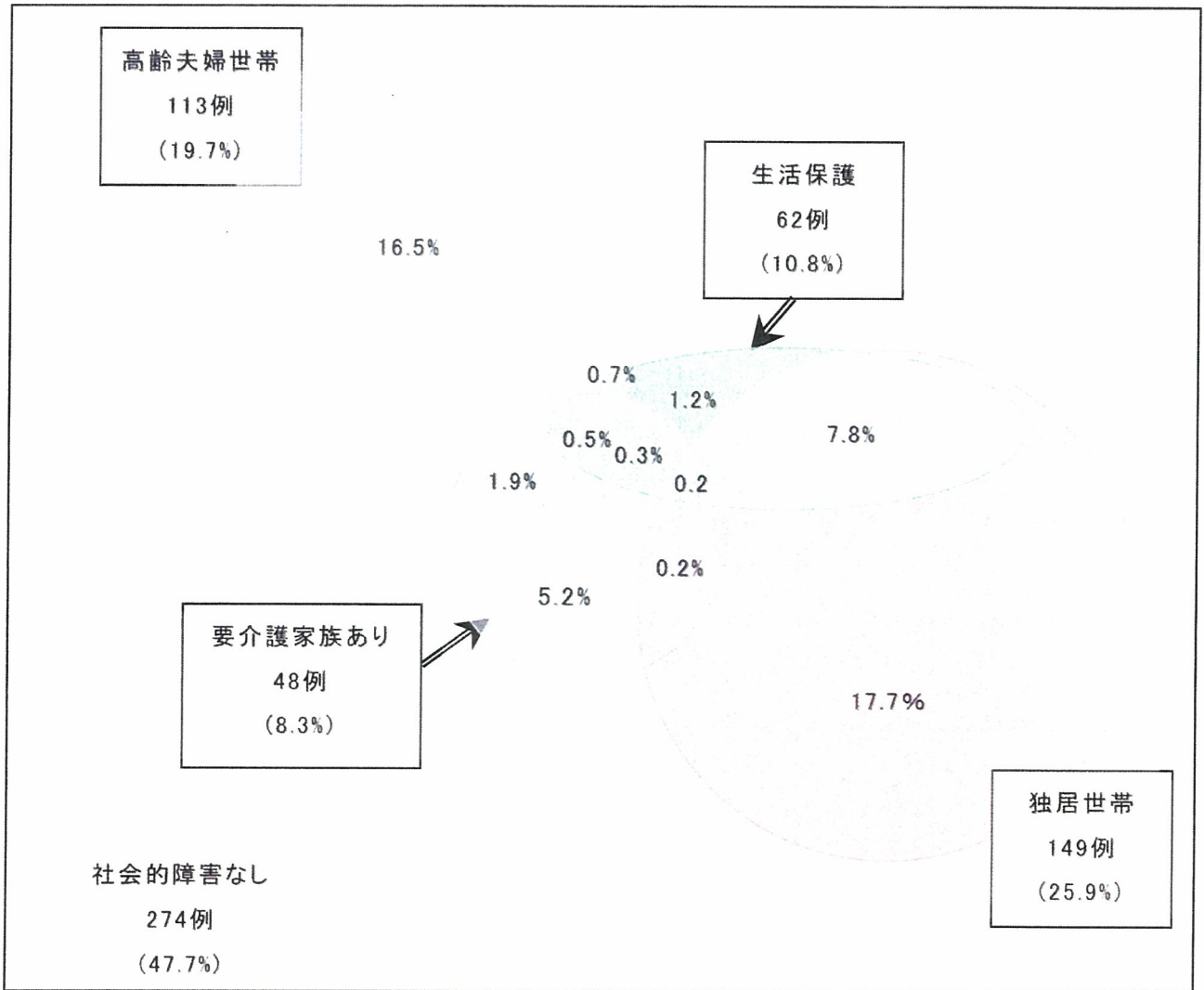


(図2)「障害老人の日常生活自立度」と「転帰」



(図3)575症例の社会的要因

## II.分担研究報告

### 2.脳卒中診療動向の実態調査 1)急性期における脳卒中診療動向

#### g)急性期病院からの転院決定に関与している条件の前方視的検討

国立国際医療センターリハビリテーション科

藤谷順子、藤本雅史

#### 【研究要旨】

脳卒中急性期診療にあたっては、適切な医学的急性期治療とともに、適切な回復期リハビリテーション治療への移行が重要である。今回われわれは、前方視的な実態調査を行い、当院に急性期入院した脳卒中症例が適切な亜急性期施設に移動するまでの人為的な要因(決定要因・時間経過)についての実態を把握し、問題点を検討した。症例は平成18年9月1日以降、当院を退院した急性期脳血管障害症例連続症例40例、平均年齢は79歳、入院から退院までは平均34.7日、退院先は、自宅15名、従来入居していた老人ホーム1名、治療目的転院2名、死亡1名(急性心筋梗塞)、回復期リハ転院15名、非回復期リハ転院2名、療養型病院3名、老人保健施設1名であった。当院の属する医療圏から入院した症例は65%、隣接する医療圏を合わせても87.5%であった。自宅退院群(n=15)、リハ転院群(n=17)、療養転院群(n=4)の3群について、各群の退院時FIM点数はそれぞれ118.7点、58.2点(SD37.0)、27.0点(SD14.8)であった。入院日数は17.6日、26.7日、149日であった。患者と同じ医療圏への転院は7名(33.3%)、非同居家族と同じ医療圏への転院を併せても43%であった。その他の12名57%は、医療圏の隣接した区西部に転院していた。転院先病院を具体的に提案した職種は主治医11件、リハ医6件、MSW4件であり、入院日数は、主治医、リハ医、家族、の順で短かった。大都市における脳卒中診療の連携体制の構築にあたっては近隣医療圏での病院関連携と併せて、広域の連携を可能とする情報交換・連携の場が必要であると考えられた。また、急性期の主治医が適切に亜急性期リハ施設(回復期リハ病床)を探すが、自身の義務として認識され、それに必要な知識が供給され、かつ患者紹介に関連する業務やタイムロスの軽減化が図れば、診療連携はよりスムーズに行なわれるようになり、ひいては患者の回復に寄与すると考えられた。

