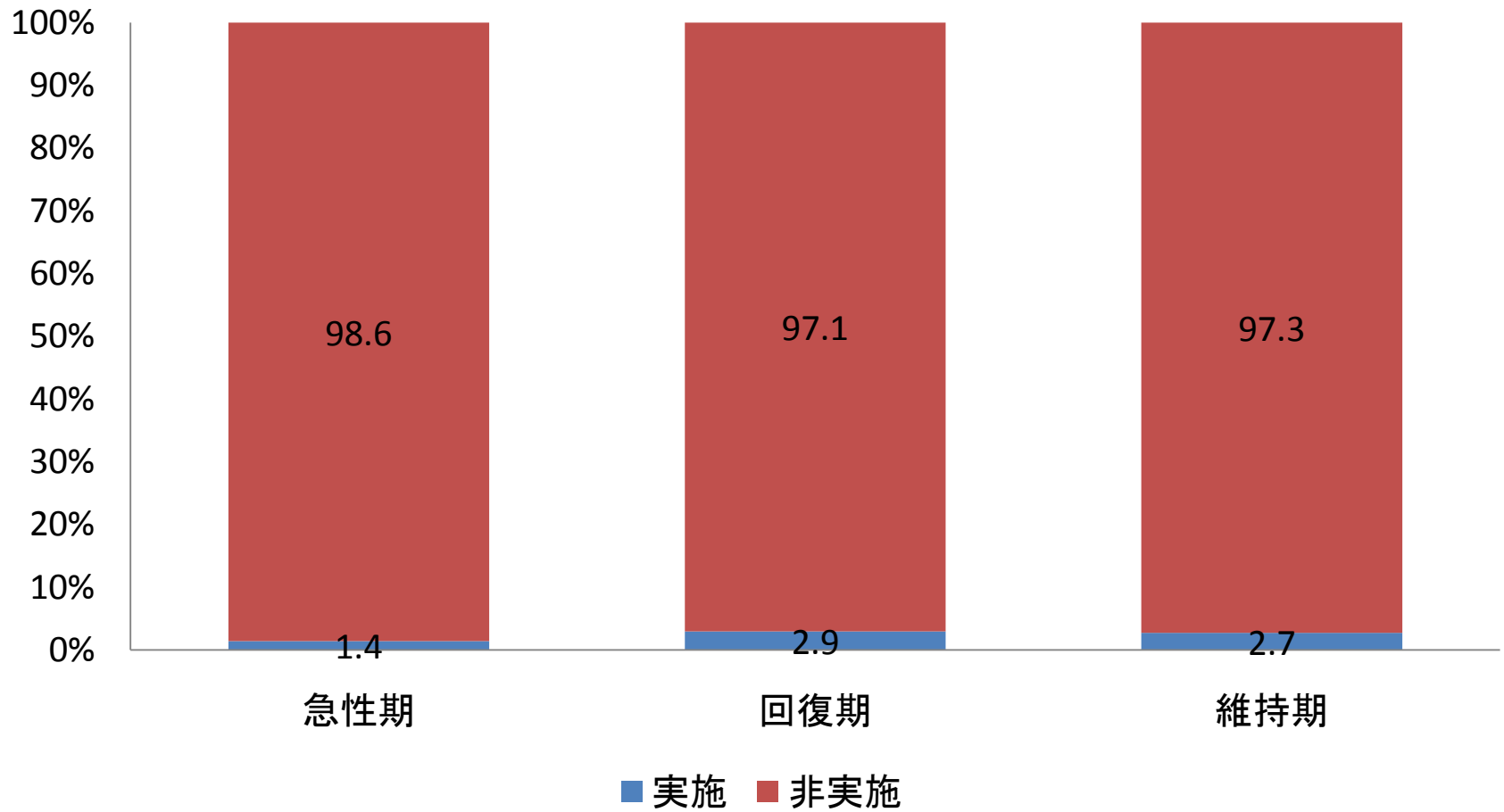
リハビリテーションの必要性を 看護師が判断・依頼しているか？



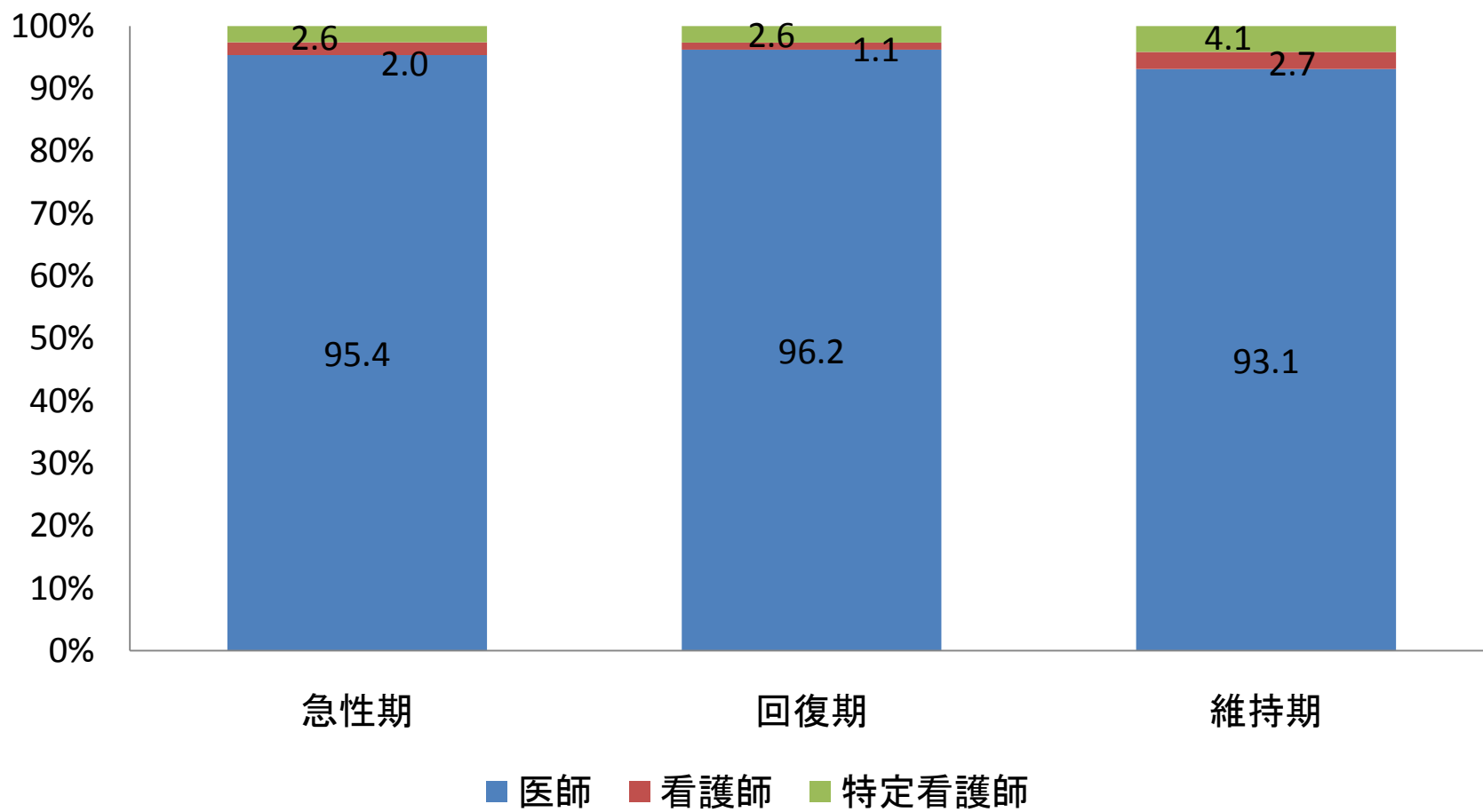
理学療法士・健康運動指導士への 運動指導依頼を看護師が実施しているか？



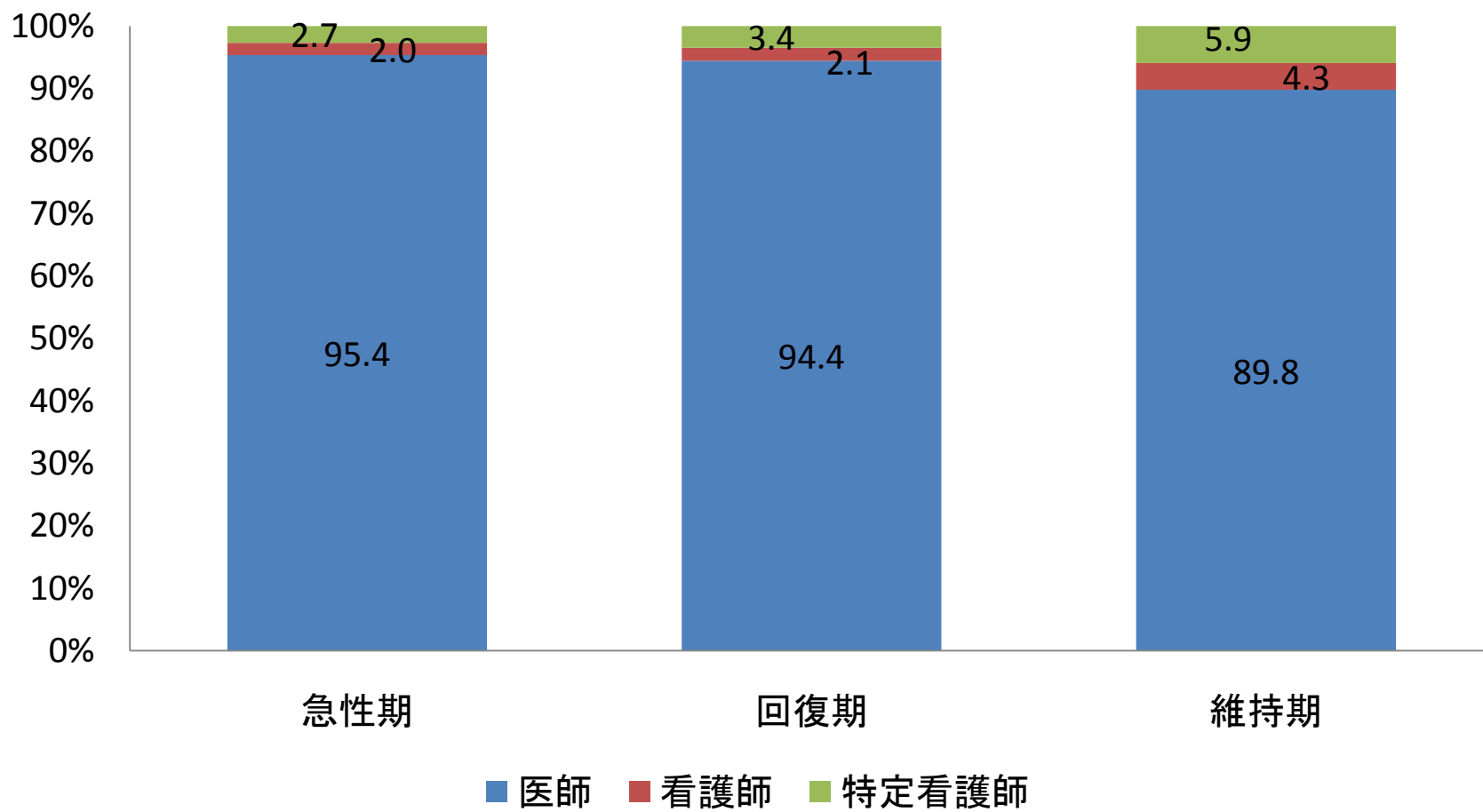
