

急性期病院の相違による回復期リハビリ調査

表 対象の概要

| | 病院完結群 (n=206) | 地域完結群 (n=108) | p 値 |
|-----------------------|---------------|---------------|------|
| 平均年齢 (歳) | 66.2 ± 13.2 | 69.1 ± 10.6 | 0.08 |
| 男性 : 女性 (人) | 112 : 94 | 64 : 44 | 0.28 |
| 脳出血 : 脳梗塞 : SAH* (人) | 83 : 109 : 14 | 42 : 62 : 4 | |
| 入棟時 Barthel index (点) | 56.5 ± 24.8 | 54.0 ± 22.6 | 0.37 |
| 退院時 Barthel index (点) | 71.8 ± 25.3 | 71.3 ± 22.2 | 0.86 |

*SAH : くも膜下出血

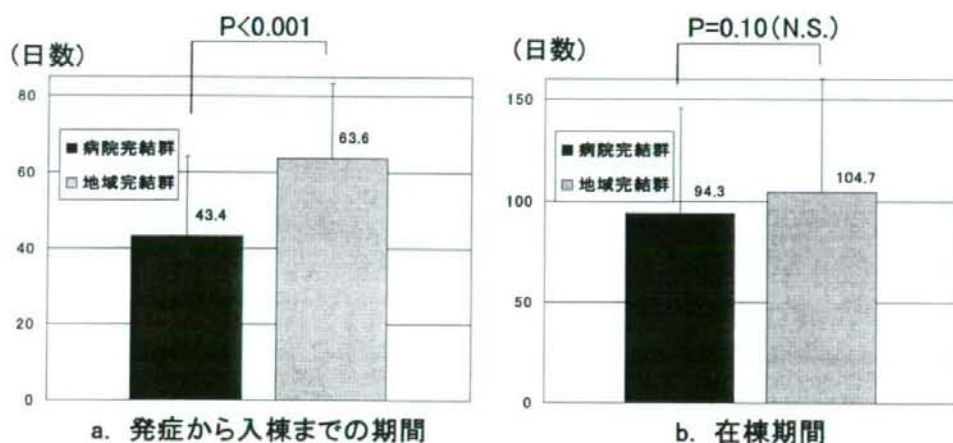


図2 発症から入棟までの期間と在棟期間

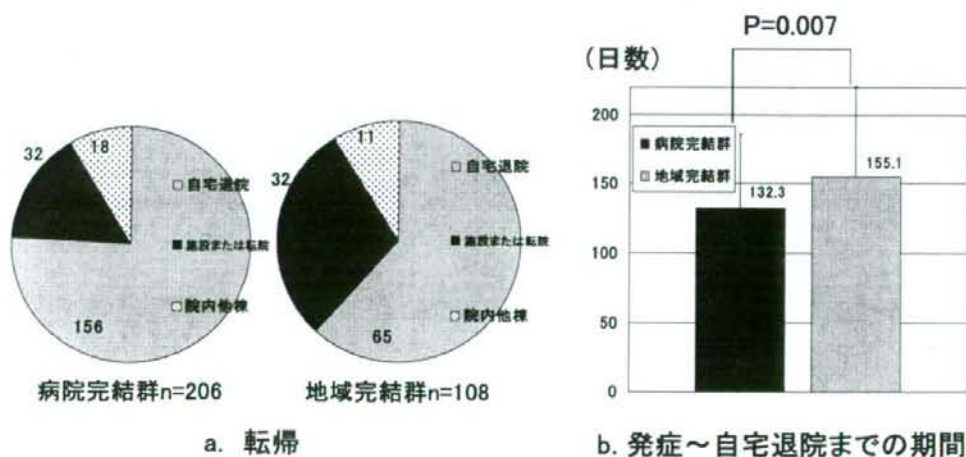


図3 転帰と発症～自宅退院までの期間

均 32.9 日を要していた（最短 11 日～最長 68 日）。また、急性期治療を受けた病院（転院元の病院）は 43 病院であった。

なお、両群の平均年齢、男女比率、入棟時・退院時 Barthel index は統計学的有意差は見られていない（表）。

以上は、2006 年 4 月の診療報酬改定前のデータであるので、現在は入棟までの期間及び在棟期間は両群ともに更に短縮している。

考 察

病院完結群と地域完結群との比較において、在棟期間はほぼ同値であることより、発症から入棟までの期間が、発症からの全体の入院期間の違いとなっていると思われる。地域完結群においては、発症から入棟までの期間を短縮すれば、発症からの全体の入院期間を短縮できると考えられる。この対策としては他院との連携強化・転院の迅速化が必要と思われる。例えば、申し込み方法の簡素化や申し込みからの待機期間短縮の努力などが具体的な手段として考えられる。ただ、平均 32.9 日であった転院の打診から入棟までの期間のうち、当院の努力だけでは、解決し得ない事由も多々存在する。例えば、転院の打診から情報提供書の当院到着までに 2 週間を要するといった急性期病院側の事情や、搬送する家族の都合による家族側の事情、そして何とんでも急性期の病床数と回復期病床のベッド数との比率の問題により待ち時間は避けられない事実がある。43 施設の急性期病院から転院を受け入れてきたが、各急性期病院のリハへ対する認識にも大きな差異がある。回復期リハ側の視点でいうと、この時間的プロセスを短縮しても片付かない種々の問題も残る。これはまた後述する。

医療機関の機能分化が、実際に医療システム全体の効率化に結びついているのかはまだ明らかではない⁵⁾。連携する双方の医療スタッフは、情報伝達すなわち連携のための手続きに多くの時間をとられる。地域完結型の病院間のコミュニケーションをとる難しさについては、その対応策がいくつか示されている^{6) 8)}。地域完結型の診療体制は、病院・施設の数がある程度限られた地域、かつリハ病院が質量ともに恵まれた地域では理想的な制度かもしれない。具体的には、一部の中小都市と考える。2006 年度の診療報酬改定で認められた地域連携バスが機能すれば施設間の機能分化は進

められる可能性がある。しかし幾多の急性期病院が林立する地域やリハ病院が不十分な地域では成立しがたい制度と思われる。特に東京など大都市圏には、同一医療圏内に多くの急性期病院が存在する一方、回復期、維持期のリハ資源が乏しく、需要と供給の不均衡がある⁹⁾。首都圏の主な都県における回復期リハ病床数は、人口 10 万対 15 床未満で¹⁰⁾ 全国的に見ても最低レベルである（全国回復期リハ病床協議会調査、2006 年 7 月時点）。

一方、機能分化が進んでいる中で急性期病院におけるリハ不足が指摘されている。当院近隣にはまったく急性期リハがなされない脳外科病院や作業療法を撤退した大学付属病院がある。施設間の機能分化の弊害といえるかもしれない。急性期治療を行った病院に対しても責任を持ってリハを実施できるような制度の推進が必要と思われる。急性期病院においては、患者の治療経過よりも転院先を確保できるかどうかのほうが、事実上最も重要な点になることが少なくない。急性期病院のリハにおいてはゴールの設定はほとんど意味をなさず、実質的には転院となった時点で打ち切りとなってしまうケースが多い¹¹⁾。

病院完結型の診療体制には様々な利点が考えられる。列挙すると、

- ①急性期病床において転院先の確保ができること、
 - ②急性期からの医療の継続性及び一貫性、
 - ③再発及び併発症の際、迅速な再転院が可能なこと、
 - ④患者・家族の安心感・満足感が得られること（早期転院に伴う不安・ストレスが少ない、新たな環境への適応に要する時間が少なくすむ）、
 - ⑤全入院期間の短縮化が期待できること、
- などである。

回復期リハ病床入棟への時間的プロセスを短縮しても、地域完結型の診療体制には上記①～④が課題として付きまとう。医療連携は、それぞれの施設のもつ医療資源を有効に活用し、患者にとって一施設で行うよりも質の高い医療を提供できなければ、医療施設の利益のためといわれても仕方がない¹²⁾。

昨今、脳卒中専門病床の効果が示されて久しい。欧米では一般病床で治療するよりも、脳卒中専門病床のほうが死亡率は低下し、入院期間も短縮するという報告がある¹³⁾。わが国でも多職種による集中的治療が有効であるとする報告が見られる¹⁴⁾。また、回復期リハ病床で行われている脳卒中リハ医療は他の病床に入院

して行われているものに比べて費用効果的であるという報告もある¹⁴⁾。施設ごとの理念及び特徴、そして地域性によって判断されるべきであるが、病院完結型の回復期リハビリを再認識し、推進すべきと考える。とりわけ、脳卒中専門病棟を伴うような同一施設内の機能分化を進めたものであることが望ましい。

