

「さん」で呼び合う現場の実践から生まれた 回復期リハビリテーション



医療法人社団輝生会

初台リハビリテーション病院
船橋市立リハビリテーション病院
在宅総合ケアセンター元浅草
在宅総合ケアセンター成城
船橋市リハビリセンター

理事長 石川 誠

1. 自己紹介

今から50年前

小生は 群馬大学 ラグビー部 医学科 在籍



1971年 群馬大学医学部 臨床講義

〇〇科 〇〇教授

リハビリテーションとは後療法であり、
医師の手術が拙劣な場合におこなうもの。
私は手術が上手だからリハビリは不要。

？ ？ ？

1973年（44年前）

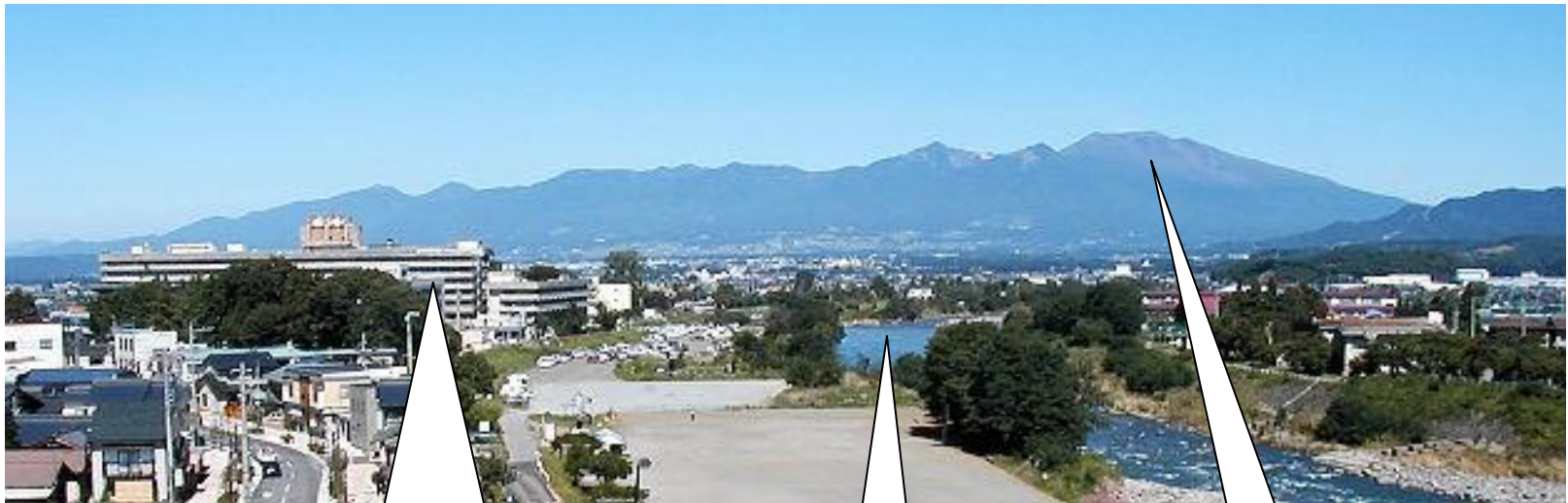
群馬大学付属病院 脳神経外科

- 小生を含む全ての医師・看護師
脳外科的治療・処置は終了したので、あとは
リハビリです。ここにはリハビリがないので
他院へ転院してください。

当時、リハビリの意味もわからず言葉だけ利用。
大学病院の看護体制は付き添い看護。
PT・OT・ST・MSWは1人もいない。
リハビリのかけらもない状況。

1975年 群馬大学 → 佐久総合病院へ

JA長野厚生連 佐久総合病院



当時の佐久総合病院

千曲川

浅間山

現在の佐久医療センター



1975年

JA長野厚生連 佐久総合病院



若月俊一 院長

地域医療という言葉は本来ない。
医療とはすべて地域医療のことだ。
地域住民の生活に配慮することだ。
現在の医療は、あまりに地域を考え
ないから、あえて地域医療と言わな
ければならない。

地域医療の疑問解決！

1976年 JA長野厚生連 佐久総合病院

当時「基準看護特2類」であり付き添いは禁止、しかし、重症患者には婦長が付き添いを強いた。

農繁期には、家族は付き添いが出来ない。
このため重介護でも家族は在宅ケアを望んだ。
こうして在宅に移行する患者は少なくなかった。

退院した在宅患者の往診（現在の訪問診療）回数が徐々に増加 → 在宅ケアの重要性を認識

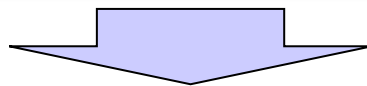
1975年

JA長野厚生連 佐久総合病院

若月俊一 院長

手術後寝たきりとなった患者を診て
「君が手術したのだから、
この患者さんの生活・家族まで含めて
全て君が責任をとるんだな」

頭の中が真っ白になった！



リハビリテーションが役に立つかもしれない

1976年 JA長野厚生連 鹿教湯リハセンター

鹿教湯リハセンターのリハ医療研修会にて

- リハビリテーションとは全人的医療であり、身体だけでなく、心理的、社会的問題も解決するようにチームで支援する医療サービス。

リハビリテーションへの夢 ↑

1977年 群馬大学付属病院 脳神経外科

教授・医局長

石川はおかしい、危険人物だ。
脳神経外科からリハビリへ移ろうと考えている。
早く大学に戻して鍛え直そう。

問答無用で大学へ連れ戻される

1977年 群馬大学付属病院 脳神経外科

先輩・同僚の医師

リハビリとは按摩・マッサージと同じことであり、
医師のやることではない。
医師はリハビリなどで飯は食えない。
後悔するからやめろ！

反発・抵抗！！！！

1978年 群馬大学 → 虎の門病院へ

当時

虎の門病院

現在



虎の門病院分院



脳神経外科からリハビリ科へ

1978年 虎の門病院 分院

- 早期離床（寝食分離）と自立支援（セルフケア）を実践する病棟の看護師・看護体制に驚嘆。
 - ・ 病棟看護のケア如何で寝たきりにはならない。
 - ・ **看護の重要性**（看護の底力）を認識。
- 当時のリハビリテーション
 - ・ リハはPT室・OT室・ST室で行うもの。
 - ・ 形骸化しているチームアプローチ。



- ※ 入院リハにおける最重要職種は看護師。その基盤の上にPT・OT・ST・MSW等が**チーム**として機能する体制構築が必要と学ぶ。

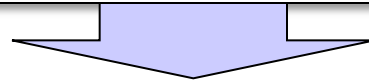
虎の門病院分院と他のリハ病院における看護

	虎の門病院分院	他のリハ病院
看護体制	基準看護	公立：基準看護 民間：付添い看護
看護内容	早期離床 ADL自立への支援	ADLは付添いまかせ
食事	いす・車いす座位	ベッド上ギャッジアップ オーバーテーブル
排泄	トイレ	膀胱留置カテーテル おむつ ポータブルトイレ
入浴	一般浴・浴槽へ	ベッド上清拭 シャワー浴 特殊浴槽
更衣	日中普段着	病衣
PT・OT・ST以外の時間	可能な限り運動負荷	多くの時間はベッド臥床

