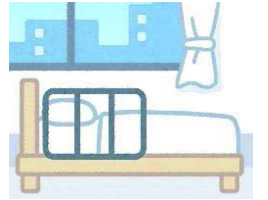




# 回復期リハビリテーション病棟 におけるチーム医療

3階病棟師長 下山弘恵

当院は1961年に西窪病院として開設され、長年急性期病院として活動してきました。2006年5月に武蔵野陽和会病院と名称を変えて現在の地に新築移転した際に、急性期病床の一部を変更し、50床の回復期リハビリテーション病棟を新設しました。当時、脳神経系疾患の急性期治療直後の回復期リハビリテーションを行える病院がこの医療圏にはなく、急性期病院や地域の要望もあり、また多くの皆様のご協力もあって回復期リハビリテーション病棟を新設することになりました。



回復期病棟では、脳神経系疾患、大腿骨頸部骨折などの治療後、廃用症候群などを対象に社会復帰や日常生活の自立を目指したリハビリテーションを提供し、自宅への退院を支援することが重要な機能となります。



脳梗塞や脳出血で手足に麻痺が生じたり、言葉が出なくなったり、食事を飲み込むことが難しくなったりする様々な後遺症（障害）に対し、医師の指示のもと、セラピスト（療法士）が役割を分担して機能訓練を行います。入院期間中の健康管理は医師と看護師が担当、生活支援は看護師と介護士、薬については薬剤師と看護師が関わります。さらに食事は管理栄養士、面談の調整や福祉に関する相談はソーシャルワーカー（相談員）と多職種チームで1人の患者さんに関していきます。

障害が残った場合でも歩行ができるように、下肢装具を装着したり、歩行器や杖を使用しながら歩行訓練も行います。利き手が麻痺した方は着替えの手順を工夫することで、自分でできるように訓練します。トイレやお風呂の入り方も、繰り返し練習していきます。失語の場合は、その程度・特徴を把握し、コミュニケーションを図れるような工夫や、発語・書字・計算などの訓練で社会復帰を目指します。

その間に毎月、ご本人・ご家族とリハビリ医師の面談を行い、退院までの準備をしていきます。経口摂取が困難で経管栄養のまま自宅へ帰る場合は、必要な医療行為について看護師がご家族に指導します。口腔ケアの指導は歯科衛生士が、オムツ使用の継続が必要な場合は、交換の方法を看護師と介護士が指導します。ご家族は介護申請を行っていただき、社会資源の利用が必要な場合はケアマネージャーを決め、退院前カンファレンスでサービス調整をします。退院後に訪問診療や訪問看護が必要な場合は、担当者会議を行い訪問診療の医師や訪問看護師を招き、ご本人・ご家族と職種毎の担当者と退院後の計画について話し合います。



このように、患者さまが不安なく自宅で過ごせるようにするには、ご家族と多くの職種の担当者と地域とが連携を密にして関わっていくことが必要になりますが、その重要な橋渡し役が回復期リハビリテーション病棟であるといえます。



今、日本はこれまでにない高齢社会を迎え、団塊の世代が後期高齢者となる2025年問題を目の前にしています。当院では、訪問診療部門も設け、法人内には訪問看護ステーション、老人保健施設、介護付き有料老人ホームもあり、地域完結型を目指す地域に密着した医療を提供しています。これからも地域のニーズに応え続ける法人の一員として尽力していききたいと思います。