

special
1

病気は急性期だけで終わらない。 「その後の医療の質」をいかに担保するか。

—— 馬場記念病院「リハビリテーション医療」の実践 ——

special
2

医療から、そして看護、介護から。 地域社会を支える人々。



Tsubasa

special
1



Pegasus

病気は急性期だけで終わらない。
「その後の医療の質」をいかに担保するか。

馬場記念病院「リハビリテーション医療」の実践

急性期病院の新しい診療報酬体系としてDPC（診断群別包括支払い方式）が導入され、急性期での入院期間はさらに短縮される傾向にあります。

馬場記念病院も平成18年4月より、厚生労働大臣が定めるDPC対象病院となり、医療の標準化を推進しています。しかし、急性期において集中的に高度治療を施し、早く退院していただいたとしても、そこで患者さまの病気との闘いが終わるわけではありません。

その後も根気よく治療を続け、体の機能を回復させ、家に帰り、社会復帰することが最終ゴールになります。そこに至るまでの連続した医療の質を担保しなくては、

真の意味で患者さまとご家族の満足を得られないのではないのでしょうか。

もっと言えば、障害を抱えた後の生活しやすさまでを考えることが、今日の医療サービスに求められています。急性期から回復期、療養期を経て、退院に至り、さらに在宅療養を続ける過程においては、治療、看護、介護などさまざまなアプローチが求められます。

そのなかで今回は特に「入院中のリハビリテーション医療」を取り上げ、急性期医療を受け継ぐ「その後の医療の質」に焦点を当ててレポートします。

患者さまの自立をめざす「リハビリテーション医療」の実践

発症まもない時期から社会復帰に至る道筋を最初から最後まで一貫して、連続性のあるリハビリテーション医療が支えている。

馬場記念病院では脳血管疾患で入院される患者さまが多く、

その回復過程においてリハビリテーション医療が重要な役割を担っている。

そのため同病院では平成6年8月、総合リハビリテーション施設基準を取得し、高度なレベルで総合的なリハビリテーション医療を実践する体制を整えてきた。

馬場記念病院のリハビリテーションは急性期から始まり、

回復期、慢性期、在宅まで途切れることなく続く。

発症まもない時期から社会復帰までの道筋を一貫して見守っているのは、

リハビリテーション部のスタッフたちなのである。

手術後すぐに始まる急性期リハビリテーション。

「あのときは、このまま寝たきりで、もうあかんかと思った」

— Aさん(50代・女性) は車椅子に座りながら、当手を振り返って、そんなふうに述べた。

Aさんは、転倒し、頸部の脊髄を損傷。馬場記念病院の脳神経外科で脊髄の圧迫を取り除く手術を受けた。手術は無事に終わったが、四肢が麻痺している状態だった。

主治医の指示でAさんのリハビ

リテーションが始まったのは、手術からわずか2日後のことである。

なぜ、これほど早い段階からリハビリテーションに取り組むのか。

副院長であり、リハビリテーション科部長を務める西尾俊嗣はこう説明する。「リハビリテーション医療は、どこまでが自然回復で、どこまでがリハビリテーションによる効果なのか」を見極めることがなかなか難しい分野でもあります。

ただ、リハビリテーションを行わないと、体の機能が回復しないことははっきりしていますし、なかでも早期リハビリテーションの有

効性は、科学的根拠が高いと言われています。特に脊髄損傷や脳血管疾患の患者さまに対しては、廃用症候群を予防し、ADL(日常生活動作)の向上と社会復帰を図るために、充分なリスク管理のもと、早期から積極的にリハビリテーションを行うことが勧められています」

「廃用症候群」とは、関節の拘縮(固まること)、筋力の低下、心肺機能をはじめとする臓器の衰えなどの症状を指す。患者さまが寝たきり状態になり、体の動きが極端に少なくなることによって生

馬場記念病院
リハビリテーションの流れ

馬場記念病院では、急性期・回復期・慢性期の入院リハビリテーションから、退院後の患者さまを支える訪問・通所リハビリテーションまで一貫したリハビリテーション医療を提供している。

入院

急性期リハビリテーション
ICU・SCU・急性期病棟(北館)

回復期リハビリテーション
回復期リハビリテーション病棟(南館)

慢性期リハビリテーション
療養病棟(南館)
(医療保険適用／介護保険適用)

退院

訪問通所リハビリテーション
訪問リハビリテーションセンター
デイケア通所リハビリテーションセンター
在宅サービスセンター
訪問看護ステーション
ケアプランセンター

じる二次的な障害である。この二次障害を防ぐことが、早期リハビリテーションの重要な目的となる。

多様な療法士が 専門性を発揮する リハビリテーション部。

早期からマンパワーを結集して充分なりハビリテーションを行うために、馬場記念病院のリハビリテーション部は充実した陣容を擁している。リハビリテーション部を構成するのは、リハビリテーション科の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士と事務スタッフである。各療法士の仕事内容について改めて整理してみると、主に基本的動作能力の回復を手助けするのが、理学療法士。日常生活に目を向け、排泄、更衣、食事などの訓練を行うのが作業療法士である。言語聴覚士はコミュニケーション能力や嚥下の訓練を行い、臨床心理士は心のケアを担当する。これらのスタッフが個々の専門性を発揮しながら、一致団結して患者さまを支えているのである。

一方、リハビリテーション科の医師はどんな役割を担っているか。馬場記念病院院長であり、リハビリテーション科医を兼任する馬場

武彦はこう語る。「主治医が全身状態を管理するのに対し、リハビリテーション科の医師は患者さまがどれだけ訓練に耐えられるかを判断し、具体的な療法を指示しています。主治医とリハビリテーション

