

回復期リハビリのために 「ゴール至上主義」で チームを結成する

東京湾岸リハビリテーション病院

チーム医療のあり方は、扱う疾患や病期、病院の規模、性格などによって少しずつ異なる。がん患者のサポートをするチームと神経難病患者をサポートするチームは異なるだろうし、急性期病院と慢性期病院、さらには高度先端医療を行う病院と地域の中核病院でも、当然、チームの形は違ってくる。

今号は回復期リハビリテーションを専門とする、「東京湾岸リハビリテーション病院」

を訪ねた。病状の安定した患者の社会復帰を目的とする病院であること、急性期病院よりはるかに入院期間が長いこと、リハビリテーション・スタッフの数が多いことなど、回復期リハビリテーション病院は幾つもの顕著な特徴を持つ。そのなかで、優れたチームを生み育てるにはどうすればよいのか。そして、チームにおいて看護師はどんな役割を果たすのだろうか。

取材・文／野木裕子

最大限のADL獲得を目指す チームのあり方

リハ・スタッフの多さが 回復期リハ病院の特徴

東京湾岸リハビリテーション病院（千葉県習志野市。以下、東京湾岸リハ病院と略）は、2007年に設立された新しい病院である。急性期病院である谷津保健病院を本院として、回復期リハビリテーションを担う目的でオープンした。谷津保健病院のほか、およそ30キロ圏内の急性期病院で治療を受け、全

身状態が安定してリハビリテーションを必要とする患者を受け入れる。

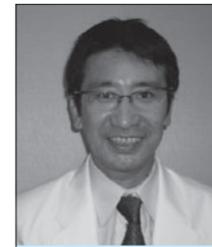
入院患者は脳卒中や頭部外傷などの脳疾患が中心で70～80%を占め、ほかは骨折、脊髄損傷、四肢切断などである。リハビリテーション病院の患者というと、一般にほとんどが高齢者だと思われる。同院の場合も多くは高齢者だが、約20%は60歳未満の若年・中年層。入院期間は平均90日弱である。

医療スタッフはまず、医師が8人（専門医はリハ

ビリテーション科4人、神経内科2人、整形外科1人）で、リハビリテーション科専門医以外の医師も全員がリハビリテーション科専門医取得を目指しているのが特徴である。

また、介護士を含む看護部スタッフは約100人（看護師は70人弱）、リハビリテーション専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）も約100人を数える。

転院してくる患者ごとに 多職種がチームを作る



近藤国嗣院長

「回復期リハビリテーション病院の目標は、患者満足度ではありません」と、同院の近藤国嗣院長。

むしろ、満足度を無視するという意味ではない。平均3カ月の入院期間を快適に過ごしてもらうための工夫も大切

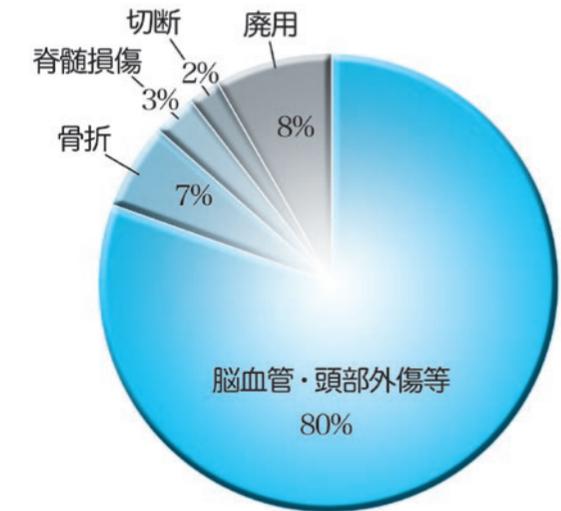
だが、最大の目標は可能な限り高いレベルのADL（日常生活動作）や機能を獲得してもらい、「退院後の生活を保障すること」が目標なのである。もしかすると、患者は入院中、リハビリテーションをつらく感じたり、意欲を失って「もう、この程度でいいや」と投げやりになるかも知れない。だが、最大限のADLを得られれば退院後に質の高い生活が可能になって、結局のところ、それが満足につながる。

ちなみに、ADLの獲得というのは、「病気以前の状態に戻る」というのではない。脳卒中でマヒが残ったり、足を切断しても、精一杯、「新たなADL」（ゴール）を再構築していくのである。

回復期リハビリテーション病院のチームは、その「ゴール至上主義」に基づいて組まれる。

患者の急性期病院からの転院が決まると、その患者のためのチームが作られる。メンバーは医師、看護師、リハビリテーション専門職、メディカル・ソーシャル・ワーカーである（社会資源の活用が不要な場合は、ソーシャル・ワーカーは加わらない）。

