

に加え、タッチパネル式の登録医検索システムを開発し 2003 年 3 月から正面玄関に設置している。

病床管理の徹底：後方病院の確保にはどの病院も熱心だが、意外に徹底していないのが、病院内での後方ベッドの確保。緊急性の低い患者が救急病床を占めていると、救急受け入れに支障をきたす原因にもなる。イントラネットで加算状態までチェックできる仕組みを作っている。病床管理は看護部門が徹底して行っている。一般病床数 800 床を超える当院が、平均在院日数 15 日台で 96%の病床利用率を維持できるのには、看護部門の働きが大きい。

連携担当副院長のコメント

今後の医療制度改革により急性期病床が激減した場合は、医療連携のあり方も変わってくるかもしれない。また、IT化が進むにつれて、紹介状や情報交換の形式も変わってくるだろう。医療施設間で相互に質を高め、密度の濃いネットワークを築き上げる努力が、今以上に必要になる。

有志の開業医グループ

名古屋市には、組織力に頼らないインフォーマルな連携グループが複数ある。「連携」に熱意をもった医師たちが、市内各地で独自のしなやかな連合を展開中である。

フォーマルな連携システムが潤滑に動く水面下には、これらのインフォーマルなネットワークによるシステムを熟成させる働きがある。

異なる診療科同士の連携

1993 年、名古屋市千種区において、近隣の異なる診療科医師が集い「内高」診診連携システムが始まった。覚え書きを交わして紳士協定を結んだ 6 診療所がグループを形成し、相互に助け合いながら継続的な治療と在宅医療を行っている。

ソロプラクティスが主流だった当時は(今もだが)、全国的にも珍しい試みで、周囲からはうまくいくはずがないと言われ続けた。ところが、発足後 3 年で診療所間の情報交換量は 9 倍以上に増え、外部からの紹介患者数は 2 倍になった。

異なる診療所同士の連携は、相互の経済的競合が起りにくく、相互の紹介率は向上し、かつ総合的な医療を地域住民に提供することができる。

定期的な会合や電子会議室を通じて、連携の動きは市内のあちこちに飛び火し、連携グループが複数生まれてきた。

同じ診療科同士の連携

1995 年、名古屋市北区において、内科の診療所医師がグループを作り在宅ケアのための「北中」診診連携を始めた。電子カルテによって共有患者の共同管理を行っている。異なる診療科連携の「内高」とは、コンピュータネットワークを介して患者情報を共有化している。内科以外の疾患の相談にのってもらえることもある。

在宅医療を 24 時間体制で行う場合、患者情報を共有する必然性から、参加人数と地域が限定されてくる。当初参加を希望していた医師たちは、それぞれの地元に戻り地域密着型の小規模な連携グループを形成していった。

診診連携の融合

実は「内高」と「北中」の連携グループは内部でつながっている。異なる診療科同士、同じ診療科同士の連携があつてこそ、緊急時と在宅ケアに対応できる。異なる診療科同士の連携は「機能をあわせること」であり、同じ診療科(内科)同士の連携は「時間をつなぐこと」を意味する。

「北中」の在宅ケアの連携が火付け役になって、そのノウハウを連携グループ同士で交換し合うようになった。連携グループ間にネットワーク化の動きが始まり、1997 年、愛知診診連携連絡会に発展した。

連絡会は、名古屋市内だけでなく近隣の市町にまで及び、地域も異なり診療科も異なる 50 名以上の医師たちが集まっている。参加の条件は、実際に連携活動をする意思があること、メールアドレスを持っていることである。現在、メーリングリストや定期会合で活発な情報交換が行われている。

病診連携のシステムづくり

名古屋市医師会の病診連携システムにおいても、医師会と病院との公的な交渉事の影で、システムを熟成させる実働部隊の役割を担っている。医療連携は、上からではなく下から、現場から発生した方が強固なものになる。病院の連携室は、開業医からのクレームでバージョンアップしていく。

名古屋第二赤十字病院の病診連携システムでは「内高」グループが開業医側の中心となって交渉した。「北中」でも、病診連携のネットワークが形成されつつある。

オルガナイザーのコメント

成功の秘訣は、小規模連携のネットワーク化によるしなやかな診診連携と病診連携の融合である。画一的なピラミッド組織ではなく、連携への強い意思と熱意を持った医師の自発的集まりであることが必須で、やる気のない者まで取り入れた全体的なシステムでは決してうまくいかない。

参考文献

* 2002 年以前の文献のみ掲載。2003 年以降の文献は「V. 文献」に掲載

横井隆, 早川常彦: 平成 12 年度病診連携システムに関するアンケート集計結果について, 名古屋医報 1236 号:4-19, 2002.5.1

安藤恒三郎: 急性期高機能病院による医療連携のメリット, 病院 60(10):874-875, 2001

名古屋第二赤十字病院: 病診連携システム資料, 名古屋第二赤十字病院病診連携システム運営協議会事務局, 2002

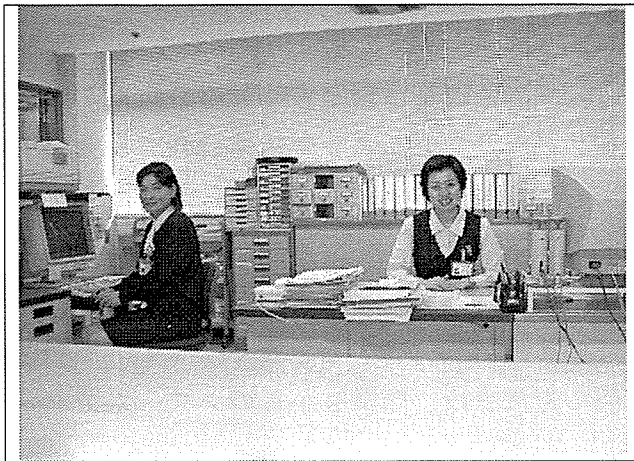
柴田恒洋,坂野哲哉他：開業医による大学でのプライマリ・ケア教育への参加, プライマリ・ケア 22(4):335-341,1999

森博彦,柴田恒洋他：診診連携：コンピュータ通信を介した患者情報の共有化, プライマリ・ケア 20(1):64-68,1997

森博彦,加藤久仁他：異なる標榜科同士による診診連携の試み, プライマリ・ケア 20(3):265-268,1997

森博彦：これからの医療連携・診療所の立場から, 東京都医師会雑誌 54(3):238-242, 2001
名古屋周辺の医療連携ネットワーク, 矢野経済研究所

図IV-17-1 地域医療研修センター①



図IV-17-2 地域医療研修センター②



医療環境

大阪府内に5施設の地域医療支援病院があり、うち二つが堺市に集中。市内に大学病院はないが、隣市に近畿大学医学部附属病院、りんくう総合医療センターなどの基幹病院がある。地域で支配的な大学医局は特になし。

