

看護管理者・看護教育者のための総合誌

看護展望

The Japanese Journal of Nursing Science

6

June 2016
vol.41 No.7

特集

心身機能の低下防止のために 病棟でできること

患者がより良い状態で次の療養の場に移行できるように

Top Management

北原国際病院

舟久保直美

どこにもない看護師を育てるための
どこにもない教育・研修制度——とは

この人に聞く

調布東山病院座談会

小川聡子・大熊るり・竹内裕美

『急性期リハビリテーション』定着のカギと
看護師に起こった変化

コンピテンシーを深く理解し看護管理に活かすための
東大病院・医科研病院式グループワーク実践講座
宇野光子・小見山智恵子・武村雪絵

PNSの実践からみる運用を成功させるためのコツ
下地孝子

働きやすさを実現する労務トラブル対応マニュアル
加藤明子

組織で生きる社会人基礎力の育成
箕浦とき子

この人に
聞く

【調布東山病院座談会】

『急性期リハビリテーション』定着のカギと
看護師に起こった変化小川聡子^{*1}
(写真左)大熊るり^{*2}
(写真中央)竹内裕美^{*3}
(写真右)

*1) 医療法人社団東山会 理事長 *2) 調布東山病院リハビリテーション室 室長/医師
*3) 調布東山病院リハビリテーション室 主任/理学療法士

ここでは院内一丸となった急性期リハビリテーションへの取り組みで名高い、東京都調布市の調布東山病院の皆様が急性期リハビリテーションに取り組む意義や、導入と定着のカギ、定着によって看護師に起こった変化などについてお話をいただきました。

調布東山病院がスタッフ一丸となって
急性期リハビリテーションに
力を注ぐことができている理由

—まずは、貴院が急性期リハビリテーションに注目し、取り組みを強化することになったきっかけは何だったのでしょうか。

小川 私のおなかでは元々、急性期の医療にリハビリテーションは重要な役割を果たすと思っておりましたので、急性期病院が早期からのリハビリテーションに力を入れることに対して、特別なことを行っているという感覚はまったくありません。この考えは、大学病院から当院に入職して高齢者医療に携わるようになり、点滴や薬

だけではどうしても高齢の患者さんを十分に治すことができない現実は何度も向き合うなかで、より強くなっていきました。

ですから2011（平成23）年に新病院を建てるにあたって、リハビリテーション室を作ることは私としては必須であり、急性期リハビリテーションに本格的に取り組むため、リハビリテーションのプロフェッショナルである大熊医師やPTの竹内主任など、『急性期からの早期リハビリテーションは大切』という思いを共有できる仲間たちを集めていきました。

ただ、当初は同僚の医師をはじめ多くのスタッフから「どうしてこの病院は急性期なのにリハビリテーションが必要なのですか？ 急性期を捨てるのですか？」といった意見もかなり出ました。当時の当院には『急性期』や『回復期』といった、それまで定義されていた『病院機能』という枠組みで医療や看護をとらえるスタッフが多く、『リハビリテーション』＝『回復期』と考えていたようです。

—今では院内が一丸となって急性期リハビリテーションに取り組む貴院でも、当時は全スタッフが『リハビリテーションについて理解があった』わけではなかったということですね。

小川 そうですね。それは大熊医師や竹内主任たちが地道に急性期リハビリテーションを実践し、実績を重ねたことで、スタッフたちがリハビリテーションの意義を理解するようになり、組織に浸透していったのだと思います。

大熊 まずは当時の院長や事務長に急性期リハビリテーションの大切さをご理解いただき、後押しをしてもらえたことが大きかったと思っています。『急性期リハビリテーションに力を入れれば入れるほど赤字になるのではないだろう

か』『平均在院日数が伸びてしまうのではないだろうか』といった心配に対して、『患者さんを早く在宅に帰すことができるし、がんばればそれなりの診療報酬もあります』といった説明をして、とにかく実践をしていきました。

