



シンポジウム1

前方連携・後方連携の強化と実際

都市型病院間密着連携 vs 地域基幹型連携

地域間の違いによる実践報告

座長	おかもと 岡本 隆嗣	たかつく 西広島リハビリテーション病院 (広島県広島市) 理事長・院長
座長	なかにし 中西 克彦	じょうぞんけい 定山溪病院 (北海道札幌市) 院長 【後方病院の立場で参加】
演者	すがわら 菅原 英和	ひでかず 初台リハビリテーション病院 (東京都渋谷区) 副理事長・院長
演者	さとう 佐藤 義朝	よしとも いわてリハビリテーションセンター (岩手県雫石町) センター長
演者	おか 岡 光孝	みづたか 西広島リハビリテーション病院 (広島県広島市) 地域連携部 副部長 (OT)



座長の岡本 隆嗣 氏 座長の中西 克彦 氏 菅原 英和 氏 佐藤 義朝 氏 岡 光孝 氏

厳しい状況続く回りリハ病院～地域間の違いふまえ 前方・後方連携のあり方、強化策を探る

座長の中西克彦氏 (以下、中西) 今、回復期リハビリテーション (以下、回りリハ) 病院の置かれている状況は昨年の診療報酬改定や新たな地域医療構想の中で非常に厳しい状況にあると伺っている。この厳しい状況に立ち向かい生き残っていくためにはどうしていったらいいか。本シンポジウムは今後ますます重要になってくる急性期病院との前方連携、回復期リハ終了後の在宅、地域への繋ぎの部分である後方連携のあり方をみんなで議論したいとの橋本大会長の熱い思いで企画された。「都市型病院間密着連携 VS 地域基幹型連携 地域間の違いによる実践報告」という内容で3人の演者にご発表いただいたのち、フロアからの質問、総合討論に繋げていきたい。

1 初台リハビリテーション病院

【都市型/リハビリテーション専門病院】

近隣 10 連携強化病院との関係性を強化 特殊治療で“側方連携”を推進—菅原氏

菅原英和氏 (以下、菅原) 東京都は 33 × 90km の細長く狭い土地に 1,400 万人、23 区だけで 1,000 万人弱が暮らす過密都市。当院は都内渋谷区にある回りリハ病棟 (179 床)、外来・短時間通所・訪問の生活期リハの機能をもつリハ専門病院である。23 区内の居住者が入院患者の 9 割弱を占めている。

前方連携:

「入院相談動画」の活用

2024 年は 214 の紹介元病院から 1,472 人の新規入院申込があり、129 病院から 736 人が入院された。相談件数が年々増加、コロナ後は相談の電話が増え

たが電話だと当院の特長を十分伝えられずジレンマを感じていた。

そこで、実際の対面・口頭での入院相談の流れを3～11分の動画数編にまとめ2023年8月、YouTubeで公開、病院のホームページに掲載 (<https://www.hatsudai-reha.or.jp/video/hospitalization.html>) したところ、事前に動画視聴いただいてから入院相談が始まる割合が徐々に増え、医療連携室の入院相談業務が効率化。入院相談後の調整業務に割ける時間が増え、申込から入院までの期間が短縮、ベッド稼働が向上した。動画なら家族が多忙でもスキマ時間に見られるし入院中の患者も見られる。急性期病院の医療連携室スタッフにも見てもらえる。

連携強化病院との相補関係を強化

重症者割合が増えるにつれ急変し急性期病院に戻る患者の割合も10%前後で高止まりしている。都内100超の急性期病院から幅広く受け入れる一方、半径5km圏内の近隣10の基幹病院を連携強化病院に指定。密な連携一優先的に転院調整する代わりに急変時には24時間体制で救急対応いただく—の取り決めをしてギブ&テイクの関係性を構築している。

“側方連携”:

回りハ病棟や紹介元の病院では実施できない特殊治療のできる第3の病院に一時的に転院し治療を行うことでリハ障害因子が取り除かれ、回りハ病棟再入院後のリハ治療が円滑に進む症例が増えてきている。当院で実践しているのはウロリフト手術（前立腺の閉塞部位まで内視鏡を挿入し、インプラントを埋込む）、喉頭挙上術・輪状咽頭筋切離術等の嚥下機能改善手術、ITB療法 連携パス（スクリーニング・投与量調整は回復期で実施）、腱延長術・移行術など。件数は多くはないがリハ治療の経過で重要な転機となる例がある。治療の一選択肢として提示できるという。このような“側方連携”を医師主導で開拓しつつ、

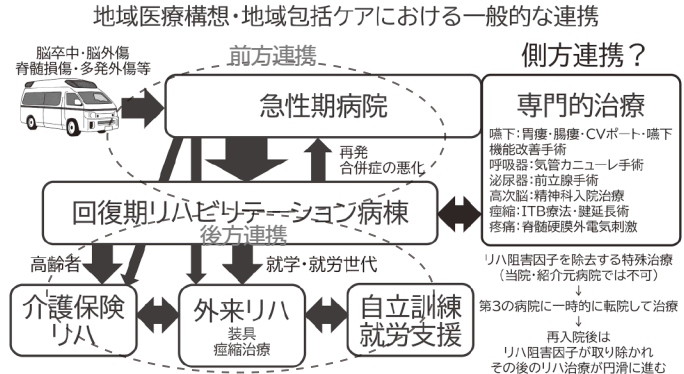


図1 前方連携、後方連携に加え特殊治療で“側方連携”を展開(菅原)

回復期側も専門医療機関への単なる丸投げではなく、適切な適応判定、患者家族へのメリット・合併症の説明を担保し、相互信頼に基づく関係性強化に努めることが大事かと思う(図1)。

後方連携:

当院の入院患者に占める65歳未満の割合は36%とかなり高めで、全患者の約3割が外来に移行、その7割強が65歳未満の方々である。高齢者の多くが介護保険や生活期のリハに移行する一方、就労世代のリハ支援を充実させることも求められている。

事例紹介:40歳代脳血管疾患患者の回りハ病棟入院～新規就労(障害者雇用)までの6年の足どり(略)

復職に向けた集学的なリハビリテーション治療の過程で土台となる「健康管理」(急性期～回復期)、次いで「日常生活管理」(回復期～生活安定期)、さらには「対人スキル」「基本的労働習慣」「職業適性」などの「職業準備性」の積み上げが必要であり、回りハ病棟退院後の社会リハ推進のためには医療・介護・福祉の密な連携、医療の継続的支援が必要だ。

2 いわてリハビリテーションセンター

【地域基幹型リハビリテーション専門病院】

地域ごとの病院・施設ニーズをともに考え
コミュニケーションの基盤づくりから—佐藤氏

佐藤義朝氏(以下、佐藤) 当センターは岩手県中央部、盛岡医療圏の雫石町にある回りハ病棟100床



のリハ専門病院である。県の中核リハ施設として9の二次医療圏から患者を受け入れている。回リハ病棟がない医療圏が複数あり圏域を跨いだ受け入れが4割を超すが、県民のためのリハ医療提供を基本方針に掲げ地域基幹型の中核リハ施設の役割も担う。医療資源に乏しい圏域を含む地域基幹型施設の連携では広範囲な各圏域の急性期病院・施設との連携構築が必須だ。

急性期へアンケート調査～自院の強み・弱みを知る

そこで、連携構築の第一歩として職員へのヒアリングにより自院の強みと弱みを可視化した。結果、入院までの日数が長い、ベッド稼働率が安定しない、連携先のニーズ把握が不十分、入院患者の診療情報が不足している、患者の重症度のコントロールが困難、法人内に後方連携施設がない、立地条件が悪い—などの課題を見出した。