文 献

- 1) 渡辺 進, 橋本洋一郎: 脳卒中の病期と診療システム, 治療 2005; 87: 71-75
- 2) 厚生労働省ホームページ・社会保障全般: Available from URL: www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/taikou03.html (2006年9月28日引用)
- 3) 蔵元聖子, 平野照之, 橋本洋一郎, 米原敏郎, 内野 誠: 地域完結型と病院完結型脳卒中診療態勢の比較. 脳卒中 2003; 25: 245-251
- 4) 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会: 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書, 国立保健医療科学院 施設科学部, 2006
- 5) 飯島 節: リハビリテーション領域における連携の現状と課題, PT ジャーナル 2006; 40: 715-720
- 6) 徳永 誠, 渡邊 進, 桂 賢一, 橋本洋一郎, 中西亮二, 山水裕明: 急性期病院から回復期リハビリテーション病院に転院した脳梗塞患者の診療情報提供書の検討—熊本市近郊における実態報告—, リハビリテーション医学 2005; 42: 50-57
- 7) 徳永 誠, 渡邊 進, 平野照之, 平田好文, 橋本洋一郎, 山水裕明: 脳梗塞の診療情報提供書における記載項目—地域連携クリティカルパス作成時における調査—, リハビリテーション医学 2006; 43: 834-838
- 8) 逢坂悟郎: 大阪府豊能二次医療圏における地域リハビリテーション推進事業 病院間ネットワーク構築への取り組み, 公衆衛生 2003; 67: 974-977
- 9) 里宇明元: 脳卒中リハビリテーションの新たな展開, 日本臨牀 2006; 64 増刊 7: 744-748
- 10) 石川 誠: 回復期リハビリテーション—病棟の意義—, 日本臨牀 2006; 64 増刊 7: 774-777
- 11) 野村一俊: クリティカルパスの実際, 実験治療 2004; 675: 128-133
- 12) Stroke Unit Trialists' Collaboration. Collaborative systematic review of the randomized trials of organized inpatients (stroke unit) care after stroke. BMJ 1997; 314: 1151-1159
- 13) Hasegawa Y, Yoneda Y, Okuda S, Hamada R, Toyoda A, Gotoh J, Watanabe M, Okada Y, Ikeda K, Ibayashi S: The effect of weekends and holidays on stroke outcome in acute stroke units. Cerebrovasc Dis 2005; 20: 325-31
- 14) 能登真一, 上村隆元: 回復期リハビリテーション病棟の費用効果分析, 医療経済研究 2006; 18: 57-66

回復期リハビリテーションの概念

田中 清和

JR 東京総合病院リハビリテーション科

要 旨

リハビリテーションは、時期により急性期・回復期・維持期に分けられる。回復期リハビリテーションとは、脳血管障害や外傷等の急性期治療が終了し、全身状態が安定期に入った患者に対して、機能の回復とともに日常生活動作能力の改善を目指して、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士、看護師などが集中的に在宅復帰を目標として主に入院で行うものである。回復期リハビリテーションを行う上で疼痛管理は重要であり、機能の回復に大きく影響を及ぼす。また、回復期から維持期への切れ目のないリハビリテーションの継続も重要である。

(ペインクリニック 28: 1195-1200, 2007)

キーワード：回復期リハビリテーション、チームリハビリテーション、地域リハビリテーションへの連携

1. 回復期リハビリテーションとは

わが国において、近年、リハビリテーションサービスの構築が急速に進んでいる。特に、2000年の医療保険の診療報酬改定で回復期リハビリテーション病棟が新設されたことと、同時に介護保険が導入されたことにより、リハビリテーションの流れが明確になった。それは、時期により急性期リハビリテーション、回復期リハビリテーション、維持期リハビリテーションに分けられる(表1、図1)。

急性期リハビリテーションとは、疾病や外傷の発症(受傷)早期に、その急性期治療の間、身体のリスク管理を行いながら筋力低下や、関節拘縮、褥瘡などの廃用症候群の予防を中心として行うものであり、期間としては約1カ月前後である。それに続く回復期リハビリテーション

とは、原疾患や外傷の急性期治療が終了し、全身状態も安定期に入った時期において、機能の回復とともに日常生活動作能力の改善を目指して、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士、看護師などが集中的に在宅復帰を目標として、主に入院で行うものである。回復期リハビリテーションは、必ずしもすべての患者で行われるわけではなく、急性期リハビリテーション(治療)の後、維持期リハビリテーションに移行する場合がある。ここでいう維持期リハビリテーションとは、急性期・回復期に引き続いて行う、獲得した機能や日常生活動作能力の維持を目的としたものである。在宅のみでなく、医療・介護・福祉施設内でも行われる(表2)。

回復期リハビリテーションの対象疾患としては、脳卒中を主とする脳血管障害等や骨折を主とする骨関節疾患、呼吸器疾患、心臓大血管のインターベンションや術後、そして廃用症候群

(Special Article) Convalescent rehabilitation

Concept of convalescent rehabilitation

Kiyokazu Tanaka

Department of Rehabilitation, JR General Hospital

表1 リハビリテーションの分類

| 分類 | 発症後の期間 | 実施内容 | 提供方法 |
|-----|---------------|---|---------------------------|
| 急性期 | 1カ月 | 疾患・リスク管理に重点を置きつつ、廃用症候群の予防を中心とするリハビリテーション | 入院 |
| 回復期 | 6~9カ月 例外あり | 疾患・リスク管理に留意しつつ、能動的で多彩な訓練を中心とするリハビリテーション | 入院・通院 |
| 維持期 | 9カ月以降 | 回復期リハビリテーションが終了し、獲得された家庭・施設の生活や社会生活の維持・継続を支援するリハビリテーション | 居宅（訪問・通所・通院） 施設（入院・入所） |

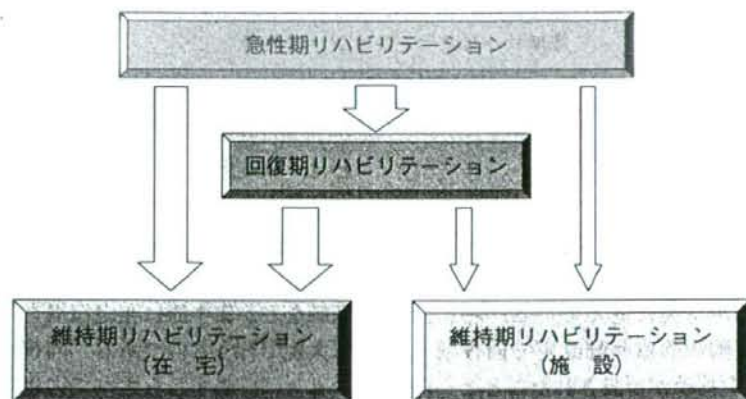


図1 リハビリテーションサービスの流れ

などが挙げられる。回復期リハビリテーション病棟への入院対象疾患と、発症（受傷）から入院までの期間や入院限度期間が保険で定められており、後の章で詳しく述べられるが、最近の診療報酬改定で発症（受傷）から入院までの期間が短縮されたことで、急性期病院での入院期間が短縮されて、リハビリテーションを行う上でのリスク評価がおろそかのまま、回復期リハビリテーション病棟に移ることが問題となっている。

2. 回復期リハビリテーションの実際 —多職種の間による チームリハビリテーション—

回復期リハビリテーションを行う代表的疾患である脳卒中を例にとり、具体的なリハビリテーション内容を示す。

症例は、75歳、女性、左脳出血（被殻部）、右片麻痺、失語症、構音障害、嚥下障害があり、急性期保存的治療が終了し、回復期リハビリ

表2 維持期リハビリテーションの種類

| | | | |
|----|----------------------|----------------------|--------------|
| 在宅 | 通院リハビリテーション | 診療所・病院 | 医療保険 |
| | 訪問リハビリテーション | 診療所・病院・老人保健施設 | 医療保険 介護保険 |
| | 訪問看護 | 診療所・病院 訪問看護ステーション | |
| | 短期入院による リハビリテーション | 介護療養型医療施設 老人保健施設 | 介護保険 |
| 施設 | 入院リハビリテーション | 介護療養型医療施設 | |
| | 入所リハビリテーション | 老人保健施設 | |