1984年 虎の門病院 分院にて

- 虎の門病院は慢性的赤字、リハは特に低収入
肩身の狭い毎日
- 当時、日本の医療界では
リハ部門は非採算部門の代表
リハを充実すると病院は倒産する伝説が蔓延

- 病院に内緒で活動した往診・訪問看護・訪問リハ
効果は極めて良好、しかし経営的には悲惨
さらに交通事故に遭遇するなど・・・



※ リハの普遍化には、リハ医療制度を確立し、
医療経済的問題の解決なしにはあり得ない。

1984年 刻印付けされた教え

リハビリテーション病院は、温泉地ではなく都市部にこそ必要。



上田 敏

当時：東大病院リハビリテーション部教授

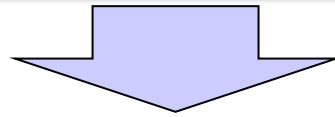


二木 立

当時：代々木病院リハビリテーション科

医師となり13年間で学んだこと

1. 地域医療とは
2. 入院リハにおける看護の重要性
3. 本当のチームアプローチ
4. 退院後の支援（在宅ケア）の重要性
5. リハにおける医療経済的問題

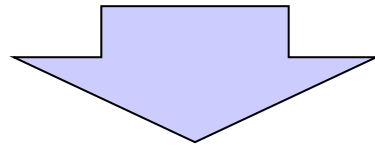


3つの課題

1. リハ医療サービスの充実と普及
（都市部にリハ専門病院を）
2. 真のチームアプローチの追求
3. 在宅ケアの充実・普及

1986年（31年前）

虎の門病院は特別であり
地域医療が見えない



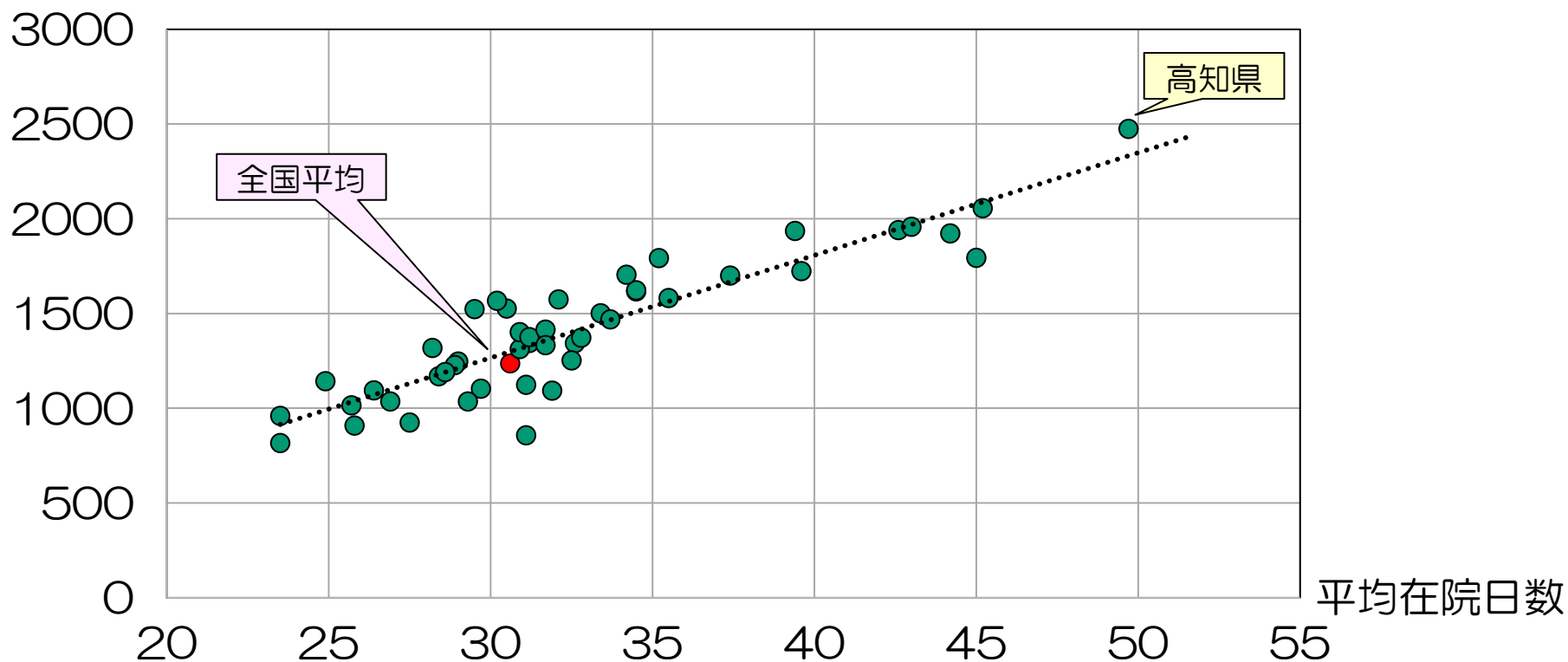
東京から高知へ

2. 東京 → 高知へ

高知県の入院医療の特徴

- 対人口比病床数：日本で最多
全国平均の2倍
埼玉・神奈川・千葉県の3倍
- 平均在院日数：最長
- 対人口比PT数：日本最多

人口10万あたり
病床数

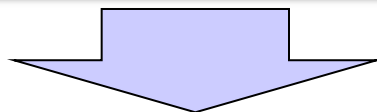


1986年（31年前）の近森病院

気管切開・経管栄養・膀胱留置カテーテル・褥瘡
つきの「寝たきり4点セット」の患者が600床の
中で120名も入院。

全病棟：付き添い看護。

（まるで寝たきり製造病院 ？）



近森会の内部改革を開始

テーマ 「救急からリハビリそして在宅ケアへ」

※ 新たな医療提供体制の構築に挑戦

当時の近森病院の状況と課題

- * リハに全く無関心な医師と看護師
- * 看護はすべて付き添い看護
- * チームアプローチとは名ばかり
看護とPT・OT・STは無縁
PT・OT・STは各訓練室に閉じこもり
PT・OTは極めて不仲、STは高みの見物
MSWは諦めの心境
- * 在宅ケアサービスの実践は皆無



- ※ 看護体制の確立
- ※ チームアプローチの確立
- ※ 在宅ケア（在宅医療・在宅リハ）の開始

1986年 近森病院分院改革

病棟構造・備品類の未整備状態

ベッドの足切り

ベッド柵のセット

ドアの変更（アコーディオン・ドア）

トイレ・浴室の改修（機械浴→家庭浴槽）

洗面コーナーの改修

車いすの購入 等（体型に合う：多種類）

診療方法の改革

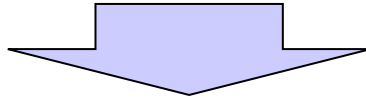
診療録類の変更

各種カンファレンスの定期開催

ブレースクリニックの定期開催

1986年 近森病院 リハ科

退院後、通院できない患者さんに対し



継続医療室の設置

往診

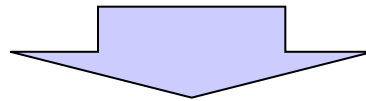
訪問看護

訪問リハ

の開始

1986年 近森病院 リハ科

- 従来のリハ提供システムは効率的ではない
- 新たなシステムが必要
- 看護を中心とし、PT・OT・ST・MSWが強力なチームを組む入院リハ体制へ変革



急性期病院の雰囲気とは異なる
リハ専門の病棟（病院）が必要

1989年 近森リハビリテーション病院 開設

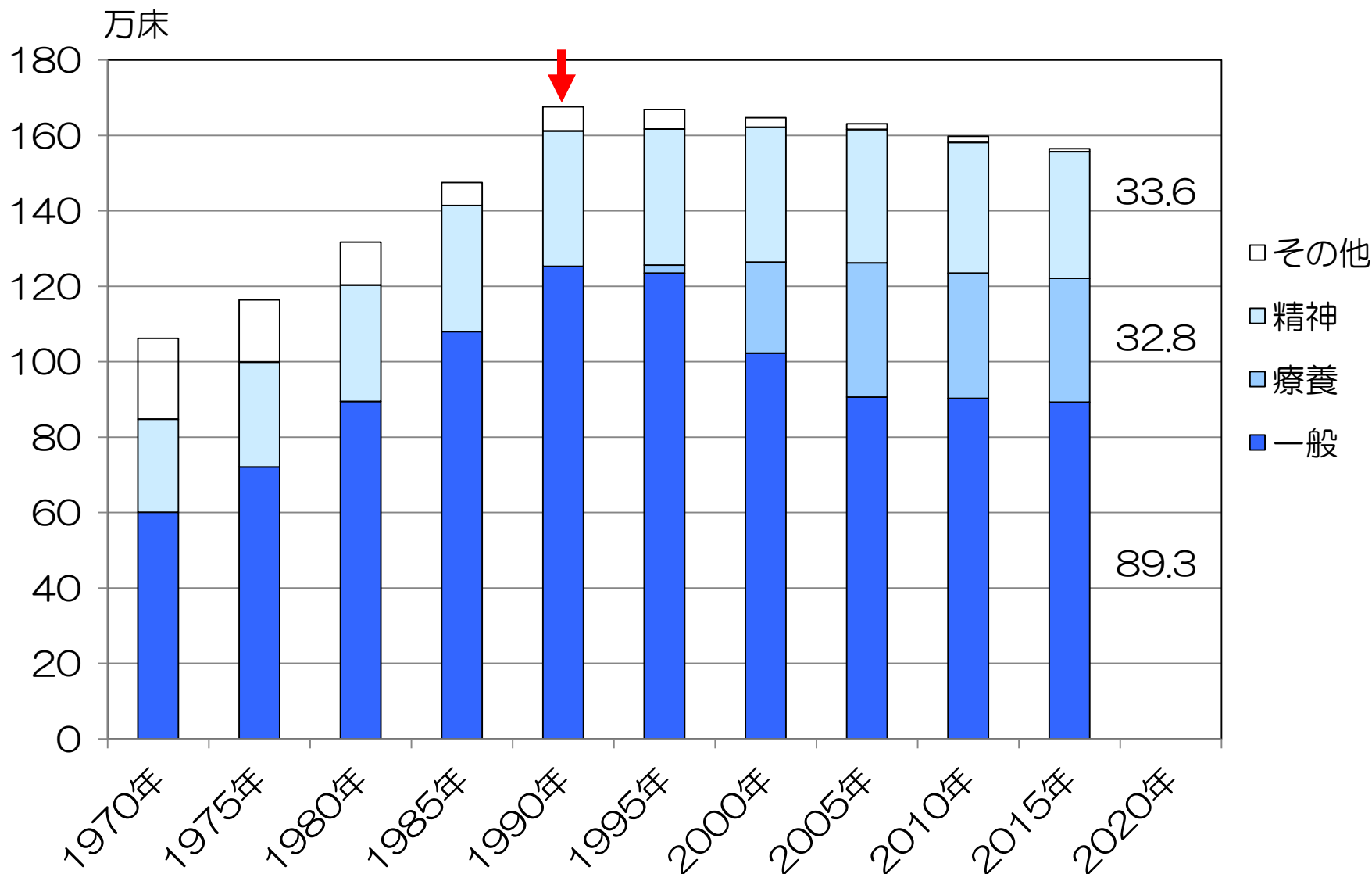


当初：145床（3病棟）
現在：180床（6病棟）

民間初の

- リハ単科病院
- 都市型リハ病院
- 基準看護のリハ病院
- 急性期病院に隣接したリハ病院

病院病床数の推移 (医療施設動態調査より)



※ 1990年まで増え続けた病院病床

衝撃を受けた1冊の本

「寝たきり老人」のいる国いない国

大熊由紀子 1990年



いる国 : 日本

いない国 : 北欧

1970～1990年頃における 医療界に対する批判

薬漬け・検査漬け・入院漬け
(過剰な投薬や検査、社会的入院)

当時の病院は、
少ない看護・看護補助者で
多数の患者さんをみるケア体制が主流、
重症の患者さんには付き添いを強いた。
また、リハビリテーションや在宅医療の
実践には極めて消極的であった。

