

て我々も参加しているところであるが、自主勉強会も行なうべく計画中である。

又、院内で行なわれている各種勉強会に積極的に参加して学習を通じて他セクションとの和を広げていかなければならないと思う。

e：技師間・時代感覚の変革には、目を見張る速さを感じられる。

よく「10年ひとむかし」と言ったが今はその速さではない。ピペットと試験管で検査をした技師、どこを見てもCRTの中で教育された技師、又、戦中のものない時代に育った人々、物質あふるる文明の時代に育った人々が混在して「病者の為の検査」「病院経営の為の検査」を共に考えて行動していかなければならない。

f：委託検査・検査センターの発展には著しいものがあり、どんな大きな官公立の病院、大学病院が頑張っても検査項目の多さ、又精度についても凌駕するものがある。CAP（アメリカ臨床病理学会）認定を受けているセンターもあり（BML・SRL）、我々としては検体数の少ない不採算部門の検査、特殊な機器「RI等」を使用する検査を安い料金で委託し保険点数との差額を大きくして病院経営

の為に利用していきたい。

4) 総括

臨床検査の守備範囲を拡大発展させることは、それなりに医療機器等の経費をかけ、検査技師を雇用することにより比較的簡単に行なうことができる。

しかし、現在のように検体検査の包括化が強化され収益性が減少していく現状と検査業者が巨大医療産業として発展している現状を考慮すると、安易な増員と機械の購入のみでは、経費の増大によって病院経営にとってそのメリットは少ないであろう。

北海道においても今年度大手検査センターに検査部業務を委託した病院があるが、このような検査体制は、多くの問題がありまだまだ一般的でないが、今後大手検査センターを中心にした検査科のブランチ化は進んでいくと思われる。

現在われわれとしては、利用できる半分については、安い料金で委託を行ない病院経営にメリットを生むように活用していき、我々の使命としては、限られた機器ではあるがそれらを最大限に利用して地域の患者さんの為、検体を「もの」としてみることなく「顔」としてみて、きめ細かく臨床側と連絡しあい地域医療に溶け込んだ検査科、そこに働く検査技師を目指して頑張っていきたいものである。

名寄市立総合病院リハビリテーションのこれからの役割

理学療法科 理学療法士 吉谷 敬 坂本 雅 則

はじめに

病院が新しくなり、リハビリ部門が充実してはや2年がたとうとしています。十分なスペース、豊富な機器類、本当にすてきな施設ができたことと自負しております。患者さんの数も年々増加傾向を見せ、古い病院の時と比べ2倍以上の患者さんがリハビリにきております。また、現代社会の流れをみれば、「高齢者社会」がとかく叫ばれており、医療・保健・福祉の連携が必要不可欠となっております。国の高齢者保健福祉10ヶ年計画（いわゆるゴールドプラン）のさなかにあつて、

当リハビリでも地域住民のより充実したケアを実現させていかなければなりません。急性期から在宅ケアまで、医師をはじめ関連市町村の関係者すべてが一丸となって乗り切らなければならない時期、まさに改革期に入っているのではないかと考えます。

今回、この稿を書くにあたり、院内リハビリと院外リハビリの2つに分け、述べさせていただきます。

院内リハビリテーション

当リハビリでは、整形外科疾患と脳血管障害後遺症

の患者さんがほとんどを占めております。なかでも物理療法を含めればおよそ9割近くを占める整形外科疾患においては、毎週月曜日午後には医師、看護婦とともにわれわれも総回診について回ることにしております。写真など診ながら手術の説明を受けるカンファランスと共に、総回診に付添うことは、リハビリをおこなう以前の患者さんの状態把握や、あるいは病棟との連絡を密にすると言う意味においても大変重要です。理学療法室のスタッフ同士では実際に症例検討をする時間がとれないため、これからも総回診への参加は続けたいと考えております。