テーション目的で転入院した。

① 医師

図2に示すように、診察の後に障害評価を行い、基本方針を決定する。方針に基づき短期ゴールを設定し、機能障害・能力障害に対して理学療法や作業療法、言語・聴覚療法、義肢装具の処方を行って介入する。そして、定期的に多職種合同でカンファレンスを行い、障害の再評価で方針を変更し、退院という長期ゴールに向けて新たな短期ゴールを設定し、リハビリテーション介入を継続する。

また、患者は高齢であり、変形性膝関節症を併存していたり、入院中に肩手症候群を合併したりして、運動時に疼痛を伴う場合は回復期リハビリテーションの阻害因子となる。医師は、消炎鎮痛薬の内服薬や外服薬の適切な処方や、注射の併用で、ペインコントロールすることが重要である。

② 看護師

病棟生活において、最適な健康状態を保持していく上での健康管理・教育を行っていく。また、患者のセルフケア能力を向上させるように支援し、繰り返して生活の場である病室（病棟）で実践させ、“しているADL”での自立項目を増やす。患者の精神的なケアを行い、障害受容の際に援助する。言語・聴覚士とも協力して、口腔ケアや摂食嚥下訓練を行う。

③ 理学療法士 (PT)

右片麻痺による起き上がり・坐位保持・移乗・歩行能力障害がある場合は、片麻痺の回復程度に合わせて能力向上訓練を行い、介助→監視→自立へと促す。関節痛・腰痛などに対しては、温熱療法などの物理療法で対処する。

④ 作業療法士 (OT)

上肢・手指を使っでの作業動作訓練だけでなく、応用的動作能力や、失行・失認などの高次脳機能障害に対して認知機能回復促進を行い、食事・トイレ動作・入浴動作などのADL訓練を行って、自立を促す。

⑤ 言語・聴覚士 (ST)

失語症に対して検査・訓練・助言・指導を行う。運動性失語と感覚性失語とは、コミュニケーションのとり方が違ってくるので、それぞれに合わせた対応方法を他職種に伝える。摂食嚥下の評価・指導・訓練を行う。

⑥ 義肢装具士 (PO)

医師の処方の基に、右片麻痺に対する下肢装具を採型・製作し、適合を医師とともに判定する。

⑦ 医療ソーシャルワーカー (MSW)

患者の社会的な問題を解決することを目的とし、家族・家庭環境による退院後の生活や経済的問題の対処法の相談業務を行う。また、自宅復帰できない場合に、療養病院・施設への紹介を行う。

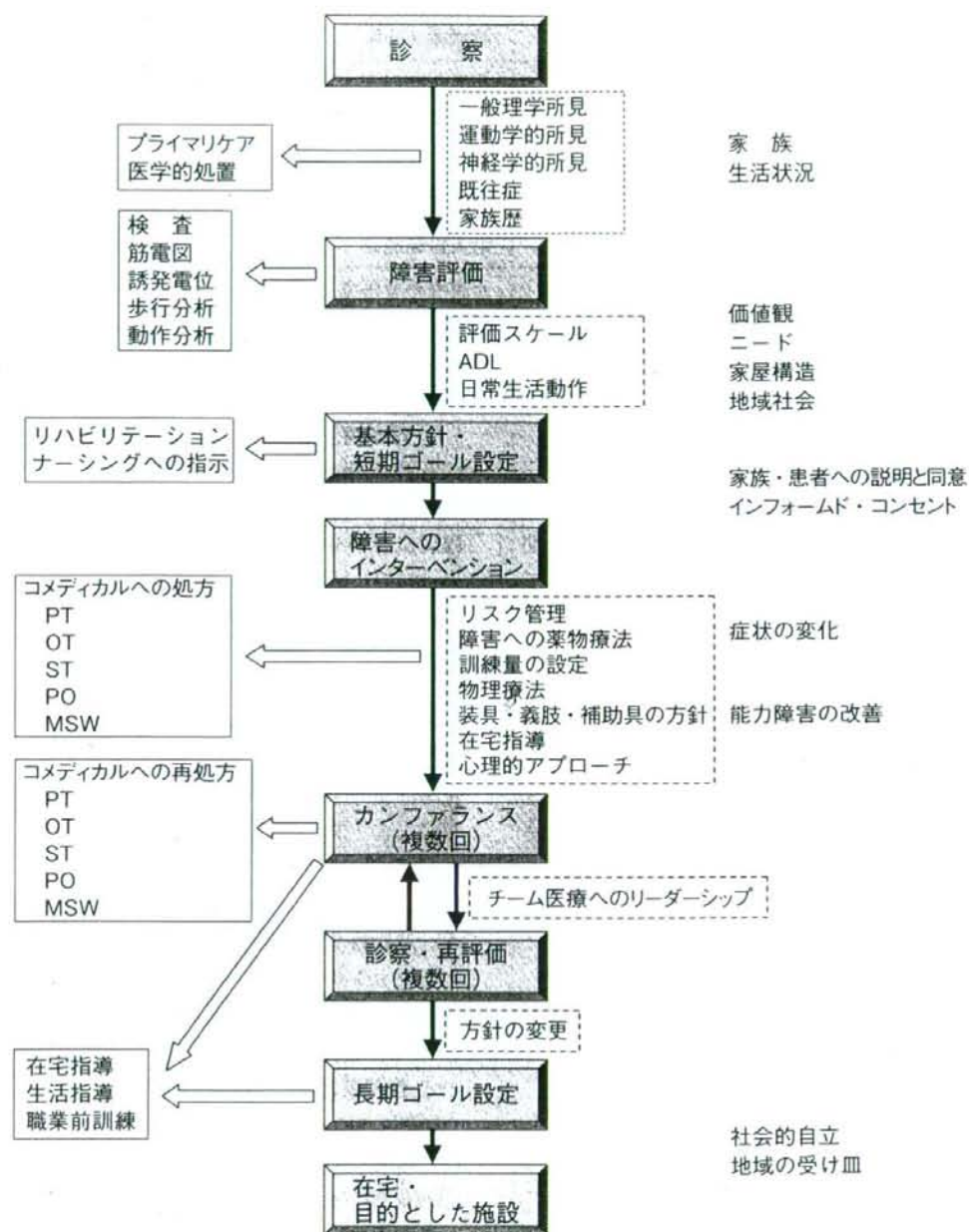


図2 リハビリテーション医による治療の流れ

表3 JR東京総合病院リハビリテーション科の疾患別入院患者（2006年1年間）

| | | |
|------------|-----|---------|
| 脳血管疾患 | 25名 | (37.9%) |
| 神経疾患 | 4名 | (6.1%) |
| 脊髄損傷・術後 | 5名 | (7.6%) |
| 骨関節疾患(骨折等) | 19名 | (28.8%) |
| 切断 | 10名 | (15.2%) |
| その他 | 3名 | (4.5%) |
| 計 | 66名 | |

⑧ 臨床心理士

心理テストなどの検査を行い、患者の心理面の評価することと、カウンセリングによる心理療法を行う。

⑨ 管理栄養士

嚥下障害があるため、嚥下訓練食としてゼリー食やペースト食といった嚥下しやすい食形態としたり、患者の全般的な栄養管理を行う。

⑩ 薬剤師

服薬管理指導を行い、薬物による副作用もチェックする。

⑪ 歯科衛生士

口腔ケアを行い、患者の歯を含めた口腔の評価と衛生指導を行う。

3. 当院における回復期リハビリテーションの現状

花岡一雄を病院長とする可動病床数405床の当院は、国鉄の職域病院であった中央鉄道病院から、昭和62年、国鉄の民営化に伴い、東日本旅客鉄道株式会社（JR東日本）の直営病院となり、一般開放を実施した。昭和63年（1988年）、JR東京総合病院と改称し、現在に至っている。リハビリテーション科は、昭和41年、国鉄の障害職員の家庭復帰・職場復帰を目的に開設され、特に業務災害による上肢・下肢切断職員の義肢装具作製とリハビリテーションに力を入れてきた。平成19年（2007年）8月現在、施設基準としては、脳血管等リハビリテーショ

ンI・運動器リハビリテーションI・呼吸リハビリテーションIを取得し、総合病院の中のリハビリテーション科として、急性期・回復期の入院・外来リハビリテーションを行っている。リハビリテーション科病床は、2007年7月まで内科との混合病棟内にあり、回復期リハビリテーションを目的とした他院からの転入院患者が主に入院していた。2006年度の入院患者総数は66名であり、疾患別の患者割合は、脳血管疾患が37.9%、神経疾患が6.1%、脊髄損傷・術後が7.6%、骨折を含めた骨関節疾患が28.8%、四肢切断が15.2%、その他が4.5%であった（表3）。退院後の動向として、全入院患者のうち、89.2%が自宅または家族宅の在宅に退院した。