科医は、言わば“患者さまを支える両輪”。両者が協力して、患者さまが安全かつ効果的に機能を回復できるようにサポートしています」

ちなみに、リハビリテーション

部で扱う症例数は、大学病院から定期的に来ているリハビリテーション科医（非常勤）が見ても驚くほど多いという。すなわち、それだけ豊富な実績があり、多様なノウハウが集約されている。



SCU担当 理学療法士から

医師、看護師、看護助手、療法士などが密に連携し、「早期離床」をめざしていきます。

リハビリテーション部 リーダー・理学療法士
田原美恵



超急性期リハビリテーションでもっとも重要なのは、リスク管理です。軽い手足の運動をするにしても、必ず主治医やリハビリテーション科医の指示を仰ぎ、他の療法士とも検討しながら無理のない訓練を行うよう努めています。

また、看護師や看護助手との連携も欠かせません。患者さまのリハビリテーションの状況は、カンファレンスでもしっかり確認し合っています。たとえば、看護師は「この患者さまはどこまで座れる状態ですか」

と私たちに質問してきます。車椅子の乗車が可能になったら、食事も車椅子で摂っていただくためです。トレーニングの時間は1日のうち、ごくわずかに過ぎません。日常生活のなかで起き上がる回数を増やしていくことで、初めて早期離床にたどり着きます。その点、当院の看護師たちは、早期離床に対して非常に高い意識をもっていると思います。反対に、私たちは看護師にリハビリテーションの時間以外の患者さまの様子や、薬や点滴について教えてもらう

など、お互いに密接な関わりをもっています。

一番嬉しいのは、患者さまの在宅復帰を見届けることです。完全に元通りになるのは難しいことが多いのですが、それでも最高の状態まで回復して家に帰っていただけることが、何よりも大きな喜びです。



十分なリスク管理のもと トレーニングを開始する。

さて、Aさんのリハビリテーションに話を戻そう。主治医は四肢麻痺という病態を診て、理学療法、作業療法を同時に始めることを指示した。各療法士はすぐさま集まり、「リハビリテーションをどう進めるか」を検討した。まず、理学療法では、ベッドの上で手足を軽く動かす運動（1日20分程度）を開始した。軽い運動とは言え、重症の患者さまである。意識レベル、血圧、脈拍、心電図、呼吸状態、顔の表情などにも細心の注意を払いながら、慎重に進められた。

Aさんを担当した理学療法士の田原美恵はこう語る。「超急性期リハビリテーションは、リスクと紙一重のところがあります。リハビリテーションを行わないと、いざ症状が良くなって動こうとしても関節が固まってしまい、動けなくなる恐れがあります。また、寝たきりの状態だと肺に痰がたまりやすいため、定期的に体位を交換しなくてはなりません。その反面、発症もない患者さまは全身状態が良くないわけですから、急に体を動かすと病状に影響を及ぼす危

険もあります」田原は、主治医に「どの程度まで訓練して良いか」を逐一確認しながら、Aさんの手指や足を少しずつゆっくり動かしていった。

**嚥下機能は大丈夫か？
そして、ナースコールを
押せるようにするには…？**

理学療法が始まったのと同時期に、言語聴覚士は嚥下機能（食べ物を嚥んで飲み込む働き）を評価した。水分や固形物を摂ってもらい、のどの動きを見るのである。この結果、嚥下機能は大丈夫だが、痰がつまりやすく誤嚥による肺炎

Keyword

SCU (stroke care unit)

脳卒中ケアユニット。脳卒中を発症した患者さまを、24時間体制で集中的に治療し、看護する病室のこと。脳卒中は、脳出血、くも膜下出血、脳梗塞など、脳の血管が破裂したり、詰まったりして、脳の組織が障害を受ける病気の総称。「脳血管障害」も、脳卒中と同じ意味で使われる。



の心配があるため、注意深く経過を見守ることになった。

なお、Aさんには行われなかったが、馬場記念病院では嚥下造影検査（X線による動画撮影）で、嚥下機能を評価することも多い。しかも、嚥下訓練には言語聴覚士だけでなく作業療法士も加わる。

一方、作業療法士はAさんの療養環境に着目する。Aさんは、意識ははっきりしているものの、全身を動かせない状態。したがって、ナースコールを押して看護師を呼ぶこともできず、辛い思いをしていた。早急に意思表示の援助が必要と考え、作業療法士は病棟スタッフと検討し、息を吹くとスイッチ

が反応する「ブレスコール」を設置した。ブレスコールは、頭部付近に小型マイクのようなスイッチがついており、少々邪魔になるが、作動状態はいたって快調。それまで不自由を感じていたAさんは、ブレスコールをつけて、「本当に助かった」と喜びの表情を見せた。

リハビリテーション部の副主任で、作業療法士の前田亜矢は、「私たちの仕事は一言でいうと、なんでも屋。患者さまの不自由さを補う道具を手作りすることもあります」と言う。以前、別の患者さまのケースで、ナースコールを指で押すことができない方だったため、指を使わず、腕の力で押す箱型装置を作ったこともあるそうだ。

「座る」ことが、急性期リハビリテーションの目標。

手足を軽く動かす運動を始めて約1週間後、今度は座る訓練が始まった。座ること（座位）は、急性期リハビリテーションの大きな目標である。座位は、離床への第一歩であり、生活習慣を作っていく基本。座ってからでないと、食事や排泄を行うこともできないし、回復期のステージへ移行できないからだ。



ネックカラー（首を固定する器具）で固定された首の状態を注視しながら、まずはベッドを30度上げてみる。しかし、数分経たないうちに、Aさんの血圧が下がってきた。急いで、ベッドを元に戻す。担当した理学療法士の田原はこう振り返る。「血圧が不安定だったので、少しベッドを上げてはすぐ戻す、ということを繰り返しましたね。Aさんに限らず、超急性期では血圧が不安定な方が多く、ギャツチアップ（ベッドの角度を上げること）には特に慎重な配慮が必要です」。もちろん血圧だけでなく、