少ないスタッフによるケア体制

不動（廃用）症候群の発生

患者の尊厳の保持困難

容易に寝たきりに移行

在宅復帰困難

入院の長期化

病院病床数の増加

※ 寝たきりを作り、長期入院とした結果、
病床数が対人口比で世界最多となった日本。

1990年 近森リハビリテーション病院

医師 : プライマリ・ケア
リハビリテーション
ターミナル・ケア

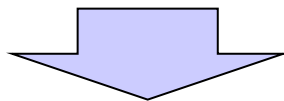
看護師 : リハ看護

介護職 : リハ介護

PT・OT・ST・MSW : 病棟配属

PT・OT・ST : 365日リハ実施体制

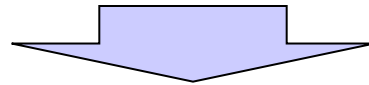
カルテの一元化・一覧化



チームアプローチの強化

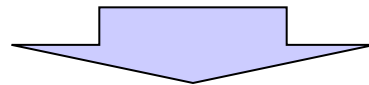
1991年 近森リハビリテーション病院

- ・退院後のフォローアップ患者の増加



リハビリ外来
往診
訪問看護
訪問リハ
緊急入院体制

本格的整備の必然性



- ・在宅総合ケアセンターの開設準備

地域リハビリテーション

澤村誠志

地域リハという言葉は本来はない。
リハとはすべて地域リハのことだ。
現在のリハは、あまりに地域を考えないから
あえて地域リハと言わなければならない。

日本の地域リハにおける三巨頭

(日本リハ病院・施設協会)



澤村誠志

兵庫県立総合 リハセンター
名誉院長



大田仁史

茨城県立健康プラザ
管理者



浜村明德

小倉リハ病院
名誉院長

1997年 在宅総合ケアセンター近森開設

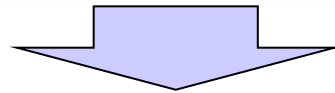


小規模多機能
医療・福祉・介護の複合拠点

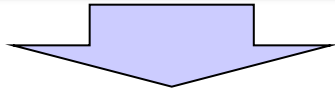
- * 外来通院リハ
往診・訪問診療
リハビリクリニックちかもり
- * 短期入所・通所リハ
介護老人保健施設いごっばち
- * 訪問看護・訪問リハ
訪問看護ステーションちかもり
- * 訪問介護
訪問介護ステーションえのくち
- * 福祉用具サービス
テクノエイドセンター
- * 配食サービス
配食サービスセンター
- * ケアプラン策定
居宅介護支援事業所
- * よろず相談
在宅介護支援センターえのくち

1989年～1997年

1989年 近森リハビリテーション病院開設
「回復期リハ対応」



1996年 在宅総合ケアセンター近森開設
「維持期リハ対応」



1997年 近森病院本院の急性期リハの整備
「急性期リハ対応」

急性期～回復期～維持期リハの各拠点が整備

近森会における急性期～回復期～維持期リハの拠点



近森病院
PT・OT・ST：56名

急性期リハ



近森リハビリテーション病院
PT・OT・ST：128名

最近、すぐ近くに新築移転



維持期リハ

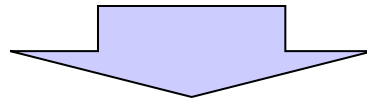
在宅総合ケアセンター近森
PT・OT・ST：30名

回復期リハ

整形外科の回復期リハ病院 → 看護学校

回復期リハビリテーション病棟の創設

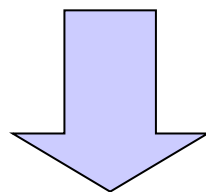
近森会の「急性期 → 回復期 → 維持期」のリハビリシステムに対し、厚労省から多数の医系技官の見学あり・・・・・・・・・・賛同を得る



2000年 診療報酬改定
回復期リハビリテーション病棟入院料の創設

その頃の東京都心部のリハサービスは？

虎の門病院時代（1980年代）から
あまり発展していないリハ医療提供体制



何かできないか？

3. 高知 → 東京へ

都心で在宅リハサービスを開始しよう。
貸ビルの一 corner を借りて開院。

1998年 たいとう診療所

1999年 桜新町リハクリニック

事例 91歳 女性

脳梗塞（比較的軽症）

急性期病院から自宅復帰

しかし、急速に寝たきりに移行

訪問リハ等により自立した例



初回訪問時は、
寝たきり状態...

(要介護4)



訪問リハの開始 (訪問介護と連携)



自力で起き上がれるようになる



伝い歩きでトイレまでの歩行練習



急階段を下りて
1 階へ



久しぶりに自分の
指定席へ



シルバーカー歩行へ



T字杖歩行へ



丁字杖歩行
監視レベルへ

(要支援1)



訪問リハ終了し、
通所リハへ

その後、通所介護へ移行

都心に回復期リハの病院が必要

在宅リハは極めて効果的

しかし、その前に十分な回復期リハの提供が不可欠。
ところが都心に回復期リハを提供する病院がない。

何としても回復期リハの病院を作りたい！

SECOMによるリハビリ医療への支援



飯田 亮
(SECOM代表)



布施達朗
(SECOM医療システム会長)

2002年



医療法人社団

輝生会

初台リハビリテーション病院 173床





医療法人輝生会 の理念

1. 「人間の尊厳」の保持
2. 「主体性・自己決定権」の尊重
3. 「地域リハビリテーション」の推進
4. 「ノーマライゼーション」の実現
5. 「情報」の開示

医療法人輝生会の事業の2本柱

「回復期リハ・在宅総合ケア」

1. 回復期リハ病棟のモデルを作ること
急性期から障害を持つ患者を早く受け入れ、
「寝たきり」にせずADLを改善し、
良好な状態で在宅復帰へ導くこと。
2. 生活期リハサービスの拠点を作ること
(在宅総合ケアセンター)
在宅においても「寝たきり」とならず活動的に輝いて生活できるように支援すること。

在宅総合ケアの拠点整備

2003年4月

たいとう診療所 → 在宅総合ケアセンター元浅草

2004年4月

桜新町リハクリニック → 在宅総合ケアセンター成城

元浅草



成城





2008年5月 船橋市立リハ病院

- 1999年 船橋市保健医療福祉問題懇談会にてリハ専門
病院設置の必要性を検討
- 2002年 リハ病院設置・運営形態検討委員会設置
- ・回復期リハの専門病院
 - ・公設民営
 - ・市立医療センター（急性期）に隣接
- 2006年 指定管理者に医療法人社団輝生会を指定
- 2007年 2年間の工期でリハ病院完成
- 2008年 開院

船橋市・船橋市医師会・船橋市立医療センターと
良好な関係の元に開院

医療法人輝生会の5つの拠点

初台リハビリテーション病院
173床（2002年6月）



在宅総合ケアセンター元浅草
8床（2003年4月）



在宅総合ケアセンター成城
26床（2004年4月）

船橋市立リハビリテーション病院
200床（2008年4月）



船橋市リハビリセンター
無床（2014年4月）

4. 回復期リハ病棟の現場

初台リハ病院・船橋市立リハ病院の実践

2002年



医療法人社団

輝生会

初台リハビリテーション病院 173床



エントランス



4人室



初台リハ病院におけるケアサービス

- 1) 食事は食堂で、経口摂取を推進
- 2) 洗面は洗面所で朝夕実施
- 3) 口腔ケアは毎食後実施
- 4) 排泄は必ずトイレへ誘導
(オムツは極力使用しない)
- 5) 入浴は隔日(1日おき)に実施
(特殊浴槽ではなく、家庭用の浴槽を使用)
- 6) 日中は普段着、更衣は朝夕実施
- 7) 転倒・誤嚥等の安全対策を徹底
(可能な限り抑制しない)
- 8) PT・OT・STを365日毎日3時間実施

食事・栄養

- 365日 3食選択メニューを実施
- 和食・洋食・中華の各調理師（料理長）を配置
- 病棟パントリーから配膳を実施
- 食事形態
 - 主食：米飯・軟飯・全粥・全粥ペースト・重湯ゼリー
 - 副食：常菜・軟菜・ソフト食・嚥下食Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ
- 各病棟に病棟専従管理栄養士を配置
- 食事場面に看護・介護・管理栄養士・PT・OT・STが参画

食事提供体制の機能分化



病棟パントリーから配膳

管理栄養士業務：
パントリーからベッドサイドまで

料理長と板長

主厨房：調理師担当



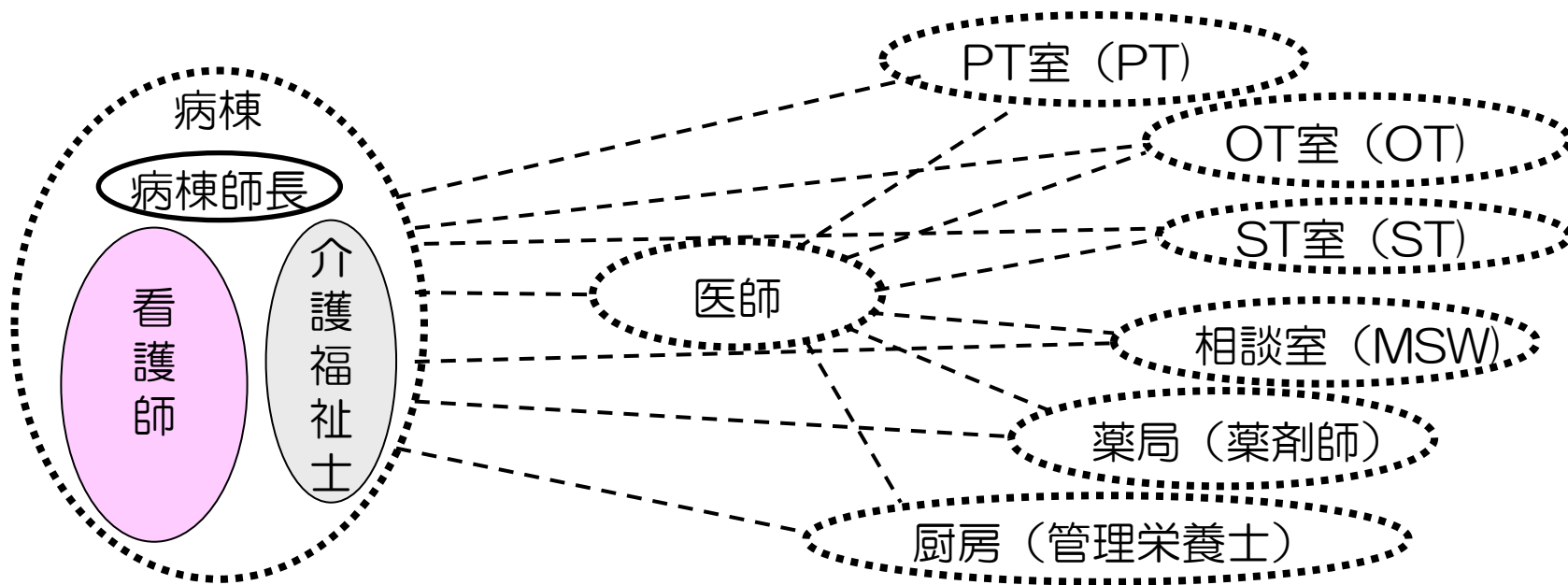
かつての入院リハのチームアプローチ

専門職はそれぞれの部署に配属

(縦割り行政的配置)