2007年8月からは、外来棟6階の理学・作業・言語聴覚療法室があるリハビリテーションセンターと渡り廊下で連結された6階病棟42床すべてがリハビリテーション科病床となり、回復期リハビリテーション病棟の施設基準申請準備を行っている。

4. 地域リハビリテーションにおける回復期リハビリテーションの役割

2005年8月、当院は東京都から区西南部地域リハビリテーション支援センターの指定を受け、渋谷区・世田谷区・目黒区の3区からなる人口約130万人の区西南部地域における様々な形で実施されているリハビリテーションを支援

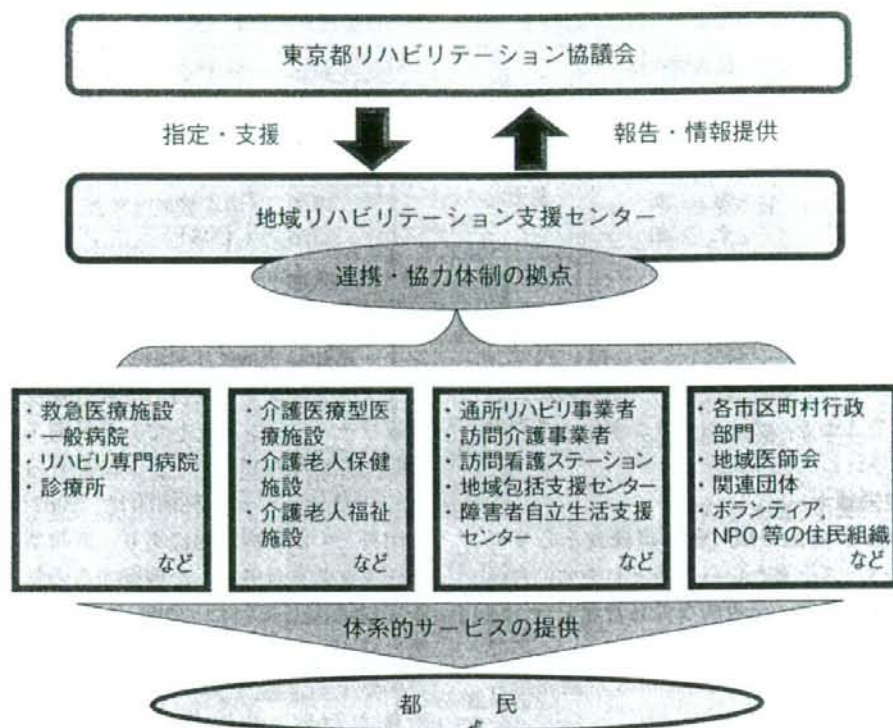


図3 東京都の地域リハビリテーション支援体制

し、地域リハビリテーションの推進に寄与している。東京都の地域リハビリテーション支援体制は、図3に示すように、東京都リハビリテーション協議会より指定を受けた2次保健医療圏に1つずつの地域リハビリテーション支援センターが、その地域の医療機関や介護施設等を支援し、都民への体系的なサービス提供を図るものである。当支援センターの事業としては、医療・福祉・介護従事者向けの講演会の開催や、

区西南部地域の医療・通所・訪問リハビリテーション施設マップの作成や各種相談事業を行っている。当院が、今後、回復期リハビリテーション病棟を開設することにより、東京という大都市圏内で不足している回復期リハビリテーション病床数の増加に貢献でき、急性期から維持期までの地域完結型のリハビリテーション促進に寄与できると考えている。

※ ※ ※

医療区分2、3の患者争奪戦が予想 急性期病院との医療連携の強化が必要

永生病院理事長 安藤高朗、理事長企画室長 阿部弘由己

医療区分1でも医療度の高い人が存在 ハイケアユニットのポイント制を

日本療養病床協会（以下、日療協）、東京都病院協会（以下、都病協）、東京都療養型病院研究会（以下、都療研）、日本医師会（以下、日医）、財団法人医療経済研究機構の調査を中心に、医療難民・介護難民を出さないための対策を考察する。

今回の医療療養病床（以下、医療療養）の診療報酬改定では、難病患者、特定の重症患者ならびに重度障害患者だけを医療区分2・3とし、それ以外の医療療養を活用してきた高齢者の約5割を一括して医療区分1とした。さらに医療区分1の診療報酬は、介護老人保健施設（以下、老健施設）に要介護1で入所した場合の1日当たり単価である7,810円よりも低額の7,640円となり、30%以上も減額された。

医療区分1の患者には必要な医療も十分提供できないどころか、退院させなければ経営が破綻する診療報酬改定とした。日療協の「2006年7月改定による医療療養の影響度調査（本誌53号・2007年1月号p74参照）」によれば、入

院基本料の1人当たり1日平均単価は、実績ベースにおいて、平成18年3月の請求では、1,324.1円であったのが、18年8月の請求では、1,230.5円となっている。加算も248.1円から122.3円に減額している。

今回の医療区分は、どちらかという、財源論から逆算して区分を決めていて、個々の病態像と処置の積み重ねではない。高齢者の特殊性を踏まえると、一つひとつの病態はそれほど重症でなくとも、合併症等により医療必要度が高くなり、医療区分1でも、医療度の高い人が存在している。ぜひともハイケアユニットで導入されているポイント制の報酬を検討すべきである。

初期入院機能を医療区分2で評価し 医療保険財源の効率化の推進を

医療療養は急性期病院からの継続医療入院のほか、在宅や介護施設等からの急性期病院でなくても対応できる程度の初期入院医療が必要な患者を受け入れて、在宅支援機能を果たしてきた。しかし、今回の診療報酬では、難病や重症患者のみが医療区分2・3とされ

図1 療養病床として重視している機能



医師・看護師常時配置（365日、24時間）で、手厚い医学管理と看護・介護が常時提供

それ以外はすべて医療区分1とされたため、療養病床が地域で果たしてきた全般的な初期入院医療機能ができなくなった。

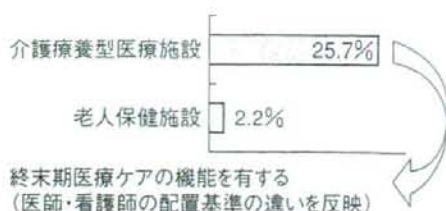
従来から医療療養に入退院を繰り返しながら在宅生活を継続してきた高齢者は、今後はそのつどコストの高い一般病床に入院することになる。介護施設などからの入院も同様である。つまり、従来医療療養の定額制で対応できた医療を一般病床の高額な報酬で対応することになり、保険財源の非効率的運用となる。

そこで、医療療養が果たしてきた高齢者などの在宅支援機能としての初期入院を、医療区分2の範疇に入れて評価し、医療保険財源の効率化を図るべきである。結果的に診療報酬上、一般病床より安く抑えられ、一般病床の平均在院日数の短縮化と保険財源の効率化がいつそう進むこととなる。

介護療養型医療施設の新たなあり方 老健B型として転換を

都病協と都療研の発表した「緊急提言」は、財団法人医療経済研究機構の「平成17年3月・療養病床における医療・介護に関する調査報告書」から調査結果を抜粋し、療養病床再編問題に関連する問題点を指摘し、介護療

図2 退院に占める死亡の割合（比較）



養型医療施設（以下、介護療養）の新たなあり方の検討に資するために提案している。

この調査期間は、平成17年2月23日から3月18日で、調査対象は療養病床を有する病院819施設（無作為抽出）の医療療養と介護療養である。このうち有効回収数は212～333施設、有効回答が得られた療養病床入院患者数は14,378人となっている。

まず療養病床として重視している機能では、①急性期病院からの受け入れ56.6%、②長期療養52.4%、③リハビリテーション50.0%、④在宅ケアとの連携42.9%、⑤終末期ケア22.2%となっている（図1）。

療養病床の機能の特徴は、老健施設とは異なり、休日や夜間を含めた365日24時間体制で医師と看護師が配置され、手厚い看護・介護と医療が常時提供でき、急性期病院からの受け入れから在宅復帰支援や終末期医療ケアまで、対象患者のさまざまな複合的なニーズに適切に対応してきたことである（図2）。

一般病床の平均在院日数の短縮化と患者の在宅復帰にも寄与し、また長期療養から終末期医療ケアまで対応することで、高齢社会の効率的な医療介護制度を的確に担ってきた。また、介護療養の退院に占める死亡の割合は25.7%あり、高齢者の長期療養から終末期医療ケアが重要な機能となっている。

