

図3 足りないと思う職種(急性期)

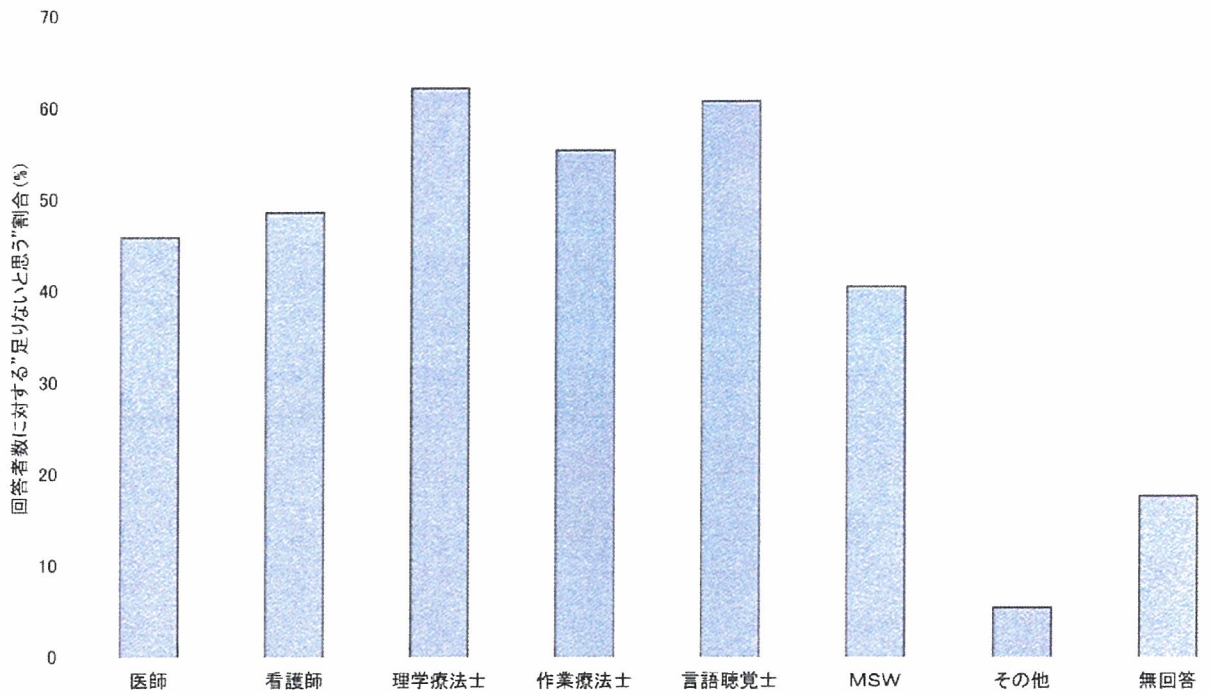


図4 足りないと思う職種(回復期)

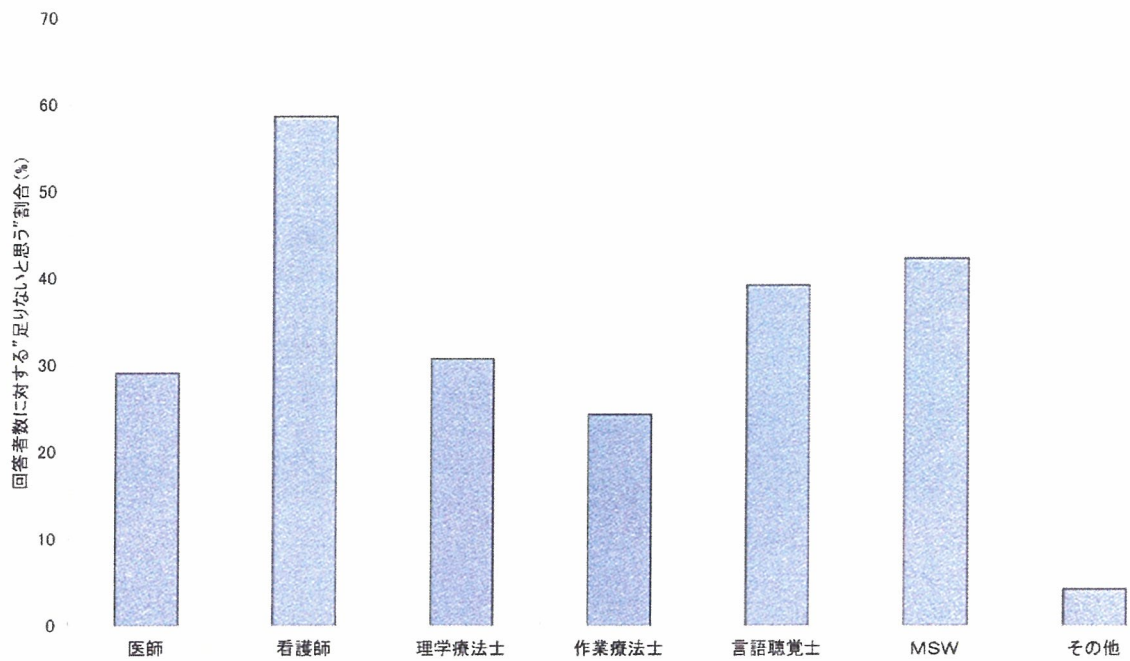


図5 転院時に重視する事柄(急性期)

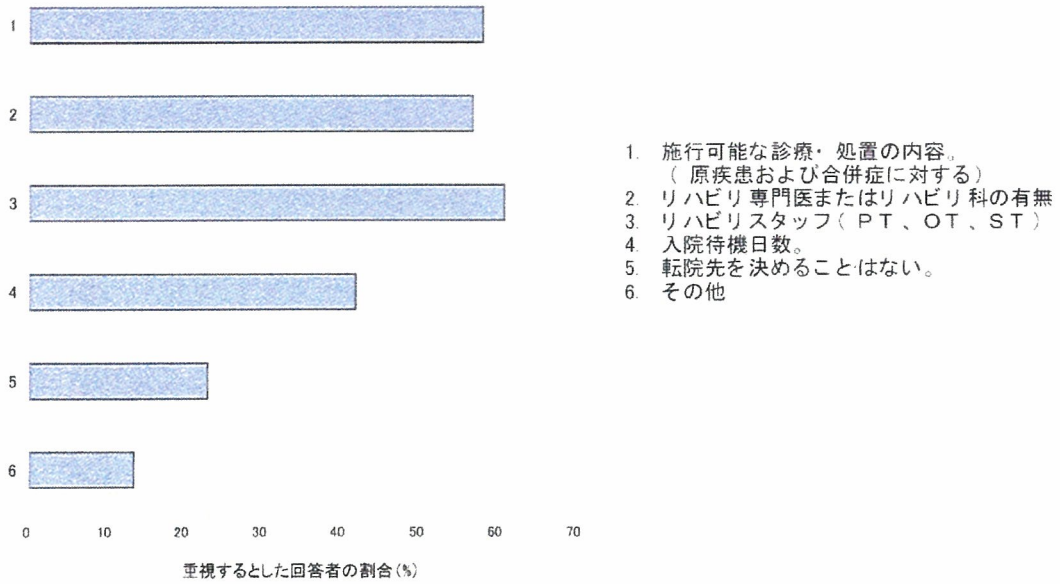


図5 患者受け入れ時に重視する事柄(回復期)

