

A. 研究目的

本研究は、我が国の病院における退院支援およびケアマネジャーとの連携の現状を調査し、その課題解決へ向けた取り組みについて考察した上で、実践報告を行うことを目的とする。

B. 研究方法

2011年10月に兵庫県西播磨圏域のA地区の地域包括支援センターの協力を得て、地域のケアマネジャーに対して「ケアマネジャーへの連絡なく退院した要介護者」に関するアンケート調査を行った。

本稿では、同アンケート結果について報告するとともに、兵庫県下の保健所による二次圏域コーディネーター化活動および病院・在宅ケア連携のための実践活動について報告する。

C. 結果、D. 考察、E. 結論

1. 我が国における退院支援の現状

1) 病院・診療所連携

我が国では、病院退院時に主治医がかりつけ医である診療所に対し紹介状を書くことは、医師としての文化となっている。たいていの病院は近隣の医師会の会員(開業医)を集めて病診連携の会議を行っているので、仮に診療所に対し紹介状を持たせず患者を退院させた病院勤務医がいれば、その場で強烈なクレームを受けることになる。つまり、病院退院時にかかりつけ医に連絡がないということは希ということである。課題としては、紹介状の内容であり、脳卒中の再発予防に関する情報や、胃瘻や気管切開を伴う重度患者の訪問診療を依頼する際の情報の質や時期については、今後、病院側と診療所とで十分協議する余地がある。

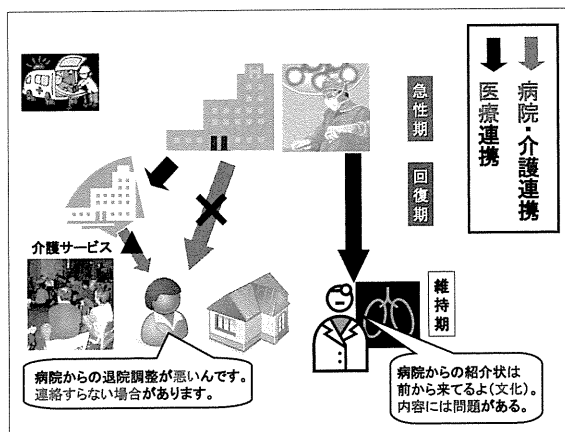


図 1-1 我が国の退院支援の現状

2) 病院・介護連携

病院・介護連携の状況は劣悪である。病院とともに

に退院支援を行うのは、介護側の代表であるケアマネジャーである。しかし、介護保険は2000年にできたばかりであり、病院の医師、看護師、医療ソーシャルワーカー(MSW)、リハビリテーション(以下、リハ)スタッフのいずれにも、未だ、退院時にケアマネジャーに連絡し、ともに退院支援を行うという文化が成熟していない。よって、病院・介護連携については、個々の病院の努力、あるいは看護師・MSWなど個人の努力に任されているといえ、病院間での格差は大きいものと考えられる。

ケアマネジャーから聴取した「ケアマネジャーへの連絡なしに退院した要介護者の事例」としては、「病院では車椅子でトイレにも自分で行っていた。退院した後は、ベッドがないため、布団に寝ることになり、家族がおむつ交換を続けた。退院1週間して、家族が疲労しているのを見かねた民生委員がケアマネジャーに連絡した。駆けつけたケアマネジャーは、どうして寝たきりになったのか、なんの病気だったのかが分からず、入院していた病院に行って尋ねたが、『退院した患者のことは教えられない』と断られ、かかりつけ医にも聞いたが『まだ、診にっていないので分からない』とのお答えだった。ケアマネジャーの奮闘の甲斐もあり、ベッド、ポータブルトイレ、デイサービスが用意されたのは退院後1週間半以上立ってからで、ご本人はほとんど寝たきりとなっていた」とのことであった。この事例は、入院中に介護申請およびケアマネジャーとの契約を済ませた上で、病院職員がケアマネジャーに適切な情報を提供していれば、寝たきりにはならず済んだはずである。ケアマネジャーへの退院時の連絡もれば、このように患者の介護度の悪化や家族の疲労など社会的な問題を引き起こさう。これは病院・診療所連携における紹介状の質の問題と比べて明らかに重い課題であり、病院・在宅連携および退院支援における優先課題は、病院・介護(ケアマネジャー)連携であるといえる。

3) ケアマネジャーへの連絡なく退院した要介護者の状況

病院職員は悪気があってケアマネジャーへの連絡をせず、要介護状態の患者の退院支援を行っている訳ではなく、ほぼ無意識にそのような退院支援をしてしまう状況にある。そこで、ケアマネジャーへの連絡なく退院させた患者例の把握は病院側には困難である。そのため、現状を把握するためには、退院患者の受け手となるケアマネジャーに聞くしかない。

筆者は2011年10月に兵庫県西播磨圏域のA地

区の地域包括支援センターの協力を得て、地域のケアマネジャーに「ケアマネジャーへの連絡なく退院した要介護者」についてアンケート調査を行った。ケアマネジャーそれぞれが10月中に経験した退院者および病院名、病院との退院調整の有無を聞くという簡単なものである(図1-2)。

利用者	退院された病院名 (市外の病院も)	病院との 退院調整の連絡
1		有・無
2		有・無
3		有・無
4		有・無
5		有・無
6		有・無
7		有・無
8		有・無
9		有・無
10		有・無

「先月の退院患者について教えてください」

図1-2 「ケアマネジャーへの連絡なく退院した要介護者」調査

結果は、地元のA地区の病院から退院した要介護者(要支援を含む)のケアマネジャーへの連絡もれ率は33.3%、南部のB市からの退院では71.4%、近隣の中核都市である姫路市からの退院では55.2%であった。この結果から、相当数の要介護者がケアマネジャーへの連絡なしに在宅に退院し、しばらく経過してからケアマネジャーのケアマネジメントを受けている事実が確認された。

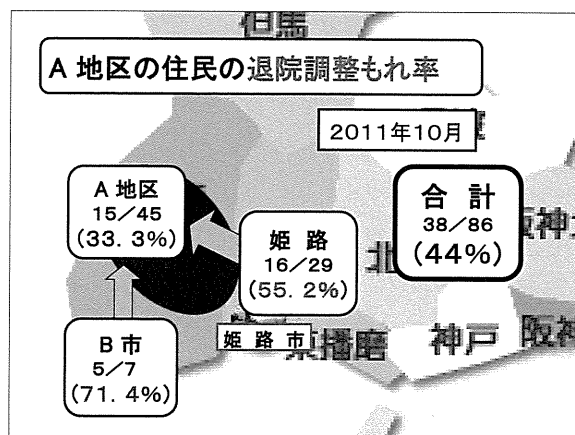


図1-3 兵庫県A地区でのケアマネジャーへの「退院調整もれ率」

同様の調査では、大阪府D市で37.2%(2011年4月)、北海道K市で43.8%(2009年11月)の要介護者がケアマネジャーへの連絡なしに退院しており、全国的に地域格差はあるとしても、病院・ケアマネ