## 【はじめに】

脳卒中急性期診療にあたっては、適切な医学的急性期治療とともに、適切な回復期リハビリテーション治療への移行が重要である。すなわち、患者の医療的状況、社会的状況を把握し、適した回復期リハビリテーションへの移動が遅滞なく実現するように計らうことは、急性期医療施設のスタッフの責務である。

大都市圏においては、複数の急性期病院と、複数の回復期リハビリテーション病棟とのマッチングとなり、転院先の決定、連携体制の構築が、1対1対応よりも難しいことが予想される。

今回われわれは、前方視的な実態調査を行い、当院に急性期入院した脳卒中症例が適切な亜急性期施設に移動するまでの人為的な要因（決定要因・時間経過）についての実態を把握し、問題点を検討したので報告する。

## 【方法】

- ① 方法 前方視的調査
- ② 対象

平成18年9月1日以降、当院を退院した急性期脳血管障害症例連続症例40例。急性期脳血管障害の定義は、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血とした。

## ③ 収集項目

疾患名・年齢・性別・住所・病変部位・手術・発症日・入院日・リハ開始日・退院日・退院先・処方内容・退院時症状（麻痺・失語・無視・高次脳機能・嚥下）退院時ADL（FIM, 栄養摂取方法）、退院時必要医療行為、経過中の感染症、併存疾患、方針決定（主治

医・リハ医・カンファ）、転院先提案者（主治医・リハ医・家族・MSW）、同居家族、非同居家族、家屋構造、病前からの障害の有無。

## ④ 検討項目

転院に関連する要因の検討のため、ADLと退院先、退院先と入院日数、退院先の医療圏と選択理由、選択経緯について検討した。

## 【結果】

### ① 40症例の内訳

40症例の疾患内訳は脳梗塞23名、脳出血12名、くも膜下出血5名。平均年齢は79歳（SD15歳）、26歳から95歳に分布していた。男性21名、女性19名で52.5%が男性だった。

本人の住所の医療圏は、当院も属する区西部が26名（65%）、区西北部6名、区西南部1名、区中央部1名、南多摩1名、北多摩南部1名、関東他県3名、関西1名であった。

入院日からリハ開始までは平均2.4日（0日から16日）、入院から退院までは平均34.7日、中央値22.5日（4日から303日）、リハ開始から退院までは平均32.3日、中央値21日（3日から302日）であった。

退院先は、自宅15名、従来入居していた老人ホーム1名、治療目的転院2名、死亡1名（急性心筋梗塞）、回復期リハ転院15名、非回復期リハ転院2名、療養型病院3名、老人保健施設1名であった。

### ②ADLと退院先

死亡・治療目的転院以外の症例の退

院先を自宅 (n=15), リハ転院 (回復期・非回復期リハ転院) (n=17), 療養転院 (療養型病院・老人保健施設) (n=4) の3群に分け, 各群の退院時FIM点数を比較した(グラフ1).

自宅退院群の退院時FIMは 118.7 点 (SD11.8), リハ転院群では 58.2 点 (SD37.0), 療養転院群では 27.0 点 (SD14.8)であった. なお, 従来入居していたホームに戻った症例の退院時FIMは 30 点であった.

### ③退院先と入院期間

前記3群の入院期間(日数)を比較した(グラフ2).

自宅退院群の入院日数は 17.6 日 (SD9.4), リハ転院群では 26.7 日 (SD12.1), 療養転院群では 149 日 (SD112 日)であった.

療養病院へ転院した 3 名の状況を述べる. 症例A. 88 歳男性脳梗塞, 精神疾患の娘と 2 人暮らし, 入院後 38 日にPEG, 不穏にて抜去, 68 日に再PEG, MRSA 保菌者, 退院時FIM22 点. 症例B. 87 歳女性脳梗塞, 独居, 入院前から痴呆あり, 退院時FIM46 点. 症例C. 75 歳女性, SAH. 2世帯同居, 急性期減圧開頭術, 1 ヶ月後に動脈瘤手術, さらに 1 ヶ月後に VP シヤント, NG チューブ, 一時 MRSA 保菌者, 退院時FIM18 点. なお, 老人保健施設に転院した 1 名は, 入院中胃癌が見つかった症例で, 303 日の入院期間<sup>1</sup>を要した.

<sup>1</sup>当院入院時に嚥下障害重度のため胃瘻を計画したところ胃癌を発見した. 脳卒中発症直後の全身麻酔手術はためらわれたため, 回復期リハへいったん転院し, リハ後に当院で手術することを計画したが, ハンディキャップ

この 1 名を除くと, 療養転院群の平均入院日数は 97.3 日であった.