脈拍や心電図などにも注意しながら、少しずつゆっくり訓練していた。やがて30度で姿勢を保てるようになり、45度、60度と角度を上げていった。少しづつ起き上がれるようになったAさんに対して、作業療法士も積極的なアプローチを開始した。作業療法は生活に必要な動きから考え、ADLの向上を手助けしていくわけだが、最初にめざすのは「食事や排泄ができるようになること」だと、作業療法士の前田は言う。「自分に置き換えて考えてみるんです。自分が人に手伝って欲しい

Keyword

ADL (日常生活動作)

ADLは、日常生活動作（Activities of Daily Living）の略で、普通の生活に必要な基本的な動作（食事、排泄、着脱衣、入浴、移動、寝起きなど）のすべてを指す。リハビリテーションでは、患者さまの身体活動能力や障害の程度を知る指標の一つとなっている。



くないことは何だろう、と。すると、食事と排泄なんですね。ですから、まず自分で食べることができて、トイレに行けることをめざしています」。確かに、食事と排泄は、人が尊厳をもって生きていくために欠かせないポイントだ。

Aさんの場合、食事はある程度の自立の可能性があった。どんなテーブルがあれば食事しやすいか、麻痺のある手でも使いやすいストローやスプーンはどれが良いかなどを検討しながら、一歩ずつ食事の訓練が行われた。

心のケアも加えながら、 車椅子に乗ることをめざす。

訓練を続けるなかで、療法士たちはAさんの心の問題が気になりました。ある日突然転倒して、気がついたら全介助の状態に陥っていたのである。ご本人のショックは計り知れず、ミーティングでも「時々、涙ぐんでおられる」様子が報告された。そこで主治医に相談し、臨床心理士がメンバーに加わることになった。臨床心理士はカウンセリングを重ねるなかでAさんの気持ちを整理するとともに、不安や落ち込みを自分でコントロールできるよう、リラクゼーションの練習なども行った。また、Aさん同様に、ショックと不安の大きいAさんのご家族に対しても、カウンセリングを行った。

看護師をはじめ、ヘルパーや理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、そして臨床心理士の一致団結したサポートにより、Aさんはようやくベッドを80度にしても姿勢を保持できるまでに回復した。ここで、Aさんは初めてベッドを離れ、リクライニング型の車椅子に座れることができた。車椅子に乗って病室を出て、久しぶりに外の

理学療法士から

**リハビリテーションは、チーム医療。
スタッフ全員が心をつなげて、
患者さまの社会復帰をめざしています。**

リハビリテーション部 副主任・理学療法士
中野俊明



当院のリハビリテーション部の特長は、「チーム医療で取り組んでいること」だと思います。例えば、急性期では理学療法士と作業療法士がふたりで患者さまを支え、ベッドから起きてトイレに行くまでの機能を評価したり、訓練したりすることもあります。専門職の領域にこだわらず、すべてのスタッフがひとつになって、患者さまの社会復帰をめざしていこうとする体制ができています。また、療法士たちは担当や専門領域が違って、同じ部屋をスタッフルームとして利用しています。そのため、普段の何気ない会話を通じ、情報交換や意思疎通はとても円滑です。

私自身が今後特に力を入れていきたいのは、訪問リハビリテーションですね。家の中で何に困って自立できないのか。それがクリアになれば、今度は近所に出ていくにはどうしたら良いのか…。そんな日常生活の改善をきめ細かく支援していきたいと考えています。障害を負うと誰でも家や施設の中に閉じこもりがちになります。街のバリアフリー化は以前より進んでいると言われていますが、現実的にはまだまだ充分ではありません。障害を持ちながらも楽しく生活し、街に出て、社会に参加できるよう、少しでも手助けしていきたいですね。

景色を眺めた時、Aさんはそれまで見せたことのない満面の笑みを浮かべていた。

Aさんはその後、普通型の車椅子に乗ることができるようになり、現在は杖で歩行できるまでに回復し、在宅生活を送っている。この

事例を、田原はこう振り返る。「本当にスタッフ同士で何度も話し合い、みんなで協力して早期座位、早期離床へと持っていくことができました。全員の力を結集した成果を実感しましたね」

在宅復帰を目標に取り組む回復期リハビリテーション。より一層、退院後の生活を見つめて。

患者さまの容体が安定し、急性期病棟（北館）から回復期リハビリテーション病棟（南館）へ移ると、さらにリハビリテーションは本格化する。

運動負荷に耐えられる患者さまに積極的に訓練していただき、介助量を減らし、在宅復帰をめざしていく。特に脳血管疾患の場合、退院後も要介護者となる可能性が高い。その介護度を少しでも低くするには、回復期でのリハビリテーションが重要な意味を持っているのだ。

右片麻痺の残る患者さまのリハビリテーション計画。

2006年初冬のある日、回復期リハビリテーション病棟のナースステーションに、病棟を担当する（脳）神経内科の主治医、リハビリテーション科医師、看護師、各療法士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカーらが一堂に会していた。週に1度の回復期カンファレンスが行われているのである。

医師たちはカルテや資料に目を通し、スタッフの報告に耳を傾けていた。退院予定の患者さま、入棟したばかりの患者さまなどについて、注意すべき点などの報告が

続いた。各専門職が意見を述べ、今後の治療方針が確認された。そのなかに、Bさん（60代・女性）に関する報告もあった。「ご主人さまが、そろそろ在宅療養の計画を立てていきたい、と希望しておられます」。理学療法士の報告に、医療ソーシャルワーカーがメモを取る。歩行能力も徐々に獲得してきたBさん、そろそろ退院後の生活を組み立てていく段階に入ったのである。