ジャー連携の現状は厳しいと言わざるを得ない。

4) 診療報酬で病院・介護連携が改善しない理由

2008年と2010年の診療報酬改定で退院支援に関わるいくつもの加算が付いた。にもかかわらず、前述のように退院支援がケアマネジャーとの連携なしに進められている状況である。入院期間短縮の影響も考えられるが、根本的な原因は「要介護者についてはケアマネジャーに連絡し退院支援を行う」というルールが、未だ病院側に成立していないことにあると考える。このルールを確立している病院の場合は、常にいかに適切に退院支援を行うかを考えているので、新たな診療報酬にも敏感に反応して加算を取れるように退院支援のシステムを変更していく。しかし、「要介護者についてはケアマネジャーに連絡し退院支援を行う」というルールを持たないか、あるいは、退院支援そのものを行っていない病院があるのは事実である。ケアマネジャーからの聴取によると、経営方針として「退院支援はしない」という病院が存在するという。病気が治癒しても病床が空いている期間は退院させず、入院患者が増えると、突然、退院させるという。この方法なら、病床稼働率は高く維持できるし、退院支援に関わる職員や労力は不要である。我が国では、あえて退院支援をしない方が、利益が上がるという側面があり、また、それに対する罰則は存在しない。

そこまで悪質な病院でなくても、地域連携部門を持たない病院は少なくない。また、持っていたとしても、現有のMSWで入院中の要介護者あるいは後期高齢者のすべての退院支援を行うことは、長高齢社会を向かえた今、困難であるといえる。姫路市のMSW達は「自分達が担当した患者について100%もれなくケアマネジャーと連携している。でも、それ以外の患者については全く分からない。」という。結果として、多くの要介護者の退院支援は看護師の役割となっており、看護師の対応によって病院による格差が発生している。

5) 将来的には、ケアマネジャーへの連絡もれ退院はなくなるのか

「利益を上げるために、あえて退院支援をしない病院」の例は、さすがに特殊例かもしれないが、ケアマネジャーへの連絡もれ退院をなくすためには、「要介護者についてはケアマネジャーに連絡し退院支援を行う」という公的ルールを確立し、違反した病院には罰則を科する必要がある。このルールにより、連携するのが当たり前となれば、退院支援は質の問題に移行する以降になる。

我が国で、そのような公的ルールを確立できるかを検討する前に、北欧での取り組みを記す。筆者は2008年にスウェーデンを訪れた。福祉先進国だけに、医療・介護サービスはすべて税金で提供されていた。病院はすべて県、在宅サービスは市町村行政が運営主体となっていた。脳卒中の平均入院期間が6日と極めて短期の入院であったが、「在宅サービスへの退院調整もれはない」とのことであった。退院支援のシステムは、医療チームが治療はほぼ終了と判断した時点で、地域連携部門が患者の居住地の行政に連絡する。この時点以降の入院料は、市町村行政が負担するという国レベルの取り決めがあり、市町村の担当者は慌てて患者を迎えに来るという。そして、在宅でのケアマネジメントが開始されるか、すぐに在宅生活が困難な場合はショートステイを経て在宅へ帰ることになる。

スウェーデンで、入院期間がきわめて短いなかで「在宅サービスへの退院調整もれはない」という要因は、まずは国レベルで県立病院と市町村行政の役割分担が明確になっていることにある。「行政対行政」なので、もれることはないのである。

一方、我が国ではどうであろう。病院側は退院支援について、公立病院を含めて、すべてが民間病院となんら変わらないような状況である。公立病院だから、退院支援は完全であるというような状況にはない。在宅側ではケアマネジャーはすべて民間である。この関係が将来的にも継続すると考えると、仮に「要介護者についてはケアマネジャーに連絡し退院支援を行う」というルールを確立したとして、違反した病院をどうやって見つけるのが問題である。現状では、ある地域全体のケアマネジャーにアンケートするしか方法はない。しかし、ケアマネジャーは病院に対し社会的弱者となっていて、国からの命令でもない限り、定期的にそのようなアンケートを行うことは困難である。

現状から考えると、国がそのような厳しい決断をするとしても相当に問題が深刻化してからだと考える。ということは、相当の期間において別の方策を検討する必要があるということである。次章以降はその方法論を検討していく。

2. 病院・介護連携の課題解決へ向けた戦略

前章で述べたように、病院・診療所連携(医療連携)はすでに文化として確立してきて、すでに質の問題となっているが、病院・介護連携は文化さえなく、退院支援のなかでもれなくケアマネジャーとの調整が適切に行われるまでには、10年単位の相当な年月を要すると考えられる。とするならば、現在、2025年を目途に医療介護領域の最大の目標とされている地域包括ケアの実現を見据えて、社会全体の変化のなかでこの適切な退院支援、病院・介護連携を考えることが合理的であると考えられる。

1) 地域包括ケアとは

2010年4月、地域包括ケア研究会から報告書¹⁾が発表された。それによると、「団塊の世代が75才以上となり高齢化がピークとなる2025年には、病気や介護が必要な状態になっても適切なサービスを利用して個人の自立やQOLの追求が可能になるよう、医療や介護を通じた個々人の心身状態にふさわしいサービスが切れ目なく提供できるようなサービス提供状態」が実現し、「地域包括ケアシステム」が構築されていることが必要であるとされた。

地域包括ケアシステムとは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場で適切に提供されるような地域での体制」と定義され、「おおむね30分以内」に必要なサービスが提供される圏域として、具体的には中学校区を基本としている(図2-1)。

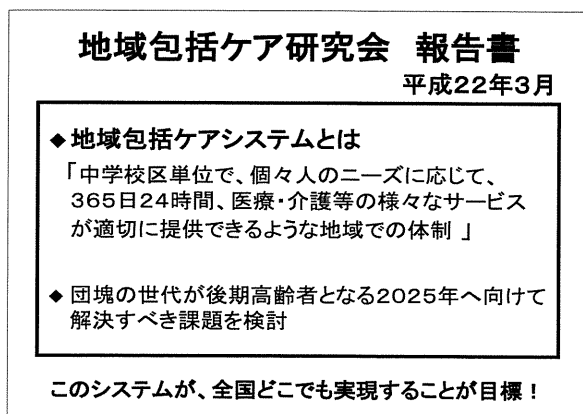


図2-1 地域包括ケアシステムとは

報告書には様々な提案が記述されているが、本委員会として重要と考える内容の抜粋を図2にまとめた。

① ケアサービスの充実

地域には、介護保険サービス(共助)だけでなく、医療保険サービス(共助)、住民主体のサービスやボランティア活動(互助)、セルフケアの取り組み(自助)が存在する。今後、それぞれの地域が持つ「自助、互助、共助、公助」の役割分担を踏まえながら、有機的に連動して提供されるシステム構築が必要である。

