

師長主任 業務実践

看護リーダー
のための
専門情報誌

2014

2/1
February

特集3

2025年へ向けて 急性期病院のリハは どうすればいいのか

2014年度の診療報酬改定の基本方針として、急性期病院の重点課題の1つに「急性期の患者の早期退院・転院や、ADL（日常生活動作）低下等の予防のため、早期からのリハビリテーションの実施や退院・転院支援の充実等も重要である」と記載されました。

今後、急性期病院では今まで以上に早期リハビリテーションが望まれることとなります。それに伴い急性期病院の看護師は、患者の退院後の生活のイメージを明確にしてケアする必要があるでしょう。

急性期病院の早期リハビリテーションに取り組んでいる、調布東山病院と東大宮病院、筑波大学附属病院の医師からお取り組みの実際をご紹介します。



事例1

患者の退院後の生活を視野に入れた 急性期リハビリテーション

医療法人社団東山会 調布東山病院 理事長・院長 小川聡子

事例2

急性期病院の看護師ができるリハビリテーション

医療法人社団協友会 東大宮総合病院 リハビリテーション科 医師 鶴見一恵
筑波大学附属病院 リハビリテーション部 病院教授 江口清

くまもと森都総合病院／善衆会病院
中途採用看護師の教育と採用の秘訣

時計台記念病院
病院改革!! 時計台記念病院における
末梢動脈治療に対する
全病院的取り組み



調布東山病院／東大宮総合病院／筑波大学附属病院
2025年へ向けて急性期病院の
リハはどうすればいいのか

社会医療法人社団さつき会
訪問看護研修プログラム

国際医療福祉大学大学院／
星ヶ丘厚生年金病院／ハートケア横浜小雀
医療倫理を胃ろうの造設から
考えてみる

患者の退院後の生活を 視野に入れた 急性期リハビリテーション

医療法人社団東山会 調布東山病院

理事長・院長 小川聡子



- 急性期リハビリテーションの必要性
- 退院後の生活を視野に入れた
- 包括的リハビリテーションとは

今までのリハビリテーション（以下、リハビリ）のイメージは、急性期総合病院や専門病院での脳卒中、整形外科、心臓疾患入院後の急性期リハビリと、回復期リハビリ病院でのリハビリ、介護の慢性期リハビリが一般的でしょうか。高齢社会の到来で、急性期病院とはいえ、70歳以上の高齢者の入院が増加の一途をたどっていることに異論の余地はないと思います。そこで重要な役割を担うのが、上記のリハビリ以外に、高齢者急性期医療をサポートする急性期リハビリです。この役割の多くは「廃用させないリハビリ」と「退院支援」を両輪として退院後の生活を視野に入れた「包括的リハビリ」です。私たちは、廃用させないために、

- ・入院中も寝たきりにしない、「早期退院でもとの生活へ」、
- ・廃用は自然経過で改善しない「とにかく動かす」、
- ・動かすためには「動かすための人的サポート」、「動かすための環境」をつくることを共通の目標にして、多職種で情報共有

を行っています。

83床の地域一般急性期病院（平均在院日数14～15日、稼働率83%）である当院の2012年度の全退院患者数1,812件中、リハビリを行ったのは407人（22.5%）でした。リハビリの対象患者年齢層は、70～79歳が26.5%、80歳以上が57.5%（70歳以上が84%）。407件のリハビリの種類は、運動器が24.5%、脳血管疾患等が18.2%、廃用が55.9%、がん患者リハビリが1.4%でした。リハビリ対象患者の主病名は、呼吸器系が25%、整形外科系（骨接等）が17%、循環器系（心不全等）が13%、腎尿路系（腎盂腎炎等）が10%でした（図1、2、3）。これを、リハ

調布東山病院概要

法人名：医療法人社団東山会
 所在地：〒182-0026 東京都調布市小島町2-32-17
 電話：042-481-5511
 設立：1982年
 病床数：一般83床、透析66床
 職員数：262人
 入院基本料：7対1
 稼働率：83%