前方連携：

上記結果に基づく改革を開始。(1) 急性期病院への訪問、(2) 急性期病院のアンケート調査、(3) 患者送迎範囲の拡大、(4) ホームページの更新、(5) 連携広報誌の発行—に注力した。

(1) 各圏域の基幹急性期病院を訪問。医療連携室職員や紹介診療科医師と情報交換。診療の紹介、実績を資料説明し急性期側のニーズを確認した。どの病院も早期の患者受け入れのニーズが高く、訪問を繰り返したことで相互の課題共有が気兼ねなく行える病病連携のパイプを構築できた。

(2) 実際に患者を診ている現場医師が紹介先をどんな基準で選んでいるのかを把握するために実施。結果は、リハ内容や連携医師の存在、入院を断らない姿勢を評価していた一方、距離の遠さや入院待ち日数が低評価だった。これを受け、入院審査会を週3から随時開催に変更。リアルタイムの情報共有はグループウェアを活用し、病床稼働率の目標値を設定。ベッドコントロールの一部権限を師長へ委譲した。

(3) 地理的不利をカバーすべく盛岡市内に限定していた急性期病院への患者送迎を他圏域まで拡大。搬

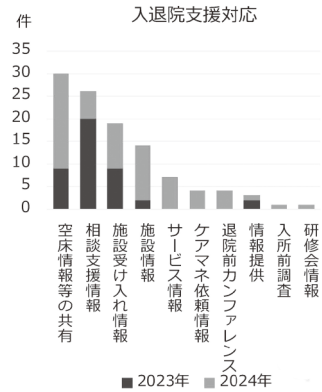


図2 入退院支援ニーズ (いわてリハビリテーションセンター)

送時の安全確保のため運転士に救命救急士OBを採用、看護師が同乗。連携室から要望を伝達、速やかな申し送りによる搬送時間短縮を図っている。

(5) 連携広報誌『ななつのしずく』を発行、クリニカルインジケータを掲載し自院の強みである診療実績を可視化した。これらの取り組みの結果、患者受け入れまでの日数が10日前後にまで短縮した。

後方連携：

当センター入院患者の平均年齢は65.5歳と低めで、現役世代の復学・復職、運転再開支援など社会復帰ニーズが高い。このため、後方連携では(1) 医療連携部の入退院支援、(2) 退院前の自宅訪問と担当者会議開催、(3) 退院前の自院内連携 (病棟⇄外来・在宅支援スタッフ)、(4) 外来サポート (運転・復職・復学支援等)、(5) 外部機関連携 (公安委員会・職場・学校等) —の強化に努めている。

法人内に施設がないことから、施設入所方針の場合、入院後直ちにMSWが支援を開始、早期情報共有により速やかな入所調整に努めている。入退院支援加算に関する支援内容 (図2) では施設の空床情報や施設受け入れ基準に関する内容が多い。

高い運転再開ニーズに応える

本県では生活・就労・病院受診等、いずれも運転再開ニーズが高く、今後も過疎化が進む圏域の運転再開ニーズは高まると想定している。当センターでも毎年160名以上対応、2023年度は入院・外来計



写真 退院前カンファレンスの様子

表 退院前カンファレンスの標準化
(西広島リハビリテーション病院)

内容	司会	実施者 (主な発言者)	書類	時間
開催の挨拶・予定終了時刻の周知・カンファレンスの目的の説明	MSW	MSW		1分
自己紹介	MSW	全員		1分
書類の説明	MSW	MSW	活用する書類	1分
疾患の経過と治療内容・退院後の注意点	MSW	主治医		4分
ポイントになる動画説明	MSW	主にリハスタッフ	動画	1分
現在のADLと退院先でのADLの設定・服薬指導、栄養指導について・家屋調査、外泊の様子	Ns	病院スタッフ全員	退院時要約 リハビリノート	4分
今後の目標 (3か月後、6か月後)	MSW	本人・家族、MSW	課題整理総括表	3分
退院後の希望や心配なことについて	MSW	本人・家族		4分
質疑	MSW	参加者全員		2分
ケアプランの説明等	MSW	ケアマネジャー 生活期スタッフ		5分
在宅治療の方針	MSW	かかりつけ医		3分
まとめ	MSW	MSW		1分