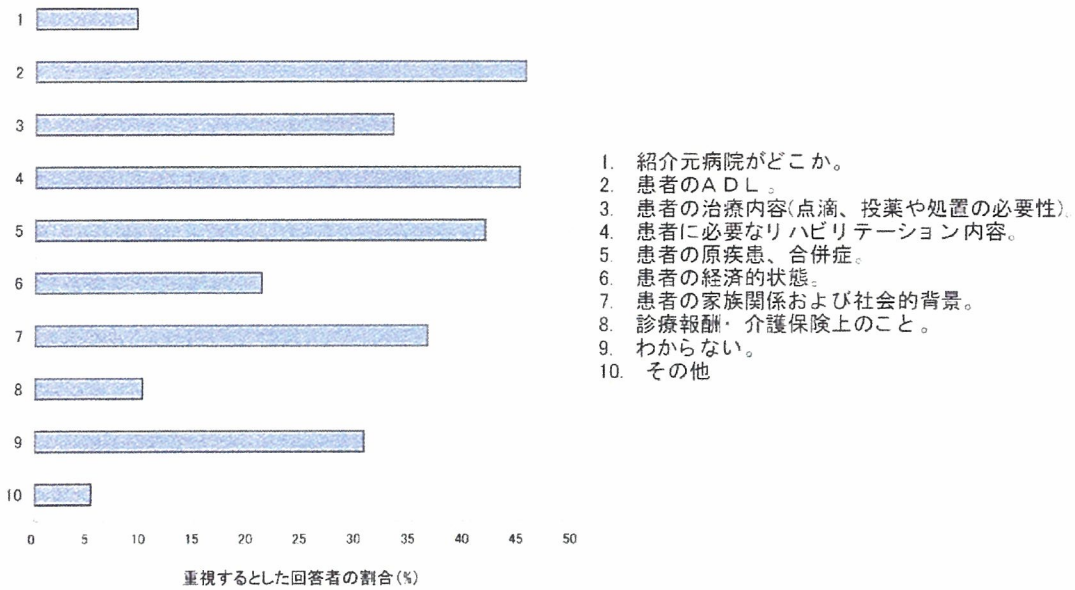


図7 転院時に問題となる事柄(急性期)

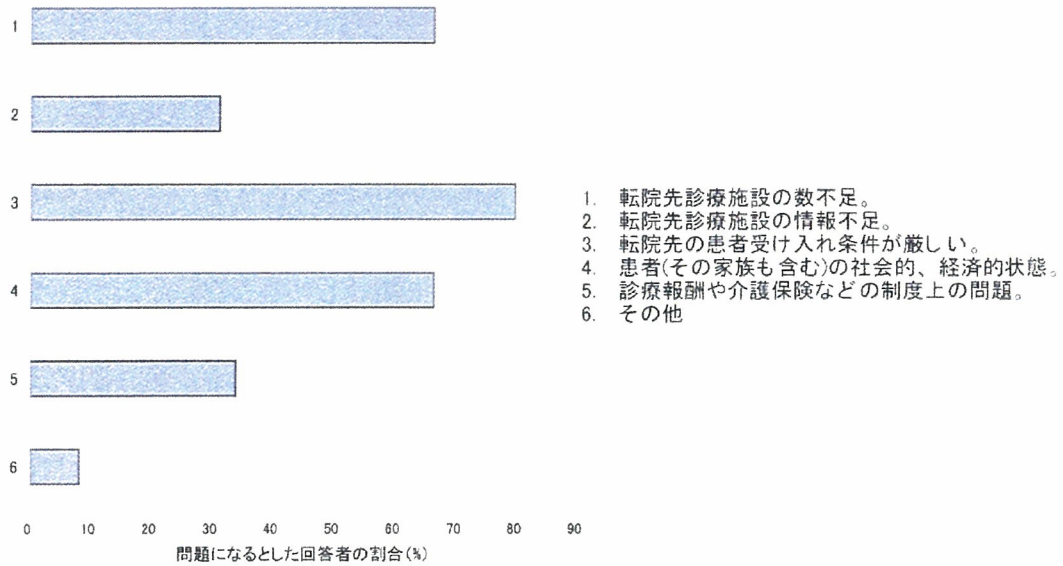


図8 転院後に問題となる事柄(回復期)

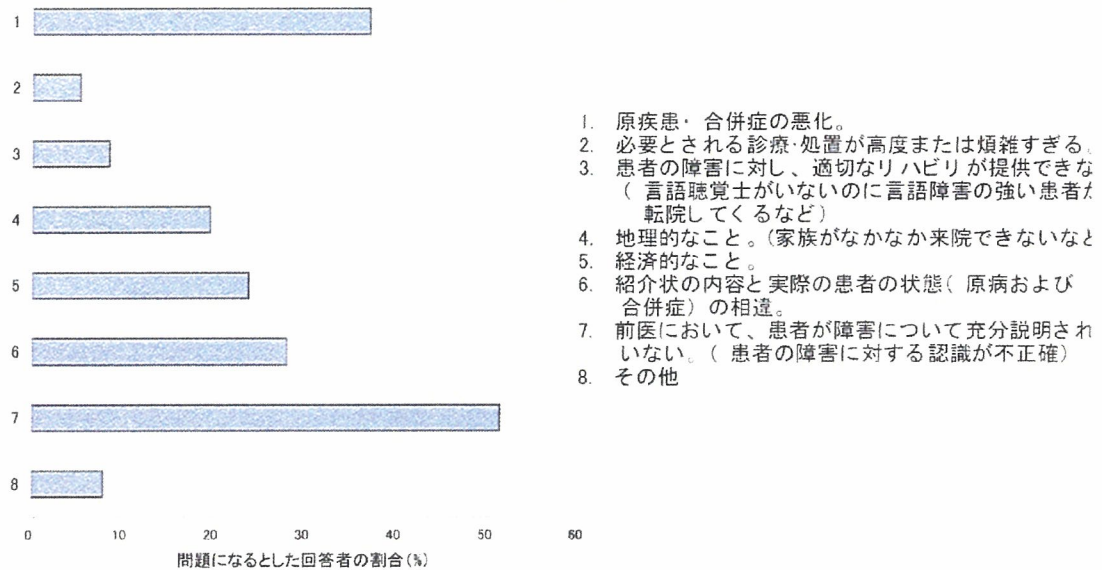


図9 転院先施設への要望(急性期)