図1 入院リハビリ種別

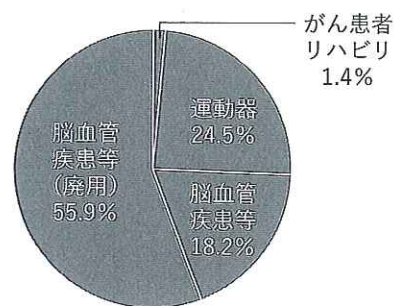
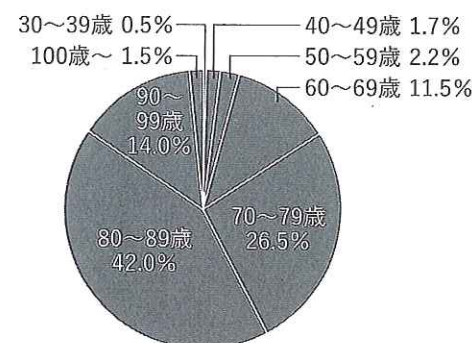


図2 入院リハビリ対象患者（年齢別）

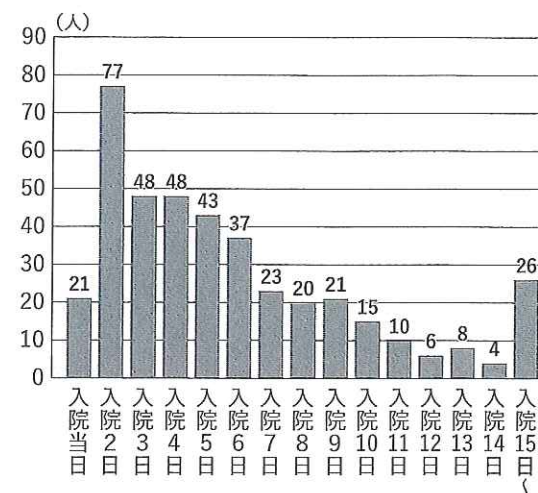


ビリ専門医1人（内科医として一般外来、救急当番も担当）と理学療法士（常勤3人、非常勤1人）と作業療法士（常勤1人）で担っています。

高齢者医療に携わるようになり痛切に感じたのは、点滴や投薬だけでは患者さまを良くするには不十分だということでした。例えば、肺炎で入院してきた高齢者に、酸素療法、抗生剤の点滴、安静、食止め、喀痰吸引を行うのはスタンダードな治療です。一時的に患者さまは良くなりますが、その中の何割かは、そこから一気に元気になれない方がいます。安静臥床による身体機能低下から、寝たきり、二次的発症の誤嚥性肺炎、尿路感染症を併発するのです。

また、一般に医師も看護師もリハビリ

図3 リハビリ開始までの日数



的視点でアセスメントできないために、例えば、車いすが合っていないということの評価ができません。車いすに、小さなお婆さんが深々と座らされ食事をする、腕を皿まで持っていくのに疲れてしまい、食欲があっても食事は進まず徐々に体力を失っていきます。また忙しさから、食事の時間帯はベッドギャッチアップ座位で食事をセッティングすることも多いと思いますが、無理な姿勢は再び誤嚥のリスクにもなります。こういう経験が、急性期リハビリの重要性を私に確信させました。急性期リハビリは、点滴や酸素療法とともに、有効な治療方法なのです。

〈予防医学〉を「第一の医学」、〈治療医学〉を「第二の医学」と言いますが、予防医学・治療医学には限界があり、病気が治っても障害（困ったこと）が残ることが増えています。そこで「第三の医学」として〈リハビリテーション医学〉が登場しました。Rehabilitationとは、re=again:再び、habilis=able:できる、適し

ている、つまり to become able again：再びできるようになることを意味するそうです。

障害には階層性があります(図4)。疾病が発症すると、まず機能(形態)障害が生じます。つまり、筋力の低下や麻痺、知覚障害や呼吸機能低下です。これには治療的アプローチ(障害そのものを改善する)を行います。機能障害が生じると能力障害(低下)を来します。これに対しては、代償的アプローチ(残っている機能を活用する。写真1のような福祉機器を活用するなど)を行います。能力障害(低下)が生じると社会的不利に陥ります。これに対しては、環境改善的アプローチ(環境を改善して活動拡大。写真2、3のように自宅トイレに手すりを設置するなど)を行います。環境改善的アプローチの段階になると、リハビリスタッフは患者さまの自宅に向かい、生活環境をアセスメントし、病棟リハカンファレンスで多職種との共有、対策を検討します。これが、包括的リハビリのあるべき姿だと思います。医療としてのリハビリの特徴は、患者さまの「問題点」だけではなく、「大