### ④ 転院先の医療圏と選択理由, 選択経緯

リハ転院 17 名, 療養転院 4 名の経緯 21 名に関して, 住所地と転院先の医療圏を表1, 表2に示す. 患者と同じ医療圏への転院は 7 名 (33.3%), 非同居家族と同じ医療圏への転院を併せても 43%であった. その他の 12 名 57%は, 医療圏の隣接した区西部に転院していた.

転院先病院を具体的に提案した職種および, その違いによる入院日数の違いを表 3 に示した. 主治医はリハ病院を提案したことが 11 件, リハ医が提案したのはリハ病院 5 件, 療養型 1 件, MSWは療養病院・老人保健施設の紹介のみであった. リハ病院に移動する場合の入院日数は, 主治医, リハ医, 家族, の順で短かった.

リハ医が提案する場合とは, 主治医が病院を捜せずにリハ科に連絡がある場合と, 毎週のカンファレンスの席で, まだ転院計画ができていないことが判明してリハ科からアドバイスする場合であった. 主治医がリハ病院を決定できたケースと, リハ医に相談のあったケースで, 症状, ADL, 家族要因に明らかな差はなかった.

### 【考察】

レベルの問題(家族内でのトラブル)があり, 転院先が見つからないままに日がたち, 結局胃癌の手術も行い, 嚥下リハによって経口摂取も可能となり, 当院でリハゴールを達成した.

### ① 入院症例の医療圏

当院の属する医療圏から入院した症例は 65%、隣接する医療圏を合わせても 87.5%であった。一方で、近郊のベッドタウンや、明らかな遠隔地に住所のある症例の入院もあり、仕事の間として日中人口の多い大都市における救急病院の特色と考えられた。

大都市における脳卒中診療の連携体制の構築にあたっては近隣医療圏での病院関連携と併せて、広域の連携を可能とする情報交換・連携の場が必要であると考えられた。

### ② 転院先、およびADLとの関連

急性期医療機関である当院からの退院先の内訳は 40%が自宅(および入居中のホーム)退院、42.5%がリハ転院、10%が療養転院であった。当院の過去のデータ(報告書2-f)では、それぞれ37.9%、43.7%、7.8%であり、であり、傾向としては一致していた。

ADLを示すFIM得点を比較すると、自宅群、リハ転院群、療養転院群、の順に高かった。

### ③ 退院先と入院日数

入院期間を比較すると、自宅群、リハ転院群、療養転院群、の順に短かった。自宅退院群は ADL も高く、自宅準備調整をあまり要しないような群であり、スムーズな退院が可能であったと考えられる。リハ転院にあたっては、転院方針の決定、転院先への申し込み手続き(多くの場合家族受診を要す)、転院先への空床待ち期間の3つのステップを要する。そのために、自宅退院症例よりも長い入院期間を要する。

自宅退院症例での入院期間は 17.6 日、リハ転院群では 26.7 日と、いずれも当施設の過去のデータ(報告書2-f)よりも短い傾向にあった。これは、ここ数年、連携の改善のために行っている活動の成果と考えられる。

療養転院群での入院日数が長かったことに関しては、手術の必要性、MRSA、に加えて、家族要因が大きく関係していると考えられた。一般的に、転院先探しに際しては、医療・介護状況を受け入れてくれる病院が多くないこと、距離や自己負担金額に関して家族の意向との調整が必要であること、病院決定してからも空床待ち期間が長いことがあり、リハ転院に比べて入院期間を要する。過去の当院のデータに比較しても長かったのは、①療養目的の転院が困難になりつつあることの反映、あるいは②研究デザインの問題、である可能性<sup>2</sup>がある。

### ④ 転院先の医療圏と選択理由、選択経緯

転院先を医療圏で見ると、単独医療圏での転院は半数以下で、医療圏に隣接医療圏を加えた範囲内での移動が一般的であることがわかった。理由のひとつとして、都内においては、地理的区分、あるいは直線距離よりも、利用している線路経路の沿線かどうかで移動の便宜が決まることを反映してい

<sup>2</sup> 2-fの研究では、入院時期で症例のエントリーを決め、調査時点での入院症例(長期入院症例の比率が高い)を、分析から除去しているが、今回の研究は、退院症例の全数調査であるため、長期入院症例が含まれる可能性が理論的に高い。