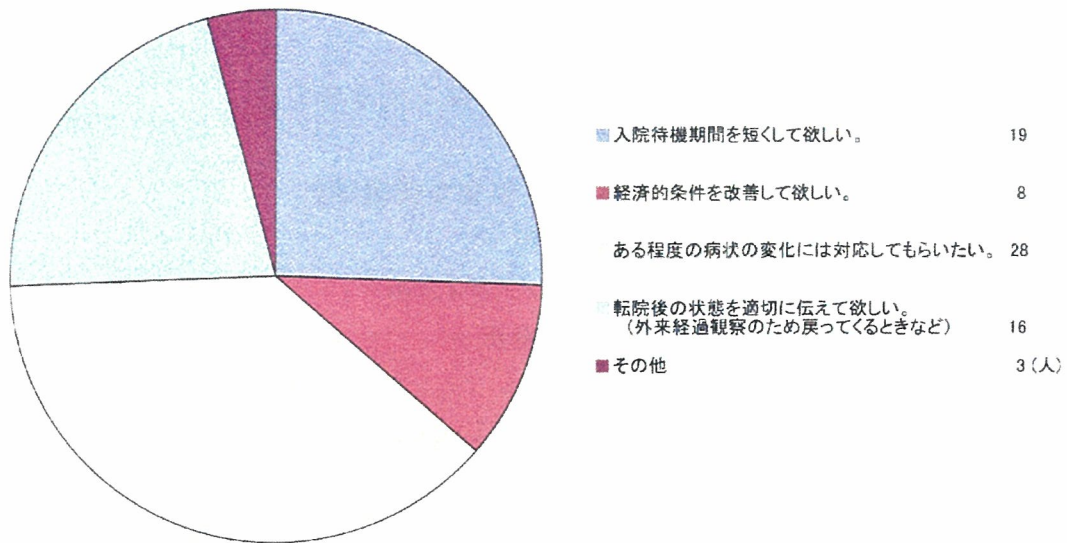
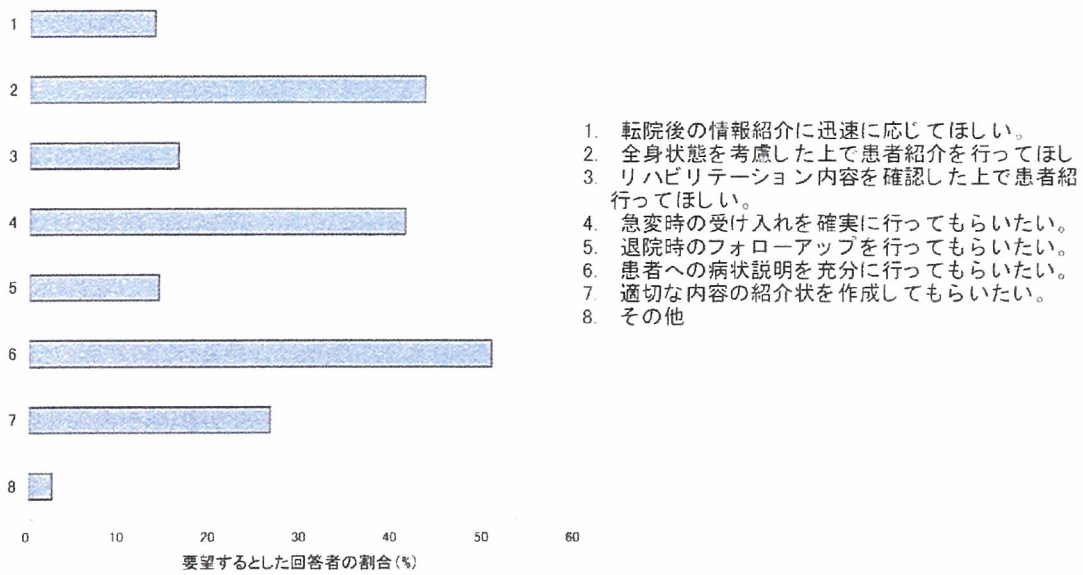


図10 紹介元施設への要望(回復期)



Ⅱ. 分担研究報告

4. ITを活用した診療連携ネットワークの構築

1) 「リハナビ東京」の構築の基本的な考え方

慶応義塾大学理工学部生命情報学科

牛場 潤一

株式会社 ナノメディカル

上野 史彦

【研究要旨】

情報システム「リハナビ東京」は、リハビリテーション医療連携システムの開発と効果の実証のために推進中のものである。本システムでは、課題解決の仮説検証を支援し、多くの関係者が安心して医療連携に利用できることを目指す。この種のシステムは多くの機能を付加するあまり高価になりがちであるため、本研究ではまず、経済的で、信頼性があり、かつ実効性のあるシステムの実現が可能かどうかの検証を行う。

はじめに

情報システムの機能には、「自動化」と「情報共有化」の二点が挙げられる。自動化についてはこれまで多くの成果を挙げてきていると思われるが、情報共有化に関してはどうか。

『成果 = (人の意識) × (社会環境・制度) × (情報システム)』の式で示されるような関係が考えられるが、情報システム以外の要因を軽視しがちであったために、あまり成果を挙げられなかったのではないかと考える。構築する上でまず、参加メンバーの意識がどのようなのか、どういう制度、習慣がどのような形でシステムに影響を与えるのかについて、考慮することが必要と考えた。

A. 本研究における医療連携システムの役割

とシステム全体の構想

本システムには、下記に挙げる 3 つの役割を持たせている。

a. 大都市圏における連携強化の課題解決を図るために仮説を立て、その検証を行うことで成果を確認できるようにする。

b. 診療連携を阻害する課題にフォーカスして診療施設間の連携が行える。施設および資源データベースを作り、マッチングシステムを運用する。

c. 多くの関係者が参加できる情報インフラを提供する。

興味ある情報を安心して手軽な方法で利用できるポータルサイトを作成する。(ポータルサイトとは、インターネットの入り口となる巨大な Web サイトのことを言う。)

これらの役割を実現するために図1のようなシステムを作成中である。

【 図1 】全体構成図参照

B. 個別システムの内容

a. 仮説検証のためのアンケート、実態調査システム(2006年度に実施)

アンケートおよび実態調査は、研究期間中数多く行われることが想定されるため、手軽に行えるようインターネット上のホームページを通して実施する。

実施したアンケートはパターン化しておき、アンケート調査担当者がパターンを参照しながら直接作成ができるようにした。

また、対象者へアンケート実施を確実に伝えるため、電子メールとポータルサイトを利用した通知を一回の入力で行えるようにした。更に、病院スタッフ、患者、その家族など不特定の人々にもアンケートが実施できるように、FAXでも回答を受け、電子媒体を使えない方にも対応した。回収したアンケート状況は、発信先別回収一覧などで確認できるようにした。このシステムではアンケートが回収されると直接データベースへ書き込みが行われると共に、汎用表計算ソフトウェアEXCEL(Microsoft 社)の分析ツールを用いてレポートが自動作成されるようになっており、アンケート結果の分析を容易におこなえることが特長である。