Bさんが馬場記念病院に入院されたのは、3カ月ほど前のことである。夜間、突然の脳出血で救急搬送されてきた。SCU（脳卒中ケアユニット）や一般病棟で治療を受けた後、回復期リハビリテー





ション病棟へ移ってこられた。急性期病棟からの「申し送り」で伝えられた病状は、意識障害、右手右足・運動麻痺（重度、感覚障害（重度、軽い失語症である。すでに急性期病棟で、車椅子に乗れる状態にまで回復しており、歩行訓練も始まっていた。

5〜6カ月で歩行でき、 入浴も自立することを 回復期の目標に設定。

Bさんが入棟された日、理学療法士、作業療法士は病棟でのADLがどの程度確立されているかを確認しに、ベッドサイドに赴いた。評価の内容は、「寝ている状態から起き上がり、靴を履いて、車椅子に乗ってトイレに行けるか。ズボンの上げ下ろしやトイレの後始末はできるか」といったもの。それらをほぼクリアしていることを確認した上で、車椅子でのより安全な乗り移りの方法、トイレでの車椅子のセッティング方法などをアドバイスした。

Bさんは、これらの助言を速やかに会得した。担当した理学療法士・松木明好は「意識障害が改善すれば、およそADLは向上し、自立できることが容易に予測できました」と振り返る。Bさんの希

Keyword

回復期リハビリテーション病棟

脳血管疾患や大腿骨骨折などで急性期治療を終えた患者さまに対し、リハビリテーションを中心とした治療を行い、社会復帰をめざしていく病棟。回復期リハビリテーション病棟は、平成12年4月から厚生労働省により新しく承認されたものだが、馬場記念病院ではそれ以前からケアミックスを標榜し、急性期を脱した患者さまのリハビリテーションに力を注いできた。馬場記念病院は平成12年7月に回復期リハビリテーション病棟51床（一般病床）、平成14年5月に54床（療養病床）の認可を受けている。



望は「この先も長い人生がある。できるだけ日常動作に困らないようになり、家の中はもちろん、外も歩けるようにしたい」とのことだった。こうしたことから、「入院5～6カ月の時期で杖歩行でき、入浴も自立できること」を目標に掲げ、Bさんの回復期リハビリテーションが始まった。

毎日休みなく行われる 動作や言語の訓練。

それから1カ月半ほど経った今、Bさんは毎日、熱心に訓練に励んでいる。

Bさんの平均的な1日のスケジ

ュールを見てみよう。まず朝1時間、ベッドの上で手足の運動。続いて、箸の使い方といった日常的な動作の訓練を1時間。午後から2時間、病棟や理学療法室で歩行訓練を行っている。こうした合間に、20～40分の言語聴覚療法も加わる。かなりハードな内容にも思えるが、辛くないだろうか。「楽しいですよ。療法師の方々は皆さん、自分の子どもよりも若いでしょう。和気あいあいとね、楽しく教えてもらっています」とBさんは目を細める。

Bさんの話しぶりを聞いていると、とてもなめらかでしっかりしている。軽い失語症のため、入院

言語聴覚士から

コミュニケーションのプロとして、患者さまと周囲の意思疎通を手助けすることも重要な役割です。

リハビリテーション部 副主任・言語聴覚士
秋山恵美子



言語聴覚療法の対象はいろいろありますが、当院では、ろれつがまわらない構音障害、言葉が出てこない失語症、そしてものを飲み込みにくい嚥下障害が多く見られます。私たちはそれらの障害像を見極め、効果的な訓練プランを立ててトレーニングを行っています。

そうした言葉の機能回復と同時に、患者さまのコミュニケーションを手助けすることも、私たちの大切な役目です。うまく話せない方にとって、自分の意思を伝えられないのは大変なストレスになります。例えば、言葉が出にくい患者さまに矢継ぎ早に話しかけても、混乱を招くだけです。そんな時は、「うん」「うん」で答えられるような

簡単な質問をゆっくりするよう、ご家族に助言しています。

また、なかには、失語症は重度だけど、麻痺はないから歩ける方もおられます。傍から見ると、意味不明の言葉を発して徘徊しているように見える。でも、実際はそうではなく、“しっかりした人格を持っているが、言語障害があるだけ”という状況を周囲に伝えなくてはなりません。手足の麻痺は目に見えますが、頭の中の言語障害は見えないので理解されにくいもの。言葉の障害を抱えた患者さまの理解者として、その思いを代弁するよういつも努めています。

当初は言葉が出にくかったというが、その片鱗も感じられない。これは、早期からの言語聴覚療法の成果だろうか。BさんはSCUにいた頃から、週5日のペースで言葉のトレーニングを受けてきた。

リハビリテーション部・副主任で、言語聴覚士の秋山恵美子は、



言語聴覚療法のアプローチについてこう説明する。「最初に、患者さまの言語障害の状態を調べ、なぜしゃべれないのか、その原因をいち早く見極めます。たとえば、「りんご」という3文字をうまくしゃべれないとします。それは、頭の中でイメージできないからなのか、3文字の音韻が想起できないのか、言葉をうまく発することができないのか…。どこに障害があるのかを正しく評価し、その原因にアプローチしていくのが私たちの仕事です」

Bさんの場合、「頭の中でイメージはできるけれど、言葉が出てくく、言い間違える程度の軽い失語症」という評価だった。もともと日常会話に困るほどでもなかったが、ご本人が「もと通りにしゃべりたい」という強い意欲をもち、急性期病棟にいた頃から、絵カードを使った訓練などを熱心に受けてきたという。その努力が実り、今は日常の会話を楽しめるまでに回復している。現在、Bさんは、「あるテーマについて文章を頭で考え、話してみる」という課題に挑戦している。もともと学校教師を経て、塾の講師をしてきたBさんにとって、この“作文”は楽しい訓練メニューになっているようだ。