ると考えられる。もう一点は、当院の医療圏内の回復期リハ病床は少なく、日頃から隣接医療圏の回復期リハ病床に患者を紹介していることによる。

いずれにせよ、単一医療圏にとどまらない大都市型の連携構築が必要であることを示している。

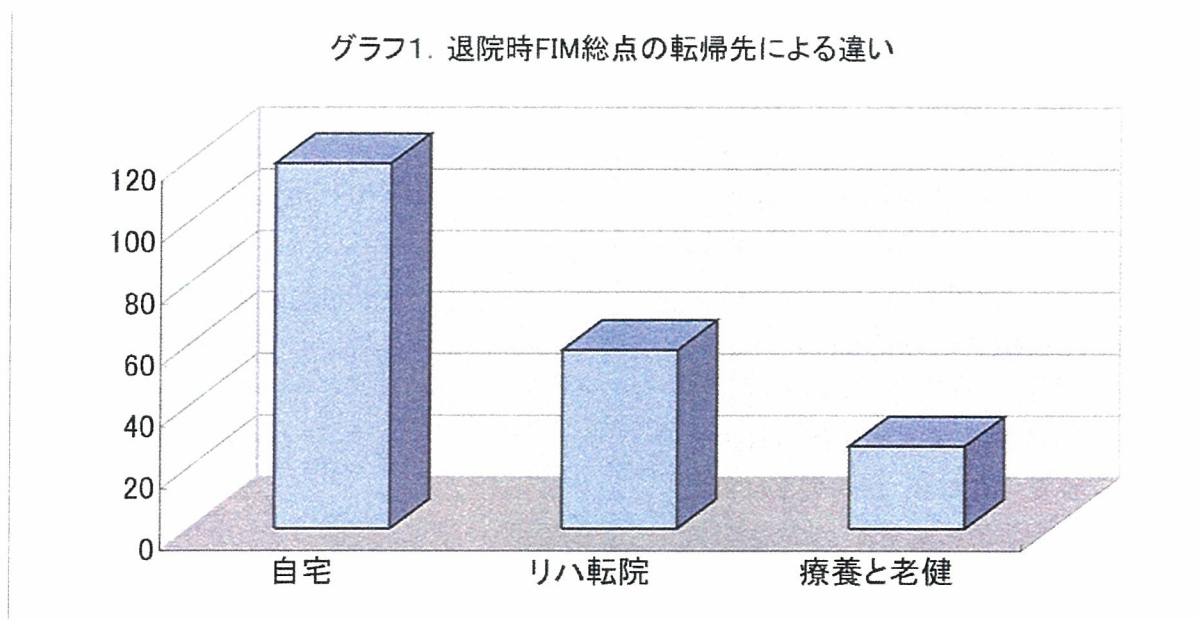
診療目的に応じた転院に関しては、医師主導型（医師が診療目的にあわせた病院を紹介する）、患者主導型（患者・家族が希望病院を申し出る）、医療ソーシャルワーカー（以下MSW）主導型（MSWが家族の以降を踏まえて病院を提案する）がある。

当院においては、脳卒中の亜急性期リハへの引継ぎは急性期治療の一環という考え方から、病院選定にあたっては、基本的に主治医・リハ医の管轄とし、社会的調整を必要とする場合にMSWを導入している（付録参照）。今回主治医が病院を選定したケースが11例と半数以上を占め、かつ入院日数も少なくスムーズに転院できていた。主治医は、家族と接する機会も多く、急性期から転院について説明を開始することが可能であり、また情報提供、紹介状作成など独立して行なうことができるために、入院日数短縮につながる。

すなわち、脳卒中診療において、急性期の主治医が適切に亜急性期リハ施設（回復期リハ病床）を探すことが、自身の義務として認識され、それに必要な知識が供給され、かつ患者紹介に関連する業務やタイムロスの軽減化が図れれば、診療連携はよりスムーズに

行なわれるようになり、ひいては患者の回復に寄与すると考えられる。

グラフ1.



グラフ2.

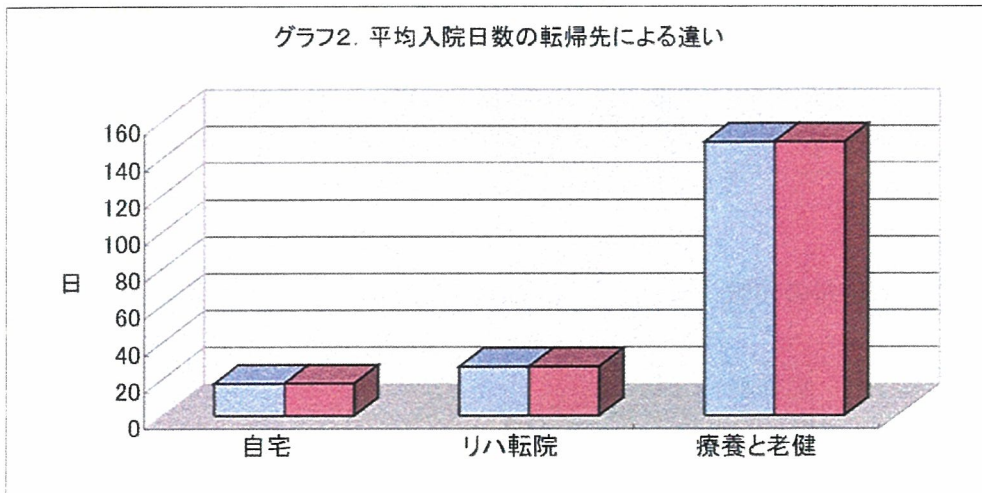




表1. 転院先と本人・家族医療圏

	n	患者と同じ	非同居家族と同じ	その他
リハ転院の場合	17	6	1	10
療養型・老健の場合	4	1	1	2

表2. 医療圏の異なる転院先の内訳

	n	区西部
リハ転院の場合	10	10
療養型・老健	2	2

表3. 転院先病院の提案と入院日数

	全病院	リハ病院
MSW(療養2, 老健1)	50.0	-
主治医(リハ11)	22.5	22.5
リハ(リハ5, 療養1)	41.3	31.2
家族(リハ1)	51.0	51.0