[図2]アンケート・システム参照

b. 連携強化のデータベース、マッチングシステム(2007年度構築予定)

現在計画中であるが、構想としてまず、無駄なデータが蓄積されないように連携を促進するために必要な情報が何であるかを調査

し、有識者へのアンケートからの絞り込みを徹底的に行う事になっている。また、実績のある研究グループと連絡を取り、データベースの連結もできるようにシステムを設計する予定である。

c. マッチングシステム

診療連携を必要としている患者のデータを入力すれば、このシステムが、症状、家庭状況を考慮して、受け入れ施設の立地条件、リハビリ条件、空き状況などからマッチングの可否および候補病院を表示する。研究会では、診療連携が必要なケースは、重症患者の場合が多いとの問題提起もされた。受け入れ対応が難しいケースの場合は、インセンティブを与える制度の導入なども考慮する必要がある。

また、連携を改善した実例として、患者を受け入れてから対応するのではなく、急性期病院へ出向き、患者への対応を予め準備するケースも出ている。マッチングシステムには現状だけではなく、予定データも組み込む必要があるのかもしれない。

d. ポータルサイト

今回は経済性、迅速性の観点から新たにシステムを構築するのではなく、既存のパッケージソフトを利用して作成した。

パッケージソフトの選定評価基準は通常、機能、価格の他に作成会社のサポート力(一般的には会社の規模・収益性)を見る。今回ポータルサイトを構築するにあたっては、上記項目に加え、プログラムの内容が開示されているかどうか、即ち自分たちでプログラムの変更が可能かどうかでパッケージソフトを選んだ。このパッケージソフトは、掲示板、フォーラム、電子メールなどを標準装備しており、本研究が求める仕様を満たしてい

ると判断した。

セキュリティ対策

セキュリティは、その費用と使い勝手のよさも考え合わせなければならない。今回、我々がセキュリティシステムの設計を行い、その実現は信頼できる運用サービス会社と共同で行った。立ち上げが小規模で始まり、展開したときの規模が充分に見通せない場合は、経済的な面からこちらのやり方が効果的である。具体的には原理上、ポータルサイト、データベースのデータ破損、データ漏洩などが起らないように、図2に示すシステム構造を実装した。本ポータルサイトへは主として海外からの不正アクセスが恒常的に発生しているため、24 時間体制でサポートを行っている。また、内部からの不用意な情報流出、悪意による情報漏えいを防ぐ機能も付加しており、システム利用者の履歴も確認できるようになっている。ただ、ヒューマンエラーを原因としたトラブルは完全に防ぐことができない。今後の課題として、トラブルが発生したときに即応できる危機管理のマニュアルと体制を作ることが必要であると考えている。

通信については SSL 暗号化技術を用い、通信中の改竄、成りすましに対して防護している。

また、利用する人たちのアクセス権を3グループに分け(一般、研究グループ、管理者)、データベースへの利用可能範囲を限定している。運用ルールの詳細については、近日中に策定予定である。

【図3】セキュリティ構成図参照

個人情報保護に関するもの

ポータルサイトでは患者情報を扱うために、個人情報保護対策が重要課題である。サイトを運営する上で大切なことは、個人情報を保護するのではなく、個人を保護するために情報を管理する、と認識することである。まず、個人情報保護法に照らしてシステム内情報の重要性区分を行い、管理レベルを明確にする。さらに、ポータルサイトで扱う共有データベースには、個人の特定が行えるデータを取り込まないようにする。但し、実態調査を行う場合に一時的に個人情報を扱うことがあるため、データの送受信の相手先を特定し、暗号化を行う。患者追跡が終了するまで、限定された研究者がファイルを物理的にネットワークから切り離して保管管理する。この患者情報を扱う実態調査は、研究メンバーの所属する組織の倫理委員会で審議を受けることになっている。

興味を持って参加できるため

の機能

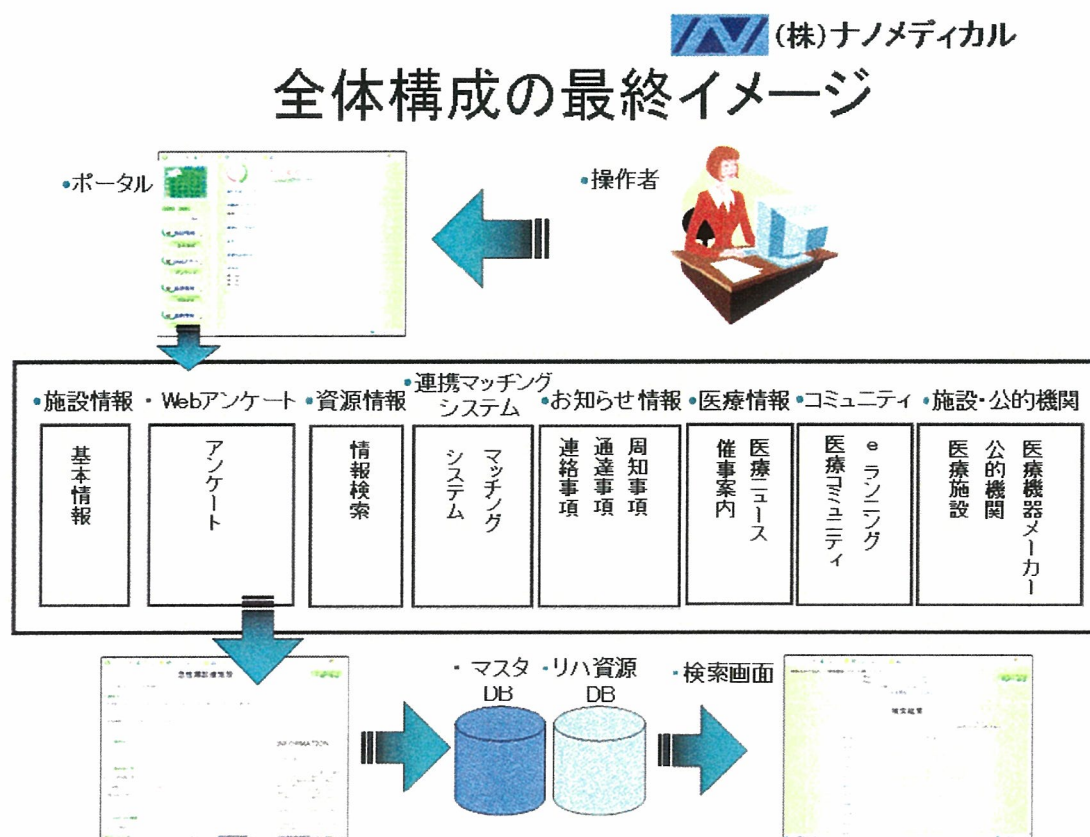
研究参加グループの方々が議論しあえるような機能(フォーラム)を作った。病院スタッフ、患者家族など関係者の知識を一定水準まで持っていくために、E-Learning 機能をサービスとして行えるようにすることも検討中である。これは、症状に応じたリハビリテーションの行えるスキルを専門病院以外の関係者に持ってもらうために、ビデオを含めた自習システムをインターネット経由で提供するものである。勿論、人と人の直接対話ができる講習会も組み合わせて行うことが重要である。