図3 当法人の概要



老健施設では死亡退所は2.2%であり、医師、看護師の配置基準の違いが反映されている。このまま介護療養を老健施設に移行すれば、終末期医療ケア機能はできなくなる。現在の老健施設を老健A型とすれば、365日24時間、常時施設内に医師、看護師が勤務し、一定の医療処置や医学管理、急変時の対応などが可能な人員体制を備えた老健B型として介護療養からの転換を配慮すべきである。

現在の介護療養の平均介護度は4.3で、重度の要介護者が82.7%である。他の介護保険施設と比較すると、重度の要介護状態でしかも入院医療も必要な状態の後期高齢者の一人暮らし世帯が、今後急速に増加することが予測される。こうした高齢者の医療ができる療養施設として、介護療養の施設基準を継承し、引き続き活用すべきだと考える。

看取りの場の利用者アンケートでも 介護療養がトップ

次に介護療養で行っている医療処置は、①

喀痰吸引21.3%、②胃ろうの管理18.5%、③経鼻経管栄養14.3%、④留置カテーテル類8.9%であり、これらの医療処置などの延長上には同時に終末期医療ケアもある。これだけ多くの高齢者に実施されている医療処置と終末期医療ケアなどを老健施設等で常時対応することは、医師、看護師の配置基準からみると困難である。

昨年、当医療法人では都心で老健施設を開設した(図3)。開設当初は急性期病院からの患者も積極的に受け入れたが、老健施設では重症患者の看護・介護は非常に難しく、もとの急性期病院に戻ってしまうケースが多く、療養病床の必要性を痛感した。このような患者をすべて在宅で対応できる地域医療体制が整うまでには何年もかかる。

在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等の体制が未整備のままでは、老健施設や介護老人福祉施設(以下、特養)における医療処置や終末期医療ケア体制には無理があり、対象者の比率の高い施設においては、常勤の

表1 療養病床は本当は何床

医療療養の予想病床数は、

- ・医療療養 25万床×63.2% = 15.8万床
(厚労省 医療区分2・3)
- ・介護療養 13万床×31.5% (～7割)
= 4.0万床 (～9.1万床)
(厚労省 医療区分2・3 (※京都府医療必要性7割))
- ・医療難民 (医療区分1の2割)
25万床×3割×2割 = 2.1万床

現在の療養病床の再編を考慮しただけでも21.9万床～26.4万床である。高齢者数の増加と急性期病院の平均在院日数を考えると必要ベッド数はさらに増える。

また、一般病床(約90万床)の再編では、現在DPC算定(調査協力含む)28万床、回復期リハ1.4万床(一般)、亜急性期1万床であるが、2012年には、DPC40万床～50万床と考えると、残りの40万床～50万床のうち回復期リハや亜急性期等を除く残りの3分の1は医療療養に転換する可能性もある。つまり、医療療養病床は、約40万床～50万床と想定される。

出典：厚労省 平成19年3月療養病床アンケート調査結果より

医師や看護師の配置を厚くして対応できる新たなタイプの療養施設も創設するべきである。

さらに患者・家族の希望看取り場所は、①現在の介護療養51.1%、②在宅17.8%、③特養8.5%であり、半数以上が終末期の場として介護療養を希望している(都療研では、平成18年9月に介護療養の利用者の家族にアンケート調査を実施した。死を看取る場所として77.3%が介護療養を望み、全国平均の51.1%と比較すると東京での在宅ケアがいかに難しいかがわかる)。実際に死亡退院に至った事例が63.5%になっている。

つまり、長期療養と終末期医療ケアの場としても、介護療養の果たしてきた機能が、患者や家族に評価され選ばれている。これは在宅や福祉施設のほかに、介護療養のように一定の医療と看護・介護が同時に受けられる療養施設を高齢者とその家族が評価し、そこで死を迎えたいという希望を持った国民が多数

表2 療養病床の再編に関する緊急調査

医療区分別・ADL区分別 患者分類
(2006年7月)

病院 (n1,593)

| | 医療区分1 | 医療区分2 | 医療区分3 | 計 |
|-------|-------|-------|-------|--------|
| ADL 3 | 11.1% | 37.0% | | |
| ADL 2 | 29.9% | | 13.3% | |
| ADL 1 | | 8.7% | | |
| 計 | 41.0% | 45.8% | 13.3% | 100.0% |

有床診療所 (n740)

| | 医療区分1 | 医療区分2 | 医療区分3 | 計 |
|-------|-------|-------|-------|--------|
| ADL 3 | 8.9% | 24.4% | | |
| ADL 2 | 50.9% | | 4.2% | |
| ADL 1 | | 11.5% | | |
| 計 | 59.9% | 35.9% | 4.2% | 100.0% |

全体 (n2,333) 大分類

| | 医療区分1 | 医療区分2 | 医療区分3 | 計 |
|-------|-------|-------|-------|--------|
| ADL 3 | 10.9% | 36.3% | | |
| ADL 2 | 31.2% | | 12.7% | |
| ADL 1 | | 8.9% | | |
| 計 | 42.1% | 45.2% | 12.7% | 100.0% |

*nは当該質問の有効回答医療機関数
算定実日数による構成比

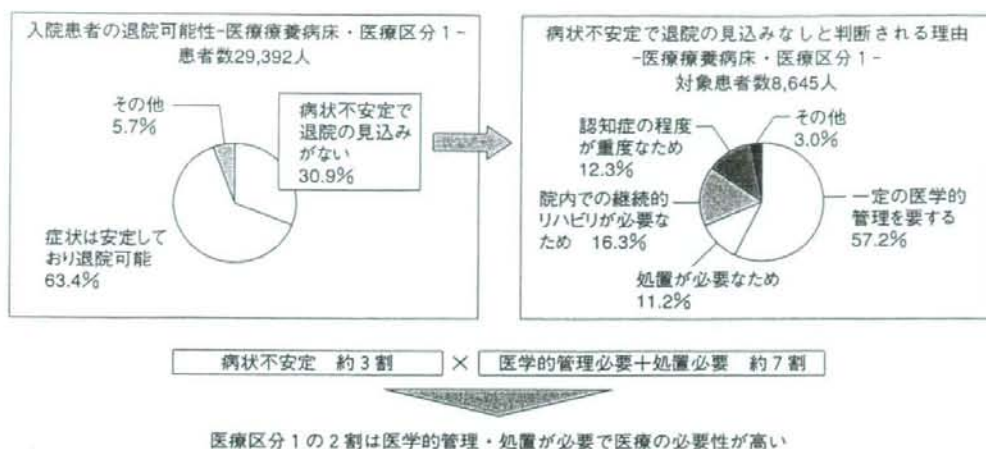
出典：療養病床の再編に関する緊急調査/日本医師会

存在していることを証明している。

医療区分2・3というきわめて限定した患者群しか利用できない仕組みでは、療養を継続したいと希望していた患者や国民は明らかに行き場を失うことになる。介護療養の廃止に関しては、現在の療養病床が果たしてきた全般的な終末期の看取り機能を、今後どこが担うのが重要な課題となる。

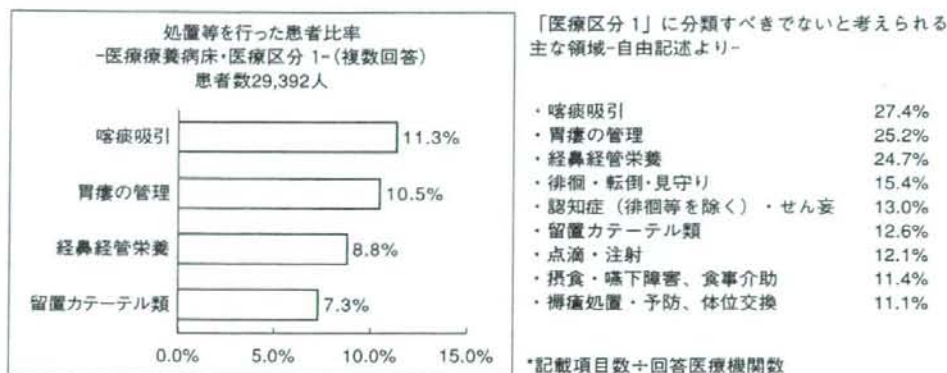
在宅療養支援診療所等の整備を基本としても、それだけでは対応できない急速な高齢人口の増加と、高齢者単独世帯の急増を踏まえた現実的な選択として、既存の社会資本である従来の療養病床を活用することがもっとも妥当な政策である。つまり、転換型老健施設は介護療養の医師・看護師の配置を継承し、積極的な終末期機能を可能とする。経過型介護療養に移行すると、人員配置を元に戻すのは困難であり、現時点で人員基準を継承した転換型老健施設を創設すべきである。