② 高齢者・障害者用住宅の整備

障害者用住宅を整備することにより、住み慣れた地域で高齢者の在宅生活を支えることを「地域居住(エイジング・イン・プレイス)」と呼び、これが世界の潮流となっている。地域居住を実現するためには、従来の施設において一体的に提供されていた「ケア」と「住まい」の機能を分離し、ケアサービスを外部化することが鍵となる。

③ 病院での適切な退院調整

医療と介護の機能分化が進み、退院後の在宅復帰に支援が必要なケースについては、病院の医療連携室から利用者の担当のケアマネジャーやかかりつけ医に連絡が入り、退院時カンファレンスが開催され、情報共有がなされるシステムが必要である。

④ 退院患者に対応するチーム医療・リハ・介護

リハについては、病院で提供されたリハの量や内容を考慮しながらあらかじめ実施期間を設定し、多職種が連携・協働しながら計画的に提供する。訪問リハ・通所リハのみならず、訪問介護が提供する自己能力を活用した自立支援型介護によって、ADLの維持・回復に資するサービスを受けることができる。また、かかりつけ医や訪問看護は、慢性疾患の管理及び嚥下障害等の機能障害に対する医学的管理を行う。(脳卒中のイメージ)

⑤ リハ前置

リハによって、高齢者の心身機能や日常生活における様々な活動の自立度をより高めてから、援助が必要な活動について他の介護サービスで補うという考え方に立つべきである。

-
- ◆ケアサービスの充実
住民主体の助け合い活動も大切な資源！介護・医療サービスなどと連動して提供へ(ケアプランの一部へ)
 - ◆高齢者・障害者用住宅の整備
外部から医療・介護サービスが提供されるシステム。住み慣れた地域で、自宅ではない「在宅」を選べるように
 - ◆病院での適切な退院調整
病院とケアマネジャー・かかりつけ医との連携システム
 - ◆退院患者に対応するチーム医療・リハ・介護
多職種が連携・協働しながら計画的に提供

図2-2 地域包括ケア研究会 報告書

2) コーディネーターの定義と役割

① コーディネーターの定義

「コーディネーター」を辞書で引くと、「物事の調整役・まとめ役」とされる(大辞林)。「コーディネーター」は、様々な領域でそれぞれの広がりを持って用いられている。本報告書では、我が国の医療・リハ・介護の将来像を地域リハの視点から検討しているので、コーディネーターを地域リハコーディネーターの概念で捉えることとする。

地域リハビリテーションコーディネーターとは

一人を支えるために行う調整などの役割を担うとともに、その個人を通して社会サービスを統合もしくは創造し、ひいては地域社会そのものを醸成する役割を担うもの

すなわち、

- ◆「調整という個人に直接関係する活動」と、
- ◆「地域社会に対する活動」

という二つの側面に対する役割を担う

地域リハビリテーションコーディネーター活動マニュアル
(平成7年度厚生省老人保健事業推進費等補助金)

図 2-3 地域リハコーディネーターの概念

地域リハビリテーションコーディネーター活動マニュアル(平成7年度厚生省老人保健事業推進費等補助金)において、地域リハコーディネーター(コーディネーター)は、図 2-3 のように定義されている。そして、その活動を「高齢者や障害のある人が地域で住み続けることやその人らしく普通に生活できることを目標とする諸活動に、かかわるあらゆる分野が有機的な連携を図り、包括的なサービスが提供できるよう努めること」と整理している。

地域リハ推進委員会(本委員会)では、特にコーディネーターの「地域社会に対する活動」に重点を置いて、地域包括ケアシステムの実現へ向けた過程を検討する。

⑥ コーディネーターの役割

コーディネーターの役割を前述の概念に基づいて図式化を試みる。コーディネーターは、立場が異なる組織や個人を「地域を良くする」という共通目標のために活動できるようにするという役割を持つ。連携システムがなく、バラバラの状態にある人々や組織(対象者)を集めて、地域の課題を確認し、問題意識を高めたうえで、解決への戦略^{注)}を提案する(図 2-4)。

注)「戦略」の定義は、「長期的目標を達成するために、計画的に人や資源を活用すること」として使用する。



図 2-4 コーディネーターの役割(1)



図 2-5 コーディネーターの役割(2)

そして、この戦略について対象者を含めて議論を重ねていくことで、「コーディネーターの戦略」が「みんなの戦略」となるのと同時に、バラバラであった対象者が組織となり、活動の「主役」となっていくように進めていく。ここで重要なことは、コーディネーターは活動の主体とはならない「脇役」であることを確認しつつ、しかし、一緒に戦略を練りつつ活動の支援を続けていくことを対象者に納得してもらうことである。これは、対象者から「コーディネーターが活動してくれるから大丈夫」と思われてしまうと、対象者の主役化(主体的活動)が起こらないからである。この手順は、コーディネーターの基本技術と言える(図 2-5)。

実際にコーディネーターとして活動している方々にとっては、「脇役」といわれると少し違和感を覚えるかもしれないが、この場合の「脇役」は戦略的であり、その役割は極めて大きい。コーディネーターは、バラバラである対象者を「主役」として活動できるまでに成熟させ、これを継続的に支援する重要な役割を持っているのである(図 2-6)。



図 2-6 コーディネーターは戦略的脇役！

⑦ コーディネーターの具体例

コーディネーターの具体例を病院・在宅連携を取り解説する。平成 20 年に脳卒中地域連携パスが診療報酬化されたのをきっかけに、全国的に脳卒中病院のネットワーク化が進んだ。しかし、急性期・回復期・療養型病院の連携は比較的円滑に進んだものの、その後の在宅・施設との連携には難渋している地域が多い(図 2-7)。

これは、在宅サービスには非常に多彩な組織・職種が関わっており、また、そのネットワーク化が進んでいないことから、病院としてはどの職種と連携すればいいのか戸惑っている状況だからである。

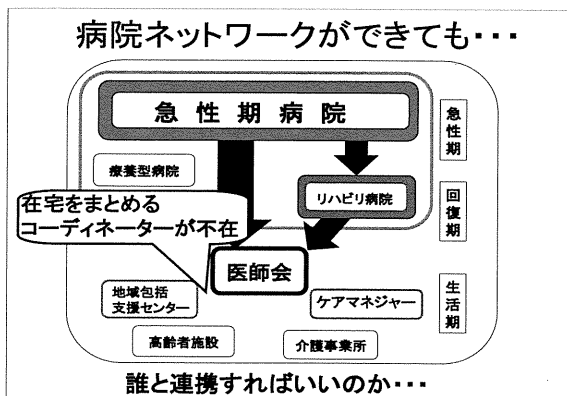


図 2-7 在宅医療・介護のコーディネーターは？

医療連携から考えれば在宅主治医主体の組織である医師会と連携することになるが、介護保険のケアプランを作成しているのはケアマネジャーおよび地域包括支援センターである。在宅主治医、ケアマネジャーを含めた在宅サービス担当者らと退院調整をすることで、病院と在宅サービスの連携がスムーズになる。このことから、病院との連携を考える場合、介護サービスを組むケアマネジャー、地域包