227 名に対応、84.1% が運転再開可能になっている。

地域ごとに病院・施設のニーズをともに考え、コミュニケーションの基盤を創ることが連携の第一歩だ。

3 西広島リハビリテーション病院

【都市・地方中間型／リハビリテーション専門病院】

急性期ニーズに合わせ可能な限り早く対応、
退院前カンファレンスを強化—岡氏

岡 光孝氏 (以下、岡) 広島県の人口は 272 万人、広島市内には 118 万人が暮らす。当院のある広島市佐伯区、近隣 15km 圏内の西区、廿日市市を合わせた地域は都市と中山間部の特徴を併せもつ。人口 44 万人、高齢化率 28%、人口 10 万対回リハ病床数は 115 床と、市内平均 110 床を上回り競争が激しい。当院は 3 病棟 139 床のリハ専門病院で、老健・訪問リハ・短時間通所リハ・居宅介護支援事業所、メディカルフィットネス施設を併設。年間入退院患者数は約 600 名。全患者の 43% が上記 2 区 1 市から入院している。

前方連携：

当院入院患者の主要な紹介元は半径 30～40km 圏内にある 24 の急性期病院で、12 病院と脳卒中、骨折の連携パスを運用している。前方連携は地域連携室の OT (私) と看護師 2 名、公認心理師が、後方連携は各病棟 2 名・計 6 名の MSW が、連携しあい各々を担当している。入院申込、毎日の入院判定

会実施は地域連携室で行う。受け入れ率向上、早期受け入れ、直接訪問を重視し、地域連携室職員はほぼ毎日急性期病院を訪問し、可能な限り転院予定の患者に挨拶、転院の不安軽減を図っている。副院長 (医師)、看護師長、リハマネジャー (PT・OT) は入院中の患者、退院患者の経過を動画等で定期的に報告している。

可能な限り早く対応

発症～入院申し込みまでは脳血管疾患で 15.7 日、運動器疾患で 13.8 日 (2024 年)。申し込みから入院までは 8.3 日、8.9 日で、脳血管疾患では 12.7 日 (2022 年)、9.9 日 (2023 年)、8.3 日と短縮している。急性期のニーズに合わせ、可能な限り早く対応するよう努めている。入院患者の搬送では遠方の病院、重症患者を中心に必ず当院看護師同乗でお迎えしている。9 割以上の紹介元病院へ年間約 400 件、この搬送の際の急性期病院との情報交換、車内での患者家族から収集する情報が入院時からの個別対応に役立っている。

後方連携：

退院前カンファレンスの強化・標準化

すでに担当ケアマネジャーがいる患者の入院が増えている。MSW がケアマネジャーに入院前から連携をとり初日から後方連携を開始している。退院前カンファレンスの標準化を目的に、退院前カンファレンスの流れを統一 (写真 1、図 1)。動画も作成し全職員向けに研修を実施。同カンファレンスには患者・家



族、ケアマネジャー、かかりつけ医、当院医師、各職種が必ず参加。コロナ禍以降はオンラインも活用し介護保険サービス利用予定の患者のカンファレンス実施率は80%を超えるが、地域で「あの帰し方（退院）はないよねえ…」と言われないためのさらなる質向上が必要と考えている。

患者・家族指導で渡す資料を整理・統一し活用
以前は各担当が作成したバラバラな資料をファイルにはさんで渡していた。それらの資料の内容を「西リハ版リハビリノート」として整理・統一し、一人ひとりに必要な資料を集約。各ムービーを作成、ホームページで公開し、在宅支援スタッフにも見てもらえるよう連携強化を図っている。