図4 医療区分1の患者の2割は医学的管理・処置が必要



出典：前出

図5 医療区分の妥当性を見直す必要がある



「胃瘻の管理」と「経鼻経管栄養」は同時に行われることはないので、少なくとも約2割の患者に処置が行われていることはここからも明らか。

⇒医療区分の妥当性を至急見直すべきである

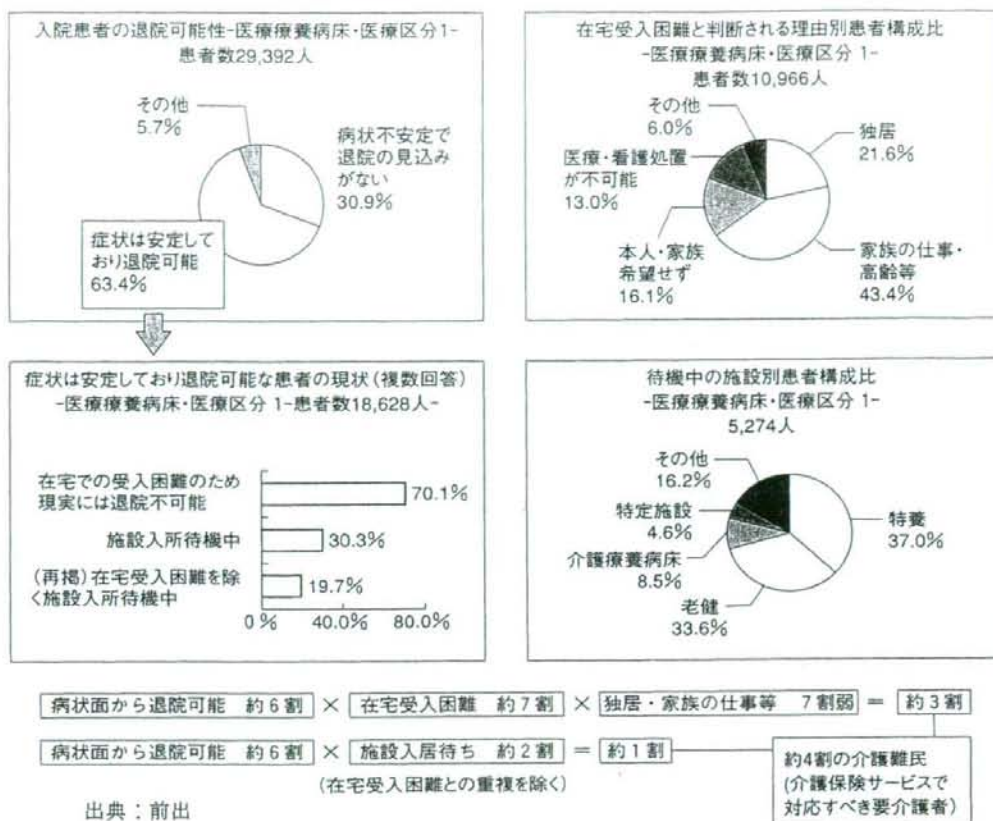
出典：前出

東京都医師会元理事で現日本医師会常任理事の天本宏氏は、「今回の医療療養の診療報酬改定においてはコストと診療報酬にギャップがあり再審議が必要である。また受け皿の議論が不十分なのに介護療養の廃止というのはおかしい」と述べている。

さらに、天本氏を中心とした「日本医師会2006年10月療養病床の再編に関する緊急調査報告」において、①医療区分1の患者の約2

割には、医師の指示のもと看護師の業務独占である処置等が行われており(図4)、退院を迫ることで「医療難民」となり、介護保険施設における医療のあり方が整備されるまで、医療区分の妥当性を見直すべきであること(図5)、②医療区分1の患者の約4割は、病状面からは退院可能ではあるが、現実には在宅・施設での介護サービスが未整備なための「介護難民」であり、本来は介護保険対応のケースで

図6 約4割の患者が介護難民の可能性



あり、次期介護保険事業計画を待たずに、受入体制を整備すべきであること(図6)、③今般の診療報酬改定によって、医療療養は約10%の減収の状況で、このまま「医療難民」「介護難民」になりかねない患者を抱え続けることは不可能であり、診療の継続性を確保するための措置を講ずるべきであること——以上の3点を提言している。

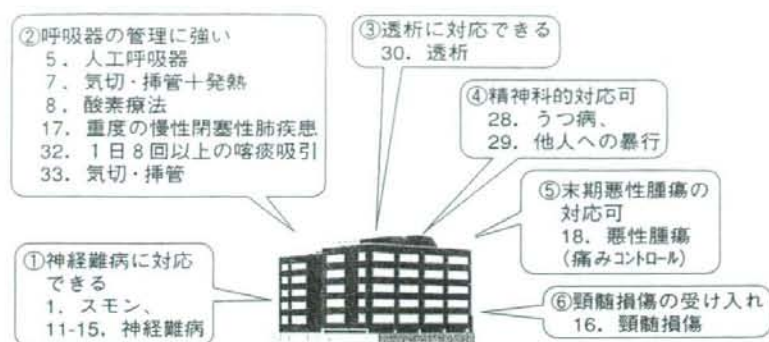
医療療養として勝ち残るためには 医療区分2、3の患者数がポイント

国は、今後本格化する療養病床の再編を踏まえ、地域ケア整備体制と療養病床の転換プラン等を検討しているが、国全体の医療療養の目

標数は、高齢化と急性期病院の平均在院日数の短縮、そして医療区分1の中の医療必要度の高い患者の存在を考えると21.9万床から26.4万床は必要である(表1)。目標数を変更しないのであれば、転換型の老健施設は、医師・看護師の内部提供機能もしくは訪問診療や訪問看護などの外部提供機能を高めるべきである。

急性期病院の平均在院日数短縮と高齢化に伴い、重症な患者や認知症の合併症の高齢者が在宅が増えてくる。先の都療研のアンケートでは、現在の患者は、「在宅で可能か」の問いに、95.7%が難しいと答えている。そして現在の在宅療養支援診療所だけでは、居宅サービスに外付けで医療サービスを提供し、重症

図7 医療療養として存続できる病院（少なくとも以下の2つの条件を満たす）



な慢性期患者の在宅ケアを支えることは困難である。医療療養や転換型老健施設等にも在宅療養支援診療所の機能を持たせるべきである。最後に医療療養として勝ち残るためには、定期的な全病棟全患者の医療区分を調査把握することが必要であり、全病床数のうち医療区分2、3の当該患者の数がポイントとなる。

国際医療福祉大学高橋泰教授によれば、①神経難病の対応、②人工呼吸器使用、気切・挿管+発熱、酸素療法、重度の慢性閉塞性肺疾患、1日8回以上の喀痰吸引、気切・挿管などの呼吸管理、③透析、④うつ病や他人への暴行などの精神的な対応、⑤末期の悪性腫瘍の痛みコントロール、⑥頸髄損傷の受け入れなどが医療療養の運営確保の条件で、特に中心静脈栄養や人工呼吸器使用など、医療必要度の高い患者の紹介数がキーとなる。

医療区分2、3の患者争奪戦が予想され、急性期病院との医療連携を強化することが必要である。重症度が高くても急性期病院が退院促進したい患者や、慢性期病院でも退院を促進されそうな患者、つまり、透析、骨折、認知症、がんなどの合併症があり重症度の高い患者を積極的に受け入れる覚悟でないと慢性

期病院は勝ち残れない。

平成17年度版高齢社会白書によると、わが国の高齢者の一人暮らし人口は2005年の386万人が2025年には680万人に急増するとしている。したがって、要介護状態でかつ要医療と

いう状況の一人暮らし高齢者の急増に対応した、社会保障制度としての医療保険、介護保険の一体的な提供システムの構築が必要となる。今後の課題は国民が後期高齢期の過ごし方を、さまざまな選択肢の中から選べる仕組みを構築することである。

365日24時間いつでも一定の看護・介護と医療サービスが同時に受けられ、終末期医療ケアまで安心して任せられる場で療養したいという国民の希望にしっかりと応える責任がある。目先の財源論だけでなく、わが国の社会保障制度のあり方として、国民に選択肢を提供することが重要である。高齢者やその家族の声にも耳を傾け、今まで療養病床が果たしてきた社会的な役割やさまざまな実績を検証しながら、慎重に検討を進めていただきたい。