作業療法士から

常に“生活”から発想し、
残存能力を活かして、できるだけ
生活しやすくなるようサポートしています。

リハビリテーション部 副主任・作業療法士
前田亜矢



作業療法は常に、生活面からアプローチしていきます。特に回復期では退院に向け、家での生活を想定して日常動作を訓練していきますが、そこでいつも心がけているのは、「その人らしい生活」を大切にすることですね。患者さまの多くは私よりもうんと人生の先輩ですから、どんなふうに暮らしておられるか、想像が及ばないこともあります。そういう時はどんどん聞いて、教えてもらっています。お風呂の入る方、洗濯の仕方、料理の仕方、趣味など。患者さまから学ぼう、という姿勢が欠かせません。

また、たとえ機能回復がみられなく

なったとしても、できるだけ患者さまの生活を取り戻していきたいと考えています。そのために、失われた機能を補う道具（自助具）を使った訓練にも力を入れています。自助具を扱うメーカーに、こういう機能障害を補える道具はないかと問い合わせ、いいものがあれば積極的に取り入れています。

当院のリハビリテーション部は、私たち作業療法士だけでなく、理学療法士も言語聴覚士も臨床心理士もみんな“生活”中心に考えています。患者さまが退院後、どれだけ快適に楽しんで生活していけるか、そのゴールを全員で共有し、日々努力しています。

どんな生活を楽しみたいか。
その希望を叶えるために。

回復期リハビリテーションでは、医学的な見地から予測される回復の見込みと、患者さまご本人の希望との兼ね合いが、訓練計画の基

軸となる。「家の中も外も歩きたい」というBさんの希望を叶えるために、歩行訓練は毎日のように続けられている。担当している理学療法士の松木は、こまめに評価し、伝えることを心がけているという。例えば、「足が引つかからないようになりましたね」「かか

とが床に着くようになりましたね」など、小さな変化を実感してもらうのが狙いだ。昨日よりも今日、少しずつ向上してきたことが、Bさんにとって何よりの励みとなっているだろう。

生活に密着する作業療法でも、退院後の生活に即した訓練計画を

立てている。ここで大切なのは、残った機能（残存機能）を最大限に活かしていくことだ。現在、Bさんは在宅復帰を念頭に、入浴動作の訓練や、左手で字を書く訓練、また麻痺側が補助的に使えるようにするための訓練を行っている。





障害を受け止める難しさ。 それは誰もが直面する課題。

こうして多様な療法に前向きに取り組むBさんだが、入院当初はなかなか障害を受け止められなかったと言う。「入院した頃のことあまり覚えていないのですが、だんだん頭がはつきりしてきて、右片麻痺とわかりました。でも、それを知っても、現実を受け入れるのは難しくて…。今の状態が、何かの間違いじゃないだろうか…」

自らの障害を受容しがたい気持ち。それは、先に紹介したAさん

のケースも同様だったように、リハビリテーションを受けるすべての患者さまに共通したことである。Bさんの場合、ご主人が毎日病室へ足を運び、心のケアに努めてきた。また、療法士との雑談のなかに「これからどう生きていくか」を示唆されることも多いという。「療法士さんがね、今までとは違う形で教え子さんと交流を持ったらいかがですか、と助言してくださいました」とBさん。「100%は治らないかもしれないけれど、それに近い状態になることを目標にやっていきます」。前向きに語る、その表情はとても晴れ晴れとしていた。

リハビリテーション科部長から

**リハビリテーションは万能ではありません。
患者さまの社会復帰をサポートする
総合的な取り組みです。**

副院長・リハビリテーション科部長
西尾俊嗣



世の中では、リハビリテーションは万能のごとく言われていますが、決してそうではなく、訓練によって完全に元通りになるわけではありません。どこまで回復するかという予測を立て、そのゴールに向けて手助けしていくのがリハビリテーションなのです。たとえば、トレーニングによって体の機能を発症する前の6〜7割まで回復できると予測した場合、入院中にその目標達成をめざします。そして、6〜7割の残存能力でいかに快適に生活しているか、という退院後の環境を作って

いくことを考えていきます。同時に、患者さまに自らの障害を受容していただけよう導いていく。そうした一連のサポートがすべて大切です。

私たちがいつも考えているのは、「患者さまの退院後の生活」です。そこに焦点を当て、より質の高い医療サービスの提供をめざしています。そのため平成18年6月から、療法士が主体となってリハビリテーション・クリティカルパスの作成を始めました。これは、最終自立度の予測に向かって、どの段階でどんな訓練をどの程度するかを規

定するもの。誰が担当しても質の高い療法を提供することが目的です。また、パスがあれば、医療ソーシャルワーカーが在宅療養を計画する上での指針としても役立ちます。今後さらにデータを蓄積し、パスを手直ししながら、当院のリハビリテーションの標準化を進めていく考えです。

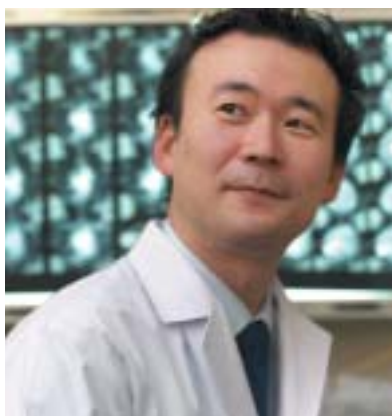


リハビリテーションとは 単なる機能回復訓練では なく、「社会復帰」を意味する。

△リハビリテーション＝機能回復訓練△だと思われがちだが、本来、この言葉は「再び適する状態にする」という意味をもつ。そして、その意味通り、リハビリテーション医療は、再び社会生活に適応することを目標とした医療サービスなのである。