整形外科領域の補助具の決定、注文を 看護師が実施しているか？



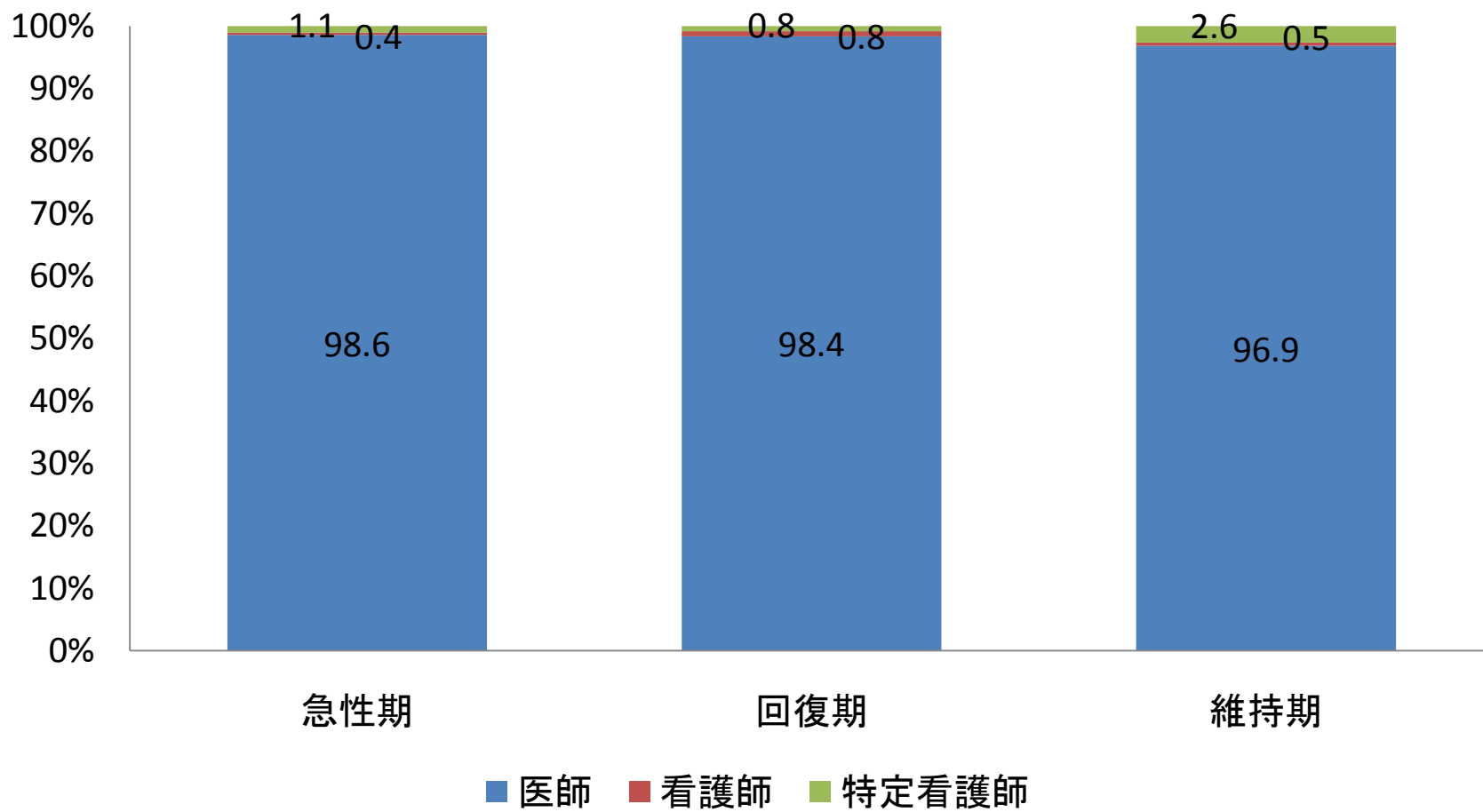
今後、リハビリテーションの 必要性を判断・依頼する職種は？



今後、理学療法士・健康運動指導士への 運動指導依頼をする職種は？



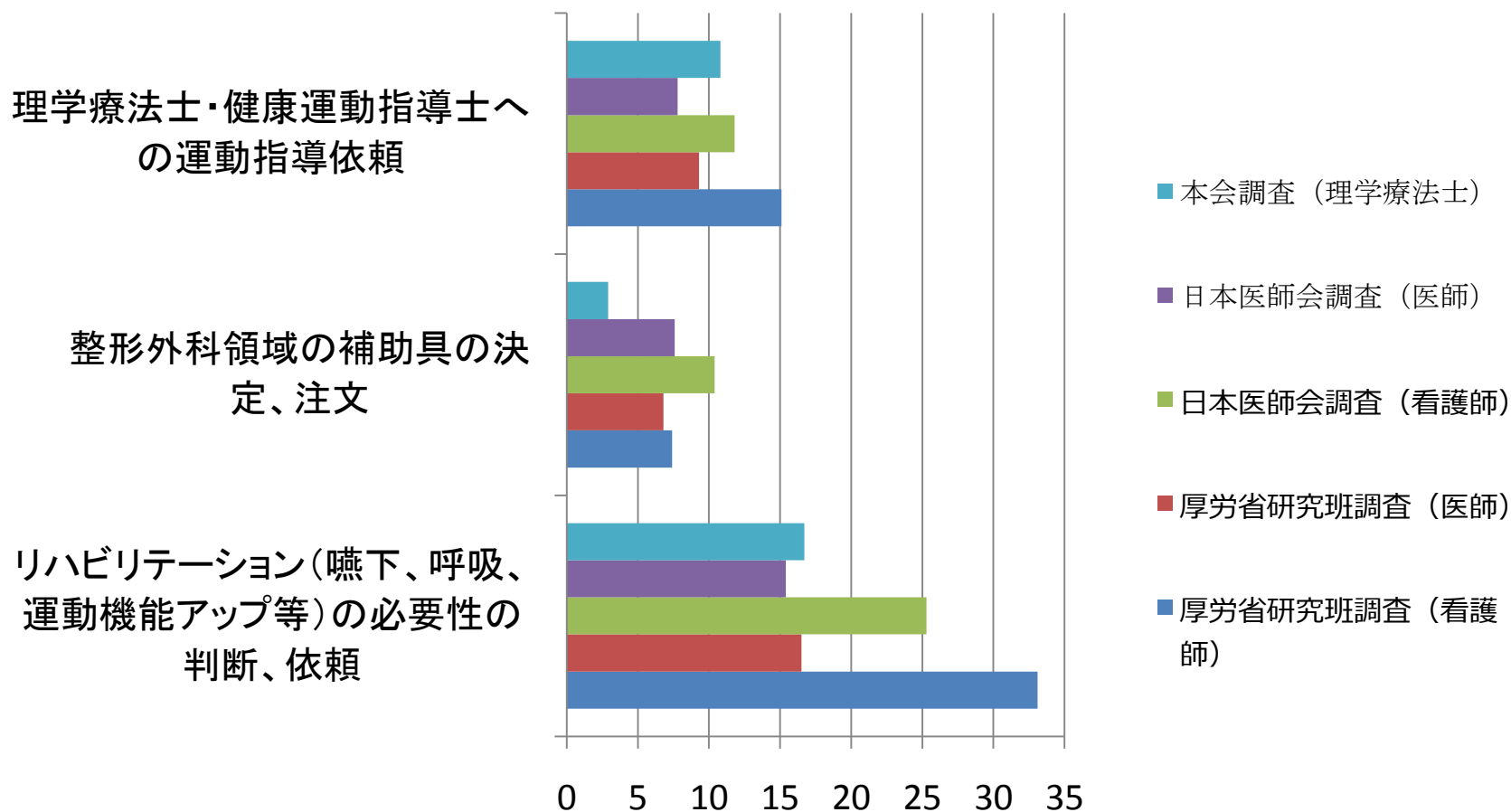
