

巻頭言

豊橋市民病院リハビリテーションセンターセンター

森嶋 直人

「病診・病病連携について考える」

「〇〇さん明日転院です。紹介状をお願いします。」私たちの病院は平均在院日数15日程度の急性期病院であるため、このような会話が毎日何件も聞かれます。その度にリハビリテーション各職種は、全例に対しリハビリテーション診療情報提供書を記し病診・病病連携システムを通じ情報を送っています。急性期病院における理学療法の宿命ですが、当院で治療が完結できる疾患は限られており、他病院・施設において継続的に理学療法の提供が必要であることは皆さんも常に感じている事だと思います。

最近この病診・病病連携についてよく考えることがあります。すなわち「自分がこの地域で病に倒れたら、満足できるリハビリテーション医療を受けることができるのだろうか」という問い掛けをしてみるのです。全国的には脳血管障害での熊本市における連携システムや高知県近森病院での同法人内の包括的地域医療などが報告され、優れた結果を出しています。では、私たちの地域ではどうか？これを考えて行くのには、病診・病病連携について考えてみる必要があるようです。

「連携とは、互いに連絡を取り合って物事を行って行くこと」広辞苑第5版にはこう記されています。病診・病病連携に置き換えると、継ぎ目のない医療（シームレスケア）をその地域で提供できることが目標となります。そのためには、急性期病院、回復期病院、維持期病院および介護施設、かかりつけ医が「連絡を取り合って」シームレスケアを提供するシステムが重要です。では実践では何をするのか？ですが、情報提供書の交換、各職種での情報交換会の開催、クリティカルパスの共有などが考えられます。治療の効率化や病院の生き残りという観点では、施設間の機能分化は必要です。しかし、熊本市市民病院神経内科医橋本先生も述べられているように、「患者様の全体像を見失わない」ことが大切で、そのために今後施設間の診療情報の共有と診療指針の共有が必須です。私たちの病院では冒頭にも述べた情報提供書発信や、地域の中でPT、OT、ST中心の情報交換会を開催しており、意見交換ができる場所を提供しています。それでも、リハビリテーションに関わる全ての職種の関わりまでは広がらず限定的なため、治療方針は各施設の内情に委ねられています。

では「我々の地域で脳卒中になったら？」、という問い掛けにはお察しの通り答える情報がありません。各施設間における情報のフィードバックがまだまだ乏しく、アウトカムの評価が為されていないからです。例えばFIMなどの世界的に通用する指標を用い、データベース化することで我々の地域のリハビリテーションパフォーマンスを評価するシステム作りが急務です。「倒れるならこの地域ランキング」なんて本が出版されるのも遠い未来ではないように思われます。

この号が出版される頃には、平成18年度の診療報酬改定の影響が明らかになっている頃だと思います。厚生労働省のねらいは平均在院日数の短縮であり、そのための病院機能の分化・連携の推進は計画的に進むと考えられます。一例に地域連携クリティカルパスの導入があり慌てて病診・病病連携の話し合いが為されているのが現状です。我々地域に生きる医療人の連携は建物や拠点のつながりではなく、「人と人との連携」であり「顔の見える病診・病病連携」を目指す必要があります。診療報酬改定だけに左右されることなく、同じ目的を持ったプロフェッショナルの連携であるべきです。地域のリハビリテーション医療をシームレスに提供できるように「半歩でも前に」を肝に銘じているこの頃です。