◆ジェネラルを打ち出すことへの不安

小川 当時、私はリハスタッフには、いわゆる整形外科とか脳卒中などの神経疾患のリハビリテーションという専門性のあるリハビリテーションをやりたい方が多くて、当院のような高齢者医療に多い廃用症候群に対するリハビリテーション（ジェネラル）にモチベーションをもって取り組んでもらえるのか不安が実はありました。それが違ったのが嬉しかったですね。ただ、医師でもリハスタッフでも専門性に特化していきたくない人も必ずいますので、そういう方は当院のように地域に近い急性期一般病院、これを『生活支援型急性期病院』と私は呼んでいます。ここでの仕事に興味はわかないと思います。

医師に関して言えば、今でこそ『家庭医』や『総合診療医』に若い医師で興味をもつ方が増えたと実感します。しかし、以前はジェネラリストというと、一般的に専門医に比して地位は高くなく、『ジェネラリストとして活躍したい』という医師を探すのに苦労をしました。「当院は地域の一般病院で高齢患者も多く、またゲートオープナーとしての役割のある病院で、地域医療の担い手としてジェネラリストを求めている」ということに共感していただける医師が増えたと実感するようになったのは、ほんのここ5～6年くらいだと感じています。

—リハスタッフは廃用症候群リハビリテーション以外のリハビリテーションをもっとやり

たいという葛藤はないのですか？

竹内 リハスタッフならではの技術的なリハビリテーションを極めたいというよりも、「患者さんの生活動作上の困りごとを解決してお役に立つ」ということがリハビリテーションの信条だと私は思っていますから、私自身、葛藤はありませんし、当院のリハスタッフも基本的には同じ考えだと思います。

雇用により動けなくなったことが原因で、自宅に帰れずに療養型の病院などに転院するということは患者さんだけでなくスタッフにとっても歯がゆいことです。入院当初は「寝たきりのままでもいいから動きたくない」とおっしゃっていた患者さんでも、自分の力で起きられるようになったり、車椅子に乗り移れるようになると、やっぱり嬉しいんですよね。

大熊 患者さんの性格や症状にもよると思いますが、「寝たきりでいい」という患者さんはごく限られていて、圧倒的多数の患者さんは、自分でトイレに行きたいし、自分で食べたいし、自分で歩きたいと思っています。その患者さんの希望に対して私たちがどうお手伝いをして、どう叶えていくかということに仕事の楽しさを見いだすことができますので、廃用症候群のリハビリテーションはつまらないと考えるスタッフはいないと思います。

急性期リハビリテーションの強化で起こった看護師の変化

——急性期リハビリテーションを強化していくことで、看護師はどのように変わっていききましたか。

大熊 看護師は「患者さんは寝てはダメだ」ということを患者さんのそばですと感



小川聡子氏

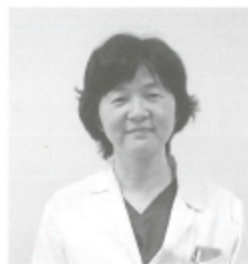
1993（平成5）年東京慈恵会医科大学医学部卒業。同大学病院臨床研修内科入局。2005（平成17）年より鎌倉市立病院勤務。04（平成17）年助産師長就任。日本内科学会認定医、日本物理治療学会専門医、プライマリ・ケア認定医。

じていたのだと思います。でも、自分たちで動かす方法がわからなかったり、時間がなくてどうすることもできずに困っていたのではないのでしょうか。それが、リハビリテーションを実践していくうちに患者さんが元気になっていく姿を目の当たりにすることで不安が解消されるにつれて、ほどなく積極的に協力していただけるようになりました。看護師は患者さんに最も近い立場なので、やはりリハビリテーションで生じる患者の変化を一番早く感じとっていましたね。

そのうち看護師から主治医に「この患者さんはリハビリテーションをしたほうがいいのではないのでしょうか」と提案するといったサイクルも自然と生まれてきました。

竹内 リハスタッフは看護師から「リハビリテーションをやるよと本当に違うんだね」と声をかけられることがすごく増えたので、仕事に対するモチベーションがさらに高まりました。

印象的だったのは、透析室の看護師から「リハビリテーションをやっている患者さんは、乗り移りがスムーズになって、介助が楽になるのが



大熊る氏

1993（平成5）年東京慈恵会医科大学医学部卒業。東京都リハビリテーション病院、脳神経外科病院、総合リハビリテーション病院などを経て、2011（平成23）年より鎌倉市立病院勤務。日本リハビリテーション医学会専門医。