C. 終わりに

これまで以心伝心、あうんの呼吸で行うコミュニケーションを得意としてきた日本人は、

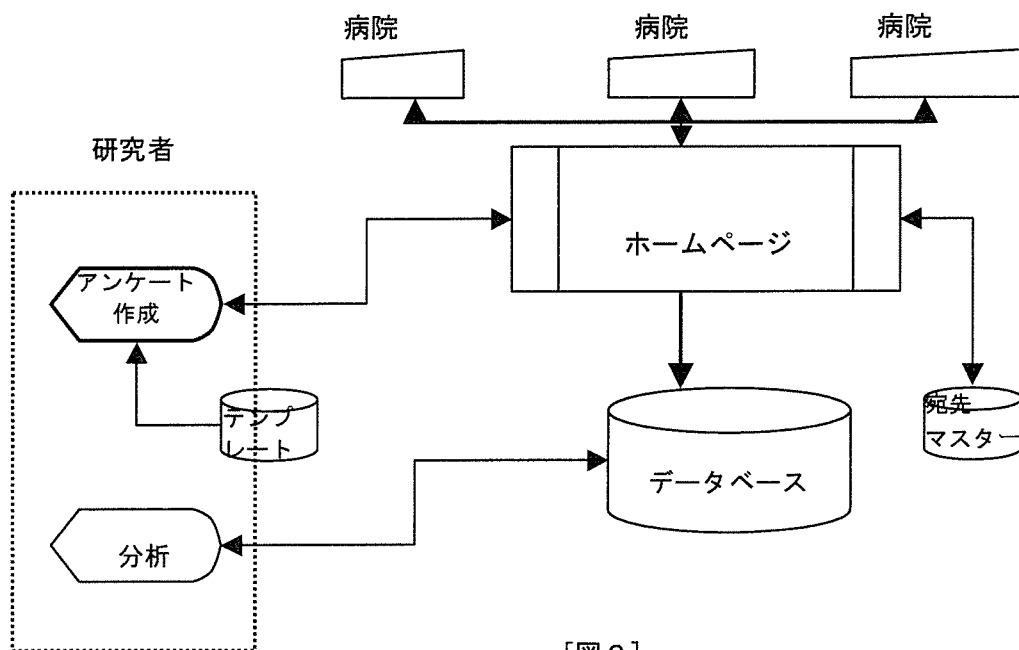
今、情報システムの活用を行うにあたってある種の壁に直面していると思われる。情報システムを利用する上で、情報の呼び方、内容の定義が関係者間で一致していなければコミュニケーションは成立し得ない。また、仲間内であればあまり意識することがなかった情報の価値評価とその報酬に対する

考え方が整備されていない。一般に、情報の利用に意欲的であっても、自らが情報を発信する機会は少なく、また、特に価値のある情報は出したがらないことが多々ある。行政、学会などのデータの標準化、組織的なルール付け、インセンティブを与える制度なども急務であるとする。



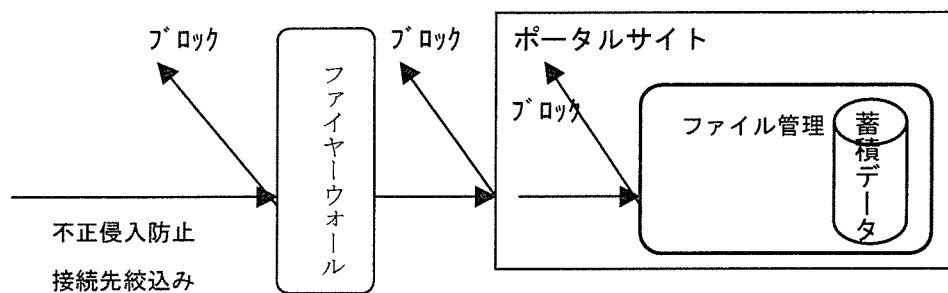
[図 1]

アンケート・システム



【図2】

セキュリティ構成図



【図3】

Ⅱ. 分担研究報告

4. ITを活用した診療連携ネットワークの構築 2) リハビリテーション資源データベースの構築

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室 長谷公隆 松本真以子
世田谷区総合福祉センター 相談訓練課 木谷哲三
セコム医療システム株式会社 訪問看護ステーション部 沼田美幸

【研究要旨】

大都市圏における脳卒中診療連携は、広域で展開されている医療圏の特長から、地域の枠を越えた病診連携を必要とする。患者の個別的なニーズに対応した病診連携を大都市圏で構築するためには、治療を提供する側の生きた情報を管理し、必要な時にそれを活用できるデータベースが必須である。本年度は、急性期治療を終えて、機能回復のためのリハビリテーション治療を行う施設への転院を円滑にするためのシステムを構築する上で、データベースとして管理すべき項目を実例に基づいて抽出し、その活用のシミュレーションを試みた。資源データベースの基本情報として、リハビリテーション医療機関の名称、所在地、交通機関、診療科目、施設概要、リハビリテーション部門概要があり、所在地ならびに提供できるリハビリテーション医療内容は、リハビリテーションを実施する機関を絞り込むための第一段階において必須の情報であることが実例に基づいた分析からも明らかであった。そのうえで、患者受け入れの可否を決定する条件は、リハビリテーション医療機関毎に設定されていることから、患者の病態・障害の個別的な状況に応じた条件を項目別に管理する必要がある、発症後日数、意識障害、失語症を含む高次脳機能障害や嚥下障害、排泄障害の有無と程度、座位耐久性、併存する疾患ならびに機能障害、感染症、治療に要する費用などがデータベースに含めるべき項目として抽出された。これらの項目に基づく資源データベースを運用していく上では、①患者に適合する医療機関が抽出されなかった場合の対応、②検索システムで適合した医療機関を患者が選択しなかった場合の理由の調査、③逆に適合したにもかかわらず、受け入れに時間を要したり、医療機関が受け入れを拒否した場合の原因の究明、などの対処が必要である。本システムの有益性を高めるためには、集中的なりハビリテーション治療の適応とならない重度患者のケアパスを大都市圏において構築する必要があり、介護や在宅支援の問題を含めた脳卒中リハビリテーション