写真1 代償的アプローチ〈自助具〉

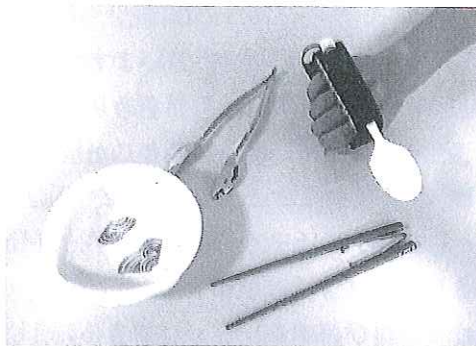
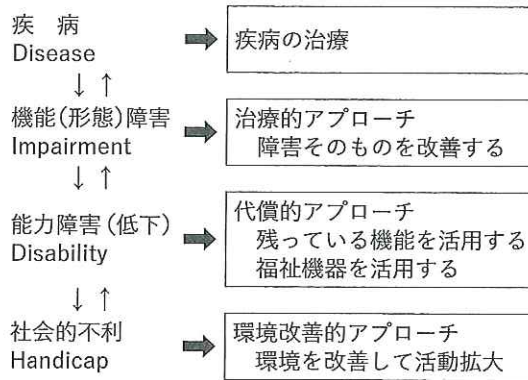


図4 障害の階層性



丈夫なところ」を大切に考え、それを最大限に活用できるよう鍛えたり、工夫したりすることです。「今提供している医療は必要か?」、「在宅で提供できるか?」という視点から優先度を考えて、生活の自立・自律を目標に、「生活の場で継続的な医療を入院中に組み立てる」のに、リハビリスタッフの専門家としての視点が、当院で取り組んでいる退院支援にも力強いパートナーとなっています。

●●急性期リハビリを
●●病院で浸透させるためのシステム
●●(チーム医療)

当院でいかに急性期リハビリが理解され、浸透してきたかを思い返してみました。2年前の新病院移転に合わせて、リハビリ室をつくり、急性期リハビリを本格的に導入しました。当時、ほとんどの職員(医師も含めて)は、なぜ当院でリハビリなのか? 当院は急性期を捨て、回復期あるいは亜急性期を目指すのか? という批判的な見方をしていました。リハビリ=回復期・介護、急性期ではない、あるいは特殊な脳卒中センターや整形外科病院というイメージが一般的なのだと、

写真2 環境改善的アプローチ



写真3 賃貸マンションのトイレ



- ・ドアを外して暖簾に
- ・トイレの入口と中に手すり設置
- ・便器の脇に手すり設置

と、今度は病棟の看護師がリハビリの効果を実感してくれるようになります。今までであれば、どれだけ看護師が声掛けしても、寝て

あらためて感じました。

その上で、急性期病院でリハビリが浸透するためには、まず病院のトップである院長や管理部長(大きな権限を持っている事務方のトップ、あるいは看護部長など、病院の規模によって事情が異なると思います)がその必要性を理解し、病院の方針として表明することはとても重要なことでした。次に、リハビリ医(リハビリ医がいない病院では、急性期リハビリを進めようと思っている、リハビリのことが分かっている医師)が、病棟の患者さまを診て回り「この方はリハビリが必要」と思ったら、主治医にリハビリ依頼を丁寧をお願いして回ってくれました。それにより患者さまが元気になるのを主治医が実感する、ということが積み重なり、急性期リハビリの理解が進んだと思います。これは、システム以前の話かもしれませんが、組織に何かを導入するときにはトップがきちんと旗を振り、医師同士でコミュニケーションをとるプロセスは必要不可欠だと思います。

実際に急性期リハビリがスタートする

いる時間が長くなりがちな患者さまが、別の階のリハビリ室に喜んで出掛けるようになるのです。そうすると今度は、入院直後で病態把握に集中している主治医が気付く前に、看護師の視点でアセスメントした病棟看護師が、「先生、この患者さん、早めにリハビリ依頼したほうがいい」と、主治医に勧めてくれるようになりました。