脳血管障害後の患者さんのリハビリにおいては、病床数が少ないこともあって、旭川や札幌へと転院となることがしばしばあります。1～2日の短い訓練の後で転院ということもあります。

整形リハビリ・脳血管リハビリに関わらずリハビリテーションをまだやらなければならないレベルの患者さんが当院において十分に入院できないでいるということがわれわれの1番のジレンマです。仮に外来通院リハビリのレベルまで達していたとしても自宅が名寄ではないため通院が困難だ、または自分が入院しながら納得するまでリハビリを受けたいと願う患者さんから、なぜ退院しなければならないのかと苦情をぶつけられることも多々あります。

脳血管障害後の患者さんにとっては、リハビリが生きがいになることが多いのです。このような患者さんが訓練半ばで遠くに転院してしまうのがとてもつらく感じます。近い将来やらなければならない在宅ケア・在宅リハビリ、あるいは社会復帰にいたるレベルまで当院において(あるいは当院を軸にして)リハビリテーションを本格的におこなえるようになりたい、そんな環境づくりがわれわれの希望です。また、この地域にはリハビリテーションを本格的におこなっている病医院が少ないということも問題ではないでしょうか。もしこれから新たにリハビリテーションをおこなうという病医院があれば、われわれは地域医療を支えるという当院の使命として、人的支援を惜しまないつもりです。

院外リハビリテーション

名寄市をはじめ近隣市町村においてはここ数年にヘルパーサービス、緊急通報システムなどいろいろな老人福祉事業が展開されるようになり、名寄市におきましては平成6年3月よりついにデイサービスセンターが開所し、7年度には訪問看護ステーションを設置すると聞いております。これに合わせて地域住民の寝た

きり防止という目標がクローズアップされ、あるいは各市町村独自の医療保健福祉推進計画のなかで掲げられている在宅訪問リハビリテーションの必要性が強く叫ばれ、応分の役割を果たすことが当院に求められてくるのが予想されます。この在宅リハビリに向け、システム作りと退院患者の症例検討会を開く必要性があります。医師、看護婦、ケースワーカー、保健婦、理学療法士、そして作業療法士などがともに情報交換をします。在宅患者さんの介護(ケア)体制を確立していく上でどのような方法がベストなのか、どの方法が関係スタッフ同士連携をとりやすいかなど見つけださなければならない時期にきていると感じています。

これからの理学療法士、作業療法士は急性期のアプローチとして在宅でのあるいは地域保健センターなどでの機能訓練指導、そして家屋改造の指導・施行といった幅広い役割を担っていく必要があるでしょう。

おわりに

医学の進歩には目を見張るものがありますが、現状では当院リハビリテーション施設はハード的にはいろいろな疾患に対応できる施設だと自負しております。スタッフが多種多様にわたる疾患に対し十分対応できる知識・経験を積み、よりよいリハビリテーションを患者さん受けていただけるよう努力していかねばなりません。だが質のたかいリハビリテーションを供給するには現状の理学療法士の人数ではもう限界です。今のように1日100名前後の患者さんがリハビリにくるなら最低でも3名は(つまり理学療法士1人あたり30名前後)必要でしょう。そうすればマンツーマンのリハビリテーションをおこなうことができる患者さんも増え、結果的にはより点数のたかい(現状ではとれない)医療点数を請求することが可能となり診療報酬の増加(単純に考えても1.5倍は増加する)につながります。これに加えて在宅リハビリテーション・公衆衛生を本格的におこなうならばもう1人必要となり、合計4人の理学療法士が必要でしょう。今リハビリにきている患者さんがさらに増え、さらに在宅リハビリをおこなおうとするならば今の2人ではもう限界です。われわれは業務軽減だけを考えるとこのようなことを言っているわけではありません。本当に限界を感じているのです。

これからもより良い病院経営、より良い医療(リハビリテーション)実現のため、スタッフ一同が関心を持ち、日々努力していく所存であります。ご理解をよろしくお願い申し上げます。