- 看護師・介護福祉士は病棟
- PTはPT室、OTはOT室、STはST室
- MSWは相談室、栄養士は厨房

時々開催されるカンファレンス



多職種連携（チームアプローチ）における 医療法人輝生会の工夫

1. チーム基盤の確立

ユニフォームの統一（白衣の撤廃）

スタッフ間の呼称：「〇〇さん」

各専門職の病棟配属体制

病棟チームマネージャー制

（教育研修部の設置）

共通言語の使用

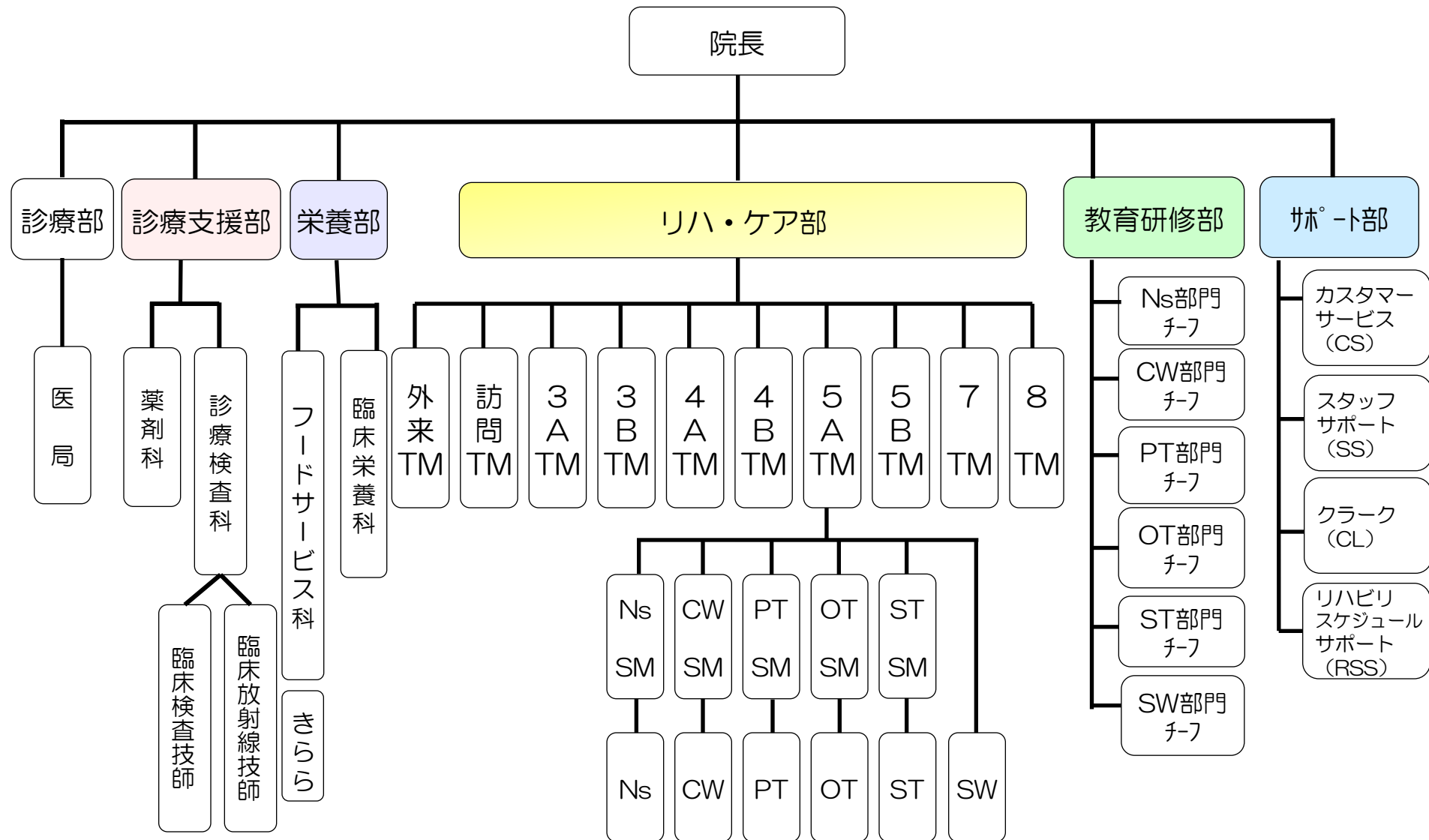
2. 共通目標の設定

カンファレンス実施体制の工夫

3. 情報の共有化

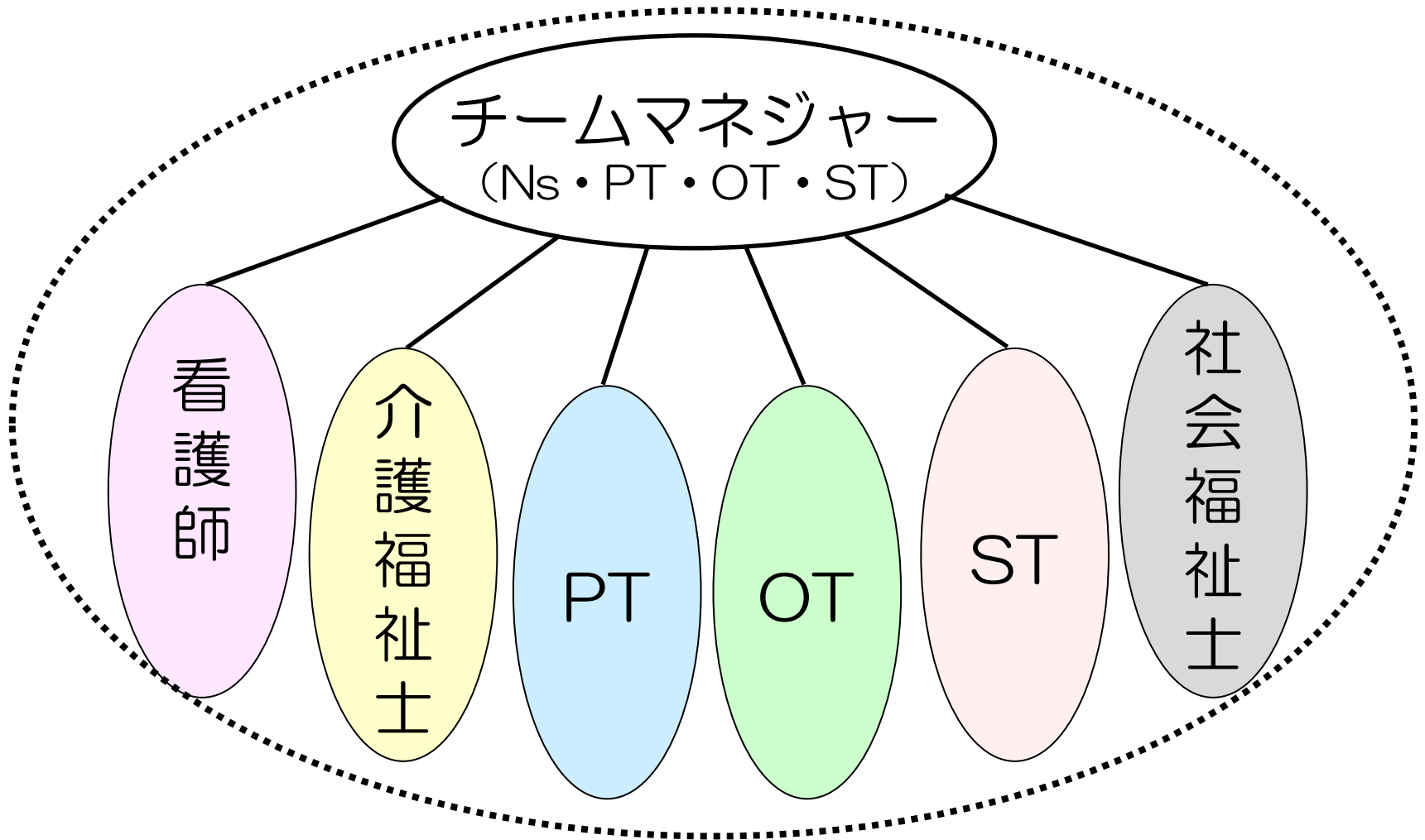
チームアプローチ対応の電子カルテ

組織図（初台リハビリテーション病院）



チームマネジャー制

48床：78名（2チーム体制） 0.62：1



教育研修部とリハ・ケア部のマトリックス構造

初台リハビリテーション病院

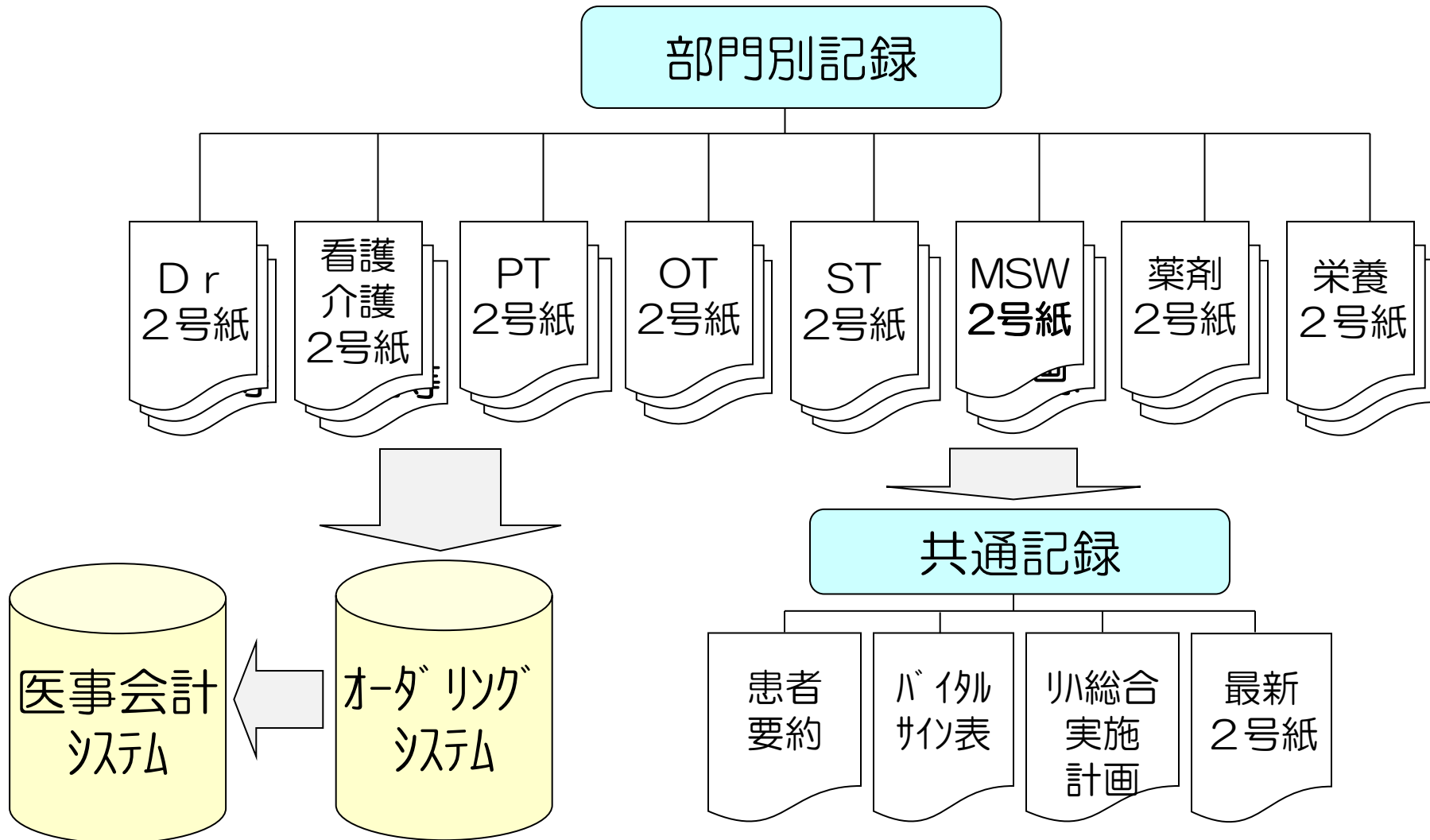
			TM	看護師	介護福祉士	PT	OT	ST	MSW
教育研修部				2	1	2	2	1	2
リハ・ケア部	7・8F	32床	1	21	10	11	10	4	2
	5F	45床	2	22	10	17	13	6	3
	4F	48床	2	22	10	16	14	6	3
	3F	48床	2	22	10	16	14	6	3
	外来・通所		1	5	3	11	9	7	2
	訪問		1			9	8	3	1

※ 縦軸：教育研修部（専門性の強化）
 横軸：リハ・ケア部（チームアプローチの強化）
 看護＋介護：1.5：1 POS：1.6：1

多種類のカンファレンス

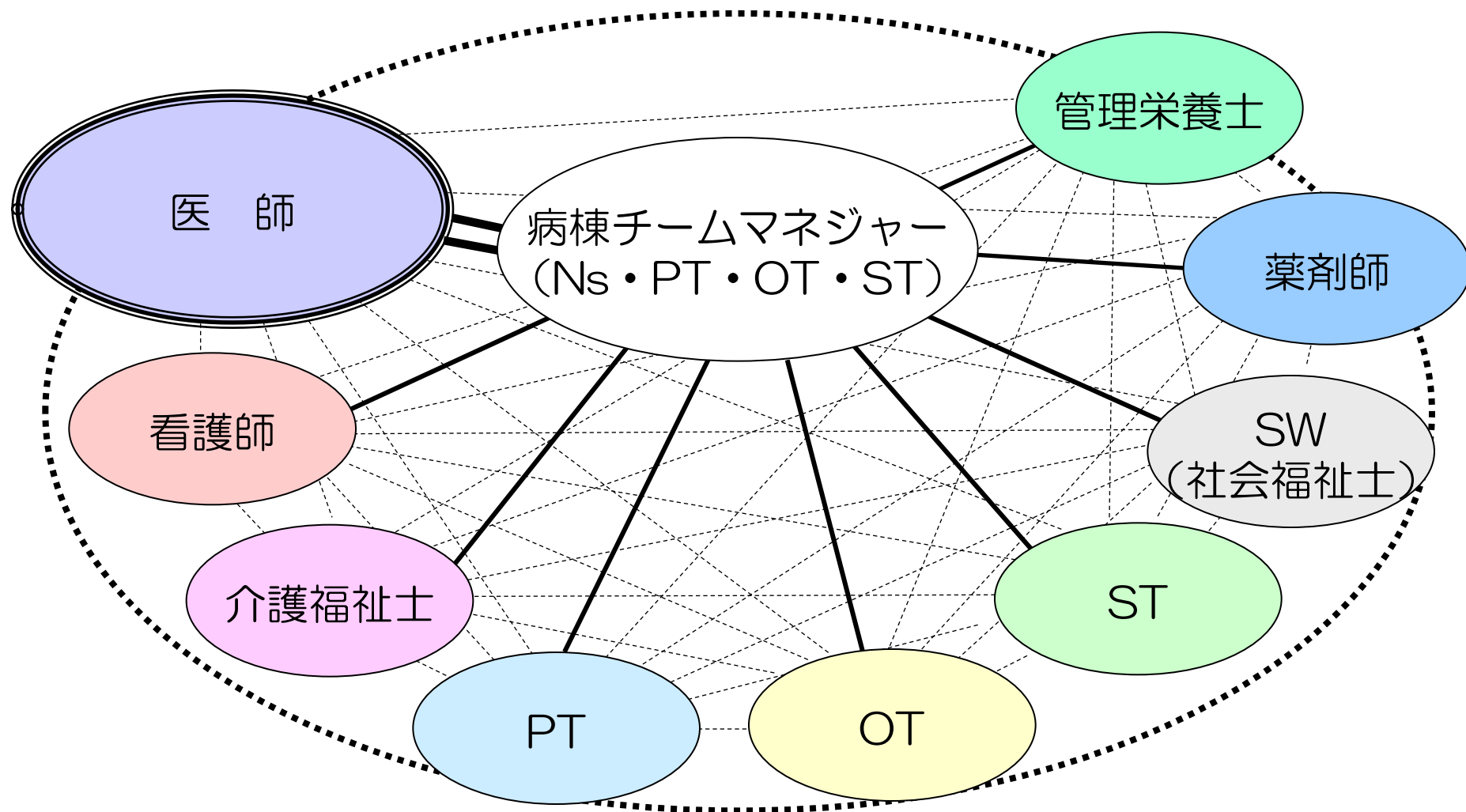
