

今まで私はリハビリを誤解していたようだ

(「高齢期のリハビリを考えるフォーラム」に参加した医師)

石川誠氏、リハビリにかける熱い思いを語る

九月三十日に開催した「高齢期のリハビリを考えるフォーラム」での石川誠氏の講演要旨を掲載します。(文責・編集部)



全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会会長

石川 誠 氏

総合病院に新しく開設された脳神経外科に赴任します。当時、佐久総合病院は農村医学・地域医療の権威である、若月俊一先生が院長でした。

1980年 虎の門病院分院にて

退院後のフォローアップ外来 1/月 実施
病院中枢部には内緒で実践
通院できない患者には往診 1/週~1/月 (看護師・PTとチームを組み実施)
時には緊急往診も実施
緊急入院できる病院が乏しいことが悩み

- * 在宅ケアを安心して継続するには、往診・訪問看護・訪問リハ・緊急入院可能な体制が必須
- * いつか、在宅ケアの提供拠点を作りたい！

医師となり13年間で学んだこと

1. 地域医療とは何か
2. リハビリテーション医療とは何か
3. 入院によるリハは良質な看護ケアが必須
4. リハ医療はチームアプローチ
5. 入院リハ・在宅ケアはまず実践活動
6. リハにおける医療経済的視点の重要性

* リハビリを付加機能ではなく、基本的医療システムとして位置づけることが必要

チームアプローチで進めるリハビリテーション

地域リハビリテーション

重要な問題でした。虎の門病院分院のリハビリも衰退の途をたどらざるを得ないように思えたからです。そのような中で私は我が国に気が付き、この地域においてもリハを十分に提供できるようにするために経済的問題が避けては通れないことに気が付き、この挑戦が始まりました。

その後、地域医療の一環としてリハビリと在宅ケアを実践したいという思いから、高知県の近森病院でリハビリに取り組みます。当時の近森病院は医師や看護師はリハビリに全く無関心で、付き添い看護の中、PT・OT・STは各室で単なる訓練を実施、チームアプローチとは名ばかりでとてもリハビリとは言えない状態にありました。そのため、セルフケア能力に応じた看護体制への改革と看護を中心とするチームアプローチの構築が必要でした。かくして、従来のリハビリを考え

現在の脳神経外科は、現在のようない時代であり、また、手術適応や手術手技が必ずしも確立されていたとは言えません。したがって、手術により予期せぬ事態が生じることもあり、歩いて入院してきた患者さんが、手術後に歩けなくなってしまうという事もありました。

回復の治療は当然だが、経済的な問題、家族のことも考えなければ主治医ではないと言われました。その時は頭が真っ白になり、呆然としました。しばらく悶々と悩んだ末、私はリハビリを勉強すれば何か解決の糸口があるのではないかと考え、脳神経外科からリハビリテーションに転身することを決意します。

入院によるリハビリテーションは良質な看護体制が必須

そして、神奈川県にある虎の門病院分院でリハビリの修行を開始しました。虎の門病院分院で何よりも学んだことは、早期離床(寝食分離)と自立支援を実践する看護体制です。

その頃の虎の門病院分院は他の共済組合立の病院の黒字を全部食いつぶしてなお赤字をつくる、そういった病院でした。その頃は、リハビリ部門は最大の非採算部門。リハビリを充実すれば、病院はつぶれるという

この挑戦の中で私は、急性期病院とは異なるリハビリを専門とする病棟が必要だと考え、新たに近森リハビリテーション病院を開設します。しかし、リハビリは私一人ではできません。チームアプローチを進めていく必要があるのです。そこで私は佐久総合病院や虎の門病院分院から仲間を集め、仲間と共にリハビリに取り組みます。

強力なチーム作りにはお互いを知ること、上下関係を作らず、対等な関係を構築する必要があります。

リハビリテーションへの道

医学部卒業後、私は脳神経外科に入局しました。当時の医師たちは激務の中でも懸命に働き、患者の命を救っていました。しかしその一方で、手術をすればす

ある日、若月先生は手術後寝たきりとなってしまった患者さんの前で私に「君が手術したから寝たきりになった。当然、君の責任だ。」と

そして、神奈川県にある虎の門病院分院でリハビリの修行を開始しました。虎の門病院分院で何よりも学んだことは、早期離床(寝食分離)と自立支援を実践する看護体制です。

当時の虎の門病院分院は他の共済組合立の病院の黒字を全部食いつぶしてなお赤字をつくる、そういった病院でした。その頃は、リハビリ部門は最大の非採算部門。リハビリを充実すれば、病院はつぶれるという

この挑戦の中で私は、急性期病院とは異なるリハビリを専門とする病棟が必要だと考え、新たに近森リハビリテーション病院を開設します。しかし、リハビリは私一人ではできません。チームアプローチを進めていく必要があるのです。そこで私は佐久総合病院や虎の門病院分院から仲間を集め、仲間と共にリハビリに取り組みます。

強力なチーム作りにはお互いを知ること、上下関係を作らず、対等な関係を構築する必要があります。

強力なチーム作りにはお互いを知ること、上下関係を作らず、対等な関係を構築する必要があります。

1976年 長野県厚生連 佐久総合病院

若月俊一 院長
(術後、寝たきりとなった患者さんの前で)
君が手術したから寝たきりとなった。当然、君の責任だ。回復の治療は当然だが、経済的な問題、家族のことまで考えなければ主治医ではない。

* リハビリテーション医学に対する興味

1979年 虎の門病院分院

驚異の病棟ケア体制
・早期離床(寝食分離)と自立支援を実践する看護師達
・病棟看護のケア如何で寝たきりは予防可能

リハビリテーションの体制
・リハはPT室・OT室・ST室で行うもの??

* 入院によるリハは良質な看護ケアが基盤
* これにPT・OT・ST・MSW等がチームとして協働することが必要

そして、神奈川県にある虎の門病院分院でリハビリの修行を開始しました。虎の門病院分院で何よりも学んだことは、早期離床(寝食分離)と自立支援を実践する看護体制です。

当時の虎の門病院分院は他の共済組合立の病院の黒字を全部食いつぶしてなお赤字をつくる、そういった病院でした。その頃は、リハビリ部門は最大の非採算部門。リハビリを充実すれば、病院はつぶれるという

この挑戦の中で私は、急性期病院とは異なるリハビリを専門とする病棟が必要だと考え、新たに近森リハビリテーション病院を開設します。しかし、リハビリは私一人ではできません。チームアプローチを進めていく必要があるのです。そこで私は佐久総合病院や虎の門病院分院から仲間を集め、仲間と共にリハビリに取り組みます。

強力なチーム作りにはお互いを知ること、上下関係を作らず、対等な関係を構築する必要があります。

強力なチーム作りにはお互いを知ること、上下関係を作らず、対等な関係を構築する必要があります。

近森会におけるリハ科の活動

- 1989年 近森リハビリテーション病院開設「回復期リハ対応」
- 1997年 在宅総合ケアセンター近森開設「維持期(生活期)リハ対応」
- 1999年 近森病院の急性期リハの整備「急性期リハ対応」

* 急性期~回復期~維持期リハのシステム化

急性期~回復期~維持期のモデル