中核病院：ベルランド総合病院

522床(含むNICU9床、ICU10床)、26診療科、医師86名(2005年5月)、入院患者数482人/日、外来患者数911人/日、平均在院日数15.4日、地域医療支援病院紹介率80.8%(2005年度)

地域医療支援病院、DPC試行病院(2006年から)、開放型病院

1955年 親病院である府中病院を開院、1964年 生長会設立、1975年 特定医療法人に変更、1982年 ベルランド病院開設、2002年 特別・特定医療法人に変更

医療連携の特徴

医療連携がブームになる前から、創設者の「地域の開業医の先生を大事に」という方針に沿って、検査予約センター等の活動を通して患者紹介を進めていった。地域医療支援病院もその実績の上に承認された。

これまでの経緯

「地域医療連絡室」を事務職員3名でスタート。その後「地域医療予約センター」へ発展。開業医からの検査依頼をセンターで受けて予約。当初から検査の紹介用枠を確保して共同利用を進めた。

2002年、「地域医療連携室(図IV-18-1)」と名称を変え担当業務も増やした。略して「ちいれん」。医療連携がブームになる前から、検査予約センターの活動実績があった。今でも開業医からの検査予約は連携室が担当する。外部からの依頼に対してはオーダーリングで予約を即決して回答できる。病院内の検査よりも開業医を優先して予約をいれている。人員構成は、室長が看護師、他は事務職で計7名体制。(連携登録カード(図IV-18-2)、連携室のご案内(図IV-18-3))

2002年、夜間診療の中止。通常18時から20時まで行っていた夜間診療を中止した。医師会の要請ではなく自主的に決定。救急入院と紹介受け入れの体制強化のため。

2004年、地域医療支援病院の承認を受ける。

究極の逆紹介：

病院の外来患者をその場で開業医に紹介することもある。「ご紹介」というより「ご案内」。例えばインフルエンザの流行期、病院外来では待ち時間が大変になる。「そんな長い時間よう待たんわ」という患者の場合、連携室から近隣の開業医に電話をして受け入れの有無を確認し、患者にそちらに行ってもらおう。送迎サービスあり。もちろん病院に受診したことにはならない。患者に対してお断りをする場合、その後どうするかまでを案内しなければならない。「だめ」で終わってはいけないという方針で臨んでいる。

連携上の問題点：

診療所の診療レベルの格差、医師会が発行する情報マップだけでは診療所の診療情報が足りない(専門分野、検査機器、ネットワーク等)。

勤務医の理解と協力。多忙なあまりに勤務医が開業医からの紹介患者を断ってしまう。新任医師への教育が重要。紹介患者の受け入れを断るときは「ちいれん」に事前承諾を得るように求めている。

地域医療ネットワーク：

2005年、地域の38病院の地域連携担当者が集まり情報交換の会を行った。音頭取りは小規模な民間病院。小規模なためできるだけネットワークを作って患者紹介をスムーズにさせようという狙いから、軽い気持で声をかけたところ、38病院も集まってしまった。

開業医の立場から：僕が勤務医を辞めた理由(40代元勤務医)

病院に紹介する際は患者の要望を第一に聞いている。もちろん重症度によって判断する。ベルランドの連携室の受け入れ体制は非常に良い。例えばCT検査を依頼しても、その場でその日のうちに患者が結果をもらい、すぐに病院から検査結果が送られてくる。よその病院になると1週間待ちのこともあり、緊急のときに間に合わない。

すばやい対応ができるのは病院トップの考え方あつてのことだろう。それをスタッフにきっちり浸透させている。紹介しても戻ってこない患者はその必要性があつてのことで、患者を取られるという感じはない。

自分がベルランドを辞めた第一の理由は、心身ともに疲れきったから。他の病院なら経営が悪くて潰れたりする中でも、ベルランドは先端医療をちゃんとやった上で、経営上も採算を取っている。その分やはり職員の負担が大きくなっていくのかもしれない。職員がトップの意向を受けて真面目に働くのでサボれない。よその病院のように職員がサボれるところでは1週間後に検査報告書を出しても平気だが、ベルランドではすぐに出さなければならぬとなると、職員の仕事は大変になる。

これは本当にデフォルメなしで、例えばエレベーターのボタンを押してあがって来るまでの時間に、柱に寄りかかってちょっと寝てるんです。それくらい時間がない。やはり患者数が多い。外来が多くて昼メシもまともに食べられず、菓子パンなどで済ますことが多

かった。受け持ち患者の病棟がまたあっちこっちの階にまたがっていて、調子が悪いと呼ばれて診て回るうちにまた呼ばれて、戻ったらまた次の仕事。なかなか一つの仕事が終わらず中途半端になっても、あちこち駆けずり回っていた。

昔よりも今の方が業務量が増えている理由は、一つは、入院診療計画書とか、紹介されたらすぐ返事を書いてとか、昔は思いついたときぐらいしかやらなかったペーパーワークが増えている。患者や家族への説明にも結構時間を使う。その他細々とした診療以外のいろんな雑用が負担になっている。

経済的にギリギリの人数で回しているから仕事の負担が多くなる。負担が多くなると辞める。残った人間がさらに疲労する。ちょっと人が入ってもちょっと勤めてすぐに辞める。そんな悪循環をしている。5, 6年前にはそういう雰囲気はまだなかった。忙しいなりにまだ、そういう切れるような忙しさというのはなかった。ここ3, 4年で紹介患者が増えてさらに大変になった。

勤務医の一日はベターっと仕事がつまっている。普通の一般外来で不意に紹介患者が入るとパニックになる。昔のベルランドは外来が2,000人くらい、今は1,200人程度に減ったが、ずっと自分のところに来ている患者は定期的にかかっている人たちばかり。

逆紹介はしたかったが、外来が5分では紹介状を書く暇がない。そうするとまた来てしまう。思い出すたびにちょっと書きはするが、患者も納得しないので5分の中ではなかなか説明できない。説明して納得してようやく紹介状を書いてとなるので。トップからは逆紹介しろという指示は出ていたが、とてもじゃないができなかった。

病診連携でも逆紹介の場合は、開業医の先生に任せられるのかという問題もある。通院が必要な患者とは慢性疾患の人のことで、慢性疾患の場合はほったらかしてうかうかすると重病になることもある。1ヶ月2ヶ月診療所で診ている分には問題ないだろうが、半年、1年経過するとなると、ちゃんと診ておかないと大変になる。

勤務医時代は診療所の先生たちをそんなに詳しくは知っていなかった。面識のある開業医の先生はごく一部。実際に患者を送ってみて次に患者が外来に来たときに、診療所で今までどのような治療を受けてきたかを見て、考えることもある。

診療所のどの先生がどのレベルというのは実際にお会いしても全然わからない。たまに勉強会などに出ても、講演を聞いているだけになってしまう。実際に自分が患者を送って実感するという感じだ。