1. 入院時合同評価
2. 定期カンファレンス
3. 臨時カンファレンス
4. 摂食嚥下カンファレンス
5. ブレースクリニック
6. 830ミーティング（朝の申し送り）
7. 17ミーティング（夕の申し送り）
8. 外来・通所カンファレンス
9. 訪問カンファレンス

リハ医療における チームアプローチ対応電子カルテ



※ 各専門職間の申し送り機能（連絡ネットワークシステム）を内蔵

多職種の病棟専従配置によるチームアプローチ

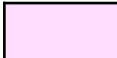


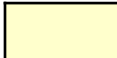
※ 目標の共有化と迅速かつ正確な情報伝達

時間帯別病棟ケアスタッフ配置人員（45～48床）

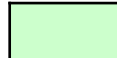
リハビリ病棟では、モーニングケア・イブニングケアの時間帯が重要。
 起き上がり、移乗移動、排泄、更衣、食事、口腔ケア等の介助、
 投薬、バイタルサインのチェックなどケア内容は多岐にわたる。
 この時間は夜勤帯であるが、可能な限り十分なケアスタッフ配置が必要

		45～48床における配置人員										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
日勤	8:30～12:30								早	早		
	12:30～16:00								早	早	遅	遅
	16:00～17:30								遅	遅		
夜勤	17:30～21:30	夜	夜	夜	夜	遅	遅					
	21:30～ 7:00	夜	夜	夜	夜							
	7:00～ 8:30	夜	夜	夜	夜	早	早					