もう1つ忘れてはならないことは、リハビリスタッフが、積極的に病棟で活動してくれたことです。例えば排泄動作の介助に入り、看護師にもできることを伝えるなど、病棟の看護師との信頼関係を築くための努力を惜しまなかったことも、院内に受け入れられ浸透した大きな要因の1つです(写真4、5、6)。

このようにリハビリという土壌が院内でつくられていった上で、急性期リハビリが正しく機能するためにわれわれが定期的に行っているのが、週に1回の病棟リハカンファレンス(リハビリ医、整形外科医、病棟看護師、リハビリスタッフ)、病棟カンファレンス(内科医師、病棟看

写真4 リハビリ室の風景



看護師、リハビリスタッフ、薬剤師、栄養士、MSW)で、関係者の意思疎通、方針決定、共有に効果を上げています。電子カルテは、情報共有に大変有用です。看護師はリハビリ記録を見て、病棟では分からない患者さまの様子、機能を把握できます。リハビリスタッフは、看護師やMSWが患者さまや家族から入手した情報を得て、退院後の状況を考え、リハビリ計画を立てることができます。

現在、83床急性期病院（在院日数14日、稼働率83%）として、脳血管疾患等リハビリテーション料（II）、運動器リハビリテーション料（I）、廃用症候群などを算定し、リハビリ単独では黒字高収益部門にはなりません、赤字ではありません。加えて、リハビリ部門以外への波及効果として、①病棟看護職員の負担軽減、②退院支援などのチーム医療に厚みが出る、③在院日数が減らせる、④在宅復帰率も上げられる可能性がある、などが考えられます。このような試算についても、当初はリハビリ医とリハビリスタッフの責任者が丁寧に病院側に説明してくれ、最終的に病院幹部でリハビリ導入のメリットが整理され、共有できました。

写真5

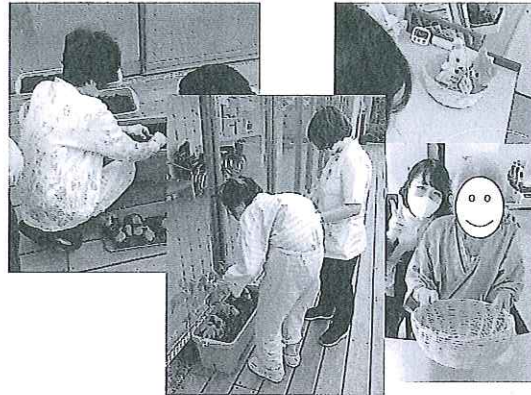


写真6



● チーム医療の中の ● 看護師の役割

急性期リハビリのチーム医療としての病棟看護師の役割は、本当に重要であると考えます。

何よりも患者さまに最も近いところにいる看護師は、患者さまに寄り添い、頼られているため、あらゆる情報を入手しやすく、また表現できない患者さまの変化に気が付きます。一般的な介入としたら、●患者さまの現状把握、情報提供です。「先生、この患者さん、リハビリ依頼したほうがいいのでは？」とか、「今日は血圧が高いから、リハビリはお休みしたほうがいいのでは？」というやりと

りが、他の医療チームと病棟看護師の間で行われます。また、入院患者さまにとって1日数十分のリハビリの時間より長い時間を病棟で過ごすわけですから、●入院生活内での看護師ができるリハビリ視点での介助、介護も重要です。患者さまの機能を落とさず、患者さまの能力を生かした介助をします。

例えば、離床の機会（食事やトイレ）を1日のバランスを見てつくり、実行することができるのは看護師です。看護師だけでは判断が難しかったことが、リハビリスタッフという専門家がいて、リハビリ実施時に看護師も参加し、リハビリ終了時に報告を受けることで、患者さまをリハビリの視点で状態の把握ができ、積極的にリハビリの視点での介入ができるようになります。これに手応えを感じるようになると、●退院支援の取り組みの中で、患者さまの病棟での生活支援を考えるようになります。退院後の環境や生活の様子を聞き取り、関係者で情報共有する中心となってくれます。

● リハビリの具体的な実施方法 ● (事例)

当院に、リハビリ部門が加わって、何が良かったか？病棟の看護師に聞いてみました。

- 自分たちだけのときは、患者さまに「動かないで」、「安静にしてください」と、結果的には必要以上に安静を指示していたのが、リハビリスタッフとのチーム医療で、早い段階での離床を促せるようになった。
- 患者さまの残存機能の適正評価ができ、