括支援センター、そして、医療を担当する在宅主治医の 3 者のネットワーク化が最低でも必要である。この 3 者の連携が一定完成し、共通の意思に基づいて活動できるようになれば、介護事業所等を加え、在宅サービスはやっと病院ネットワークとの連携協議を開始することができる(図 2-8)。

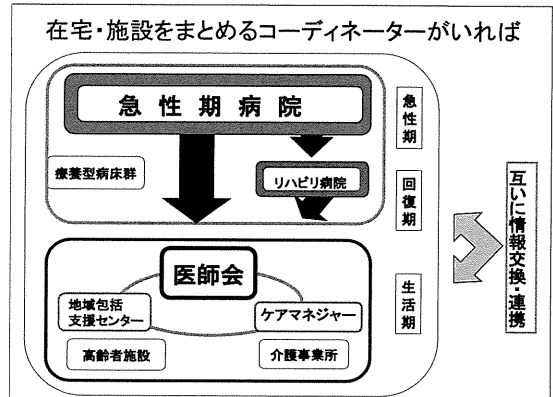


図 2-8 在宅・施設のコーディネーターがいれば

在宅サービスにおける医療・介護の連携は、地域包括ケアシステム実現へ向けての大きな課題でもあり、その調整役であるコーディネーターの重要性は明らかである。この場合、コーディネーターの条件は在宅主治医、ケアマネジャー(介護)の両者から信頼され、連携への戦略を提供できることである。

通常、病院ネットワークは二次医療圏(圏域)程度の範囲に存在するので、連携すべき在宅ネットワークもやはり圏域レベルの拡がりである必要がある。そのような条件を満たす地域はまだ少ないと考えられるが、本委員会としてそのような地域を全国に数カ所確認できた。しかし、そのような好条件の地域においても、病院・在宅連携が進まない事例が存在する。そこでは、在宅主治医がリーダーとなり広域の在宅サービスをネットワーク化しており、一方の病院は病院のリーダーを中心に脳卒中病院ネットワーク化がほぼ完成している。にもかかわらず病院・在宅連携が進まない原因を探ろうと、在宅側のリーダーにヒアリングしたところ、「病院に対し信頼が持てない。連携を結んだとたんに、重篤な患者さんを次々と送られる不安が強い。しかも、急変した時には再入院させてくれない恐れもある。」とのことであった。この事例から、病院・在宅連携のコーディネーターの条件は、病院および在宅サービス側の両者から信頼され、共通目標へ向けての戦略を提案できることとなる(図 2-9)。

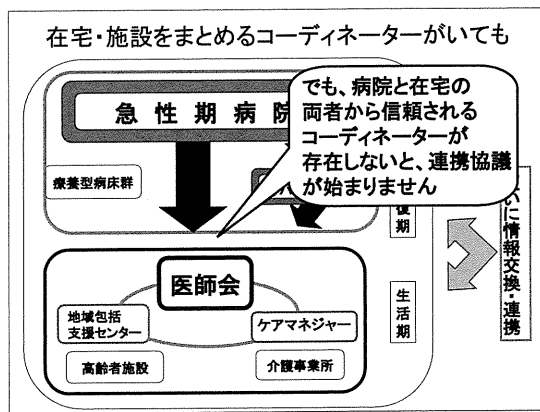


図 2-9 病院・在宅連携コーディネーターの条件

3) 中学校区レベルの現状と課題

① 地域包括支援センターの状況

地域包括支援センターは、「地域住民の保健・福祉・医療の向上、虐待防止、介護予防マネジメントなどを総合的に行う機関」であり、2005年の介護保険法改正で制定された。全国に約4千ヶ所設置されている。センターには、保健師、主任ケアマネジャー、社会福祉士(3職種)が置かれ、専門性を生かして相互連携しながら業務にあたりとされる。法律上は市町村事業である地域支援事業を行う機関であるが、外部への委託も可能である。要支援認定を受けた者の介護予防マネジメントを行う介護予防支援事業所としても機能する。

しかし、地域包括ケア研究会の報告書では、「地域包括支援センターは、地域包括ケアを支えるサービスのコーディネートを行う機関として設立されたが、必ずしも、その機能を十分に果たせていないのではないか」、「地域のネットワーク構築、ケアマネジャーへの支援が十分に行えていないところが多いのではないか」、「介護予防関係事業に忙殺されて総合相談業務や包括的・継続的ケアマネジメントに十分取り組めていないのではないか」等の課題を指摘している。

報告書において指摘された課題を確認するため、2011年2月、兵庫県中播磨・西播磨地域包括支援センター連絡会においてヒアリングを行った。参加者は15箇所の地域包括支援センターからの3職種、計23名であった。地域包括ケア研究会の報告書について説明を行った後にグループワーク形式での協議を行っていただいた。以下にその結果を記す。

設問1) 地域包括ケアのイメージは？

約20%の職員が「報告書の存在を知らない」ことが確認された。多くの職員から「明確なイメージが湧かない」という意見があり、「報告書は読んだが何から活動を開始すればいいのか分からず、とに

かく難しいそう」との感想も少なくなかった。
設問2) 地域包括ケアが実現しなかったら、あなたの担当地域はどうなりますか？

「医療・介護・住民がバラバラになるので、医療難民・介護難民が増加し、社会から置き去りにされる人が増え、孤独死が増加する」との意見が多数出た。

設問3) 地域包括支援センターは中学校区のコーディネーターになりえますか？

「なるべきだ」、「ならざるを得ない」という意見が多数出た。

設問4) 地域包括支援センターが中学校区のコーディネーターになるための条件は？

- ・すべてのセンターを市町村直営にして、職員に市職員としての身分保障が必要(委託のままでは非常に活動しづらい)。
- ・センター数や各センターの職員数の増加
- ・予防ケアプランを業務から外し、コーディネーター業務に専念できるようにすること
- ・市役所の各課が縦割りを排し、一体となり各センターを支援すること(医師会対策、情報提供等)
- ・コーディネート力の弱いセンターに対し、コーディネーター育成指導が必要