東京湾岸 リハビリテーション病院 の疾患別患者内訳



新患カンファレンスを開いて 短期・長期のゴールを決定

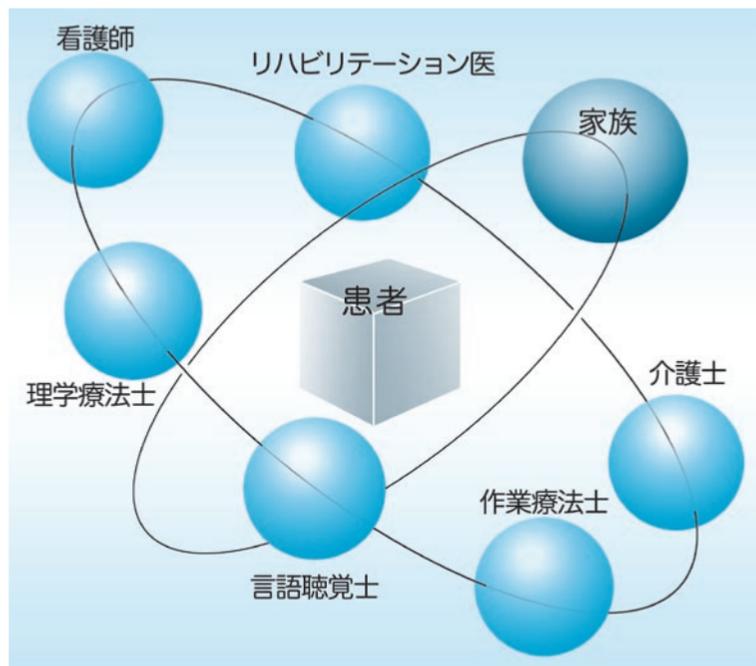
で、入院と同時に主治医が全身を診察して、リハビリテーション処方を出す。加えて、頸動脈・心・腹部エコーや、骨密度・体組成測定なども行ったうえで、入院生活や訓練時のリスク管理に必要な情報も評価し、伝達する。

次に、各職種が患者の評価を行って、職種ごとに計画を立案する。看護師の場合は、家族から情報収集すると同時に、3日間にわたって患者の状態を観察し、ADLの初期評価を下す。

同院では毎週、病院全体での新患カンファレンスが開催される。新しく入院した患者について各職種の評価が報告されて、ゴールの初期設定が行われるのだ。それを踏まえた個々のチーム・カンファレンスを経て、「チーム全体の方針」（「長期的ゴール」と「短期的ゴール」）が決められるのだ。

長期的ゴールというのは最終目標で、例えば、「歩行に関しては屋内は家族の見守り歩行、外出は車イス使用」など、基本的な生活動作一つひとつについて

回復期リハビリテーション病院のチーム



で設定される。短期的ゴールは、長期的ゴールの達成に向けて、「この時期までに、これができるように」という中間目標である。

入院前に目標を決めないのは、実際に患者を診なければ、正確な判断は付けられないからだ。

もちろん、スタートしてからも定期的なカンファレンスを行って方針やゴールの見直しをはかるほか、問題が生じれば緊急のカンファレンスも開く。

リハビリテーションの主役は常に患者に接している看護師

チームのリーダー（マネジャー）役は、リハビリテーション医である。と言っても、旧来の「医師を頂点とするピラミッド型組織」が作られるわけではない。

「リハビリテーション医というのは、リハビリテーション医療のチーム・リーダーとして患者の全体をとらえるために、様々なジャンルをカバーするトレーニングを受けています。医師のなかでは、特殊な職種なのです。いろいろな科や職種の間をつなぐ

仕事でもあるのですよ」と、近藤院長は説明する。

普通、医師は狭い専門領域だけに特化したスペシャリストなので、チーム全体を見渡すことは難しい。だから前号で紹介した「静岡がんセンター」のように、看護師がリーダーとなり、マネジメントを行うほうがうまくいくという考え方も生まれてきた。だが、リハビリテーション医は、障害や生活能力の診断と治療だけでなく、内科的疾患、褥瘡、栄養管理、患者指導、社会保険制度、環境整備……等々、あらゆる領域について知識を持たなければ、質の高い処方できない。関連するすべての職種の仕事を理解しているから、リーダー役、マネジメント役に最適なのである。

「リーダーよりも優秀な専門」を持つメンバーを結集

もっとも、チームのリーダーである医師は万能ではない。

「理学療法士や看護師など、すべての職種とディスカッションできる知識は持っていますが、それぞれ

の専門領域において、相手より優れているわけではありません。どう考えても歩行機能を獲得させるのは理学療法士のほうが上手ですし、家族指導は看護師のほうが上手です。だからこそ、チームが成り立つのです」（近藤院長）