わかるんだよね。元気になるもんだね」と言われたこと。患者さんの変化に素直に感動してくれてとても嬉しかったですね。

それまでリハビリテーションと聞くと、骨折だとか脳卒中などのイメージをもたれていたスタッフが多かったと思うのですが、「高齢者は、普通の人でも寝ていたり、ただ安静にしていたら歩けなくなって家に帰れなくなるから、それを防ぐためにも急性期リハビリテーションって必要なんだ」という考えがスタッフ間で共有できるようになったのだと思います。

◆病棟にあったリハビリテーション看護の素地

竹内 私は元々リハビリテーション病院に勤めていて、当院が初めての急性期病院でした。それまで急性期病院の看護師は、あまり離床させてくれないという先入観があったのですが、この病院はリハスタッフがくる前から、看護師が患者さんを起こしたり、ごはんを車椅子で食べさせたりして患者さんを動かしていたので、離床に対する意識、意欲がすごく高い病院

だと驚きました。

小川 当院は創業5年目、先代の理事長の時代から訪問診療を行うなど、専門医療全盛の時代から地域医療に力を注いできた歴史があります。ですから、いつからかわかりませんが、そのような取り組みが当たり前に行われていたみたいですね。

私が当院に来た当時は、診療報酬とは関係なく「患者さんのために必要だから」という理由で、非常勤のPTが毎週病棟をラウンドして、足の体操などの指導を病棟スタッフに行っていました。「患者さんを寝たきりにさせない」ために必要だということだったのでしょね。

◆見えなかった患者の一面に気づく『リハ見学』

小川 当院では病棟看護師がリハスタッフに1日シャドウイングでつく『リハ見学』というものに看護部で取り組んでいます。これが現場の看護師に好評なんです。

竹内 看護師からは「患者さんの表情が病棟にいるときと全然違う」とか、「リハスタッフみたいにも患者さんともっと話がしたい」って言ってもらえることが多いですね。

——病棟では患者とあまり話ができないということですか？

竹内 業務体系の違いだと思います。私たちリハスタッフは最低でも20分、だいたい40分はマンツーマンで患者さんと接することで報酬をもらっています。それは私たちの強みでもあって、その時間を生かして患者さんと世間話から一歩踏み込んだ話もすることができます。たとえば「転院する方向ですが、実はお家に帰りたいという気持ちもあるのではないですか？ ご家族に迷惑をかけてしまうからと遠慮されてい

ませんか?」といった、担当スタッフだからこそ聞き出せるご本人の気持ちなどです。

しかし、看護師は1人の患者さんのところに20分いられるかと言えば、それは難しいこともあります。患者さんの顔よりも点滴の滴下速度を気にしながら「今日はいい天気ですね」といった表面的な会話しかしていない現状を変えたいと思っている看護師が多いことが、リハ見学をおしてよくわかりました。

大熊 受け持ち時間以外の患者さんの日常が想像できるようになりますよね。「もっと患者さんとは話してもいいんだ」といった発見は看護師にとって新鮮みたいです。

◆ここ数年で看護師に起こった変化

竹内 以前は「治療優先をお願いします。リハビリテーションはそのあとで」と言っていた看護師が、リハ見学後は「リハビリテーションのあとでケアしますから、お先にどうぞ」というように変わることもありますね。これも、リハビリテーションもケアと同じくらい大切なことなのだと感じてくれたことでの変化ですね。

小川 当院では新病院になってから電子カルテを導入したのですが、しばらくは紙カルテ時代と同様に、みんなナースステーションでカルテを書いてました。最近では、看護師が、カートに乗ったノートブック型PCを病室まで持って行き、患者さんのそばで談笑しながら記録を書くようになってきました。きっと、リハスタッフが自分たちの知らない患者さんの情報を引き出していることを知り、「私も患者さんのことをもっと知ってケアに生かしたい」と気づきがあったからだと思うんです。こういった変化は本当に嬉しいですね。