<ヒアリングでの感想>最近、地域のネットワーク業務を行う地域包括支援センターが増えつつあるとはいえ、予防ケアプラン作成に追われる現状には大きな変化はない。その彼らに「地域包括ケア(医療・介護・住民のネットワーク化)のコーディネーターはあなた方です」と突然言われたような形となっているため、地域包括支援センターの職員にとっては、業務の領域が急拡大するような感覚にあり、そのため、「イメージが湧かない」、「どうしていいかわからない」との反応が返ってくるのではないかと印象を得た。しかし、ほとどの職員が、「正式に地域包括ケアのコーディネーターに位置づけられた場合、前向きに頑張る(しかない)」との回答であり、中学校区のコーディネーター候補としての可能性を感じた。

本委員会では、委員の勤務する都道府県について地域包括支援センターの状況を議論したが、ほぼ前述の状況と同様であった。ただし、市町によってはセンターの3職種が担当する介護予防ケアプラン数を制限し、地域のネットワーク構築などの活動が可能となるような努力を開始している事例が散見された。

現状では、地域包括支援センターを全国的な「中

学校区のコーディネーター機関」とすることは困難な状況ではある。しかし、厚労省において地域包括支援センターの介護予防関係事業の縮減が検討されているとのことであり、これが実現され、コーディネーターとしての活動に十分な業務時間を持てるようになり、かつ、コーディネーター能力向上へ向けた適切なトレーニングが提供されれば、「地域包括ケアを支えるサービスのコーディネーターを行う機関」としての期待が持ちうるものと考えられる。

② 在宅リハビリテーションの現状と展望

医療・リハ・介護のニーズを抱える在宅の利用者について、その状況に応じて臨機応変にサービスが組み替えられ、提供されるシステムが課題である。特にリハ医療サービス(通所リハ、訪問リハなど)については、在宅主治医、ケアマネジャーともリハ医療に対する関心が十分でないため、リハ適応の判断、リハ計画策定に支障をきたしている(日本リハビリテーション病院・施設協会編：高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン.2008)。

また、ケアマネジャーがリハ医療の必要性を認識しても、介護給付額の制限から生活介護サービスが優先される傾向にある。そして、リハ医療サービス自体が不足している地域が少なくない(図 2-10)。

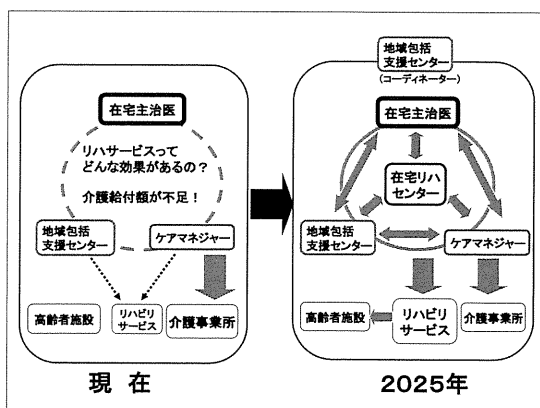


図 2-10 在宅リハビリテーションの現状と展望

前述のグランドデザインでは、かかりつけ医への支援として、リハ適応の判断、リハ実施計画の策定などに関し、適切な情報を提供するシステムが必要であり、また、随時利用可能な外来リハ、通所リハ、訪問リハなどの総合的リハサービス拠点「在宅リハビリテーションセンター」の整備が提案された。制度上の位置づけなど未確定な部分は大きいものの、将来の地域包括ケアシステム実現に向けて必要なことは間違いない。

ここで、在宅リハセンター構想が実現した際、この社会資源が有効に活用されるための条件を検討

する。

在宅リハセンターが有効に機能し、必要な利用者にとって適切なリハ医療サービスが提供されるためには、i)在宅主治医・在宅リハセンターの連携、ii)それらとケアマネジャーの連携、iii)リハ医療サービスの量と質が十分であり、前3者との連携が良好であることが必要である。

その前提として、在宅主治医、在宅リハセンター、ケアマネジャー・地域包括支援センター、リハサービスの連携およびネットワーク化が必要である。

また、この過程で、地域レベルでのリハ医療サービスへの関心が高まることが期待できる。そのためには、在宅サービスのコーディネーターが必須であり、地域包括支援センターへの期待は非常に大きい。

4) 地域包括ケアへ向けて

① 中学校区で求められるコーディネーターの内容

地域包括ケアの基本圏域である中学校区での今後の課題を検討する。中学校区でのコーディネーターは、地域包括支援センターであるとされるが、そのコーディネーター内容は多彩なものである(図 2-11)。

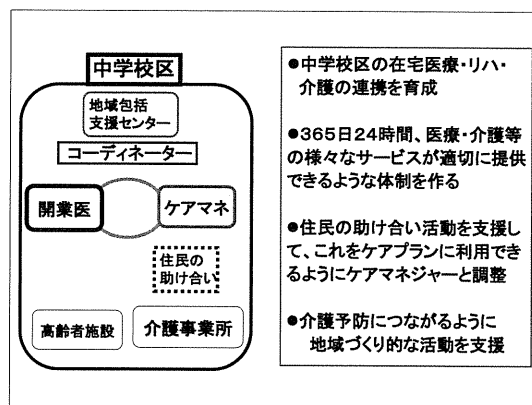


図 2-11 中学校区におけるコーディネーター内容

- i) 中学校区レベルでの在宅主治医・リハ・介護のネットワーク化が必要であり、これが 24 時間 365 日の適切なケアの提供が大前提となる。
- ii) 住民の助け合い活動を育成するとともに、それらの活動とケアマネジャーとの連携を進めることにより、介護保険では担えないインフォーマルサービスとしてケアプランの一部に加えることが可能となる。また、全国にはすでに住民の助け合い活動が展開されている地域は多いにも関わらず、医療・介護専門職には知られていないことが少なくない。このような地域では、地域包括支援センターが住民活動を支援すると

もに、ケアマネジャーとの連携調整することは重要である。

iii) 介護予防につながるよう地域づくり的な活動を支援し、住民主体での運動クラブや認知症の見守り活動などを育成する。この中で、元気な高齢者が虚弱な高齢者を助ける文化が成熟すれば、前述の住民の助け合い活動に発展する可能性がある。

② 中学校区でのコーディネーターの課題

i) 地域包括支援センターのコーディネーター能力強化

地域包括ケア研究会の報告書では、「地域包括支援センターは、地域包括ケアを支えるサービスのコーディネーターを行う機関として設立されたが、必ずしも、その機能を十分に果たせていないのではないかと指摘している。地域包括支援センターの職員には、以前、地域でのコーディネーターを担った経験者が少なくないが、センター自体の活動としては、地域包括ケアのコーディネーターを担うのは荷が重いのが現状であろう。

- ◆ 地域包括支援センターは、医療・リハ・介護をコーディネートできるのか？
- ◆ どの機関が地域包括支援センターのコーディネーター育成を担当するのか？
- ◆ 報告書では市町村行政とされるが、実際にそれは可能なのか？