## <付録> 当院の研修医教育における脳卒中医療連携の指導

### 1. 方針

当院は臨床研修指定病院であり、多くの研修医が神経内科・脳外科において脳卒中診療を学ぶ。臨床研修の目標は、頻度の高い疾患への、適切かつ全人的な対応を学ぶことであり、脳卒中診療に関しては、急性期医療を学ぶのみならず、評価と予後予測に基づいて適切な亜急性期医療への道筋をつけるところまでを学ぶ必要があると考えている。

### 2. 具体的な指導内容

- 1) ローテーションドクターへのクルズス: 神経内科・脳外科研修者全例に対して、研修初期に、約1時間の講義を行なっている。講義では、評価と予後予測、急性期リハの重要性、当院退院の選択肢(自宅・リハ転院・療養転院)及びそれぞれの準備のポイント、及びこれらのことをご本人・ご家族に説明するための面接のポイントを指導している。さらに、近隣のリハビリテーション専門病院(病棟)については具体的に11施設を挙げて、特色・申し込み方法を指導している。
- 2) 合同カンファレンス: 神経内科とは毎週、脳外科とは隔週にカンファレンス(各1時間)を行ない、各科のリハビリテーション実施中の全症例の検討を行なっている。看護師は代表者の出席だが、医師は全員出席が義務付けられており、受け持ち症例の検討のみならず、他の医師の受け持ち症例の検討からも学ぶことができるようになっている。
- 3) MSWとの業務分担: 当院はMSWが2名のみであり、医学的な必要性が主でご家族の協力も得られるリハ転院については、MSWを経由せずに進めることで合意している。社会的・経済的に調整の必要な症例はMSWに面接調整を依頼している。症例の依頼のほかに、特定の地域における病院や、往診医師情報を聞く等を行なっている。

図. ローテーションドクターへの指導用スライドの一部

**当院からの選択肢**

- 自宅退院
- 転院 リハ専門病院
- 療養型施設へ: 待機が長いのでまず無い

リハの程度は様々

療養中心の病院 ケアの良さが重要

**自宅退院にむけた準備**

- 生活レベルのイメージ
  - 屋内移動・ベッド・食事・排泄・外出
  - 椅子代わりの車椅子ならスペースは不要
- 介護保険を早く申し込む
  - 「区の介護保険課に行くか、電話して下さい」
  - 「主治医に必要だといわれたから」
- 医療機関をどうするか
  - 当院? 他院? 往診?
  - かかりつけ機能と専門機能
  - 訓練のための通院は?
- 病棟師長・リハ科との連携

## Ⅱ. 分担研究報告

### 2. 脳卒中診療動向の実態調査 1) 急性期における脳卒中診療動向

h) 北多摩南部医療圏における脳卒中地域連携

—急性期リハを活かすために—

武蔵野赤十字病院 リハビリテーション科

高橋紳一

#### 【研究要旨】

救命救急センターを備え、急性期に特化した当院の使命を果すべく、当リハ科の業務改善、診療体制の改変を実施してきた。6年間かけて、回復期・維持期リハを担う地域の病院、介護老人保健施設との協力体制が推進され、脳卒中地域連携の基礎作りができた。この圏域の問題点として感じることは、在宅生活を支える維持期リハが不十分で、介護優先で自立支援志向が欠如していることである。施設依存、訓練依存、『してもらう受動的処遇』への依存が、需要・供給側の両方で合意されてしまっているために、在宅生活での機能的維持が図られないまま、医療のリハにしがみつこうとしている。平成15年に地域リハ支援センターに指名され、地域に対する啓蒙活動を行ってきた。この医療圏内にも、回復期リハ病棟と通所・短期入所リハを充実させた介護老人保健施設が新設されたことは大きな福音となった。その結果、当院の早期リハは更に急性期での訓練開始となり、在院期間も短縮した。一貫した理念に基づくリハが急性期から在宅まで継続して実践されることが望ましく、患者・家族や在宅支援事業所職員や通所リハ施設職員等で意思統一が図れていることが重要である。実際の訓練を担うPT、OTの実務者教育と人員確保が必要であり、若いコメディカルスタッフの学習意欲を培う環境作りが特に有効であると考えている。

## I. はじめに

救命救急センターを備え、急性期に特化した当院の使命を果すべく、当リハ科の業務改善、診療体制の改変を実施していく中で、提携できた地域の病院、介護老人保健施設との協力体制が推進され、脳卒中地域連携の基礎作りができてきた。その結果、多施設間での効率的役割分担や地域連携パスの活用が期待されるようになった。平成 12 年の当院リハ科開設以降の脳卒中地域連携について、約 6 年間の取り組みについて報告する。

## II. 北多摩南部医療圏の特徴

武蔵野市周辺の地域的な特徴として、独居世帯や高齢化による介護困難世帯のために自宅退院困難例が多いことと、この医療圏外からの急性期症例も多く搬送されてくるにも関わらず、回復期リハ病棟が近隣に乏しいことが挙げられる。救急搬送を積極的に受ける当院の特徴として、心・腎疾患などの合併によりリハ阻害例が多いことと、くも膜下出血症例が多いことも特徴と言える。

この圏域の問題点として感じることは、在宅生活を支える維持期リハが不十分で、介護優先で自立支援志向が欠如していることである。施設依存、訓練依存、『してもらう受動的処遇』への依存が、需要・供給側の両方で合意されてしまっているために、在宅生活での機能的維持が図られないまま、医療のリハにしがみつこうとしている。その要因には、急性期病院に多数のリハスタッフ常勤者が偏在してい