 Ns

 CW

 PT

 OT

※ 7:00～21:30 6床に1名以上のケアスタッフを確保

日中は普段着に更衣



訓練室だけのリハでは不十分



各種マシンによる訓練でも不十分



体に適合した車いすを使用



下肢装具は早期に作成し、状態に応じ変更



病棟の日常生活における移乗・移動動作訓練



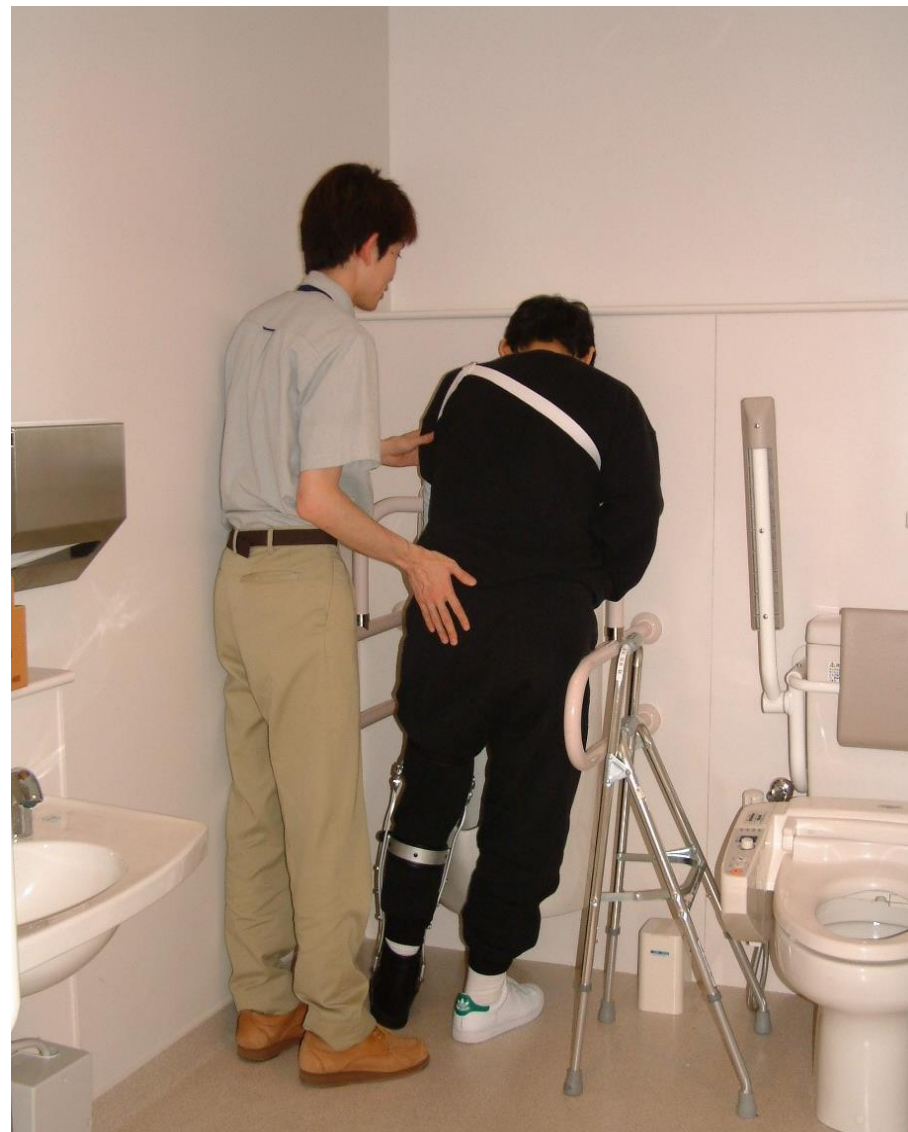
食事中に嚥下・摂食・食事動作の訓練



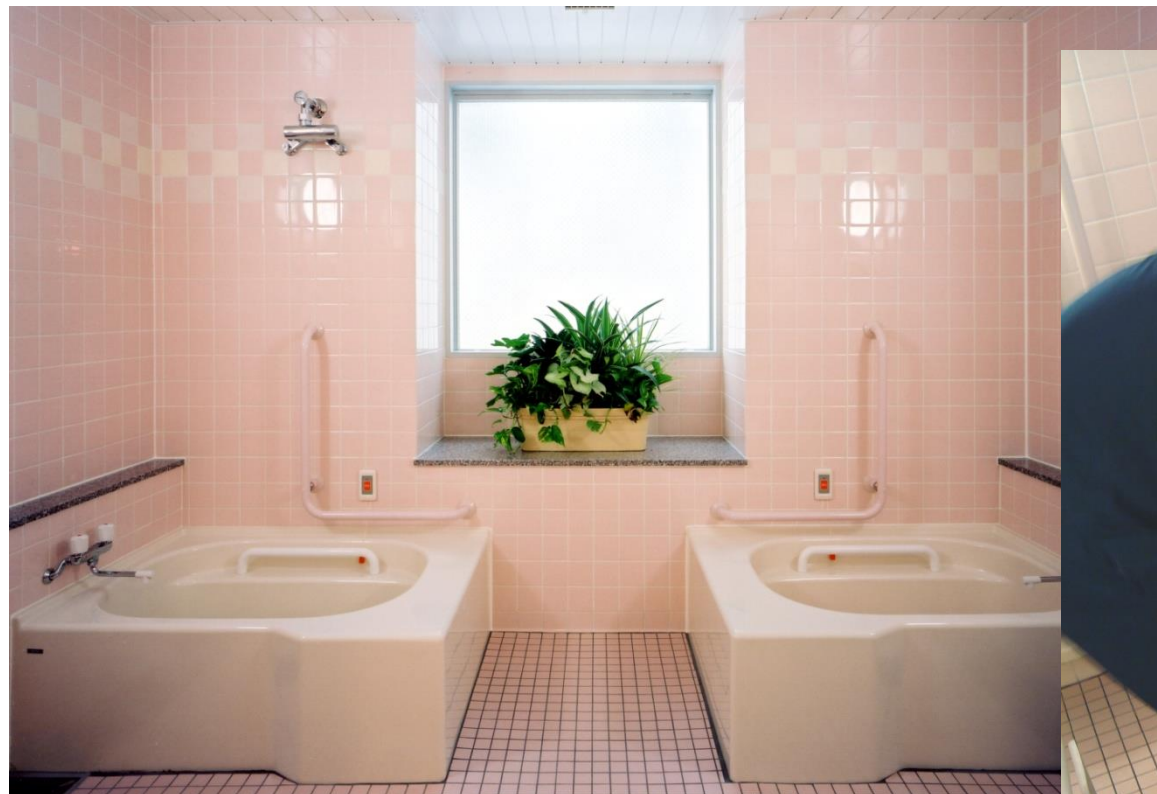
毎食後の口腔ケア



排泄は24時間必ずトイレで



入浴は家庭復帰目的に家庭用浴槽を使用



※ 重介護でも隔日に浴槽に入れること

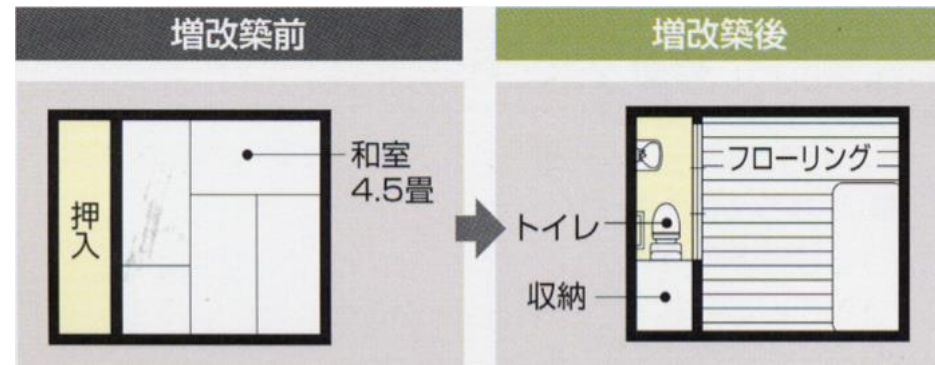
段差や和室の実戦訓練



炊事・調理の実戦訓練



必要に応じ家庭訪問と住宅改修の実施



各種カンファレンスによりチームで対応



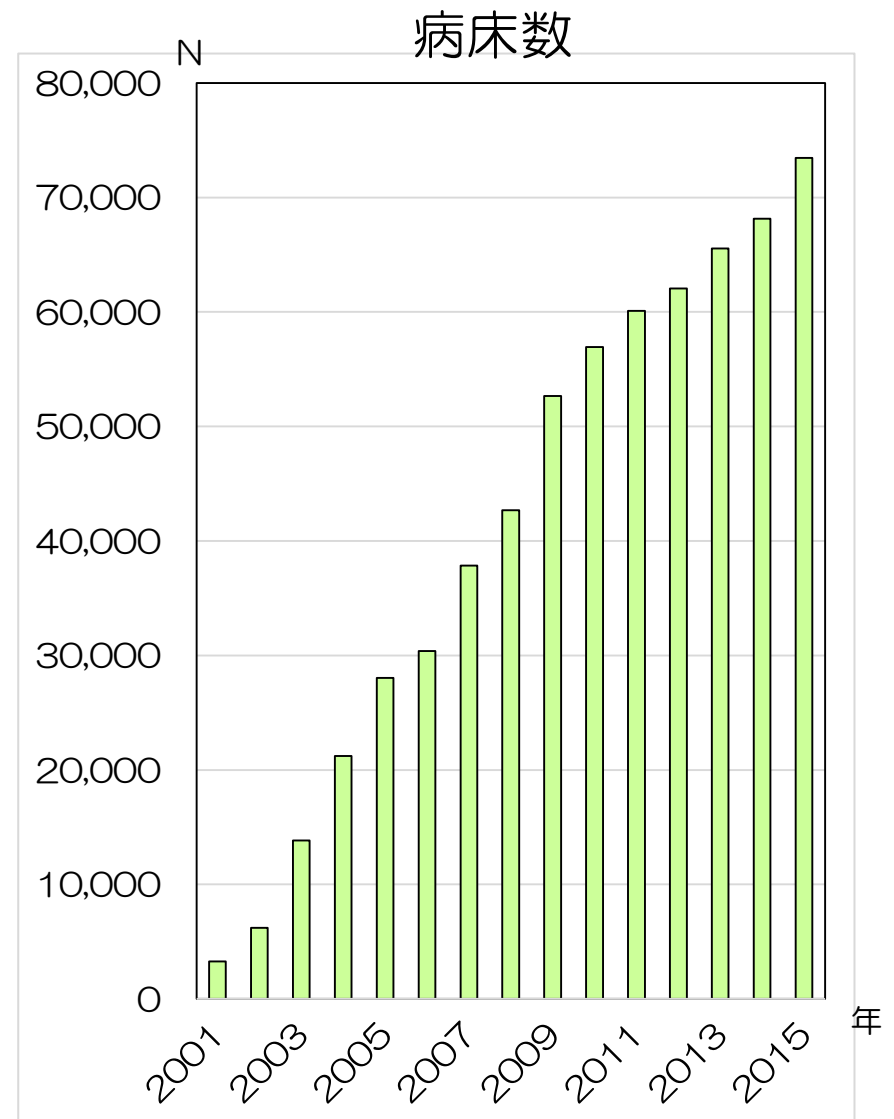
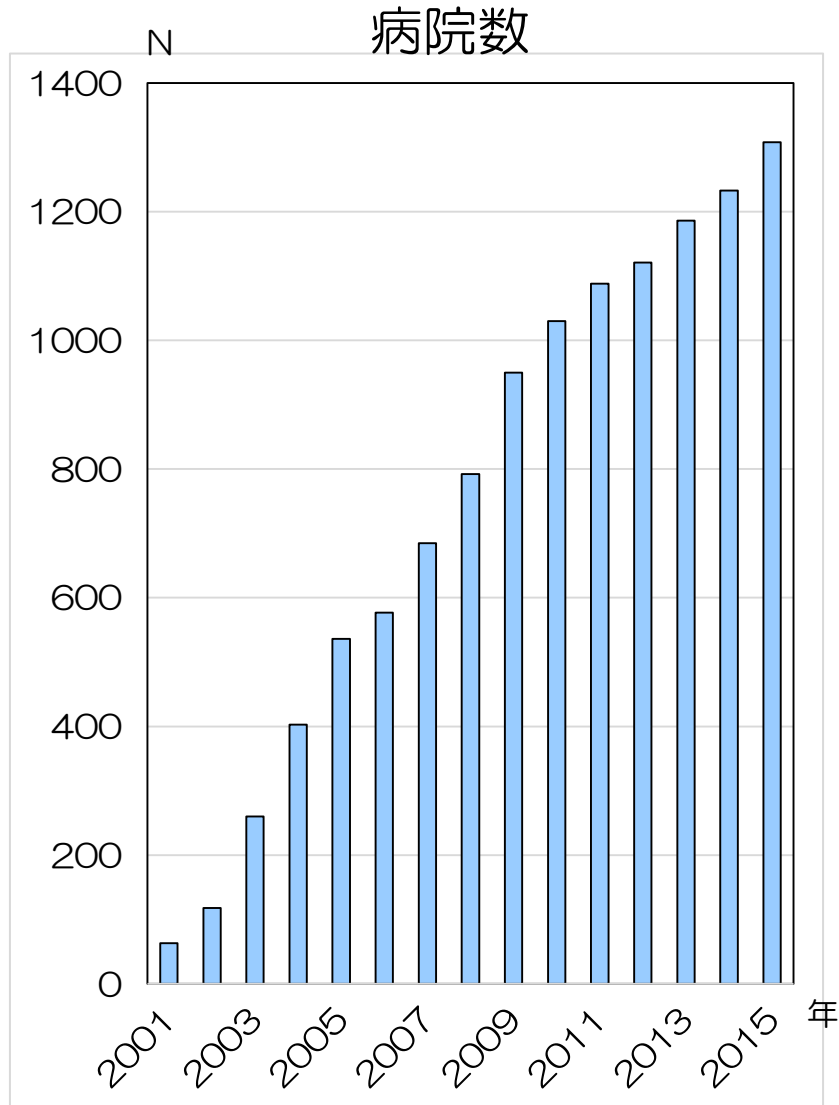
6. 回復期リハ病棟における課題