図 2-12 コーディネーター育成は可能か

介護予防ケアプラン作成などの介護予防関係事業の縮減が最低限の条件であろうが、その上で、全国に 4 千箇所以上ある地域包括支援センターをどのようにしてコーディネーターに育成していくのかが大きな課題である(図 2-12)。

地域包括ケアに限らず、コーディネーターの育成は難しい仕事である。研修会ですばらしい手法を教えたとしても、それだけでは育たない。その気になって地元でコーディネート活動を始めても、必ずいくつもの難題にぶつかり、そこで挫折してしまえばコーディネーターには育たない。従来の座学でのコーディネーター研修はそのような傾向が否定できない。コーディネーターの育成には、必ず指導者が必要であり、理想的には、まず指導者がコーディネートしている場面を見せた上でその手法を解説し、理解できたところで実際のコーディネート活動を

開始させるような展開が必要である。育成中のコーディネーターが活動している間は、指導者はつかず離れず継続して支援しつづける必要がある。

結論的には、コーディネーターの育成には、継続して支援できる指導者が必要なのであり、どの組織がどのように地域包括支援センターを育成していくのかが大きな課題となる。

地域包括ケア研究会の報告書では、保険者としての責任として市町村に「基幹的な地域包括支援センターは市町村が直営することが望ましい」としている。市(町村)には通常、複数の地域包括支援センターが存在するので、市が直営する地域包括支援センターが指導者となり、それらをコーディネーターとして育成させようという構想とも考えられる。しかし、介護保険導入後、市町村の保健師によるコーディネート活動が弱まったとの見解もあり、指導者となりうる人材がどの程度存在するのかが問題である。

ii) 地域包括ケアの質の標準化

どのような地域においても中学校区は複数あり、それぞれの地域包括支援センターが努力したとしても、提供されるケアの質や量および連携に格差が生じることが予測される(図 2-13)。

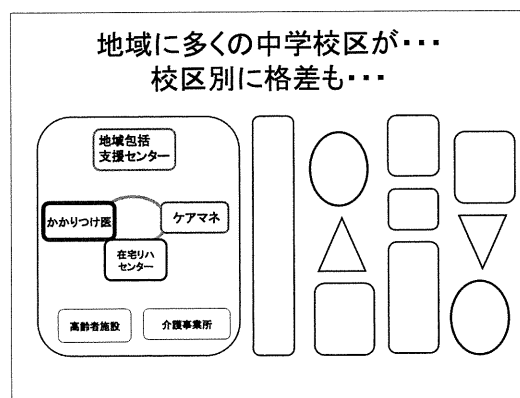


図 2-13 どうすれば、ケアの質を標準化できるのか

非常に優れた校区とその他の平均的な校区が存在する場合は問題が少ない。しかし、優れた校区とやや低レベルのケアしか提供できない校区が混在することも想定され、多くの中学校区における地域包括ケアの質をいかに標準化するのは課題の一つである。

地域包括ケアの質を標準化するためには、前述の地域包括支援センターのコーディネーター育成過程で、共通の指導者が地域の複数の中学校区での活動の支援を継続すると効果的であろう。この際、各

中学校区の活動内容を互いに共有しつつ地域包括ケアへ向けた活動を進めることも、質の標準化へ向けて非常に有意義である。

iii) 病院・在宅連携にむけた課題

様々な困難を乗り越え、一定の地域全体内での中学校区で地域包括ケアが実現したとしても、さらに大きな課題がある。どの校区に住んでいる人も病気や怪我で入院する病院は、通常、二次医療圏域(圏域)以上に広がっていることが多い。この状況には、中学校区あるいは市町村単位での医療・介護連携だけでは対応できない。連携が難しい病院から住民が退院する場合、退院調整が不良となりがちであり、今後さらなる早期退院が予測される中、これでは各中学校区の在宅医療・リハ・介護の受け入れ態勢が崩れかねない。中学校区での地域包括ケア実現のためには、圏域レベル以上の病院とその範囲に存在する多数の中学校区の在宅ケアが連携することが必須なのである。

この状況を病院側から見てみる。近年、病院は脳卒中を中心に圏域レベルでのネットワーク化が進展しつつある。2025年には病院のネットワークはさらに進んでいると予測される。しかし、病院側から在宅ケアをみると、圏域に広がる多数の中学校区がバラバラの状態であった場合には、「どこの誰と連携協議を行えばいいのか分からない」状態となる。これは、病院・在宅連携がなかなか進まない現在と似たような状況である(図2-14)。

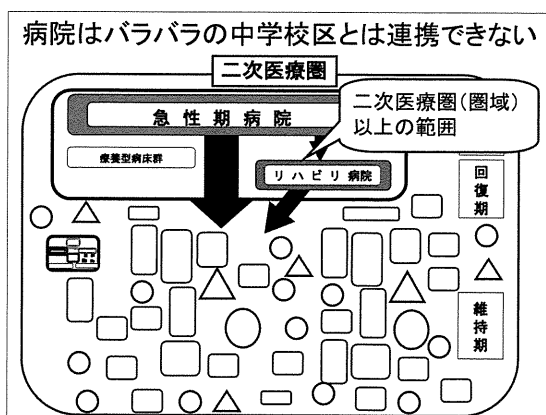


図 2-14 全中学校区で地域包括ケアが実現しても

この難題を乗り越えるためには、圏域レベルで在宅ケアがネットワーク化していることが条件となる。在宅ケアが圏域レベルで団結し、共通の意思を持つことができれば、圏域内の病院ネットワークとの連携協議を行うことが可能となる(図2-15)。しかし、

これは圏域の在宅ケアが一体となるという意味ではなく、通常の包括ケアは各中学校単位で主体性を持って行い、病院との協議のときには圏域単位でまとまるというようなイメージである。

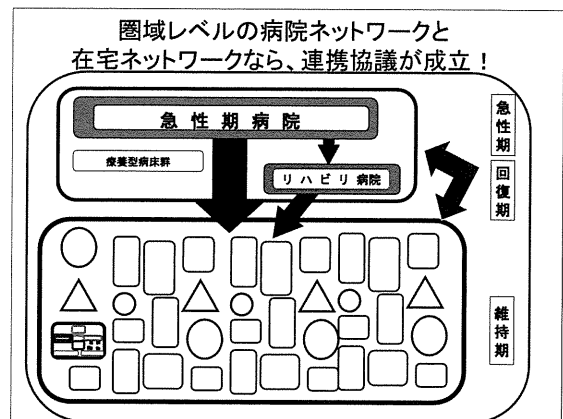


図 2-15 全中学校区がネットワーク化できたら

しかし、地域包括ケア研究会の報告書によると、地域包括支援センターは市町村直営の基幹的なセンターを中心に市町村単位ではまとまっている可能性はあるが、二次圏域単位となるとあまりに広すぎてこの範囲の地域包括支援センターおよび在宅ケアをまとめるような組織が見当たらない。また、その必要性および候補すら記述されていない。