リーダーがすべてにおいて「自分が一番」では、縦型の組織にしかならない。「この部分については、

リーダーよりも優秀である」というメンバーが集まらない限り、横型のチームは組めないのである。

「我々は日本型サッカーではなく、個人技の強いブラジル型サッカーを目指しているのです」とも、近藤院長は言う。弱みを補い合うのではなく、「自分はこれができる」と主張して、個々の強みを発揮するチームという意味である。

患者の全体像を把握した看護師のチームにおける重要性

リハビリテーションの主役は常に患者に接している看護師

では、看護師達ができること、担うことは何か。リハビリテーション領域においては、一般に理学療法士などのリハビリテーション専門職にスポットが当たる。他の領域に比べて、看護師はやや影の薄い存在のようにみられたりする。だが、

「とんでもありません。リハビリテーションの主役は、看護師なのです」と断言するのは、伊東和子看護部長。

なぜなら、ADLというのは生活能力である。いくらリハビリテーション室で運動機能や言語機能の訓練をしても、それが日常生活につながらなければ、何の意味もない。

「毎日の病棟生活のなかで生活動作を行って、初めてADLが獲得できたと言えます」

特に、排泄と食事のADL獲得は、看護師がスペ

シャリストである。

また、リハビリテーション室でいくら頑張っても、病棟ではずっとベッドに横たわっているようでは、訓練効果が上がらない。空いた時間に生活に密着した訓練ができるよう、看護師達はチームの理学療法士や作業療法士に相談して、「病棟でできる訓練」のメニューを作ってもらおう。

同院では看護師教育の一つとして、先輩看護師が新人にリハビリテーション看護について語る機会を設けている。先輩看護師の教育でもあるわけだが、「今年、ある看護師が新人に、『リハ・スタッフがみるのは3時間。残りの21時間は看護師が見るのです』と言ったのを、印象深く覚えています」（植谷良重教育師長）

家族をチームに巻き込んで看護師が在宅リハなどを指導

退院した患者を直接サポートするのは、家族である。トイレ介助など、身の回りの世話をするだけではない。退院後もADLを向上させたり維持するためには在宅リハビリテーションが欠かせず、その介助も家族の役割なのだ。家族も、「チームの一員」と言ってもよい。それを意識してもらうために、東京湾岸リハ病院では家族を積極的に巻き込む体制を整えている。

入院前には医師とメディカル・ソーシャル・ワーカーによる家族面談を行って細かな説明をするし、



伊東和子
看護部長



植谷良重
教育師長



介助方法も各職種が共有。トイレなどにその方法を書いた紙が貼ってある

入院中の家族面会時間は朝7時から午後9時まで。つまり、就寝時間以外はいつでも来てくださいということです。そして、リハビリテーションの様子を見てもらったり、介助方法や在宅リハビリテーションの指導もする。むろん、家族によ

て、できないこともある。無理を押しつけることにならないよう、看護師が家族の能力を評価する。そのうえで、家族指導をするのが看護師の重要な役割である。

「そろそろトイレ介助の指導を始めようかなど、巻き込むタイミングについては、チーム内のリハビリ専門職とも相談して決めます」(伊東看護部長)

在宅リハビリテーションなどのほか、患者の身体状態のチェック方法も指導する。例えば、微熱が出た時、呼吸などの状態を見て、「この場合は様子を見てよい」「この場合はすぐに病院に」といった、見極め方を教えるのである。

患者の情報をメンバーに伝えて リハビリのメニューに生かす

看護師はまた、患者の細かな情報発信役でもある。理学療法士達は訓練時しか患者を見ていない。つまり、情報が一部分に限られるのに対して、看護師はいろいろな場面を知っている。理学療法士の前では頑張っているが、病棟に帰ると苛立ちや落ち込みを露わにして、看護師に本音を漏らす患者、夜間に不穏になる患者……。そういった情報をチーム内で共有し、リハビリテーションに生かしていく。

また、例えば睡眠剤を用いているが、夜中に3回トイレ誘導が必要という患者がいたとする。クスリの影響で足元がふらつけば、介助方法も昼間とは違って来る。その情報を伝えて、適切な介助方法はどのようなものか、どんな訓練をすればよいかなど、理学療法士とミーティングする。病態や心理状態ま

で含めて、患者の全体を把握している看護師の存在があればこそ、効果的なリハビリテーションを進められるのである。

リハ専門職も病棟に所属し 看護師と緊密な係わりを持つ

先に、「目指しているのはブラジル型サッカー・チーム」という院長の言葉を紹介したが、むろん、チームは「スペシャリスト達が、自分の守備範囲だけで能力を発揮する組織」ではない。