今後、整形外科領域の補助具の決定、 注文する職種は？



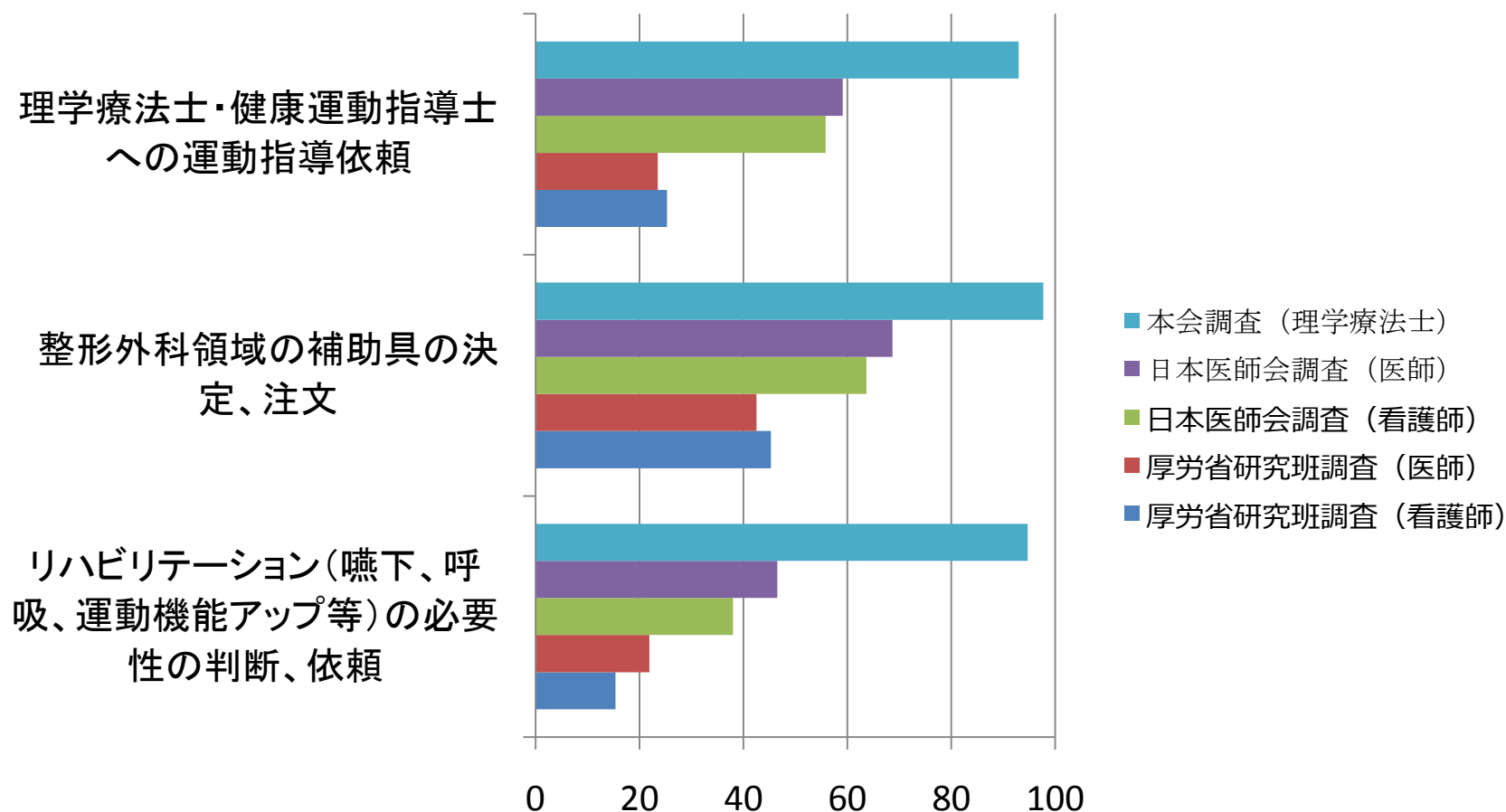
調査概要の比較

	厚労省研究班調査	日本医師会調査	本調査
回答者	医師・看護師	医師・看護師	理学療法士部門の責任者
調査対象施設区分	病院・診療所・訪問看護ステーション	病院・診療所・訪問看護ステーション	病院・診療所・訪問看護ステーション
施設数	3274施設	—	8580施設
施設外の対象者	1578人（専門・認定看護師）	—	—
抽出法	便宜抽出法	便宜抽出法	本会会員名簿使用し全数調査
期間	5週間	—	1週間
項目数	203項目	203項目	3項目
方法	Webインターネット調査	—	Webインターネット調査
回答数	8314人	9120人	3902人（施設）
回収率	16.9%（推計）	77.0%	45.5%

チーム医療に関する調査結果比較 － 看護師の実行状況 －



チーム医療に関する調査結果比較 — 今後、医師が行う医行為 —



まとめ

1. チーム医療に関する基本的な考え方を述べた。
2. リハビリ医療のチーム医療について述べた。
3. 理学療法士の現状(調査結果)について述べた。
4. チーム医療に関する現況調査について述べた。



1. チーム医療にはリーダーとマネージャーが必須
2. リハビリ医療は誕生以来チーム医療を実践
3. 理学療法士には医師による判断を基にしたチーム医療が固定化
4. リハビリ医療はこれまでのチームアプローチをさらに前進させることによって利用者への貢献度は向上
5. 分業後のそれぞれの専門的アプローチに関しては病気や病期によっては包括的指示を要検討