そこで、本委員会としては、将来的な圏域レベルの病院・在宅連携を目指すために二次圏域レベルの医療・介護のコーディネーター(二次圏域コーディネーター)の必要性を提案したい。

① 二次圏域コーディネーターの役割

二次圏域レベルでの病院・在宅連携を前提に、二次圏域コーディネーター(以下、圏域コーディネーター)の役割を検討する(図2-16)。

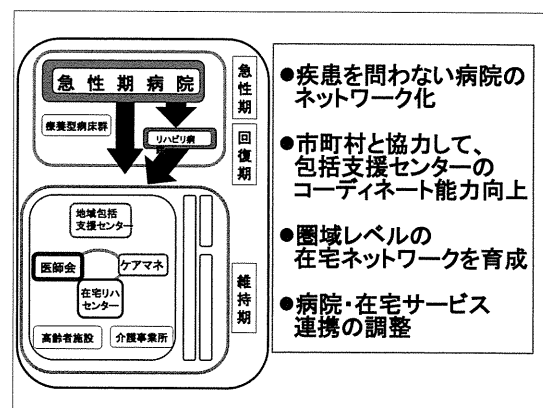


図 2-16 二次圏域コーディネーターの役割(1)

i) 疾患を問わない病院のネットワーク化

圏域に広がる多数の中学校区がバラバラの状態では、病院側は病院・在宅の連携協議に入りづらい。同様に、仮に在宅側がまとまったとしても、病院側がバラバラではやはり連携協議は開始できない。また、脳卒中だけは病院ネットワーク化しているが、他の疾患はバラバラという状況も各中学校区からみて連携相手とはなりにくい。

そこで、圏域コーディネーターには、疾患を問わない病院ネットワーク育成を期待したい。具体的手順としては、一から作り上げるのは大変なので、すでに存在する脳卒中ネットワークを支援する形で他疾患に拡大していく手法が現実的である。というのは、脳卒中での病院・在宅連携をみると、脳卒中専門の医師を除けば、病院の看護師・地域連携部門および在宅ケア側(在宅主治医・ケアマネジャー・地域包括支援センター・介護)は、そのまま癌、糖尿病などの他疾患での連携に適応できるからである。これを見据えて、将来の圏域コーディネーターとなる組織は、その地域の脳卒中病院ネットワークに参加しておく必要があるといえる。

ii) 市町村と協力して、地域包括支援センターのコーディネート能力向上

市町村にはコーディネーター育成能力の格差があると想定され、これを広域で支援する組織が求められる。同時に圏域での在宅ネットワーク育成の必要性を考えると、圏域コーディネーターの役割として市町村に協力する形でのコーディネーター育成を担う指導者としての役割が必要である。そして、この支援は地域包括支援センター、市町村の主体的努力を尊重しつつ、「戦略的脇役」としての立場で行うべきである。

iii) 圏域レベルの在宅ネットワークを育成

前述の市町村に協力する形でのコーディネーター育成を行っていて、各中学校区での地域包括支援センターや在宅ケアスタッフおよび市町村と良好な関係を築いていることが前提となる。病院ネットワークとの連携のためには、圏域での在宅のネットワーク化が必要であること説明し、全体としての合意を得る必要がある。共通の問題意識と戦略を持つことができれば、在宅のネットワーク化は実現する。

iv) 病院・在宅サービス連携の調整

圏域レベルでの病院のネットワーク化と在宅ケアのネットワーク化が実現すれば、両者の連携協議は可能となる。しかし、この際に病院側と在宅側の両

方に信頼関係を持ちつつ、具体的な戦略を提案できることが圏域コーディネーターの条件である。そのため、圏域コーディネーターはその準備として、病院ネットワークのコーディネートを行いつつ、在宅ネットワークのコーディネートも併せて行う必要がある。これが、病院・在宅連携コーディネートの戦略と考えられ、このような圏域コーディネーターの活動が成功することが、個々の中学校区での地域包括ケアの実現の前提と考えるべきであろう。

以上の圏域コーディネーターの役割をまとめる図2-17のようになる。

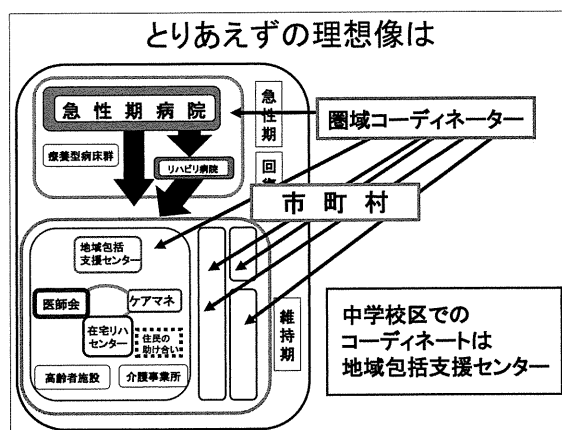


図 2-17 二次圏域コーディネーターの役割(2)

参考文献

- 1、平成 21 年度 老人保健増進等事業『地域包括ケア研究会 報告書』平成 22 年 3 月

3. 二次圏域コーディネーターのイメージ～脳卒中病院ネットワーク形成と回復期病院・在宅連携を例として～

筆者は、兵庫県西部(中播磨・西播磨圏域)を中心に活動しており、脳卒中病院のネットワーク化や病院・在宅連携を進めるためのコーディネーター的役割とともに新たなコーディネーターを育成する役割を担っている。

本章は3本立てとなっており、はじめに私が学生の頃に体験したインドでの国際的保健活動の紹介とそこでのコーディネートのノウハウについて述べる。次に兵庫県における脳卒中病院のネットワーク化をどのようにコーディネートしたかについて述べ、最後にこの病院連携を在宅サービス(介護)につなぐため取り組みについて報告する。

1) 国際的な連携コーディネートのイメージ

ここでは私が実際に体験したコーディネートについての話をしたい。これは私が医学部4年生のときにインドで体験したものである。日本の医学生十数名でインドのデカン高原にあるバンガロール近郊の過疎地マンガロールで1週間フィールドワークを行った。ここは、地域資源を用いた、住民を主体とした「まち作り活動」である国際的保健活動(PHC: Primary Health Care¹²⁾)のモデル地域であった。