院長の馬場武彦はこう語る。

「特に脳神経外科の場合、病変は急性期で取り除くとして、その後の機能障害に対する治療がとても大切です。家に帰った後、イキイキと生活できるようにあらゆるサポートをしていかななくてはならない。我々医療人は、患者さまの“その後の人生”への目線を忘れてはならないと思います」



リハビリテーションは、患者さまが今後どう生きていくか？という課題に常に対峙している。それだけにサポートは退院後も続き、「ここで終わり」という終着点はない。ところが最近、マスコミで「リハビリ難民」という言葉が使われるようになった。これは2006年4月の診療報酬改訂でリハビリテーションの日数が制限され、施術を受けられなくなった患者さまを指す言葉である。この問題について、馬場はどう考えているのだろうか。「たと

えば、脳血管疾患の場合、180日というリハビリテーションの上限が決められました。これは逆に言うところ、180日を過ぎたら、ホームエクササイズ（患者さまご自身がご自分の状況に合わせ、自己管理のもとで行う運動）をする程度まで回復しなくてはならないことを意味します。そのため、早期から集中的かつ計画



的に訓練していくことが必要なのです。すべてのケースには当てはまりませんが、少なくとも私たちは180日後にそうした状態で退院していただくことを目標に、高度なりハビリテーションを提供できている、という自負があります」

馬場は以前から、急性期から在宅医療までの一貫した医療の仕組みを作り上げてきた。脳血管疾患の患者さまを寝たきりにしないために、連続したりハビリテーション

ン医療が必要なことを脳神経外科の専門医として肌身で感じていたからである。さらに馬場記念病院では平成19年春、「ペガサスリハビリテーション病院」を新設し、そこで行われる通所リハビリテーションのプログラムをより充実させることも計画している。これらの取り組みも含め、在宅療養中の患者さまを支える医療の質の連続性について、またいつかの機会に詳しくご報告したい。

Pegasus Tsubasa

special
2

医療から、そして看護、介護から。 地域社会を支える人々。

ペガサスは、地域の診療所、そして、看護、介護に関連する事業所と、連携を行っています。診療所は、地域の皆さまにとって、医療を受ける「最初の窓口」。丁寧な診察による適切な診断・治療を行い、また、病院の紹介を通して、患者さまの「かかりつけ医」として、健康状態を総合的に管理してくれます。看護、介護に関連する事業所は、在宅で療養する皆さまの「パートナー」。ご本人はもちろん、ご家族の毎日を支えたり、快適な生活の場そのもののご提供により、皆さまを支援します。special 2では、こうした診療所、事業所をご紹介します。

※ 診療所(アイウエオ順)そして事業所の順でご紹介しています。

地

元の人々が抱える健康上の課題に
長年応えていくのが、かかりつけ医の使命。

診療所

地域の方々が健やかに
暮らせるための拠点として。

● 工業地域に隣接した 地域住民の健康を 52年診つづける。

松屋診療所は昭和29年、堺市北西部の工業地域に開設された。中西節夫院長のお父様が開院した当時から、この周辺は開業医の少ない地域であった。院長は関西医科大学を卒業して公立忠岡病院に2年間勤めた後、お父様と共に地域の患者さまの診療活動に取り組みようになる。そして平成2年、正式に2代目の院長を引き継いだ。周辺はかつて公害指定地域だったこともあり、現在でも喘息や慢性気管支炎等の呼吸器系疾患で通院する患者さまが多いという。またこの地域のプライマリ・ケアを長年担ってきた経緯から、

院長を頼って訪れる患者さまも多く、より専門的な治療が必要な患者さまには、信頼のおける他の診療所を紹介している。現在の院長の興味・関心は生活習慣病であり、なかでも糖尿病の患者さまの治療や生活管理に力を入れていきたいと語る。

● そんな院長自身も育ったのはここ松屋町。「今でも父の代からの患者さまがいて、中には私を赤ん坊の頃から知っている方もおられます」と言うとおりの地縁は深く、かつてご自身が通っていた幼稚園や小学校の校医を務めるようになった。また地域の児童の安全や健康等を話し合う「保健安全委員会」にも年2回出席し、教師や保護者の方々と意見を交わす。親子2代にわたって52年間地域の健康を支えてきたかかりつけ医だけに、地元からの信頼も厚い。

● 患者さまや医療機関との 関係づくりも、 かかりつけ医の任務。

院長は火曜と金曜の週2回、通院が困難な患者さまのご家庭や町内のグループホームを訪問する。一通りの診療をこなし、健康に関する相談にも答えている。このような定期的な往診によって、患者さまやそのご家族が、普段





松屋診療所

院長：中西節夫

住所：堺市堺区松屋町2丁37

TEL：072-232-5646

診療科：内科、小児科、放射線科

の生活の中では見落としがちな微妙な変化を発見することも多く、場合によっては診療所で再度検査を行うこともある。以前、往診先で患者さまの異変を察知し、その場で救急車を呼んだこともあったという。

他の医療機関との連携にも積極적이다。診診連携においては、最近では知り合いの医師に胃カメラ検査を依頼しているが、このことでより専門的で高度な検査結果が得られるようになったという。病診連携においては、馬場記念病院とは、登録医制度を開始してから間もない時期に、登録医となり、早くから取り組んでいる。院長は馬場記念病院について、堺市内でも信頼のおける病院の一つであると言いい、患者さまに脳神経外科を紹介することが多いという。そして「これからも急性期病院として、特に脳神経外科の領域をさらに伸ばしていきたいですね。そ