外来から逆紹介するケースで一番多かったのは、紹介患者の入院中、ある開業医の先生が何度も病院に来ていらして、病室でその先生と患者さんの病状について相談したり報告したりした。その患者を退院後に先生のところへ送り返しても、何が問題になっているとか診断上の不安があるとか、その辺をちゃんとフォローしてもらえると安心感があつた。

病診連携はものすごく大切だと思う。これからはそのセンでいかんとしようがない。大きな病院に風邪でかかって、重症の病気の人が待たされるというのでは困る。

開業医の立場になると、勤務医からの紹介患者の報告は大変助かる。これがないとやっていけない。しかし勤務医の多忙さを知っているのも、逆に紹介しづらいなとも思う。申し訳ないという気持が強い。開業医も病院もどちらも経済活動をしているわけで、きちんとした経済的メリットがあって、ギブアンドテイクの関係であればやりやすい。紹介しても嫌々受け取ってもらうようだったら紹介しづらい。紹介してもらってありがとうございましたと思ってもらえたら、こちらも紹介しやすくなる。

患者は医者についているという一面がある。その先生にずっとついてる患者さんに対して「よそに行きなさい」では納得されない。追い出されたと思ってしまう。国の方針として責任を持って患者に説明すべきだ。

医療政策の本当のもくろみは医療費削減にあるのではないかと、非常に不信感がある。結局国の財源確保のためだけに、病院受診を抑えようとしているのではないか。医療界では経済的なしんどさが非常に強い。医者が虐げられている感じさえする。自院で言えば、潰さずに維持することができるかどうか不安を感じている。

図IV-18-1 地域医療連携室



図IV-18-3 連携室のご案内



図IV-18-2 連携登録カード



県内唯一の大学病院の機能

佐賀大学医学部附属病院 病院長特別補佐のコメント

佐賀大学は地域連携におけるコーディネーター的役割を担う。大学病院が地域ネットワークの司令塔になっても、それだけでは機能しないだろう。求められるのは、連携のリーダー的存在というより、ハブ的機能だ。患者中心の総合診療マインドを持った地域の医師が自発的に作る人的ネットワークの、受け皿となるシステム作りが求められている。連携に関してどこかが一方的に指図するなんてことはありえない。

医療連携のためには情報のスムーズな行き来が必須だが、逆説的なことに、今は情報過多のためお互いが閉鎖的な世界に入ってしまった。IT技術によって瞬時に手に入る情報の量があまりにも増えすぎて、太平洋の真ん中で手に入る水がすべて塩水のような状況といえよう。いくら情報があってもその人のニーズと一致しなければ無意味な情報、使える情報に上手く加工しなければいけない。

医療の現場に即して言うと、情報を加工するということは、ガイドライン的なかたちで診療や連携の流れをわかりやすく提示するということだ。ほしい情報が特定の誰かの頭の中には入っているが、他の人にはわからないということが多い。実際には、情報公開が進んでいないことを、あまり責めると自分たちがデータベースに基づく診療指針作りに熱心ではないことが露呈するので嫌がられる。

医療の機能分化を進めると、網羅性がどこかで犠牲になってしまう。それを補うには、地域のニーズを見ながら医療機関同士が相互に役割分担と連携を図るべきではないか。県内唯一の大学病院でも、すべてを仕切る必要はない。

現在の医療計画の基本となっている連携モデルは、大病院と診療所の二元システムだ。しかし実際は、地域には小規模な民間病院がたくさんあって、医療計画のグランドデザインと現実の間にはミスマッチがあると思う。わが国の小規模病院は混沌とした状況の中にあり、医師不足で大騒ぎになっているのもそういう病院だ。しかし、本来小規模病院でどのような医療をすべきかはあまり議論されていない。一律に福祉型に転換すれば良いという問題でもない。現実から理想へ移行するためにはきちんとした方策がないと。

意外と、市中の小さな病院がハブ的機能を果たしている事例もある。世間的には民間の中小病院には老人ホームのような形態も多いと思われるが、医療で担うべき重要な役割もあるのではないだろうか。

ハブ的活動の事例

Y医師、37歳、総合診療科、佐賀大学卒

佐賀市内の民間病院における6年間の実践

医療法人F病院：75床、外科・肛門科、整形外科、内科

3次医療と1次医療、急性期と慢性期の間の橋渡しをすると位置づけられる民間病院に身を置いていた。両極だけではお互いに上手に絡まない。それは医療側のニーズと患者側のニーズがあまりにもズレているから。急性期から慢性期に移行する時の、医療側と患者側の認識のズレがあまりにも大きく、その差を埋められない。施設でのサービスの差もあるが、一番は病院側と患者さんの気持ちとの差が問題だと思う。

大病院ではなかなかうまく動けないので、民間の中小病院をそういう問題に対処できるように変えてしまおうと思った。民間病院を使って橋渡しをするという作戦を赴任当初から考えていた。それ以前に大学病院や県立病院等、佐賀で一番大きい病院で働き、その後大学医局のカリキュラムで僻地にも行き、その経験から、なにが一番その地域にとって大事なことを考えるようになった。その民間病院に赴任したとき、「ここですべき仕事はこれだ」と思った。

医療側にとっては急性期が終わった患者さんを一旦その病院に転院させ、患者側にも急性期治療が終わったと納得してもらうためのフォロー期間と位置づけ、その病院に入院している間に次の移り先を探すということをやっていた。対象はすべての疾患。いわゆるリハビリ病院が果たしている役割とは違う。

回復期リハビリテーション病院に関しては、例えば佐賀市では、脳梗塞で入院した患者さんを回復期リハ病院に移そうと思うと、状況によっては1ヶ月待ちになったりすることがある。回復期リハに行くために、一旦この民間病院で受け取って回復期リハに予約を入れる。そういう状況の患者の多くが、疾患に関する理解が乏しいままに、大学病院を出されたこと、今後のことなどに不満や不安を抱いている。そういうことについてフォローをしつつリハビリ病院に移ってもらう。

表面的には「たらい回し」をしていることになるが、一般的なたらい回しではなく、病態に応じて必要な医療が提供される場所が変わるということに納得してもらう期間として重要だ。平均在院日数はだいたい17、18日。その間に道筋を立てて、その後のことや退院のコーディネートもして、患者は出て行かれる。

その病院では、大きな病院が下請けのように見ていた急性期後のケアを提供する機能と、在宅の患者さんについてどこまで重症の人まで在宅で診られるかについての振るい分け機能と、両方を果たしていた。在宅や施設で状態が悪くなった人や、身体疾患を持った重度の認知症の人などが、いつでも24時間入院出来るような病棟がないと困るので、そのような患者さんを引き受けたり施設をバックアップしたり。

医療側と患者側の折り合いを付けるという役割は、あくまでも今の医療制度の中でシステムの間隙を埋めるべくやっていたことであって、今後医療制度が変わっていった時に、

その時の医療制度の隙間をどうやって埋めていくかについてはわからないし、自分の思っていることはもう時代遅れかもしれない。しかしやり方が変わるだけで、結局、制度の中で動いていかなければならないという気持ちはある。どのような制度であっても、制度の中で、どうやったら患者が不満を抱くことなく医療なり介護なりを提供できるかということだ。