2001年から地域住民や専門職向けの「地域リハビリ研修会」を継続、126回を数える。地域支援事業では県広域支援センターとして佐伯区内のリハ職派遣調整を実施、2024年も計59回、延べ69人を派遣。行政、地域包括支援センター、他リハ職とも連携し顔の見える関係を培ってきた。こうした活動に長く従事してきて、地域の信頼を得ること、活動を続けることが重要だと感じている。

フロア質疑・総合討論から

岡本隆嗣座長（以下、岡本） 菅原さんに確認。入院中急変、重症化した場合は紹介元に返す。遠方の方の場合、10の連携強化病院のいずれかに依頼する体制か。

菅原 その通り。

岡本 虎門病院スタッフとの定期的な事例検討を行う「初虎の会」の話もあった。虎門病院も10ある連携強化病院の1つか。

菅原 そうだ。初台と虎門、双方の医師・看護師・療法士・SWが日頃病院を訪問し合い信頼関係ができており急変時は24時間体制で救急搬送できる。紹介元が他院でも拒まず受けてくれている。

岡本 急変、重症化対応、佐藤さんのところはどうか。

佐藤 各圏域の県立急性期病院からの紹介が多く基

本、そちらへ返すが遠方の場合は盛岡医療圏の県立病院、大学病院に状況を説明して受けていただいている。

岡本 紹介先として高度急性期を担う大学病院や地域密着型の急性期病院、いくつか選択肢があるかと思う。その辺りで何か工夫をされているか。

佐藤 急性転化の場合、時間的な問題もある。できるだけ近くですぐ運べる場所。容態によっては救急センターに紹介するケースもある。

岡本 紹介元の急性期病院が第1選択肢。特に緊急を要する場合は近くの地域密着型の総合病院にお願いすることが多い。

岡本 前方連携に関してフロアからご意見ご質問があれば。菅原さんのご発表にあった“側方連携”、とてもいい取り組みだと思った。主に入院中手術に出すのか退院後なのか、出して何日ぐらいで戻ってくるのか、その辺りを。

菅原 ITB療法は、回復期病棟でスクリーニングと術後の容量調整を行えば、大学病院転院はポンプ植込術だけなので1週間で済む。ウロリフトは泊2日。転院を最短化しリハビリがなるべく中断しないよう工夫している。

岡本 “側方連携”は術後の円滑なリハを促すための工夫。回リハ病棟退院後依頼する場合、その後のリハが大事になるのでそこら辺も考えての対応になるかと思う。

フロアから（兵庫県・医師 A 氏） 急速な高齢化で多重疾患を抱えた重症患者が増えている中、入院判定が重要と思う。重症でもできるだけ早く受けたい考えであるが、早く受け、急変してしまうとまた、急性期にすぐ戻さないといけない。その辺りの判断を各病院ではどこを基準にどのように判定しているか。

佐藤 まさにそこで悩んでいる。受けたが急性転化し戻ってしまう例が出ると「もうちょっと落ち着いてから」というまじに傾く。で、少し遅れるとキャンセルになってしまいうすぐ取ればよかったか」と思う。入院審査会の取り組み方を変えてできるだけ早く取る一方、急性期病院に合併症のコントロール状況を実際確認しに行くなど一人ひとり状態像を見て判断する対応も場合により重要かと思う。

岡本 申し込み後お断りする割合は？

佐藤 件数は少ない。炎症反応が続いている、点滴の

管がまだ繋がっている・状況確認後、点滴なら「いつ頃終わるか」、レスピレーターが外れそうなら「外れたらすぐ紹介を」といったやりとりは常にしている。

岡 当院は私が入院相談を受けプレゼンする立場だが、脳神経外科の副院長と内科の診療部長の2人に判定をしてもらっている。当日勤務の医師全員にみてもらっていた時期もあるが早く進まないこともあり2人で判定いただいている。申し込みがあった中、判定通過率は98%。2%は重度の心疾患、腎疾患などだ。断らないが点滴中の方は取れるまで少し待つという形。2、3の病院を同時申込みされ早いほうに行く行動が普通になってきておりキャンセル率も年々増加。早めの対応が必須だ。