ることも一因になっていると考えられる(表1)。

## III. 地域完結型の脳卒中診療体制作り

当医療圏内の救命救急組織を有する4病院の脳神経外科、神経内科、リハ科が中心となり、『北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会』(顧問:東京慈恵会医科大学米本恭三名誉教授、主幹:武蔵野赤十字病院脳神経外科富田博樹部長)が平成12年に発足され、脳卒中症例の現状調査の結果を踏まえて、平成13年からリハ部門の地域に向けた支援活動を継続している。当院が急性期診療に特化していくためには、同医療圏内に連携できる病院・施設との業務提携が欠かせないと考え、脳卒中回復期症例を担える病院と維持期症例を担える介護老人保健施設との連携を模索した。数年後には介護老人保健施設を併設した病院あるいは併設する意志のある医療法人との提携が図れることになった(表5)。

当院内の各診療科・看護部門に対して、急性期リハが追求すべきことは表2に示されたことを実現すべきであると説いて回って改革を進め、回復期リハについては表3の内容の業務提携を連携病院にお願いし、維持期リハについては表4の実現を目標とした協力を求めた。地域全体を包含した連携体制を組むためには自治体、医師会、介護保険関連事業所、保健所との連携も必要であり、図1のような概念図を共同作製して、共通理解を深めた。

#### IV. 当院での急性期から始める脳卒中早期リハと地域連携

脳卒中急性期症例を数多く受ける使命を果たすためには、当院の看護部門、リハ部門に対しても急性期症例に対応する組織へと変革する必要があった。協働して取り組む早期リハプログラムは表6の通りであり、具体的訓練内容の一覧は表7に示した通りとした。さらに早期自宅退院した症例に対する維持期リハは表8の通りとした。

その結果、自宅退院可能例については、発症後の平均退院日は脳梗塞で19日目、脳出血で25日目に短縮していった。リハ開始後1週間の間に3~4週間以内の自宅退院可能かどうかを判断し、直接自宅退院するプログラムを実行している。具体的には、開始当初から家族と共に1日3~4時間の訓練と介護保険の活用や住宅改修の計画を立てていく。適宜外泊訓練を加えて退院準備を行い、通院リハに移行する。

院内への働きかけとして、脳外科、神経内科、リハ科との定期カンファランスを看護師、MSWと共に毎週開催している。特に、認知障害を自己修正できない重度の脳出血・梗塞症例や、くも膜下出血の中でも意識障害遷延例や、大きな脳幹部・小脳病変の症例では1ヵ月で自宅退院に漕ぎ着けることは困難であり、全身状態が安定次第、転院して数ヶ月単位の入院リハを継続した方がよいと判断して

いる。独居世帯や高齢者のみの世帯の場合に多いが、介護負担が過大と想定される際にも、時間をかけた入院リハを視野に入れて転院先を検討する。

自宅退院後や転院後のリハの継続も重要であり、回復過程の変化を評価し、適切な訓練内容をコメディカルに対して指示、実行させなければならない。その際、近隣にリハ専門医が常勤でいる病院が乏しく、一般病院への転院も必要になる。武蔵野市内の一般病院で介護老人保健施設を併設している病院にて、回復期のリハを実施できるように、PT、OTの養成と週1回の回診にて訓練内容の継続を図ってきた。下肢装具については、運動麻痺の回復状態や歩行状態と訓練内容の変更と共に装具の調整や更新を行っていった。特に、訓練の目標には屋外活動や社会参加を増やすように促してきた。

#### V. 地域リハ支援センターの活動

平成15年に地域リハ支援センターに指名された後も、地域に対する啓蒙活動を継続してきた(表5)。当院の早期リハは更に急性期での訓練開始となり、在院期間も短縮した。リハ目的での連携病院転院後に自宅退院した症例においては、併設介護老人保健施設の通所リハに移行していった。平成17年5月には別の医療法人において、維持期リハに重点を置いた介護老人保健施設が100床で開設され、外来通院を続けていた症例の継続リハの通所先となった。その後、短期入所中の集中リハにも対応できるようになり、

機能維持に大いに役に立った。以上の活動内容を東京都リハ協議会の提示した項目に照らし合わせてみると表9のように列挙することができる。

維持期リハを介護老人保健施設の通所・短期入所にて推進してみたところ、体力向上維持、体幹と胸郭の可動性確保と四肢の痙縮に対するストレッチが重要であることが分かった。また、『しっかりした維持期リハ』を遂行していくと、急性期病院からの自宅退院時に要介護2～3程度であった症例が要支援1～2程度にまで向上していくことも分かった。多くの人が、いわゆる脳卒中片麻痺歩行といわれる『非麻痺側に依存して、麻痺側下肢を殆ど使わない歩き方』を自然経過の当たり前の姿だと理解していることに直面し、この認識の誤りを正すことに苦労してきた。急性期・回復期のリハの場面で非麻痺側依存の誤った訓練の結果であり、出来上がってしまうと修正不能の悲運な姿であることを説いている。

#### VI. 急性期から在宅まで一貫したリハの理念

統一された理念に基づくリハが急性期から在宅まで継続して実践されることが望ましく、患者・家族や在宅支援事業所職員や通所リハ施設職員等で意思統一が図れていることが重要である。(表10)。これらの考え方を啓蒙し、賛同して頂けた協力医療法人と協働し、回復期リハ病棟や介護老人保健施設を開設することができた(図2)。3年前からは実際の訓練を