竹内裕美氏

2003（平成15）年日本リハビリテーション専門学校理学療法学科卒業。総合リハビリテーション病院勤務を経て、11（平成23）年より同市立病院勤務。

看護師は「患者さんのために仕事がしたい」と思っている人たちですから、「患者さんにとって、これまでのケアより新しいことを取り入れたほうがいい」と気づくと、以前までの取り組みにとらわれずに、一生涯命新しいことに協力をしてくれると実感しています。

医師の指示に従い業務を完璧に行うために、時間どおりに検温や清拭などをしっかりとムゲなく行うことは、多くのスタッフを擁する看護部という組織が、業務の質を維持するために必要なルーティンワークであると理解しています。ですが、「本当は患者さんを時間やルールで拘束したくない」と日々の業務に悩んでいる看護師も多いのではないかと感じました。

急性期リハビリテーションの定着のために必要なこと

——急性期リハビリテーションを病院に定着させるためには何が必要なのでしょう。

◆リハビリテーション医の大切さ

大熊 大幅な黒字が見込める部門ではありま

せんので、まずは病院トップがどう考えるのが重要なのだと思います。本当に「急性期リハビリテーションが必要だ」と思って導入しようとすれば、そんなに難しいことが求められることはないと思うんです。

ただ、施設基準という物理的な縛りや人を雇うといった最低限求められるものはありますが。

小川 トップの考えも重要ですが、大熊医師みたいにリハビリテーションの大切さを共有できる医師の存在は本当に貴重なので、リハビリテーション医の確保も私は大事だと思います。

仮にリハビリテーション医がいない場合、リハスタッフだけで対応しようとしても、主治医である内科や外科などの医師と渡り合う部分でとても苦労をするのではないかと思います。

竹内 相談できるリハビリテーション医の存在は大きいですね。リハスタッフは患者さんの健康状態を確認したうえでリハビリテーションを行っていくのですが、患者さんを動かしてもいいかどうか迷う場合、たとえば血圧がかなり高かったり、かなり低かったりした場合、身近に相談できる医師がいるといかないでは大違いです。教科書的な中止基準に従ったら、当院の患者さんは中止になってしまう方が多いです。でもそれでは廃用も進んでしまう。リハ医がいると「この患者さんは血圧がいくつ以下になったら臥床しましょう」という具合に、患者さんごとに指示をしてもらえる。特に高齢の患者は判断が難しいケースが多いので、医師が責任をもって判断をしてもらえるとうれしいです。

◆急性期で起こる不幸を防ぎたい

大熊 患者さんは動かさないと血管の機能も衰えていきますので、ますます起立性低血圧が

悪化してしまいます。そんな状態の患者さんが常に何人もおられるなか、リハビリ医が「動いてよい」と判断することで、患者さんに元気になっていただく。そういったところに、私はここで働く意義を感じています。

私はこれまでリハビリ医として、大学病院、大規模な総合病院、リハビリ専門病院などで働き、急性期から回復期、維持期までのリハビリにかかわってきまして感じたのは、回復期での脳卒中のリハビリテーションは、一部の患者さんを除けば、周りが余計なことをしないで、ちゃんとしたルートに乗せてさしあげれば患者さんは回復していくということでした。優秀なリハスタッフがいたら、ちゃんと良くなっていくんです。それならばリハビリ医がいるからこそリハビリテーションをしっかりと進めることができる【急性期リハビリテーション】という環境で働きたいと思い、当院に来ました。

急性期では患者さんが寝かせきりにされたために、「歩けなくなった」「トイレに行けなくなってしまった」といったことが残念ですが起こっています。これは完全に病院側の責任です。私はそんな不幸を防ぎたいんです。

リハビリ医がもっと全国で増えてくれればいいのですが……。これはリハビリテーション医療界全体の課題だと思います。

小川 あとは、病院の幹部たちが「地域医療」「急性期リハビリテーション」「地域にできるだけ早く適切な状態で帰郷する」といった同じ方向を向いて結束して一丸となって進んでいくことだと思います。そのためには、場合によってはスタッフの刷新も辞さないという大きな覚悟も必要になると思います。

（聞き手/本誌）