岡本 回リハ病棟過密地域で1回お断りするとそれが結構あとを引くことがある。急性転化しそうだと思われる人も含めできる限り受けている結果の98%だ。

A氏 「早く出したい」急性期側の本音にできる限り積極的に応えているが、リスクある状態で取る代わりに何かあったときバックアップいただける確約をお願いして受け入れている状況だ。確約いただけない病院もあるが悩みが一緒なのでちょっと安心した。

フロアから（東京都・医師B氏） 当院入院患者の約7割が近在の（同一法人の）急性期病院からの転院で3割が他の急性期病院から。大学病院など急変時に受けてくれない紹介元があり、法人の急性期病院で対応している。医師・師長・SWで判定会を毎日実施している。単願での申込はほぼなく、入院決定後のキャンセルも多い。単身独居、生活に困っている高齢者が多く居住する地域であり80歳以上の入院患者割合が高い。同じ東京23区内だが状況はかなり違っている。

岡本 2024年度の回リハ病棟実態調査報告によると75～84歳が1/3、85歳以上が1/3。今や回リハ病棟入院患者全体の約2/3が75歳以上の方々となっている。

フロアから（長野県・医師C氏） 地域貢献活動が努力義務になった。ゆくゆくは必須になるのでは。要綱を見る限り、地域から求められる形、医師会なり行政から依頼され、それに応じて出張するというスタイル以外、地域貢献活動はできないのかと感じている。その辺りに関して

アドバイス「こんなふうをやっている」というコソなどあれば。

岡 おっしゃる通り、先に行政からの依頼が来ないと協力がなかなか難しい面がある。私が地域連携室所属になったのは2006年。翌2007、2008年頃、院長の岡本と一緒に地元の地域包括支援センター、病院のある広島市佐伯区の区役所に行って、「地域内で協力体制を築きませんか」とお願いした時そのまま、塩対応だった。「行政としては～事業という形がないと協力が難しい」「民間病院の1つとだけ連携をとるわけにもいかない」ともいわれた。その後時代が変わっていろいろな地域支援事業が出てきたら今度は逆に行政の側から、次々に協力の依頼が来るようになった。今現在は行政と民間病院とが双方向で連携をとる体制が重要だと思う。職員教育もそこに合わせてしていきたい。

岡本 菅原さんのところでは割合が低かったが佐藤さんのところや当院では、療養型病院や介護医療院に退院される方が5%前後いる。今回その立場からのご参加である座長の中西さんにコメントをいただきたい。

中西 お三方のご発表では後方病院への転院は3～8%だったが今後は高齢・重症の患者がますます増える。後方病院として当院地ケア病棟も在院日数40日程度を目指している。障害者病棟にも入院日数制限がある。回リハ病棟入院中にできれば退院後の在宅生活に向けた介護認定の申請をはじめ種々の申請を済ませていただくと、後方病院での退院支援がスムーズにいく。そう思っていたが今日のご発表では入院初日から動いておられることを知り安心した。

岡本 前方連携、後方連携に関して入院前の動画視聴、急性期側へのアンケート、退院後の地域貢献活動など、皆さんの病院でも取り入れられるようなヒントがいろいろあったと思う。われわれ回リハ病棟で高齢者、重症者を多く受けるようになってきた以上、療養型にお願いする患者についても、その後の生活イメージが共有できると連携がスムーズにいくかと思う。回復期側も地域のさまざまなところにお世話になっている。患者一人ひとりの生活が最後まで尊厳をもって送れるよう連携が地域地域で構築できればと思う。