●参考文献

- ・東京都病院協会・東京都療養型病院研究会「療養病床に係る緊急提言」
- ・医療経済研究機構「平成17年度療養病床における医療・介護に関する調査報告書」
- ・日本療養病床協会「2006年7月改定による医療保険療養病床の影響度調査」
- ・東京都療養型病院研究会「平成18年9月介護療養型廃止に伴う調査」
- ・日本医師会「療養病床の再編に関する緊急調査報告書」

診療機能の集中と分散 地域の期待と機能分担と連携

松井 道彦

河北リハビリテーション病院院長

バブル経済がはじけて、負のスパイラルといわれた10年にも及ぶ長い不況の時代を経験した経済界では、企業の存在価値やその社会貢献などが問われ、大きな意味を持つようになった。ちなみに“選択と集中”という言葉が、企業の再構築＝リノベーションの合言葉となっていた。敢えて言えば、バブル期に多くの企業はその本来の事業を忘れて、不動産投資やその他の投機的な投資に走った結果、そのほとんどは大きな損害を負ったのである。一方この間、企業本来の事業に磨きをかけ、業界トップを確保した企業は、バブルの影響も少なく損害も軽微であり、あるいは躍進もしている。

医療界では、長らくわが国の誇る国民皆保険制度内での受診機会の公平性を保つため、医療提供機関の拡大を政策的に誘導してきた。旧厚生省は“総合病院”という医療機能分類の下、精神科・小児科・産婦人科を含む全診療科目を持った病院に、多少の政策的恩典を与えてその普及を奨励してきた。また、医療提供者側も多少の不採算な部門を持ったとしても、総計として収支がプラスで

あれば良しとしてきた。しかしバブル経済崩壊後、日本の経済成長率が低迷するとともに、長い目で見れば前年比5%前後で安定的に成長してきた国民総医療費の伸びに対する批判が高まった。特に小泉政権下での経済財政諮問会議では、世界に類を見ない急激な高齢化と少子化の中で、増え続ける医療費の調整、医療制度改革というより医療費抑制は多額の負債を抱える日本経済建て直しの第一の手段にしてしまった。諸外国との比較では、わが国は国民総生産(GDP)比では極めて少ない比率で国民皆保険制度や最長の平均余命を実現しWHOも認める健康優良な国であるにもかかわらずである。

一方、当然のことながら医療界に問題がないわけではなく旧厚生省や日本医師会によるリーダーシップのみでは、なかなか国民が納得する医療改革が進まない状況にあったことも事実である。経済界がそうであったように、われわれ医療界もこの医療費抑制の動きや医療の質向上の要求が高まっている今こそ、国民に信頼される医療提供システムにリノベートする良いチャンスであろう。

改めて、苦しいこの時こそ改革のチャンスと捉えて、是非国民がどんな時にも安心して頼れる医療提供システムの実現に向けて歩みを速めなければならない。

一地域住民として理想的な医療サービスのあり方を想像してみよう！

このところ仕事が忙しいうえ思うような成果が出ず、体調も良くない、食欲も落ちてきたし血圧も上がっているようだ。一度かかりつけのA先生に診てもらおう。パソコンに向かい予約センターのホームページ(以後HP)を開いて、A先生の予約状況を確認し、空いている時間に診療予約を入れる。すると簡単な問診票が表示されるので必要な情報を入力する。予約日が確定し、予約票を受診IDカードにダウンロードする。

A先生のオフィスを訪ねると、受付の女性の他、待合室にはいない。受付を済ませて(受診IDカードを受付機に入れるだけ)、小型のマイク付イヤホン(診察のやり取りをすべて音声のまま圧縮して記録する。電子カルテ上に開示が必要な部

分は何らかのサインで文字情報としてアウトプットできる)を付けて診察室に入ると A 先生が笑顔で迎えてくれる。先生も同じマイク付イヤホンをつけている。先ず予約時に送った問診票の内容について確認した後、入念な診察が行われる。

A 先生より、ストレスの増加による高血圧症の悪化と睡眠不足による自律神経失調が主体であろうが、胃のもたれや時折のチクチクという痛み、そして上腹部の触診で気になることがあるので、念のため胃内視鏡検査をしましょうとの結果が告げられた。胃内視鏡検査の手技、有効性、危険性についての説明があり、私はその方針に同意した。検査のための採血が行われ、診察室を出ると受付で、紹介先の B 病院での胃内視鏡検査の予約が行われた。

A 診療所の血液検査結果は、二日後 A 先生と私とに送られてきた。同時に内視鏡検査を予約した B 病院にも送付されていた。結果は、軽度の貧血と γ -GTP の軽度上昇を認めたが、他の感染症検査や血液凝固能検査に異常はなかった。

B 病院の外来受付で ID カードを提示すると、受付嬢は予約を確認して内視鏡室に案内してくれた。待合室には数人の人がいた。検査をしている人の付き添いだと言う。そう言えば内視鏡検査当日は車で来るなら運転できる人を同行するように言われていた。私はバスで来たので一人だ。内視鏡室の受付で ID を提示して名前を名乗って検査準備室に案内された。最後の食事は何時か、薬を飲んだのは何時かなど検査前の注意事項を確認された後、ロッカールー

ムで検査着に着替えて、いよいよ検査である。鼻と喉に麻酔のスプレー、肩には気分を楽にする薬が注射され検査用ベッドに横になった。

検査室内に運ばれると本人確認のため、担当する医師から改めて名前、生年月日を聞かれ、大きな声で伝えた。鼻から細い胃内視鏡が挿入されたが、ほとんど嘔吐反射は起こらなかった。ホッと緊張がほぐれたら急に眠くなってしまった。名前を呼ぶ声に目を開いたら検査は終了していた。検査後の休息室で 15 分ほど休んでから着替えて面談室に案内された。今終わったばかりの検査ビデオを見ながら、担当医から食道には異常ないが、胃粘膜は荒れて炎症を起こし一部に小さな出血も見られている。一箇所、胃潰瘍の痕跡がありその辺縁部分の粘膜に変化があったので、これを摘んで病理検査に出しますと告げられた。癌なのかと尋ねたが、現時点ではわからない。病理検査の結果は 4~5 日が出るので、B 病院担当医から伝えるか、A 先生から伝えるかと言われ、A 先生の外来に行くことを選択した。担当医は A 先生に報告書を送りますとのことであった。

再び一週間後に予約した A 先生の外来へ行くと、既に B 病院から病理診断の結果が送られていた。結果は、サンプルの一つの粘膜内に癌細胞が確認されたとのことであった。やはり「胃癌」だ！ いよいよ来たか！ A 先生と今後の対応について相談し B 病院で胃内視鏡治療の経験の豊かな C 先生にお願いすることとなり、その場で C 先生の外来予約を行い、電子カルテ上の必要

な資料を転送した。

C 先生の外来へ行くと、改めて病理検査と血液検査の結果から、内視鏡手術の必要性、その危険性、他の治療方法について説明があった。しかし私は、既に A 先生から大方の話は聞いていたので、すぐに内視鏡による粘膜切除をお願いした。

内視鏡手術は 1 時間ほどで終了し、休息室で 30 分安静にした後、出血など急性合併症のないことを確認し、付き添いの妻とともに帰宅した。そのまま仕事をしても良いと言われたが、大事をとって当日だけ休んだ。翌日は B 病院の HP から内視鏡手術翌日の状態を Q & A 方式で入力すると、「ご心配は要りません。無理せずいつも通りに生活してください」とのコメントがあった。気になっていた高血圧は、仕事の負荷を調整したことと、手術が無事終わったことでほとんど起こらなくなった。

一週間後、B 病院内視鏡外来を受診して、術後経過は順調であり切除した粘膜内に数箇所の癌細胞の集落が認められたこと、切除断端部には癌細胞は認めないこと、今後は 6 か月毎に胃内視鏡検査をするのが安全であると告げられた。やった成功だ!! どっと肩の荷が下りた。直ぐにかかりつけの A 先生にお礼の電話を入れた。すると手術結果は A 先生にも既に報告されており喜んでくれた。

かかりつけ医 A 先生と地域医療支援病院 B 先生との診療分担でスムーズに診断と治療が行われたケースである。言うまでもなく「かかりつけ医」の役割は大変に重要である。さらに一連の診療・治療がスムーズに行われた裏側には、コンピュー