担うPT、OTの実務者教育と人員確保が重要であると考え、専門学校にも積極的に協力要請を行っている。意欲ある卒業生の就職先として、この地域のチームワークの一員に加わるように、この地域連携体制を喧伝している。若いスタッフの学習意欲を培う環境作りが重要であり、実務そのものから学ぶシステムが必要と考えている。これらの考え方が地域に浸透するためには、一方通行の“連携”と称する移管業務であってはならないのであり、常に参加者が協業する姿勢を学ぶことが重要であり、ポイントは表11に示すとおりである。急性期から回復期、維持期までのリハの一貫性を確保するために、地域の連携病院・介護老人保健施設の常勤リハスタッフに対して、当院リハ科で実技研修し、合同勉強会・症例検討会を毎週開催している。患者・家族に対する自立支援の理念を絶やさず、いずれの場面においても早期離床を忘れずに患者、利用者に向き合うことが重要であると教えている。

#### VII. 終わりに

6年間で脳卒中地域連携を組み上げるにあたり、御指導、御助言を賜り、いつも勇気付けられた米本恭三先生に深謝したい。また、種々の苦労を共有し、業務改革の荒波の中を共に歩み、地域連携を推進している武蔵野赤十字病院の医師、看護師、リハスタッフ達、ならびに協力頂けた連携病院・施設の職員の方々に対して、労をねぎらいたい。