開院当初は少し職種間の壁もあった、と伊東看護部長は正直に言う。例えば、リハビリテーションの最中に、患者がトイレに行きたいと訴える。そうすると、リハビリテーション・スタッフは患者を病棟に連れ戻り、「お願いします」と看護師に声を掛けていた。一つには、トイレ介助は自分達の仕事ではないという意識、もう一つは手を出すと悪いという遠慮があったのだろう。

だが、わざわざ病棟に戻るのには時間のムダだし、間に合わずに失禁することもある。次第に「私達もトイレ介助を覚えよう」という空気が生まれてきた。

比較的容易に職種間の壁が崩れたのは、リハビリ専門職も病棟専任配属になっていることが大きい。彼らも、看護師の朝の申し送りに参加する。

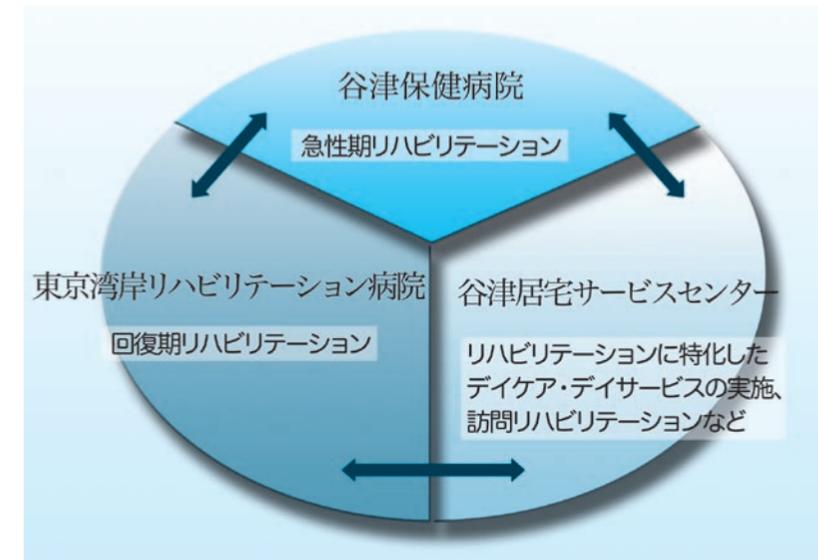
また、病棟にも小規模なりハビリテーション室があり、看護師達は手の空いたときにここで行われる訓練を見に行く。

同じ病棟スタッフという意識が自然に育ち、看護



東京湾岸リハビリテーション病院

3施設の「チーム医療」



師達が自分達の勉強会にリハビリ専門職を誘うなど、関係は非常に密接である。

「他の職種の仕事は知らなくてよい、というのはいけません。お互いに情報交換しながら、実践のなかで学んでいく必要があります」と、伊東看護部長。

同院では各職種ごとの教育研修のほか、全職種を対象とした合同の勉強会も毎週開かれている。週1回だけでは休みや夜勤で出席できない人もいるため、週2回、同じ内容で実施する。

複数施設のつながりも 「医療チーム」の一つの姿

ここまでに見てきたのは患者を中心として院内で組まれたチームだが、チームには他の種類のものもある。複数の施設の連携も、広い意味での医療チームと言えるだろう。

東京湾岸リハ病院は冒頭で述べたように、谷津保健病院を本院とする病院である。同じ法人に属する施設としてもう1つ、訪問看護や訪問・通所リハビリを行う「谷津居宅サービスセンター」があり、「切れ目のないリハビリテーション・サービス」の提供を目標として3施設が連携しているのだ。

救急・急性期医療は谷津保健病院が担当し、東京

湾岸リハ病院は回復期のリハビリテーションを行う。そして谷津居宅サービスセンターは、退院して自宅に戻った患者の生活能力の向上・維持に務めるというわけだ。なお、サービスセンターは「宅老所」ではなく、リハビリテーションに特化した施設である。

加えて、千葉県内では全国に先駆けて2年半前から「全県共用脳卒中地域連携パス」が運用されている。これは、脳卒中患者の急性期医療と回復期リハビリテーションを行う約20の病院のスタッフが集まって、県や県医師会と合同で作成したものだ。

脳卒中医療のレベルを向上させ、共通の情報伝達システムを確立して切れ目のない医療を提供するのが目的だが、ほかに「職種ごとの仲間作り」も目論んでいる。職種別に組織を作り、施設の枠を超えて情報交換や勉強をしていこうというわけだ。さらに昨年、千葉県回復期リハビリテーション連携の会も立ち上がり、回復期リハビリ施設間での看護師組織もできつつある。全国規模の組織では仲間作りは難しいが、県レベルなら顔も合わせやすい。

「強制的に交わる機会を作らないと、施設を超えたチームはできません」(近藤院長)

様々な形態のチームが生まれ、増えていくことは、日本の「チーム医療」の成熟に寄与するはずである。