今度また制度が変わるので、その制度と地域のニーズを見極めてやっていきたい。正直なところいつも思うのは、こういう大学病院や県立病院のような大病院にこそ、今やっているような機能を担うセクションがあって、確立されていればいいのだが。現実的には無理で、大病院や公的病院はなかなか仕事を増やしたげらない。

久々に大学に戻ってきて思うのは、医師同士がプライドが高く本音を言わなかったりする風潮のことだ。だから大学病院の中にそういうセクションを作っても上手くいかないだろうなどは予想できた。その一方で例えば民間病院に出してしまうと、大学病院の医師がフレンドリーに接してきてくれる。そこで培った交友関係は非常にいい。外部の人であれば、言った通りにしてくれるところにはフレンドリーといった関係が成り立つ。例えば僕達が外の病院にいて困った時に大学病院の医者に頼むと、「いつも(困った患者さんを)引き取ってくれてるからギブアンドテイクで何とかするよ」という関係になる。それは非常に心地良い。しかし大学の中ではそれは無理だと思うので、やはりこういった機能を持ったセクションは外に作るべきだろう。

外部の施設との連携の方が、大学病院内の調整より、よほどやりやすい。ネックは医者であり、医者のプライドだと思う。

この民間病院にとって、自分のやり方が良かったかどうかはわからない。民間なのでお金が儲からないやり方では話にならないが、地域にとっては良かったと思う。要は、僕の場合、この民間病院は儲かっていたから文句は言わせなかった。忙しければ人員を補充しようということが、民間は非常に動きがいい。そこが狙い目だった。公的な病院はそうはいかない。だから民間病院で仕事をするコツは、絶対に儲かせながら地域に必要なことをやるということだ。

この病院の場合、基本的に収支は良かったのだが、今後の医療の展開を読んだ時、急性期病院は近くにあるので、先に言った橋渡しの役割と在宅や施設からの患者さんを受け入れる役割に特化した方がいいと自分は考えた。でもオーナーは専門特化した診療部門をメインに持っていきたいと。その意見が合わなかった。個人オーナーがやっている民間病院の限界なのかなと思った。

連携というネットワークを作る上では、患者さんの療養の道筋を立てる受け皿病院を作ることが必要で、それは自力で病院を建てたりしなくても、地域の中小病院で奮闘して作り続けることは可能だ。今度の赴任先でも同じことを実践するつもりだ。

付録：大学が担う地域の医療人材育成

文部科学省の「地域医療等社会的ニーズに対応した医療人教育支援プログラム」に佐賀大学の「県民医療アカデミー オブ e-JAPAN」が採用された。佐賀県を一つのコミュニティとしてとらえ、5ヶ所の保健医療圏に拠点となる「地域医療教育振興センター」を設置。地域医療を担う医療人の育成を推進。(大学連携室のパート職員の人件費もここから捻出)コンピュータネットワークを使って、文献検索、電子カルテ情報の閲覧、テレビ電話機能を用いた症例検討会・勉強会・意見交換会、eラーニング機能を利用した自己学習等を行う。

佐賀大学との連携：地域医療の中核を担う民間中小病院

佐賀県鹿島市は人口3万人、高齢化率24%、佐賀県の〇〇の過疎地域。郡部に療養病床が多いが市内には少ない。病床が偏在し、病床数が足りないのに基準病床数では過剰地域。連携しようにも診療所がない。

特定医療法人祐愛会織田病院

佐賀県鹿島市の中核病院。病床数111床。9診療科

2002年、地域医療連携室開設

2004年、開放型病院認可

2005年、連携センターへ移行

連携センター：

同じ法人内でも情報が交錯して患者の動きがわからない事態が起こる。センターに患者情報を集約して情報公開する。「掘り起こし」患者情報共有の会議。いずれは地域全体の患者情報共有に発展させたい。

リエゾンナース(図IV-19-1)の導入：

入院・外来連携業務、入院が決定してから入院までの手続きを選任ナースが担当する。将来的には外来、入院、退院後(地域)の一貫性ある患者情報を活用。

連携パス(図IV-19-1)：

問題点：現在でも急性期疾患の連携はできており、病診連携に関しては問題ない。問題は、在宅ケアと末期の受け皿がないこと。

図IV-19-1 リエゾンナース、連携パス

看護実践連携パス

患者氏名 _____ 入院日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 - 退院日 ____ 年 ____ 月 ____ 日

〒____ 市 _____ 区 _____ 丁目 ____ 番 ____ 号

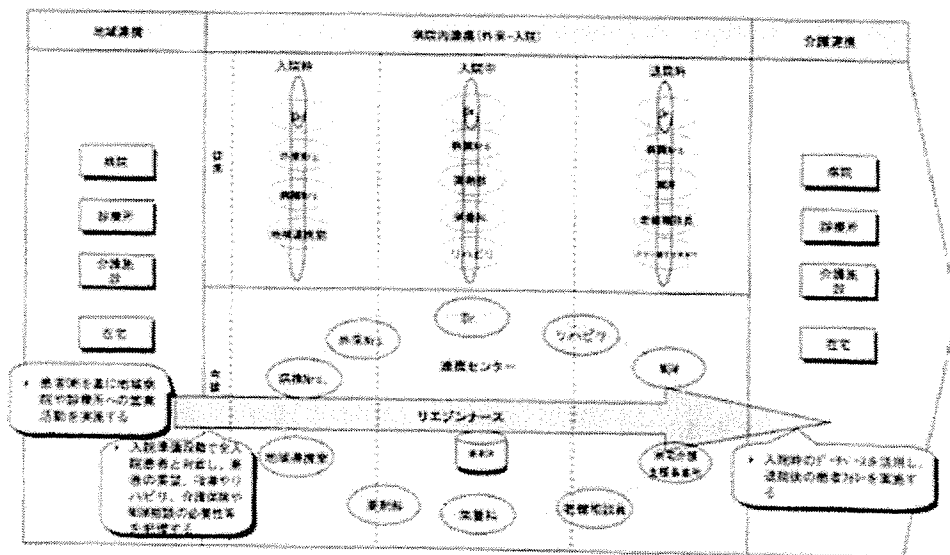
病室 T: _____ 床番番: SN: _____ 階: _____ 病棟: _____ 科: _____ 病棟番号: _____