【はじめに】

医療の質の向上と効率化を目指した医療機関の機能分化を背景として、患者の救命と機能回復を専門的な医療技術によって提供しなくてはならない脳卒中医療の現場は、施設内におけるチーム医療と施設間の病診連携が構築されていることを大前提として進められている。なかでも、急性期・回復期・維持期の脳卒中治療を円滑かつ適正に進めていくためには、各々の機能を司る医療機関が必要十分な情報を共有したうえで、患者の回復過程に適合した医療を提供できなくてはならない。現実には、多様な臨床像を呈する脳卒中患者を扱う診療連携においては、全身状態や障害の状況、居住地や経済的問題を含めた社会的背景などの患者側の問題と、脳卒中医療を提供する施設の特長ならびに現況によって、その治療を施す場を個別的に決定している。例えば、救命を目的とした急性期医療を終えていても、不幸にして意識障害が残存し、リハビリテーション治療による効果が得られない状況にあれば、回復期治療を経ずに維持期における療養への移行を検討する必要がある。むろん、そうした患者においても療養の期間に意識状態が改善し、リハビリテーション治療の適応が認められるようになれば、その機能改善を目指した治療が展開されなくてはならない。一方、患者の機能回復において必要な医療が提供できなければ、その患者の治療は別の施設で実施されるべきであり、また、ある医療機関に重度な患者が集中した結果、安全管理に

問題が生じるようであれば、その医療機関には重症患者の受け入れを一時的に控えることが必要になる場合もある。すなわち、脳卒中診療連携における情報とは固定したのではなく、患者の回復や受け入れ先の医療機関の事情によって常に変化していることから、生きた情報を共有して、それを個別的に処理していく必要がある。しかしながら、変化する個別的な情報を離れた施設間で共有することは難しく、その過程に多くの時間を費やさざるを得ないケースが存在している。

これらの問題を解決する方法として、一つの病院あるいは病院グループで急性期から維持期までの治療を一貫して行う「病院完結型」システムを構築し、一定の治療指針に基づいた継ぎ目のない医療を展開する方法がある。この病院完結型システムは従来の医療現場で行われてきた形態であり、その地域の基幹病院(大病院)が担う場合が多い。しかし、大都市圏においては、(1)診療圏が抱える住民人口が非常に多数であるために、一つの病院グループで地域全体をカバーすることが難しい、(2)高度先進医療の提供において急性期病院の中でも機能分化が進んでおり、それぞれが回復期・維持期までの病院グループをその地域で形成することは不可能である、(3)急性期治療が必ずしも患者の居住地で行われているわけではない、(4)回復期～維持期のリハビリテーション医療を提供する施設が大都市圏では充足しておらず、また、その所在が郊外に偏っている、などの要因

によって、「病院完結型」システムを地区毎に構築することは現実的ではない。急性期病院の役割が明確化している中で、機能分化した施設間の病診連携の重要性はますます高まっており、より広域での脳卒中診療連携を構築する必要性に迫られている。大都市での「地域完結型」システムを構築するためには、患者の個別的なニーズに対応できるように、治療を提供する側の生きた情報を管理し、必要な時にそれを活用できるデータベースが必須である。本年度は、急性期治療を終えて、機能回復のためのリハビリテーション治療を行う施設への転院を円滑にするためのシステムを構築する上で、データベースとして管理すべき項目を実例に基づいて抽出し、その活用のシミュレーションを試みた。

【方法】

- ① 事前の調査によって、「地域完結型」システムに基づいた脳卒中診療連携を展開していると思われる九州ならびに東北地方の施設データベースの実例を収集する。
- ② 東京都内の病院で脳卒中治療を受けた患者が、リハビリテーション施設に転院する際に生じた問題を実例に基づいて抽出し、資源データベースに必要な項目を選定する。
- ③ 抽出された項目に基づいて、資源データベースの活用法についてシミュレーションする。

【結果】

① 九州地方において展開されている脳卒中医療連携のシステムに関しては、データベースとして情報が管理されている訳ではなく、各施設が作成した連携施設の情報集（紙ベース）が何種類もあり、それが連携施設にも置いてあるような形で医療連携が図られていた。脳卒中連携では、急性期病院の診療陣容とリハビリテーション病院側の診療陣容などを、毎年更新している表があるが、これは公表されておらず、連携のための研究会の世話人会の中で管理されていた。

東北地方における脳卒中医療連携のシステムについては、調査を試みたが具体的な情報を得る事はできなかった。

② 資源データベースの基本情報として、東京都健康局医療サービス部による「リハビリテーション医療実施医療機関名簿」（平成16年改訂版）の項目を参考とした。すなわち、名称、所在地、交通機関、診療科目、施設概要（病床数、病床種別、指定医療、看護体制）、リハビリテーション部門概要（専門病床数、利用対象者の制限、申し込み方法、受付時間、提供できる専門技術、施設基準、通所・訪問リハビリテーションの実施、リハビリテーション関連従事者）である。これらのうち、その施設固有の情報、すなわち所在地ならびに提供できるリハビリテーション医療内容は、リハビリテーションを実施する機関を絞り込むための第一段階において必須の情報であることが実例に

基づいた分析からも明らかであった。また、病床数については、関連する病院からの専用病床は含めず、本プログラム上で現実提供できる病床数の提示が必要である。

次に患者の病態・障害の個別的な状況が、患者受け入れの可否を決定する重要な要因となる。「リハビリテーション医療実施医療機関名簿」においては、『利用対象者の制限』として記述されているが、脳卒中病診連携の現場においては、患者の病状によって受け入れの可否が施設毎に異なるという問題を処理しなくてはならない。すなわち、

発症後日数(2ヶ月未満か否か)
意識障害
失語症を含む高次脳機能障害の有無と程度
嚥下障害(気管切開・IVHなど)
排泄障害(便意・尿意の有無など)
座位耐久性
併存疾患(心疾患／呼吸器疾患／腎内分分泌疾患など)
併存する機能障害(骨関節疾患・切断など)
感染症(MRSAなど)

などが、受け入れの可否に影響することから、これらの項目の扱いをデータベースに含める必要があることが示唆された。さらに、治療に要する費用などの詳細を患者に提示する必要がある。これらの情報を収集するための項目一覧案を別表のごとく作成した。

また、病院側の生きた情報として、空床数(差額病床の内訳を含む)、重症患者受け入れ可否(その程度も含む)などが定期的に入力される必要があると考えられた。

③ リハビリテーション医療資源のデータベースを活用する方法として、以下の手順が検討された。

1. 患者の居住地域の施設が一覧されること。

患者の最寄り駅などを地図上などでクリックすると周辺にあるリハビリテーション施設(例えば電車で1時間以内、マイカーで1時間以内など)が一覧され、その各施設の基本情報が得られる(所在地、交通機関、病院施設概要、リハビリテーション施設基準)。

2. 患者側の要因として医学的状态(入院に影響する項目の有無)を入力。

3. 抽出された医療機関の入院に必要な病院の具体的情報(相談窓口;本当にリハビリテーション病棟入院の事情がわかっている担当者名や、治療に要する費用の目安を含む)が提示される。