回復期リハ病棟創設後のリハ医療の変化

- | | | |
|-----------------------------|---|---|
| 1. 訓練室中心のリハ
(PT・OT・ST中心) | → | 病棟生活も重視するリハ
(Dr・Ns・CW・SW等を含む
チームアプローチの推進) |
| 2. 2時間/日の個別リハ | → | 3時間/日の個別リハ |
| 3. 土日祝祭日休みのリハ | → | 365日間実施するリハ |
| 4. 郡部の温泉病院のリハ | → | 都市部の民間病院によるリハ
(全国各地に普及) |
| 5. 入院によるリハの目的 | → | 在宅復帰 |
| 6. リハ医療の機能分化 | → | 急性期～回復期～生活期に分化 |

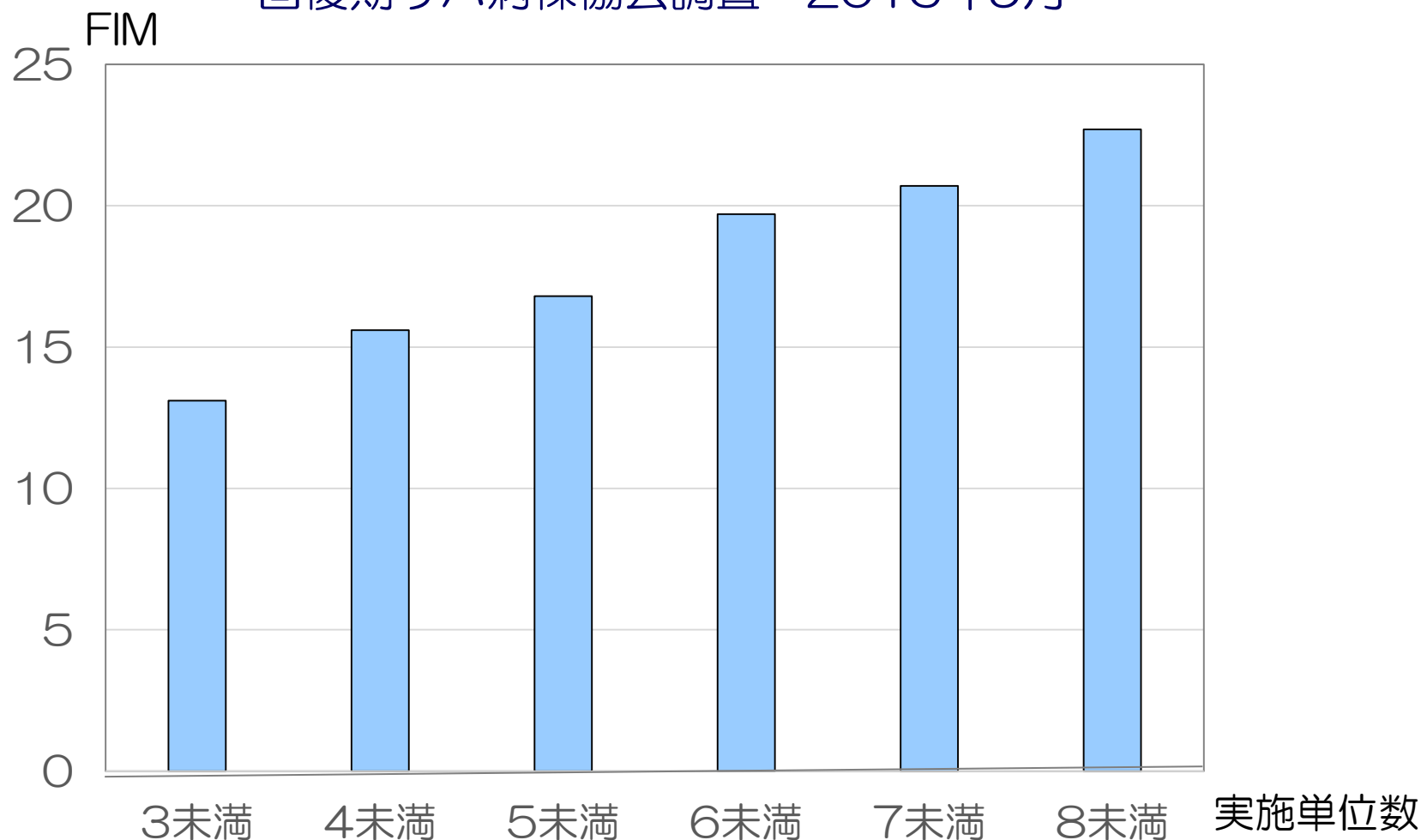
増加し続ける回復期リハ病棟

(回復期リハ病棟協会調査より 各年2月)