看護(目標)	達成時期	2週間後 月 日	1ヶ月後 月 日	3ヶ月後 月 日	6ヶ月後 月 日	9ヶ月後 月 日	12ヶ月後 月 日	
知識	<input type="checkbox"/> 一般病名 <input type="checkbox"/> 看護エコー <input type="checkbox"/> 看護CT <input type="checkbox"/> 看護カプ <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 一般病名 <input type="checkbox"/> 看護エコー <input type="checkbox"/> 看護CT <input type="checkbox"/> 看護カプ <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 一般病名、看護エコー (CEA, CA1F-E)	<input type="checkbox"/> 一般病名、看護エコー (CEA, CA1F-E)	<input type="checkbox"/> 一般病名、看護エコー (CEA, CA1F-E)	<input type="checkbox"/> 一般病名、看護エコー (CEA, CA1F-E)	<input type="checkbox"/> 一般病名、看護エコー (CEA, CA1F-E)	
技術技能	<input type="checkbox"/> 観察力 <input type="checkbox"/> 有 (観察力内容)	<input type="checkbox"/> 観察力 <input type="checkbox"/> 有 (観察力内容)	<input type="checkbox"/> 観察力 <input type="checkbox"/> 有 (観察力内容)	<input type="checkbox"/> 観察力 <input type="checkbox"/> 有 (観察力内容)	<input type="checkbox"/> 観察力 <input type="checkbox"/> 有 (観察力内容)	<input type="checkbox"/> 観察力 <input type="checkbox"/> 有 (観察力内容)	<input type="checkbox"/> 観察力 <input type="checkbox"/> 有 (観察力内容)	
認知・実践力	AAA 1.3g 9.4-12.3g 2X 2.0-3.0 2X プラズミン 40 2X	内服薬の管理: 月 日 <input type="checkbox"/> 有 (管理内容)	内服薬の管理: 月 日 <input type="checkbox"/> 有 (管理内容)	内服薬の管理: 月 日 <input type="checkbox"/> 有 (管理内容)	内服薬の管理: 月 日 <input type="checkbox"/> 有 (管理内容)	内服薬の管理: 月 日 <input type="checkbox"/> 有 (管理内容)	内服薬の管理: 月 日 <input type="checkbox"/> 有 (管理内容)	内服薬の管理: 月 日 <input type="checkbox"/> 有 (管理内容)
医師・看護師	<input type="checkbox"/> 日本生活に <input type="checkbox"/> 満足はありますか							
食事	<input type="checkbox"/> 適切な食事摂取 <input type="checkbox"/> 医師の手配	<input type="checkbox"/> 適切な食事摂取 <input type="checkbox"/> 医師の手配	<input type="checkbox"/> 適切な食事摂取 <input type="checkbox"/> 医師の手配	<input type="checkbox"/> 適切な食事摂取 <input type="checkbox"/> 医師の手配	<input type="checkbox"/> 適切な食事摂取 <input type="checkbox"/> 医師の手配	<input type="checkbox"/> 適切な食事摂取 <input type="checkbox"/> 医師の手配	<input type="checkbox"/> 適切な食事摂取 <input type="checkbox"/> 医師の手配	
排泄	<input type="checkbox"/> 排便 <input type="checkbox"/> 尿	<input type="checkbox"/> 排便 <input type="checkbox"/> 尿	<input type="checkbox"/> 排便 <input type="checkbox"/> 尿	<input type="checkbox"/> 排便 <input type="checkbox"/> 尿	<input type="checkbox"/> 排便 <input type="checkbox"/> 尿	<input type="checkbox"/> 排便 <input type="checkbox"/> 尿	<input type="checkbox"/> 排便 <input type="checkbox"/> 尿	
認知域及び言葉への関与	<input type="checkbox"/> 認知域及び言葉への関与							
その他	<input type="checkbox"/> その他							

この計画書はあくまでも目安であることをご了承下さい。体調がすぐれない場合は、すぐにかかりつけ医または当院担当医にご相談下さい。

図説・業務内容

連携センターにおけるリエゾンナースの役割



- ▶ 取材は 2002 年 5 月時点。現在の状況は当時から非常に変化しているが、取材時の状況を報告する。現在では医療連携ネットワークはさらに発展し、モデルケースとして全国的に注目を集めている。

熊本市の概要

熊本市は、九州の中心に位置した中核都市。熊本県の県庁所在地。加藤清正が築城した熊本城の城下町として発展。

医療環境

医療激戦区

熊本市内には 7 つの公的な急性期病院(大学病院を含む)が、国道 3 号線と国道 57 号線沿線の市街地に集中、医療資源の過密地域となっている。熊本大学医学部のネットワーク強し。

医療連携の特徴

大腿骨頸部骨折シームレスケア研究会(図IV-20-1)

地域の連携ネットワークのモデルケースとして全国的に注目を集めている。連携パス開発の最先端地域。施設の枠を超えた疾患別連携ネットワークを展開中。2006 年診療報酬改定で地域連携診療計画管理料と地域連携診療計画退院時指導料が新設された。算定対象疾患は大腿骨頸部骨折である。

2003 年 10 月に熊本市南部西部地区で立ち上げられた。2006 年 4 月現在で 13 施設が参加。研究会は、医師、看護師、理学療法士、医療ソーシャルワーカーなどの他職種が参加し、月に回の会合を持っている。研究会参加施設では、統一された治療方針に基づき、地域連携パスを作成、活用されている。

研究会の連携パスは、インターネットの会員制ホームページで共有されているため、連携施設間はもちろん、研究会参加施設全体で情報が共有できる。データベース化により連携パスのバリエーションの収集と分析が容易になり、パスの改訂、つまりは医療連携内容の見直しと目標設定の見直しが可能となった。

(以下は 2002 年時点での報告)

公的急性期病院の競合・並走型：

市内にある 6 つの公的急性期病院は、厳しい競合状況に置かれている。一方で、6 病院間では専門分化と地域区分によりある程度の住み分けができており、6 病院が並走しているとの見解もある。6 つの公的大病院が個別に民間病院や診療所と連携関係を結び、ネットワークを拡大している。

熊大医学部のインフォーマル・ネットワーク：

6つの大病院の競合・並走体制が維持できるのは、医師の多くが熊本大学医学部出身者のため、医師同士のコミュニケーションがうまくいっているからではないかとの見解もある。一方で、医学部講座制が解消された今、この伝統は薄らいでいるとの意見もある。

これまでの経緯

1970年代

1970年代までは診療所同士の患者紹介や情報交換が行われていたが、次第に診療所間の横のやり取りは少なくなり、患者を病院に紹介するようになった。

1980年代

1981年、全国でも早い時期に医師会病院が開設された。病院と診療所との協力関係が円滑ではない状況を踏まえ、当初から病診連携を掲げて全床開放病床で診療を行った。

1990年代

1992年、済生会熊本病院が医療連携の先鞭をつけ「病診連携科」を立ち上げた。MSWを活用し、病診連携会議を開催するなど、先駆的な試みを行った。

2000年代

市内の6つの公的病院が、積極的に医療連携のネットワークを展開している。各病院が「連携室」を設置し、勉強会などの活動を繰り広げている。

公的病院の立場から

競合関係

熊本市内には7つの公的急性期病院がある。そのうち大学病院は別格としても、医療施設は厳しい競合状態にあると言われている。近年になって、各病院で新築移転やリニューアルが相次ぎ、危機感を持って経営改善に取り組んでいる。