して私たち地域のかかりつけ医にも、様々な疾患について気軽に相談に乗っ

てくれる病院であって欲しい」と、期待を寄せている。

医療機関同士、人間同士のつながりが、町にとけ込んだ診療活動を支えている。

診療所

患者さまの早期回復に取り組む。

● ベッドタウンならではの幅広い年齢層に及ぶ患者さまにこえる。



頼整形外科クリニックは、府道ときまま線沿いに並ぶマンションの1階にある。同じフロアには内科、皮膚科、調剤薬局が入居しており、大規模な団地やマンションが立ち並ぶベッドタウンにおける地域医療の一拠点となっている。頼功院長は大阪労災病院に12年間勤務。専門は関節外科だった。そこで経験を積んだ後、馬場記念病院に移って整形外科部長を務めた。3年間の勤務の後、平成4年9月にこの地で独立開業を果たした。周辺の医療機関には知人も多く、午前と午後の診療の間には院長自ら出向いて手術を手伝うこともあるという。

クリニックでは変形性膝関節症、変形性腰椎症、頸椎症、骨粗鬆症等、整形外科のなかでも退行性疾患を診療することがほとんどであるが、時に骨折外傷もみられ、手指・手関節の小手術にも対応している。ベッドタウンとい

う場所柄、お年寄りだけでなく児童やサラリーマンといった幅広い年齢層の患者さまを診ており、それぞれの世代ごとにきめ細かく対応しているという。院長は診療について「発症前の機能レベルに、できる限り早く戻れるよう支えていくことを常に念頭に置いている。疾患によっては、早期回復や完治に至るまで、一筋縄ではいかないケースも多々あるというが、これまでの経験と知識をもとにした地道で確実な診療で、多くの患者さまにこえている。

● 積極的な情報共有で、患者さまに切れ目のない医療を。

院長は馬場記念病院で過ごした日々をこう語る。「3年間は仕事の上でも人づきあいでも、大変充実していました。

患者さまが来られたらすぐに対応できる医師をはじめ、医療スタッフのフットワークの良さには感心しました。特に救急医療のあり方については学ぶところが多かったと思う。スタッフ達のチームワークに対する長年の信頼感から、トイレで身動きが取れなくなった患者さまをすぐに馬場記念病院へ搬送したケースが、これまでに2〜3例あったという。また院長は、これまでずっと堺市内で医療に携わってきた経緯から、近隣の医療機関とのつながりも深い。専門外の疾患で来られた患者さまに他の診療所を紹介するときは、かかりつけ医同士の横のつながりに助けられているという。

馬場記念病院には今でも在籍当時の知人がいて、患者さまのお見舞いを兼ねて訪問することも多い。「今後も馬場記念病院を紹介していきたい」と言う院長だが、患者さまの疾患に関する情報共有については、今まで以上に綿密に行なっていただければ、と期待を



医療法人 頼整形外科クリニック

院長：頼 功

住所：堺市北区蔵前町1226-1

TEL：072-250-3211

診療科：整形外科、リハビリテーション科

寄せる。例えば、「難しい症例の患者さまが、その後どういった形で回復していたのか、というような経過報告やきめ細かな連絡を通じて、より一層スムーズな病診連携を築いていける。その上、自分の専門性も高まり、同じ症例の患者さまにも迅速に対応できますから」と院長はこやかに語ってくれた。

高齢者を尊敬する気持ちに満ちた 介護サービスが求められている。

事業所

一人ひとりの自由に
気を配る介護をめざす。

入居者自身のペースを
崩さずに生活できる
介護を提供する。

阪堺電車・石津駅の斜め向かいに建つ介護付有料老人ホーム・アミーユレジデンス堺浜寺は、全国に118の福祉施設を展開する株式会社メッセージによって平成17年12月に開業した。この種の有料老人ホームは、以前は富裕層向けが多く、「中間所得者層が入りやすい所はほとんどありませんでした」と、施設長の陽田修平氏は語る。もっと多くの方々に、気軽にご利用いただける施設であることが、アミーユ全体の目標になっているという。

アミーユレジデンスの特長は、まず全室個室であること。各部屋にはお風呂、ミニキッチン、洗濯機置き場が設けられている。そしてケアプラン作成においては、入居者本人の

スーパーバイザー
小泉雅宏



施設長 陽田修平

意見を優先すること。入居者一人ひとりが納得できるスケジュールを、個別に決めていく「オーダーメイドケア」を通じて、入居者はこれまでと同じように生活できるという。例えば好きな時間に食事を取ったり、一日中自分の部屋で過ごしたり、好きなタバコを嗜んだりすることも可能なのだという。

自宅で生活するのと変わらない雰囲気づくりは徹底され、スーパーバイザーの小泉雅宏氏は「スタッフの衣服やクルマにも、アミーユの文字

は一切入れていません」と言う。これらの試みの背景には、お年寄りとは年齢や経験を積み重ねてきた存在であり、その価値を尊重しようという理念がある。このような認識を踏まえ、スタッフは入居者の生活を24時間きめ細かくフォローし、自由で安全な暮らしを支えている。

スタッフの地道な活動と、
医師のアドバイスで
不安のない生活を。

入居者に楽しんでいただくために、スタッフは地元の広報誌、チラシ等から地域で開催される四季折々のイベントや各種講習会等の情報を集め、入居者に随時お知らせして参加者を募っている。入居者からの要望で行われるイベントも多く、これまでにカラオケ教室、お茶会、書道、お花手芸クラブ、太極拳等が開かれている。地元在住のお年寄りが集う「いきいきサロン」に加入する入居者もいて、スタッフは地元との交流にも積極的に入居者が参加できるように取り組んでいる。また日帰り小旅行も定期的に実施されており、「旅支度の段階から楽しんでいただけるよう気を配っています」と陽田氏は語る。これらはあくまで自由参加であり、強制はしない。