実際に、リハビリテーション資源データベースを運用していく上では、①患者に適合する医療機関が抽出されなかった場合の対応、②検索システムで適合した医療機関を患者が選択しなかった場合の理由を調査し、そのフィードバックを検討すること、③逆に適合したにもかかわらず、受け入れに時間を要したり、医療機関が受け入れを拒

否した場合の原因の究明、などが必要になる。

【考察】

脳卒中リハビリテーション医療は、回復期リハビリテーションの適用条件が医療制度上で規定されたうえで、リハビリテーションの適応が、その治療効果の予測に基づいて医療機関毎に設定されている。「リハビリテーション」は、『障害者を訓練してその環境に適応させるだけでなく、障害者の直接的環境および社会全体に介入して、彼らの社会統合を容易にすることを目的とする』(WHO)という定義からも、その治療は、障害者自身、その家族、そして彼らの住む地域社会において実施されることが望ましい。一方で、大都市圏における高度先進医療は、地域社会の枠を越えて展開されていることから、急性期医療と地域医療を連結するデータベースが、相互利用できるシステムの構築が望まれる。刻々と変化する各地域のリハビリテーション医療の実情を急性期病院がデータベース上で把握でき、それによって急性期リハビリテーション医療の目標が明確化することで、治療上のさらなる機能分化が促進されるものと考えられる。

本研究において、管理の必要性が見出されたリハビリテーション資源データのうち、特に医学的情報については、2ヶ月未満か否かで回復期病床の利用の可否が決まる他、例えば、気管切開の管理は困難、嚥下障害による栄養管理は胃ろう造設が必要、

便秘や尿意のない患者、バルーン留置患者は不可、切断などの併存する他の機能障害の管理は不能、MRSAは1+以下であることが前提、などの実例から抽出された項目である。これらをデータベース化するうえでは、それぞれの医療機関の実情に配慮し、利害が及ばないようにデータを管理する必要がある。一方で、転院に際して解決すべき問題が何であるのかを発症後早期から急性期病院が把握できること、リハビリテーション医療機関が他施設との比較のうえで将来的に管理できるようにすべき医学的問題を認識し、によって、リハビリテーション医療の質の向上が図られるものと推察される。

本システムの有益性を高めるためには、集中的なりハビリテーション治療の適応とならない重度患者のケアパスを大都市圏においてどのように構築するかが、解決されるべき最重要課題である。介護や在宅支援の問題を含めて、大都市圏における脳卒中リハビリテーション医療の治療体系を包括するデータベースの構築が最終的な目標となろう。

【参考文献】

「リハビリテーション医療実施医療機関名簿」東京都健康局医療サービス部(平成16年改訂版)

別表. リハビリテーション医療資源データベース化のために抽出された項目

(例: 慶應義塾大学病院)

名 称		慶應義塾大学病院	
所 在 地		東京都新宿区信濃町 35	
電 話 番 号		03-3353-1211	
交 通 機 関		JR 総武線・信濃町駅より徒歩3分	
脳卒中リハ診療 責任者(診療科)		里宇 明元(リハビリテーション科)	
リハビリ医療概要	脳血管疾患等リハビリテーション料	① II	
	(リハビリ専門病床)-(うち関連施設専用病床数)=登録病床数	(6床)-(2床)= 4床	
	登録病床内訳	急性期病床	4床
		回復期病床	0床
		療養病床	0床
看護体制		7対1	
リハビリテーション部門	理学療法士(うち非常勤)	12名(0名)	
	作業療法士(うち非常勤)	4名(0名)	
	言語聴覚療法士(うち非常勤)	3名(0名)	
	装具外来		週1回
	対応できる病態	意識障害	可(JCS; ①・II・IIIまで)・不可
		嚥下障害関連	気管切開後 (㊦・不可)
			胃瘻造設 (㊦・不可)
	対応できる疾患	内分泌疾患	糖尿病(Insulin療法) (㊦・不可)
			腎不全(透析) (㊦・不可)
		認知症(条件)	㊦(問題行動がない場合)・不可
精神疾患(条件)		㊦(薬剤管理されている場合)・不可	
切 断		㊦・不可	
対応が困難なその他の疾患あるいは病態		特になし	
入院受け付け担当	M.D. 藤原 俊之	03-5363-3833(直通)	
	MSW. 加島	03-3353-1211(内線 62119)	
費 用	差額ベッド代金	一人部屋; 15,000-35,000 二人部屋; 7,500	

Ⅱ. 分担研究報告

4. ITを活用した診療連携ネットワークの構築

3-a) 千葉県における地域リハビリテーション情報検索システムについて

千葉県リハビリテーションセンター

吉永勝訓

【研究要旨】

千葉県では13年度に地域リハビリテーション協議会が設置され「地域リハビリテーション連携指針」が策定された。県の地域リハ支援体制としては、都道府県地域リハビリテーション支援センターを1ヶ所置き、二次保健医療圏ごとに1ヶ所の地域リハビリテーション広域支援センターを設置している。

千葉県内の地域リハビリテーション検索システムについては、まず千葉県千葉リハビリテーションセンターが県支援センターの立場からホームページに「千葉リハ情報センター」を設けていて、地域リハ推進医療機関、在宅介護支援センター、訪問看護ステーション、市町村福祉の相談窓口、障害児の通園機関などの情報が検索できる。また千葉県庁や市町村など各行政機関のホームページからも地域リハ情報の一部が取れる。専門職団体のサイトとして県訪問看護ステーション会や県言語聴覚士協会のホームページなども関連機関の情報を提供している。しかし総じて、地域リハビリテーションの資源情報を系統的に網羅した情報検索システムは現在のところ存在せず、今後の整備・充実が必要と考える。

【千葉県地域リハビリテーション支援体制】平成10年に都道府県リハビリテーション協議会の設置が開始され、平成12年4月に国から地域リハビリテーション推進事業実施要綱が出されて全国レベルで同推進事業が本格化した。千葉県では13年3月に千葉県・県医師会による地域リハ資源調査が行われ、13年7月には千葉県地域リハビリテーション協議会が設置され検討委員会が動き出し、14年3月「地域リハビリテーション連携指針」が策定・公表された。

千葉県の地域リハビリテーション支援体制の組織としては、都道府県地域リハビリテーション支援センター（千葉県では“地域リハビリテーション総合支援センター”と呼称）を1ヶ所置き、二次保健医療圏（現在9圏域）ごとに1ヶ所の地域リハビリテーション広域支援センター（同“地域リハビリテーション支援センター”と呼称）を設置することとなった。都道府県リハビリテーション支援センターを14年度に指定。広域支援センターは、当時の診療保険制度の区分である総合リハビリテーション施設か、あるいは理学療法Ⅱかつ作業療法Ⅱの指定機関から選ぶこととなり、14年度に1ヶ所、15年度3ヶ所、16年度2箇所、18年度2ヶ所を整備して現在に至っている。