1日あたりリハ実施単位数とFIM利得の関係

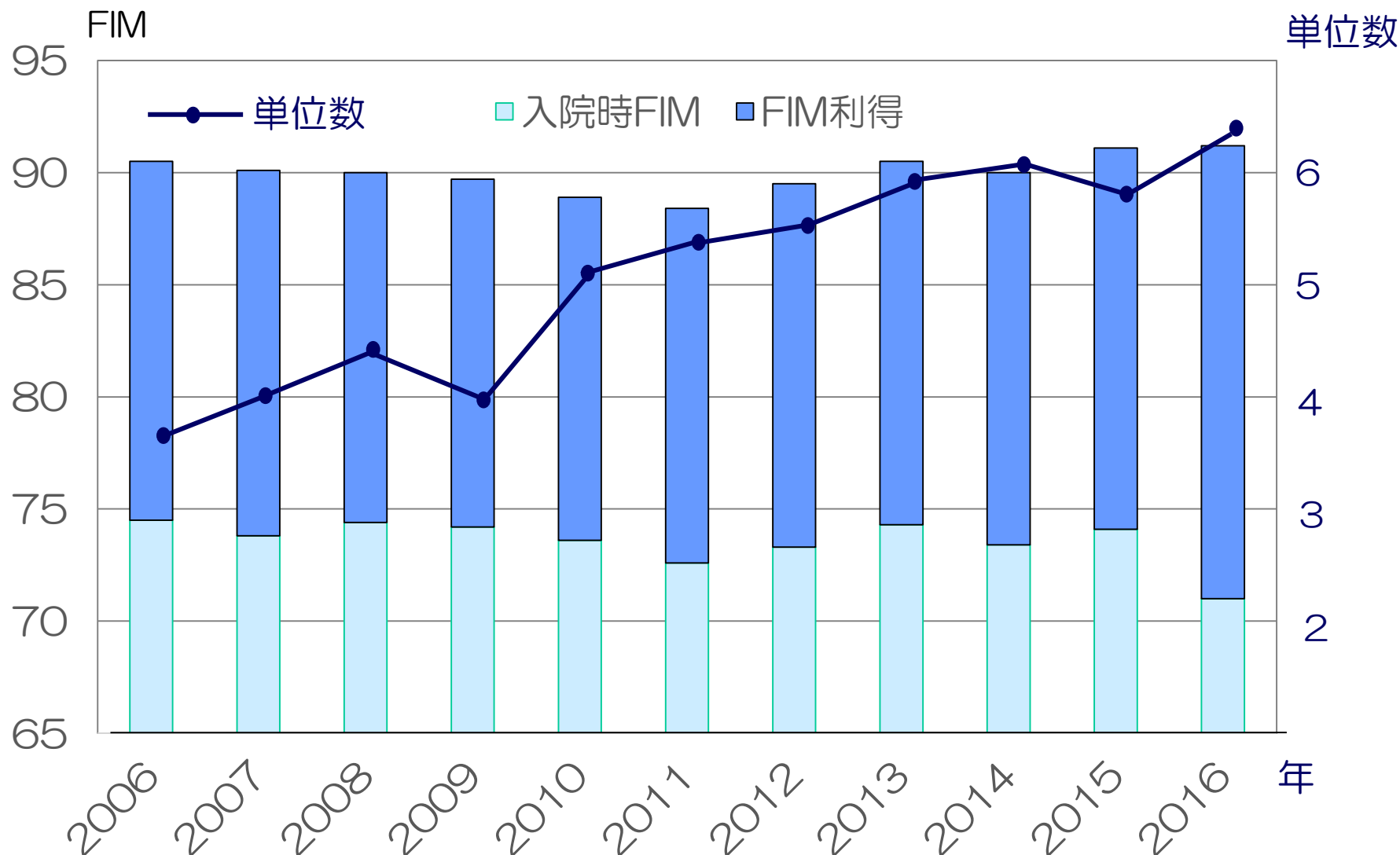
回復期リハ病棟協会調査 2016年9月



※ 1日あたり実施単位数が多いほどADLは改善する

全患者の平均FIM利得とリハ実施単位数の推移

回復期リハ病棟協会調査 2006～2016年



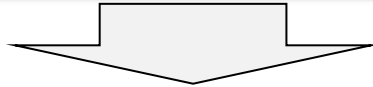
※ FIM利得：実施単位数増加の効果は出ていない

実施単位数とFIM利得が比例しない理由

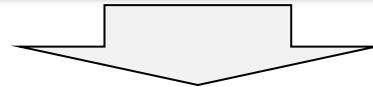
- ADLに関する成果を出せる病棟と、出せない病棟に2極分化し、平均値で見ると成果が見えない。
- 後者は回復期リハ病棟の立ち上げプロセスに問題があるのではないか ？

健全な回復期リハ病棟の立ち上げプロセス

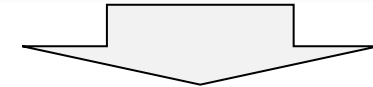
1. リハをよく理解しているリハ科医師
＋
自立支援技術をもつ看護・介護職



2. PT・OT・STの配置人員の充実



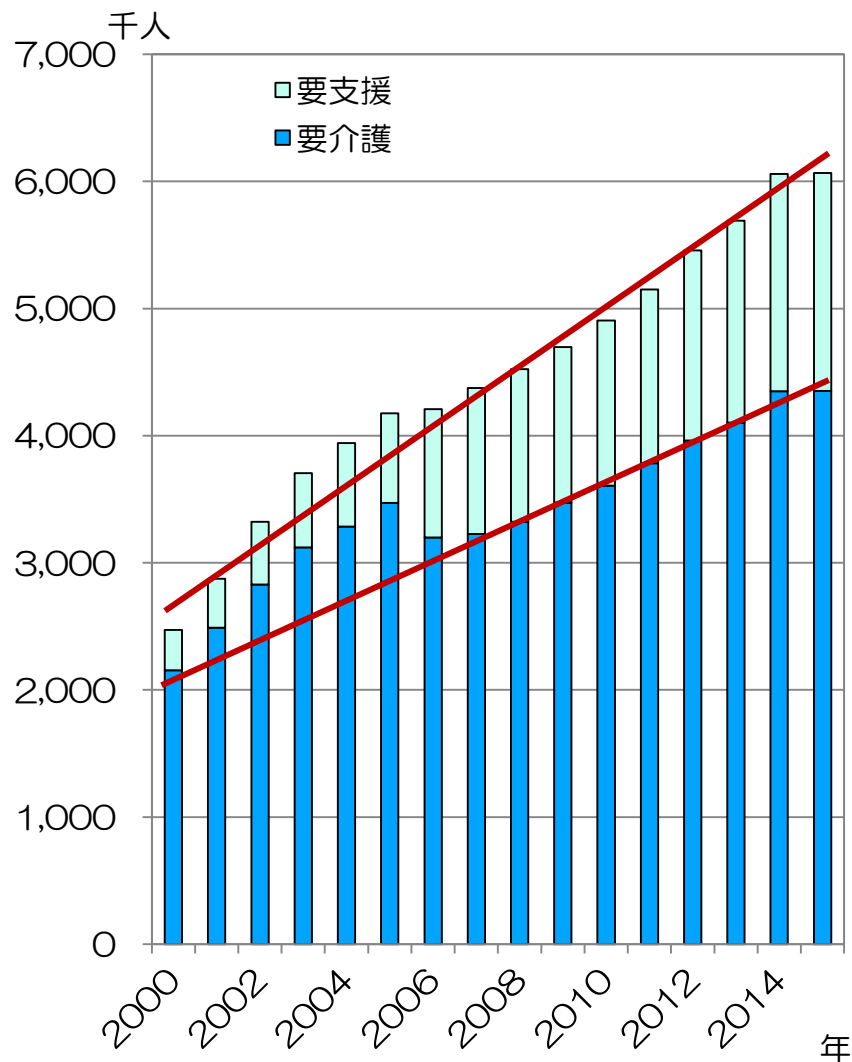
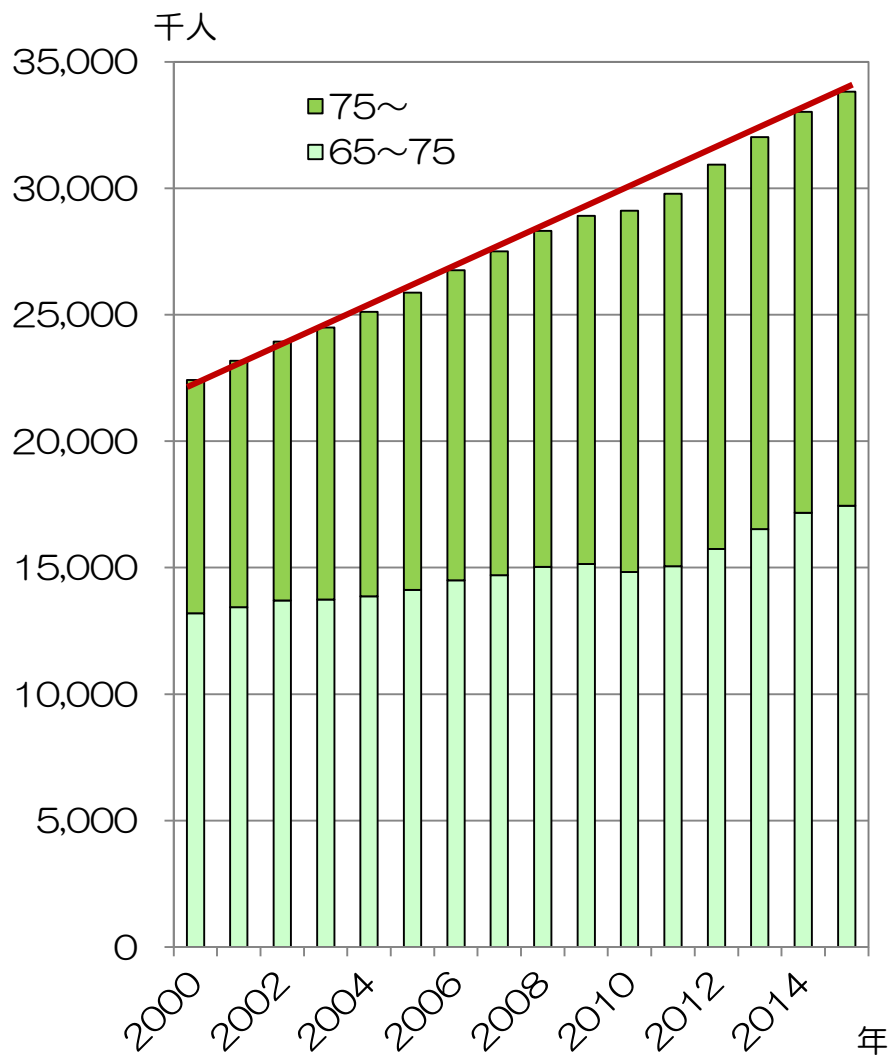
3. 各職種の技術向上とチームアプローチの成熟化



4. 成果を発揮

※ 1. の整備を怠り、 2. を優先していないか ?
3. についての努力は ?

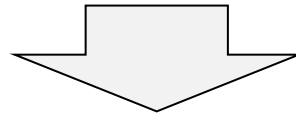
65歳以上の人口と1号被保険者の要介護者等の推移



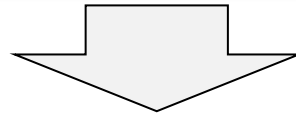
※ 高齢者は1.5倍に増加、要介護者等は2.4倍に増加

リハビリテーション医療に対する警告

- ＊ 急性期～回復期～生活期の基本構造は確立し
回復期リハ病棟数およびPT・OT・STによる
訪問回数は急増した。
- ＊ しかし要介護者等の発生率は減少していない。



- ＊ 適切なリハ医療サービスが提供されているか？
必要かつ十分なリハの提供は ？
リハ漬け（過剰なリハ）はないか ？



- ※ きびしく成果が求められるリハ医療サービス
- ※ 予防的リハの重要性も指摘

リハビリテーション・マインド

1. 正しさを追求する精神
社会的に正しくフェアに
2. チャレンジ精神
保守的にならず挑戦的に
3. 損得抜き精神
目先の利益にとらわれないように
4. 障害を有する人々と共に歩む精神
5. チームアプローチ
One for All, All for One



One for All, All for One

1人はみんなのために、みんなは1人のために