施設にはかかりつけ医が2週間に1回のペースで往診する。健康に不

安を抱く入居者も医師のアドバイスひとつで落ち着きを取り戻すといい、今では多くの入居者の心の支えになっているという。その一方、糖尿病の自覚症状のない入居者が医師の説明を受け入れようとせず、ご本人にご理解いただくのに苦労したこともあったという。小泉氏は「病状などを入居者に噛み砕いて根気よくお話しする姿勢は、介護と医療の両面において、これからはますます必要とされるのではないだろうか」と語ってくれた。施設からは馬場記念病院にも程近いので、かかりつけ医の紹介で馬場記念病院へ通院している入居者もいらっしゃるが、また、緊急を要するときに、お世話になることもあるという。陽田氏は「これからの救急時における受け入れ先として、より一層頼れる病院であって欲しい」と希望を述べる。



アミーユレジデンス堺浜寺

施設長：陽田修平

住所：堺市西区浜寺石津町中4丁1-15

TEL：072-280-5901

種類：介護付有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護）

部屋数：57室（完全個室）

医療が変わります。 ペガサスも変わります。

地域医療を取り巻く環境は、変わり続けています。その変化を見つめて、ペガサスでは、馬場記念病院を中心に、さまざまな取り組みを行っています。その取り組みの目的や方向性、また、皆さまにご理解いただきたい点をお伝えします。



ペガサスの 新しい病院に ついての お知らせです。

馬場記念病院の
病床分割により誕生する
新しい病院です。

前の『つばさ』22号でもお伝えしましたように、現在、医療法人ペガサスでは、馬場記念病院のすぐ近くに、新しい病院の建設を進めています。病院名は、「ペガサスリハビリテーション病院」と正式に決定しました。

「リハビリテーション」とは、本来、「再び適する状態にする」という

意味を持つもの。治療や看護、介護のご提供を通して、患者さまお一人お一人がご自分にふさわしい状態で、社会生活に再び適応していただけることをめざし、広い意味での社会復帰を支援する病院として、リハビリテーション病院と名付けました。

このペガサスリハビリテーション病院は、療養期の入院治療施設です。但し、医療法人ペガサスとして、新たに病床数を増やすためのものではありません。馬場記念病院の病床数である542床のうち、これまで南館に設置していた療養病床の150床を分割し、移転させて設置するものです。

具体的には、医療療養病床50床（医療保険適用）、介護療養病床100床（介護保険適用）の合計150床であり、それぞれの機能においては、従来の馬場記念病院・南館での療養期病床機能と、まったく変わり

はありません。

すなわち換言すると、ペガサスリハビリテーション病院は、地域の診療所、また、病院や介護・福祉施設からのご紹介により、馬場記念病院に入院された患者さまを対象とした病院。一般的な外来診療機能は持たず、馬場記念病院で急性期、あるいは、回復期の治療を終了し、療養期にお入りになった方々に、こちらに移っていただくこととなります。

開設にあたっては、これまで馬場記念病院内に併設していた「ペガサスデイケア（通所リハビリテーション）センター」を、新病院に移転。医学的根拠に基づいた、理学療法士、作業療法士による個別の維持期リハビリテーションのご提供に力を注ぐとともに、従来のアクティビティ（レクリエーション、創作活動等の機能回復訓練）を必要とする方にも、さらにご満足いただける内容を整えてまいります。

地域医療を考えるペガサス情報誌



発行人 馬場武彦
編集長 立永浩一
編集 ペガサス広報委員会 情報誌編集グループ
編集協力 HIPコーポレーション
発行 医療法人ペガサス 〒592-8555 大阪府堺市西区浜寺船尾町東4-244
TEL 072-265-5558 <http://www.pegasus.or.jp/>

本誌は再生紙100%を使用しています。

special 1	病気は急性期だけで終わらない。 「その後の医療の質」をいかに担保するか。 — 馬場記念病院「リハビリテーション医療」の実践 —
special 2	医療から、そして看護、介護から。 地域社会を支える人々。

※記事の制作にあたり、患者さまや診療所の先生方、事業所の方々にご協力いただき、心から御礼申し上げます。

「病気は急性期だけで終わらない」

急性期病院の馬場記念病院がこう語るのをおかしいかもしれません。しかし、これは事実であり、

それを一番よく知っているのは、患者さまご自身かと思えます。

その患者さまが、時の経過とともに、

すなわち、回復期、療養期と、どのステージに移っても、

同じ質を担保した医療を継続的に受けることができる。

病院として、それができてこそ、急性期の治療が生き、

本来、到達していただけるはずのゴールを、

患者さまに確実に獲得していただけることと思えます。

この「同じ質を担保した医療」を提供するために、

馬場記念病院では、医師をはじめ、

看護師、薬剤師、放射線技師、検査技師、管理栄養士など、

さまざまな職種のスタッフが、さまざまな場面でチームを組み、

一人ひとりの患者さまと向き合っています。

そのなかで今回は、リハビリテーションの場面をご紹介します。

リハビリテーション科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士…

その誰もが最も大切になければならないのは、

専門的な知識や技術はいうまでもなく、

患者さまとともに、患者さまのその後の生き方を見つめる眼。

そしてその眼の確かさに対する患者さまの信頼かと考えます。

DPC対象病院として、医療の標準化、高度化を図るとき、

馬場記念病院は、「病気は急性期だけで終わらない」、

この言葉を心に刻み、全職員が、

単に技術の進歩だけに陥らないよう努力を重ねています。

医療法人ペガサス 理事長 馬場武彦



医療法人

ペガサス

Pegasus