熊本市は医療連携が進んでいる地域としても有名だが、その実態は、6つの公的病院が個別に地域の医療施設と連携関係を結び、ネットワークを拡大している。1990年代初めから始まった済生会熊本病院の連携の動きが、牽引役となっている。

各病院では特徴のある独自の経営戦略を打ち出し、院長が強力なリーダーシップを発揮している(連携はトップダウンで、院長の一声により始まる)。例えば熊本中央病院の院長は、入院を中心とした急性期医療を徹底し外来不要論を唱え、「病院前にバス停はいらない」と発言している。

並走関係あるいは紳士協定

6病院間では専門分化と地域性によりある程度の住み分けができており、競合しつつも並走関係にあるとの見方もある。

他地域でよく聞かれる大病院から診療所への戸別訪問や「囲い込み」現象は、熊本市では

行われていない。

市内公的病院連絡会議：7つの病院の院長による定期的な会合が開かれている。熊本市医師会がコーディネイト役を担う。公的病院や市医師会のトップ同士の交流は盛んで、情報交換が行われている。

異なる見解もある。大病院同士のヨコのラインの連携は必要ない。現存する公的病院すべてが急性期医療で生き残れるとは限らず、今後の展開によっては均衡が崩れるかもしれない。

熊大医学部医学部同窓のインフォーマル・ネットワーク

熊本市では多くの医師が熊本大学医学部出身者である(7つの公的病院の院長は全員熊大卒)。同窓者のネットワークがすでに出来上がっており、個々の医師の顔と情報が見えていくことが、連携が成功する要因となっているとの見解もある。

反論もある。同窓のつながりは出身医局者同士に限られ、情報も限定される。熊本大学医学部で医局講座制が廃止されたため、同門会のつながりも弱まる傾向にあり、もはやこのネットワークは機能していないのではないか。

市医師会の立場から

連携モデル

医師会病院開設以前から、若手の小児専門医によるグループ診療が行われており、大学病院の応援も得て、熊本方式として定着している。2002年の診療報酬改定で新設された、地域連携小児夜間・休日診察料の算定条件のモデルにもなった。

医師会副会長のコメント

連携の秘訣は、人と人とのつながりにある。医師会は、会議の場所や機会を提供するなど連携のコーディネイト役として機能している。

開業医の立場から

開業医が病院を選べる時代

最近では、開業医が連携先を選べるばかりでなく、病院から診療所へも患者が紹介されて来るようになった。以前に比べると情報提供や勉強会の機会が増え、選択のメニューも多くなった(各病院から送られてくる詳細な診療パンフレットを参照するなど)。勤務医の対応も診療所のサービスも、以前に比べればよくなっている。

しかし現状は、大病院中心の連携である。開業医の守備範囲を広げて、病院との役割分担をはっきりさせる必要がある。

開業医からの病院評価

病診連携アンケート(熊本保険医協会医科研究会)

2001年6月、熊本県保険医協会の医科会員1,505人に病診連携に関するアンケート調査

を行った。回答者は 262 名。

熊本市内 6 つの公的病院の連携への取り組みについて、開業医からの評価点と問題点が明らかになった。結果的に 6 病院が比較される形で、6 つの病院間の格差が明らかになり、病院側に強いインパクトを与えた。

アンケート調査結果(一部)

[紹介先に対する不満の割合] (田辺製薬,2002 から抜粋) (やや不満も含む) 単位：%

病院名	A	B	C	D	E	F
内視鏡やCT等の精密検査依頼	1.9	3.8	1.2	3.0	1.6	2.7
外来での診療目的の紹介	2.6	4.2	1.2	5.0	3.8	3.0
入院目的の紹介	2.6	4.5	1.2	3.9	3.8	2.3
紹介した患者の診療結果	2.7	4.2	1.1	4.2	4.6	1.9
入院患者の途中経過の連絡	9.2	10.7	8.0	12.2	10.3	4.2
入院患者の協同指導の実施	1.5	2.6	1.5	1.2	0.8	1.9
退院した紹介患者を返すこと	5.0	5.0	1.9	6.1	6.1	1.9
診療所,民間病院で診療可能な患者の紹介	3.4	5.0	2.3	6.1	3.9	2.3

アンケートから明らかになった開業医の病院に対する要望

連携室の機能向上が必要。現状では、連携室を通すよりも医師同士が直接連絡した方が早いケースがある。

クレーム専用窓口が必要。

情報提供書の書式を病院間で共通化してほしい。

連携に対する意識の薄い勤務医がいる。病院のトップ同士は情報に精通しているが、現場の勤務医にはそこまで事情がわからない。勤務医の中には態度の悪い医師もあり、大病院の看板でものを言う若い勤務医には不満の声も多い(もっとも開業医の方にも、患者を取った取られたというトラブルが今だにあり、機能分担に対する認識の低い者もいる。本アンケートの回答率の低さからも推測できる)。

コメディカルスタッフとの連携の重要性

開業医のコメント

「地域作り(ご近所作り)」から時間をかけて取り組まないと、満足のいくケアはできない。今後は医療上の連携だけでなく、生活と医療との連携が必要になる。例えば診療所のナースにも、病院に行って患者の生活面でのアドバイスができるような、患者が伝えられない情報を伝える役割が大切になる。

亜急性期・療養型病院の立場から

公的急性期中核病院と診療所との連携はうまくいっているが、両者の中間に位置する民間病院と急性期病院との連携はあまりうまく機能していない。民間病院は入院機能と「町

医者」の機能を兼ね備えている。公的病院と診療所のネットワークの仲介役となり、空気のような存在としてクッションの機能を果たすべきだ。

病気になってからの医療施設への入り口は、超救急的な事態ばかりではなく、慢性疾患の増悪もある。療養型医療施設には、地域のコーディネーターとしての交通整理役が求められている。

民間病院院長のコメント

病院完結型医療ではなく、地域完結型医療への転換が求められている。現状の医療連携は「必要としてのネットワーク」段階でまだ未完成。患者にとって、地域住民全体にとっての地域資産ネットワークにはなっていない。

病院の最前線の中堅医師の啓発が大切だ。プライベートな偏ったネットワークだけでは、医療連携は地域の資産にはなりえない。パブリックな医療提供の使命を自覚する必要がある。

中核病院の事例

中核病院の事例として、急性期特定入院加算を取得した二つの対照的な病院を取り上げる。専門特化の独自路線を走る済生会熊本病院と、政策医療と地域医療のネットワークに存在価値を置く国立病院機構熊本医療センターである。

[済生会熊本病院]

病院の特徴

全国的に有名な高度救急医療施設。急性期・高度医療に機能特化し、命に関わる病気を治療する診療科を「選択と集中」戦略で集めていった結果、現在の病院の形となったので、元々総合病院を志向したことはなかった。