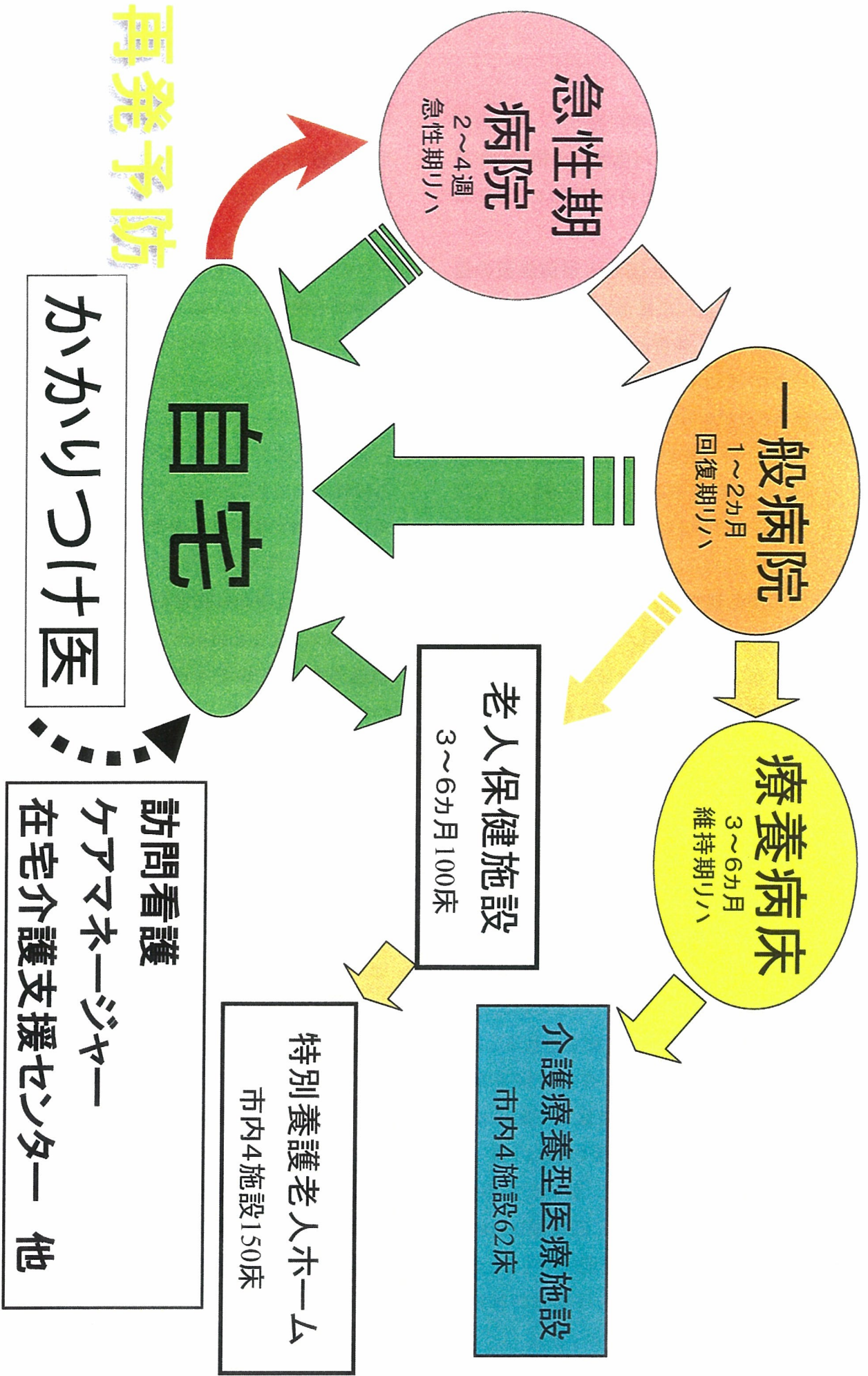


図1: 平成15年4月時点での武蔵野市の連携概念図

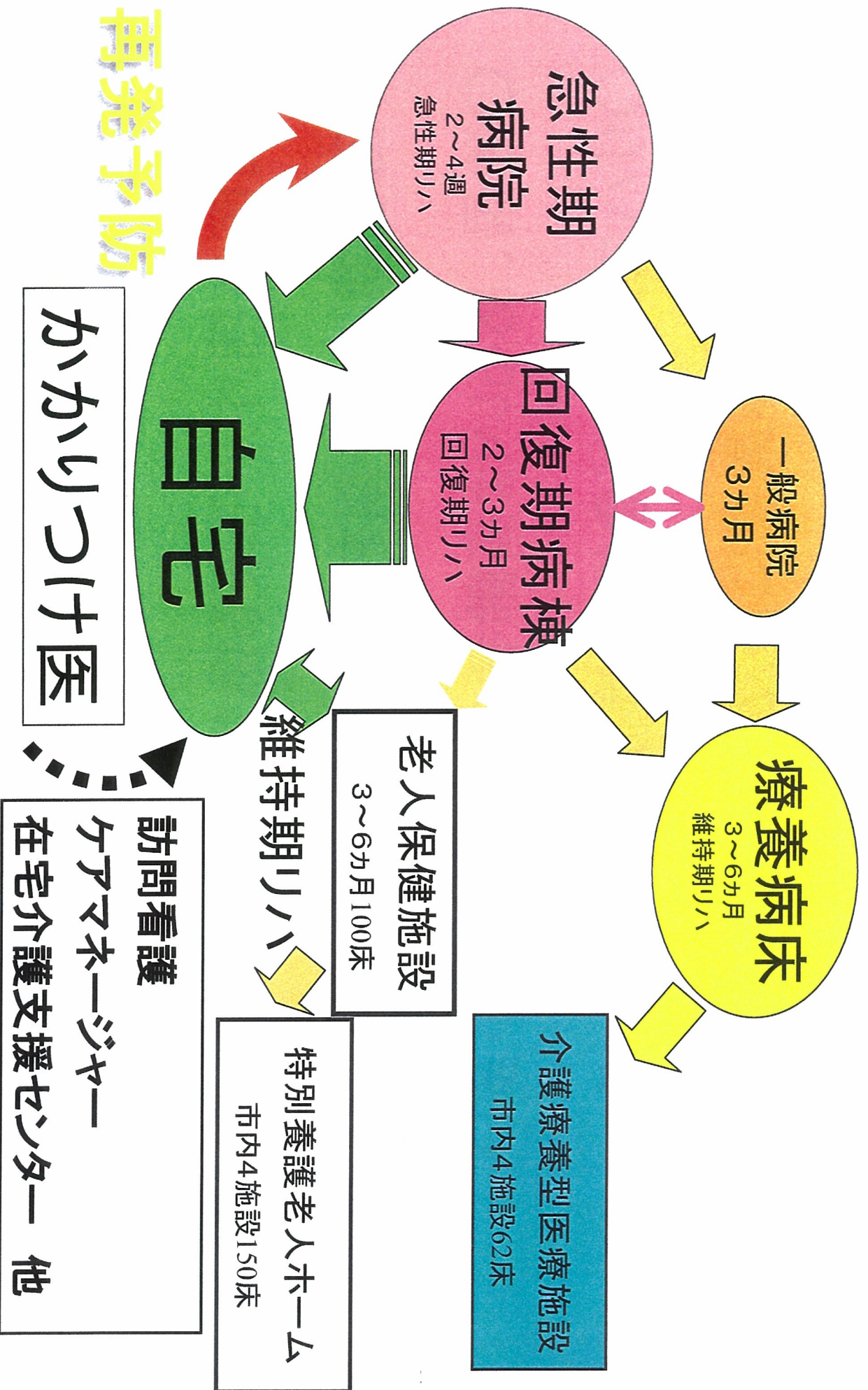


図2: 平成18年5月時点での武蔵野市の連携概念図



## 表1：北多摩南部医療圏の特徴

---

- 当医療圏外から来る急性期症例も多い
  - 回復期、維持期を担う病床が乏しい
  - 独居、あるいは高齢者のみの世帯が多い
  - リハスタッフが急性期病院に偏っている
  - 介護保険事業者に自立支援の志向が乏しい
-

## 表2: 急性期リハビリに求められること

---

- 早期離床⇒ 挿管中も可能な範囲で座位開始
  - 患側下肢への荷重習得⇒ 早期に下肢装具処方
  - 早期身边動作自立⇒ 在宅環境整備と人的支援
  - 在宅生活指向⇒ 活動量維持、他人との交流
  - リスク管理⇒ モニタリングと多職種間の協業
-

## 表3：回復期リハビリに求められること

---

- 機能回復訓練⇒ 訓練時間、リハスタッフの充足
  - 自主訓練の拡大⇒ 訓練スペースの拡充
  - 身辺・応用動作自立⇒ 全職種の自立支援指向
  - 在宅生活準備⇒ 在宅環境整備、他人との交流
  - 効率的な生活支援⇒ 情報共有と他施設との協業
-

## 表4：維持期リハに求められること

---

- 機能維持訓練⇒ 痙縮コントロールの継続
  - 自主訓練の継続⇒ 訓練スペースの拡充
  - 自立維持⇒ 介護保険の通所、短期入所リハ
  - 活動量維持・拡大⇒ 社会参加、他人との交流
  - 再発予防⇒ 医療・福祉関連職種間の協業
-