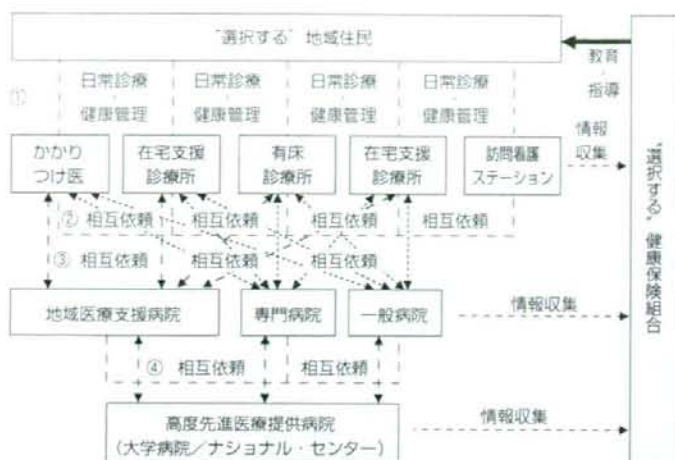


図 今後の医療提供のあり方

タ・ネットワークの力が非常に大きく関与している。これを上手に利用することによって、患者さん中心の情報共有を可能にした迅速でシームレスな診療システムが確保できる。

地域医療サービス体制の今後

改めて現状を踏まえた今後の医療提供のあり方を整理してみた(図)。

自己負担率上昇による窓口支払いの増加、繰り返す医療事故報や健康・医療関連情報の氾濫などにより地域住民の権利意識の目覚めとともに、“お任せの医療”から“選択の医療”へと変貌した。さらに、健康保険組合の支払い者としての意識の目覚め、間近に迫ったメタボリック・シンドロームに対応した生活習慣病予防プログラムの実施への要求は、組合員に対する健康管理・健康教育の必要性・重要性、そして健康保険組合による医療機関の選択の圧力がゆっくりだが確実に動き始めるであろう。このような状況の中、わ

れわれ医療提供者側は地域のニーズを捉えた医療サービス・システムを構築しなければならない。

強く地域を意識し、そこに住む住民の健康を強く意識したとき、大切なのは普段の生活に密着した健康管理が基本となる。具体的にこの健康管理の役割を果たせるのは“かかりつけ医”である。各健康保険組合の求める健康管理手法に従って具体的な健康管理を実施することによって、いわゆる“未病”の段階を捉え、病気の発症を食い止めたり遅らせたりすることが可能となる。また、かかりつけ医は在宅医療支援診療所として、在宅療養を余儀なくされる多くの方々に対して、地域医療支援病院との密接な連携・サポートを利用して24時間の在宅サービスを展開する役割も担っている。

地域住民一人ひとりの健康を最前線具体的に木目細かく支える“かかりつけ医”“在宅医療支援診療所”があり、これら診療所間の診療連携がある。次いで24時間ベースの救

急医療を展開する地域医療支援病院、一般急性期病院、専門病院、さらに特定機能病院、ホスピスなどの病診連携・病病連携があり、これらの連携が必要に応じてスムーズにその役割を果たしてゆくことにある。

地域のニーズはどこにあるのか？

地域住民とすれば、24時間気軽に相談ができる医師がいて、気軽に安心安全な診療を受けられることが希望であろう。しかし、かかりつけ医を特定機能病院としたところでこれは実現できない。地域の医療機関が有効かつ迅速な連携システムを提供しない限り不可能なことである。正に医療提供者、すなわちわれわれがこれを現実の動くシステムとして提供しなければならない。

診療所の医師として必要な連携内容を考えると、①検査センター、②専門診療、③夜間・休日診療、④救急診療、⑤ショート・ステイ、⑥在宅訪問医療サービス、⑦通院リハビリなどがあげられる。

①検査センター：外来診療を中断することなく予約可能でその場で患者さんに予約日時を伝えられること。急ぐ時には、その足で連携先へ患者さんを送り、検査し結果を持って再度診察できること。また、放射線検査、内視鏡検査など検査結果はできる限り迅速(検査同日)に回答が得られること。工夫次第では診断機器を持つ全ての医療機関が参入可能であるが、迅速に専門的な回答を提供する点でバリアが存在する。今後は、種々の検査機器と簡単な診療と応急処置の設備のみを備えた検査セン

ターが展開する可能性もある。

②**専門診療**：予約がスムーズで、診断・治療の経過とその結果が随時知りえること、特定機能病院や専門病院のみでなく、一般診療所や病院でも専門医がいれば工夫次第でその専門性を活かして対応可能である。

③**夜間・休日診療**：通院中の患者の場合、24時間電話連絡を可能にしている診療所もあるが、現実診療までを継続することは困難である。したがって、地域で夜間休日および救急のコールセンターを設けるなどして、近くの診療可能な医療機関を紹介する地域ぐるみでの対応が必要。当然地域の医療機関からの診療可能情報を集積し常に斬新なものを維持してゆくシステムが必要。

④**救急診療**：救急を標榜し、診療可能な専門領域を明らかにし、さらに手術の可否、入院の可否などの最新情報もコールセンターに集めて地域住民や医療機関に提供する。救急標榜医療機関は、連日収容可能診療領域、ベッド数などを地域に提供することが必要となる。

⑤**ショート・ステイ**：在宅療養や介護を進める際、患者本人も介護者である家族にとっても色々な意味でショート・ステイは必要なサービスプログラムである。単なる一次預かりではなく、この間に健診や集中的リハビリなど有益なプログラムを組み込むことも意義深い。今後の有床診療所、療養病床などが利用しやすいのではないかと、当然、急性期ベッドの役割ではない。

⑥**在宅訪問医療サービス**：正に医療政策の花道と言わんばかりに、最近では診療施設を持たずに在宅医療の

みを専門に行うところが現れている。しかし、今までもそうであったように通常診療所の医師が、外来診療の間に、通院不可能な患者さん宅を訪ねて回る診療は、今後も主流であると考えられる。今回設けられた在宅医療支援診療所は、地域の医療機関や訪問看護ステーションなどと連携して、地域住民も医師も、24時間365日、安心して在宅医療が継続できる地域医療連携モデルである。在宅の最前線を支えるこの連携プログラムに多人数の医師・看護師を抱える医療機関全てが積極的に参加することを期待したい。

⑦**通院リハビリ**：在宅医療が充実され、家庭や老人ホームなどで療養を継続する患者さんは多くなってゆく。この際、日常生活を何とか送っている日常生活動作(ADL)が見守りや修正自立の方でも、ちょっとした捻挫や発熱による臥床によって、簡単に介助量が増したり、寝たきりになってしまうことも稀ではない。こんな時、訪問リハビリや通院リハビリのサービスを受けることで、再びADLの改善が得られることは多い。この部分のサービスを質量ともに充実しないと、寝たきりを防ぎ活動的な余命を伸ばすことはできない。理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を持つ医療機関では、訪問や通院リハビリに道を開いておくことが望ましい。

自分の病院のポジションはどこか？

一体自分の病院は、どの位置にあり、どこを目指しているのか？ これからの地域医療サービスの展開を

見据えながら、自分の立ち位置をしっかりと決める必要がある。そうでないと病院の運営方針が鮮明にならず、組織運営がおぼつかなくなることになる。自分の病院はどのポジションに立っているのか？ どこへ行こうとしているのか？ そして決めたからには、そのポジションで一番の医療機関を目指すべきである。

おわりに

大学病院生活が長く、地域医療の“い”の字もよくわかっていない者が、勝手なことを書いてとお怒りの向きもあろうかと存じます。しかし、図に示したように地域医療の最前線で、政府が進める在宅医療展開の政策の中、中心的役割を担う診療所を、24時間365日、地域全体の医療機関がいかに一つの医療機関であるかのように、シームレスな連携を実現することが望まれているのではないのでしょうか。これは単なる絵空事ではなく、地域の医療機関が互いに競争相手と考えるのではなく、地域住民のためのサービス機関として役割を分担し切磋琢磨して質を向上してゆくこと、そしてさらに発達したIT技術を駆使して地域のどこにいても医療記録を参照することができれば実現できない命題ではないと考えます。既に同様の理念に基づいて連携を始め成果をあげている地域も存在する。明日からといわず今日から小さな仲間を声掛け合って始めてみませんか？

まつい みちひこ

河北リハビリテーション病院院長；〒166-0013 東京都杉並区堀ノ内1-9-27
matsui@kawakita.or.jp