連携の考え方

熊本の場合、規制が比較的少ない環境で各病院が独自のアイデアで連携を組んでいったところに、うまくいったポイントがある。

病院と患者の信頼関係をどう築いていくかに腐心している。病院そのものをオープン化することが、自然と連携に結びつく。

ケアの連続性を重視。医療水準を一定にするためには、紹介先病院・診療所の医療レベルを維持する必要がある。連携施設が多すぎても効率が悪い。

[国立病院機構熊本医療センター]

病院の特徴

政策医療ネットワークにおける国際医療協力基幹病院、救急医療に積極的に取り組む災害拠点病院、地域医療支援病院。地域医療研修センターを中心に、研究・教育活動に力を入

れている。

連携の考え方

開放型病院を基本とした医療連携。連携推進の基本は機能分担にある。各診療科を横断的にまとめたミニセンターを構築し運営している。

開放型病院

2003年現在で、開放ベット110床。登録医は870名。

現状の診療報酬点数では利益が得られるものではないが、病院と開業医双方の信頼関係を強める制度として機能している。

信頼関係の構築

医師同士の信頼関係、患者と医師の信頼関係の構築が重要。「紹介患者を紹介元に」と逆紹介を徹底している。月刊広報誌「くまびょうニュース」は院長自らが編集発行。

連携パス

一病院における治療経過でなく、1人の患者の発症から完治までのケアの全プロセスを提示するために、連携パスを開発中。患者一人一人に地域完結型の一貫した医療サービスを行うための試み。

医療連携では、あいつぐ転院に対する患者家族の不安不満をいかに解消するか、医療の質をいかに維持するかが必須の課題。問題の解決のためには、各施設における診療内容の透明化と、情報の共有化が重要。

治療終了時にアウトカムを置いたパスの作成により、全治療過程の中での入院医療の位置づけが明確になる。

参考文献

➤ 2002年以前の文献のみ掲載。2003年以降の文献は「V. 文献」に掲載。

副島秀久：急性期特定病院における医療連携—地域医療ネットワークづくり—,武田薬品主催「地域医療連携ネットワークを考える会」配布資料,2001.11.17,東京

熊本県保険医協会：病診連携に関するアンケート調査結果,2001

田辺製薬：連携の先進地、熊本地域に学ぶ医療連携シンポジウム抄録集,2002

医療マネジメント学会監修：新たな医療連携の実践,じほう,2001

図IV-20-1

大腿骨頸部骨折人工骨頭置換術連携パス（医療者用）

D1 → D2		イニシャル:氏「名」「姓」		性別	診断名	患者No					
受傷日:	受傷場所:	受傷機転:	手術日:	手術:	受傷前所在:						
受傷前歩行能力:	補助道具:	退院時到達目標: 室内	退院後所在:								
到達目標: 移動能力	車椅子座位	平行棒内歩行	歩行器歩行	杖歩行	階段昇降	屋外歩行					
退院時歩行	歩行時間	歩行速度	歩行距離	歩行回数	歩行回数	歩行回数					
経過	入院日	手術日	術後1日	術後2日	術後3-6日	術後7日	術後8週	術後9週	術後10週	退院日	退院後1週以内
排他	床邊カテーテル留置	床邊カテーテル留置	病室内トイレ内トイレ								
清潔	清拭		シャワー浴	入浴							
ケガレ					上下更衣	靴下・靴の着脱					
					洗面所(立位で)	床から起立					
薬剤			疼痛対策		疼痛対策					痛み	
検査	X線CP	X線CP	X線CP	X線	X線	X線	X線	X線	X線	X線	
	採血	採血	採血	採血	採血	採血	採血	採血	採血	採血	
処置	創処置	創処置	創処置	創処置	創処置	創処置	創処置	創処置	創処置	創処置	
	ドレーン	ドレーン	ドレーン	ドレーン	ドレーン	ドレーン	ドレーン	ドレーン	ドレーン	ドレーン	
食事	退院時経口摂取許可										
教育	入院時OR	床上動作	家庭調査説明:	入院時OR	家庭調査説明:	家庭調査説明:	家庭調査説明:	家庭調査説明:	家庭調査説明:	退院時OR	
	NaOR	の指導	介護保険説明:	介護保険申請	介護保険申請	介護保険申請	介護保険申請	介護保険申請	介護保険申請	介護保険申請	
退院時情報	術前歩行能力	歩行時間	歩行速度	歩行距離	歩行回数	歩行回数	歩行回数	歩行回数	歩行回数	歩行回数	
	ROM: 股関節屈曲	ROM: 股関節屈曲	ROM: 股関節屈曲	ROM: 股関節屈曲	ROM: 股関節屈曲	ROM: 股関節屈曲	ROM: 股関節屈曲	ROM: 股関節屈曲	ROM: 股関節屈曲	ROM: 股関節屈曲	
	ROM: 外転	ROM: 外転	ROM: 外転	ROM: 外転	ROM: 外転	ROM: 外転	ROM: 外転	ROM: 外転	ROM: 外転	ROM: 外転	
	MMT: 大腿四頭筋力	MMT: 大腿四頭筋力	MMT: 大腿四頭筋力	MMT: 大腿四頭筋力	MMT: 大腿四頭筋力	MMT: 大腿四頭筋力	MMT: 大腿四頭筋力	MMT: 大腿四頭筋力	MMT: 大腿四頭筋力	MMT: 大腿四頭筋力	
	MMT: 中殿筋力	MMT: 中殿筋力	MMT: 中殿筋力	MMT: 中殿筋力	MMT: 中殿筋力	MMT: 中殿筋力	MMT: 中殿筋力	MMT: 中殿筋力	MMT: 中殿筋力	MMT: 中殿筋力	
記録日	担当医	看護師	理学療法士	記録日	担当医	看護師	理学療法士	記録日	担当医	看護師	