患者個々に合わせてステップアップ、ステップダウンができるようになった（例えば、4点杖が使えるようになったので、T字杖にしましょう。室内歩行は大丈夫そうなので、外で歩く練習をしてみましょう等）。

- 専門的視点での介入があるため、家族への指導も具体的にできるようになったり、自宅に環境を見に行ってくれるので、入院中に解決できることは解決できるようになった。

確実に、病棟看護師はその効果を実感し、モチベーションも上がっていると思います。

具体的な症例を示します。

症例1 83歳 女性

#誤嚥性肺炎後の廃用症候群 #右乳がん術後、多発性肺転移 #大動脈弁置換術後

当院外科かかりつけ。入院前のADLは問題なく、屋外歩行も自立。化学療法後、意識障害、脱力出現。高度の貧血を認め入院。入院2日目に嘔吐に伴う重症肺炎を併発し、人工呼吸器管理となるが、7日目に抜管。離床を進めようとしたが安静臥床に伴う筋力、体力低下が著明で抜管5日後にリハビリ科へ診察依頼。下肢筋力低下が著明であるが、起居動作は軽介助で可能であり、午前午後各1単位ずつ理学療法を施行。リハビリ開始約1カ月、入院後1カ月10日ほどで、室内歩行自立の状態在宅復帰となる。

☆重度の誤嚥性肺炎から一時は人工呼吸器管理となり、廃用による体力、筋力の低下が著明となりました。早期からのリハビリ介入により、全身状態に併せて離

床をサポートすることができ、室内歩行自立での退院に至りました。

症例2 86歳 女性

#慢性心不全増悪 #糖尿病増悪 #認知症

当院内科にかかりつけ。認知症は認められるが、室内伝い歩き可能で、ADLはご家族の見守り下で比較的保たれていた。慢性心不全の増悪で入院。入院翌日には、入院中の廃用予防を目的にリハビリ依頼。同日より、午前午後1単位ずつ、理学療法施行。入院当初は体調悪化による動作レベルの低下があり、起居動作や短距離歩行にも軽介助を要した。心不全の改善状況を見ながら、リハビリ時間以外にも車いすに乗車して過ごすなど離床機会を漸増。起居動作、短距離伝い歩きがなんとか自力で行える状態を保ち、入院12日目で退院。

☆入院の時点でADLがぎりぎり自立されている方の場合、入院による動作レベルの低下は必至ですが、早期からのリハビリ介入により、ADLをほぼ保った状態で退院を迎えることができました。

課題

これはリハビリに限らず言えることですが、一人ひとりの患者さまのゴールを関係者で一致させることが、難しいということです。つまり、機能の落ちた患者さまが退院後にどのように在宅生活に戻り、どのように生活に慣れていくのか、その知識に関係者ごとで格差があるのです。カンファレンスを行っていても、それぞれの専門家としての介入に少し差が

出てしまい、患者さま、ご家族を混乱させてしまいます。忙しい急性期業務の中で、いかに在宅について知る院内研修を実現させるかが課題です。幸い、当院のリハビリスタッフは、ほとんどが入院リハビリと在宅リハビリの経験者です。従って、当院のような地域一般病院に入院される患者さまが在宅復帰するニーズに、適切に対応してくれます。しかし、大病院などの在宅部門がないリハビリ部門のリハビリスタッフや病棟看護師は、在宅を想定してのゴール設定が難しいのではないかと思います。

この在宅研修は、退院支援業務にも通じることであり、広い視点で組織として取り組んでいく必要があると考えています。地域の医療資源に対する知識、現実的な顔が見える連携づくり、病院の敷居を低くするためのスタッフへの関わりなどです。

もう1つの課題は、やはりマンパワー不足と考えます。そばについて介助する人がいると、患者さまにとってより良い療養環境、リハビリが進み、早期退院、在宅復帰が実現できると思います。現在は7対1看護を取っていますが、今後必要なのは、訓練された看護助手やボランティアかもしれません。看護助手やボランティアをいかに活かして機能させるかは、病棟看護師の組織運営力にかかってきます。組織として、いろいろな可能性を模索し、看護師が疲弊することなくやりがいを持って多職種と協働して患者さまを支援していけるように、一つひとつ課題を克服していきたいと思っています。