平成18年度から国の補助が無くなり千葉県の一般財源による事業に移行したが、千葉県の方針としては、当面のあいだ本事業を継続する予定である。

各指定機関とURLは表の通りである。

【千葉県内の地域リハビリテーション検索システム】結論からいうと、県内の地域リハビリテーション情報を網羅している系統的に作製されたシステムは存在しないようである。地域リハビリテーション関連の情報検索について涉猟しえた範囲で概説する。

1. 地域リハビリテーション関連施設のホームページ

ア) 千葉県千葉リハビリテーションセンターの検索システム: 都道府県地域リハビリテーション支援センターの立場から、そのホームページに「千葉リハ情報センター」www.chiba-rehajp/reha/reha.html を設けている。このサイトでは、下記のような項目を設けて、二次医療圏ごとにまとめた情報が検索できる。今後も改変をおこない、より充実させていく予定である。

- ・地域リハ推進医療機関: リハビリテーションを実施している医療機関を収録

- ・在宅介護支援センター

- ・訪問看護ステーション: 訪問リハを実施している事業所を収録

- ・市町村福祉の相談窓口: 各市町村の窓口を収録

- ・障害児の通園機関: マザーズホームなどの通園機関を収録

イ) 広域支援センターの検索システム: 該当圏域の情報を網羅した検索システムは各センター（病院）とも作成していない。医療法人である各機関および旭中央病院では併設施設の紹介を行っている。また

千葉労災病院では当該圏域内のかかりつけ医情報を提供している。(I、の各病院URL参照)

2.行政機関ホームページにおける検索システム

ア)千葉県庁ホームページ www.pref.chiba.jp:地域リハビリテーションに特化した検索システムは持っていないが、同HPではキーワード検索が可能である。

・千葉県地域リハビリテーション支援体制の整備に関する情報 www.pref.chiba.lg.jp/syozoku/c_kenzou/10kenkou/chiikiraha/shien.html

・県内の地域包括支援センターの設置状況 www.pref.chiba.lg.jp/syozoku/c_hoken/kaigo/info/settijoukyou.htm

などの資源情報が検索できる。

イ)市町村のホームページ:地域リハビリテーションに特化したサイトはどの市町村も持っていない。各市町村内の地域リハビリテーション関連施設の検索の整備状況については、市町村間の差が非常に大きい。

3.回復期リハビリテーション病院のホームページについて:平成18年末現在で、回復期リハビリテーション病棟を持つ病院は県内に20病院(広域支援センターになっている病院も含む)、そのうちの10病院では、関連施設情報を提供している。

(参考)現在、千葉県内で回復期リハビリテーション病棟を持つ病院(広域支援セン

ターを含む)

東葛北部:旭神経内科リハビリテーション病院、野田病院、小張総合病院、平和台病院、千葉・柏リハビリテーション病院、流山中央病院

東葛南部:新八千代病院、大野中央病院、市川市リハビリテーション病院、徳洲会病院、セコメディック病院、船橋二和病院、八千代リハビリテーション病院、谷津保健病院

千葉:千葉中央メディカルセンター、みつわ台総合病院

市原:大倉リハビリテーションクリニック、白金整形外科病院、五井総合病院

安房:亀田リハビリテーションクリニック

4.関連職種団体のホームページ:リハビリテーション関連施設の情報を掲載しているホームページには下記のようなものがある。

・千葉県看護協会 www.cna.or.jp/

千葉県訪問看護ステーション連絡協議会 www.cna.or.jp/houmonkango_st/index.htmlなどのサイトにリンクできる。

・千葉県言語聴覚士会 chibakenshikai.moo.jp

【まとめ】

千葉県における地域リハビリテーション支援体制と、地域リハビリテーション情報検索システムについて概説した。総じて、地域リハビリテーションの資源情報を系統的に網羅した情報検索システムは現在のところ存在しない。今後の整備・充実が必要と考える。

表.千葉県 の地域リハビリテーション支援センター

二次医療保健圏域名	指定機関	URL
香取・海匠	総合病院国保旭中央病院	www.hospital.asahi.chiba.jp
東葛北部	医療法人旭神経内科リハビリテーション病院*	
市原	労働福祉事業団千葉労災病院	www.chibah.rofuku.go.jp
安房	医療法人亀田総合病院*	www.kameda.com
印旛・山武	国保直営総合病院君津中央病院	www.hospital.kisarazu.chiba.jp
君津	国保直営総合病院 君津中央病院	www.hospital.kisarazu.chiba.jp
千葉	医療法人 千葉中央メディカルセンター+	www.ccmc.seikei-kai.or.jp
東葛南部	医療法人新八千代病院	www011.upp.so-net.ne.jp/shinyachiyo/
夷隅・長生	(未指定:近々指定予定)	

*: 回復期リハビリテーション病棟をもつ病院

Ⅱ. 分担研究報告

4. ITを活用した診療連携ネットワークの構築

3-b) 埼玉県におけるリハビリテーション資源

埼玉県総合リハビリテーションセンター

高木 博史

【リハビリテーション科を有する埼玉県内の病院】

平成16年12月31日時点で登録されている361病院のうち171病院がリハ科を標榜している。(表1)それぞれの病院でどれだけリハビリテーション専用に割り当てられているかは回復期病棟を除くと調査しきれていない。平成19年1月末時点で回復期病棟を有する病院は25病院。ベッド数は100床以上7病院、99~50床6病院、50床未満12病院。25病院のうち救急指定病院に付属するものは9病院。療養型病床を併設するものが19病院である。現在回復期病棟を計画中のものが3病院把握されている。回復期病棟の総病床数は2007床。
地域別にみると北部が少ない。(表2)

【埼玉県総合リハビリテーションセンターの現状】

2006年1年間に当センターに紹介された脳血管障害患者338名のうち、入院した患者は300名でうち回復期に該当するのは81%の243名であった。この243名の紹介元は同一医療圏が17施設で127名、その他の県内施設が22施設で

82名、県外は1都7県に及び27施設から34名が紹介されている。回復期を過ぎた患者でもリハビリテーションの適応であると判断された場合は障害者病棟で受け入れてはいるが、重症患者を受け入れられる介護力には限界があり、入院自体が遅れる傾向にある。

発症から初診までは平均30日、初診から入院までの待機期間は平均12日であった。

入院期間は平均72日、自宅退院のもので69日、センター内の肢体更生施設入所者で88日であった。

転帰は自宅退院が77%、肢体更生施設入所が6%、その他老健施設や他病院に転院が17%。

【今後の課題】

病院でのリハ訓練期間が限定されているが、その後を介護保険でのリハビリにつなげられるような連携を確立してゆく必要がある。地域のリハ資源の調査・情報提供が必要である。