急性期病院の転院基準は、術後早期合併症なし、回復期リハビリテーション病院の退院基準は、受傷前移動能力獲得となっている。術後入院期間は、8週間に設定されている。

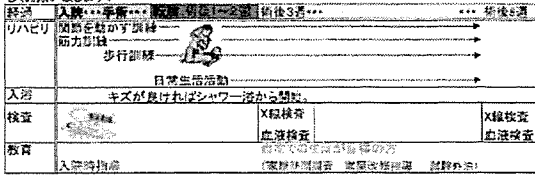
大腿骨頸部骨折骨接合術連携パス（医療者用）

D1 → D2		イニシャル:氏「名」「姓」		性別	診断名	患者No					
受傷日:	受傷場所:	受傷機転:	手術日:	手術:	受傷前所在:						
受傷前歩行能力:	補助道具:	退院時到達目標: 室内	退院後所在:								
到達目標: 移動能力	車椅子座位	平行棒内歩行	歩行器歩行	杖歩行	階段昇降	屋外歩行					
退院時歩行	歩行時間	歩行速度	歩行距離	歩行回数	歩行回数	歩行回数					
経過	入院日	手術日	術後1日	術後2日	術後3-6日	術後7日	術後8週	術後9週	術後10週	退院日	退院後1週以内
排他	床邊カテーテル留置	床邊カテーテル留置	病室内トイレ内トイレ								
清潔	清拭		シャワー浴	入浴							
ケガレ					上下更衣	靴下・靴の着脱					
					洗面所(立位で)	床から起立					
薬剤			疼痛対策		疼痛対策					痛み	
検査	X線CP	X線CP	X線CP	X線	X線	X線	X線	X線	X線	X線	
	採血	採血	採血	採血	採血	採血	採血	採血	採血	採血	
処置	創処置	創処置	創処置	創処置	創処置	創処置	創処置	創処置	創処置	創処置	
	ドレーン	ドレーン	ドレーン	ドレーン	ドレーン	ドレーン	ドレーン	ドレーン	ドレーン	ドレーン	
食事	退院時経口摂取許可										
教育	入院時OR	床上動作	家庭調査説明:	入院時OR	家庭調査説明:	家庭調査説明:	家庭調査説明:	家庭調査説明:	家庭調査説明:	退院時OR	
	NaOR	の指導	介護保険説明:	介護保険申請	介護保険申請	介護保険申請	介護保険申請	介護保険申請	介護保険申請	介護保険申請	
退院時情報	術前歩行能力	歩行時間	歩行速度	歩行距離	歩行回数	歩行回数	歩行回数	歩行回数	歩行回数	歩行回数	
	ROM: 股関節屈曲	ROM: 股関節屈曲	ROM: 股関節屈曲	ROM: 股関節屈曲	ROM: 股関節屈曲	ROM: 股関節屈曲	ROM: 股関節屈曲	ROM: 股関節屈曲	ROM: 股関節屈曲	ROM: 股関節屈曲	
	ROM: 外転	ROM: 外転	ROM: 外転	ROM: 外転	ROM: 外転	ROM: 外転	ROM: 外転	ROM: 外転	ROM: 外転	ROM: 外転	
	MMT: 大腿四頭筋力	MMT: 大腿四頭筋力	MMT: 大腿四頭筋力	MMT: 大腿四頭筋力	MMT: 大腿四頭筋力	MMT: 大腿四頭筋力	MMT: 大腿四頭筋力	MMT: 大腿四頭筋力	MMT: 大腿四頭筋力	MMT: 大腿四頭筋力	
	MMT: 中殿筋力	MMT: 中殿筋力	MMT: 中殿筋力	MMT: 中殿筋力	MMT: 中殿筋力	MMT: 中殿筋力	MMT: 中殿筋力	MMT: 中殿筋力	MMT: 中殿筋力	MMT: 中殿筋力	
記録日	担当医	看護師	理学療法士	記録日	担当医	看護師	理学療法士	記録日	担当医	看護師	

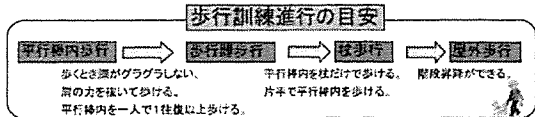
急性期病院の転院基準は、術後早期合併症なし、回復期リハビリテーション病院の退院基準は、受傷前移動能力獲得となっている。術後入院期間は、10週間に設定されている。

大腿骨頭部骨折人工骨頭置換術連携パス (患者用)
人工骨頭置換術を受けられる方へ

『治療の流れ』 手術 → リハビリテーション → 退院
 *手術後に特別な合併症がなければ1~2週で転院となります。転院後は退院に向けてより専門的なリハビリを継続していきます。
 リハビリテーション終了後退院後に患者様の状態についてのアンケート調査を実施します。ご協力を宜しくお願い致します。



『リハビリ』 目標: (車椅子・起立・伝い歩き・歩行器・杖・独歩)



『日常生活、生活の場』 目標: (自宅・施設)
 *実生活そのものがリハビリとなります。
 *リハビリスタッフと一緒に練習してきた事を生活の場を通して実践していきましょう。

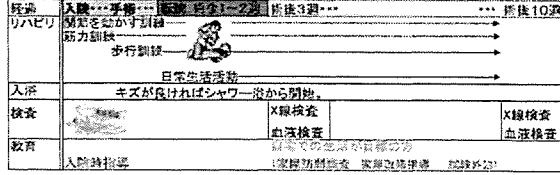
1. 布団の上、畳の縁、廊下、浴室などは転倒し易いので注意しましょう。
 2. 階段の昇りは良い方の足から降り、悪い方の足から一段ずつ降りた方が楽です。
- 転倒し易い姿勢に注意
-
- 【右写真を参照】

『家庭改修(自宅での生活が目標の方)』
 *家庭改修の内容は各個人体、状況によって異なります。リハビリスタッフにご相談ください。
 *リハビリ科スタッフが家に伺い、必要箇所については改修を進めることがあります。
 *家庭改修のチェックが必要となります。
 家庭改修には介護保険を利用する事も出来ます。詳しくはリハビリ科スタッフへ

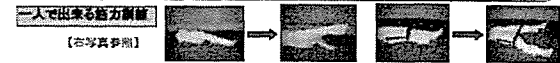
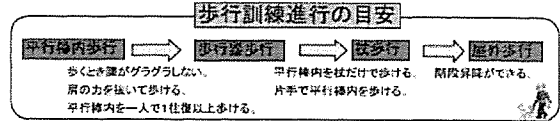
日本医療センター 整形外科
電話番号:096-953-6501

大腿骨頭部骨折骨接合術連携パス (患者用)
骨接合術を受けられる方へ

『治療の流れ』 手術 → リハビリテーション → 退院
 *手術後に特別な合併症がなければ1~2週で転院となります。転院後は退院に向けてより専門的なリハビリを継続していきます。
 リハビリテーション終了後退院後に患者様の状態についてのアンケート調査を実施します。ご協力を宜しくお願い致します。



『リハビリ』 目標: (車椅子・起立・伝い歩き・歩行器・杖・独歩)



『日常生活、生活の場』 目標: (自宅・施設)
 *実生活そのものがリハビリとなります。
 *リハビリスタッフと一緒に練習してきた事を生活の場を通して実践していきましょう。

1. 布団の上、畳の縁、廊下、浴室などは転倒し易いので注意しましょう。
2. 階段の昇りは良い方の足から降り、悪い方の足から一段ずつ降りた方が楽です。

『家庭改修(自宅での生活が目標の方)』
 *家庭改修の内容は各個人体、状況によって異なります。リハビリスタッフにご相談ください。
 *リハビリ科スタッフが家に伺い、必要箇所については改修を進めることがあります。
 *家庭改修のチェックが必要となります。
 家庭改修には介護保険を利用する事も出来ます。詳しくはリハビリ科スタッフへ

日本医療センター 整形外科
電話番号:096-953-6501

大腿骨頭部骨折シームレスケア研究会連携パス打ち込み画面

連携パスは、会員制ホームページで共有され、双方向性の情報共有が可能となっている。