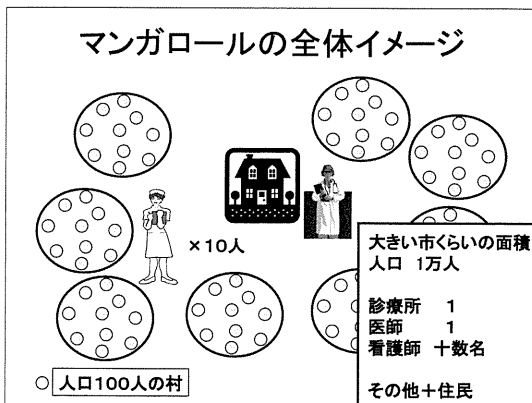


図 3-1 インド マンガロールのイメージ

あの頃のマンガロールの状況は、広大な面積に人口1万人が住み、医療資源としては診療所(20床)、医師1名、看護師10数人がいて、その他の職員数名と協力してくれる住民という状況であった(図 3-1)。100人単位の村が集まって

千人くらいの町を複数作っていた。どこも診療所からは遠く、しかも徒歩以外に通院手段がなく片道に半日かかり、通常なら病気になっても医療機関にはいけない状況であった。しかも、村人はたいてい貧乏で栄養不良の状態という、あの頃のインドの平均的農村であった。



図 3-2 コーディネート活動の開始

そして、この困難な状況を克服しようという活動が始まった。まず、診療所の広報担当職員(コーディネーター)が小さな村の一つ一つを回った。そこで、村長をはじめとした主だった人々を集め、村の困難な現状を確認した上で改善に向けた作戦を提案した(図 3-2)。

ここで大切なことは、診療所の職員達が問題を解決するというのではなく、「村の皆さんと一緒に活動すれば、みんなの暮らしが良くなりますよ。皆さんがその気になるなら、診療所はその手助けをさせていただきます。」と活動の主体が村人達であることを確認しつつ、これから行おうとする活動についての賛同を得ることである。これは、活動の主役は「村人の皆さん」であり、診療所はサポーターであることをしっかりと伝えることである。

では、実際の活動について説明する。人の生命に関わるという意味で問題の大きい医療であるが、マンガロールには診療所が一つ、医師は1名のみという状況で、日本であれば「医療崩壊」に近い状況である。しかも、通院手段は徒歩だけであり、実際には病気になっても家族が患者を診療所に連れて行くことは困難であった。

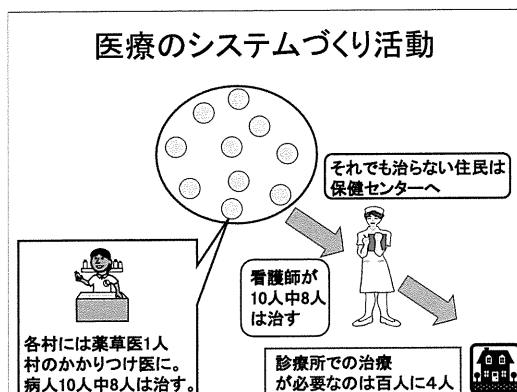


図 3-3 医療のシステム化

そこで考え出された作戦は、図 3-3 のようなものである。インドには 2 千年以上前から伝わる薬草医学があり、各村にはたいてい薬草医がいて簡単な治療を行っていた。診療所の医師や看護師は西洋医学を専門としており薬草医を排除することも可能であったが、人材不足の状況下のため、薬草医を重要な地域資源と考えた。そして、薬草医を村のかかりつけ医と認定し、医療技術を補強した上で医療の主役を担ってもらった。薬草医がかかりつけ医として明確に位置づいたことにより、村で出た病人 10 人のうち 8 人までは薬草医が治療できるようになった。

薬草医の段階で治らない患者たちは、人口 1000 人に一つ作られた保健センターに送られた。ここには診療所の看護師が常駐していて、西洋医学の薬や注射などを用いて送られてきた患者 10 人のうち 8 人までを治療できた。そして、この段階でも治療困難な患者だけが診療所での治療を受けるシステムができていた。このシステムにより、従来、診療所に受診できずに苦しんでいた患者の治療が自宅近くで完結するようになり、診療所に受診するのは患者 100 人のうちたった 4 人となっていた。

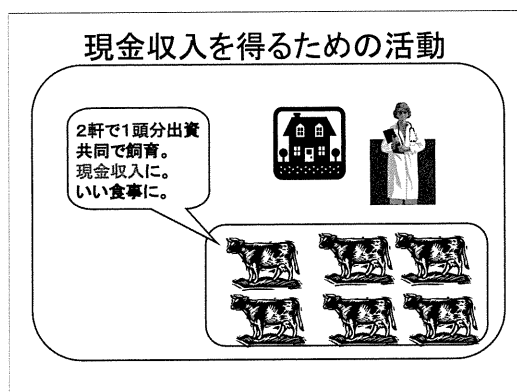


図 3-4 集団での牧畜から現金収入へ

マンガロールの住民は、ほとんどが貧しいその日暮らしの農民であった。また、現金収入がないことが、栄養失調や病気の原因となっていた。医療のシステムを整えても、この貧困を改善しなければ、住民が安心して健康な生活を送れるようにはならないとの判断から、診療所の敷地で牛を飼育する活動が開始された。通常、貧しい農家では 1 軒に 1 頭の牛を飼うことは難しいが、2 軒が共同出資すれば 1 頭の牛を飼育できるのである(図 3-4)。診療所のコーディネーターが村人に働きかけることにより、しだいに牛の頭数が増加し、筆者が訪問した頃には 500 頭規模の牛が飼育され、多くの村人が交代で世話をしていた。飼育された牛を売ることで、村人はこれまでにない現金収入を得ることが可能となり、これが栄養失調や病気の予防につながっていた。

以上はマンガロールでの活動のほんの一部である。実際には、健康教育、疾病予防、ワクチン接種、就労支援など多彩な活動が展開されていた。そして、その活動の主役は住民であり、その活動を組織化したうえで、支援し続けるのが診療所のコーディネーターであった。

2) あらためて「コーディネーター」とは

マンガロールにおけるコーディネーターのありようは明快である。活動の最初に診療所のコーディネーターが小さな村を訪問し主だった人々を集めて、村の現状と改善に向けた戦略を提案したが、これがコーディネーターの象徴的シーンである。「ひどい生活だが、どうせこんなものだ」とあきらめている村人をたき付け、「これは大変だ。でも、みんなで頑張ればなんとかなるかもしれない。」という気にさせてしまった。その上で、「皆さんがその気になるなら、診療所はその手助けをさせていただきますよ。」と活動の主体が村人達であり、診療所はサポーターであることを確認していた。その後、村人どうしの話し合いが始まり、村内での医療の受け方や牧畜のあり方について議論した。コーディネーターはこの話し合いに参加し適切なアドバイスを行った。村人の努力やコーディネーターの支援の甲斐があり、村内での体制が整備されていった。コーディネーターは他の村々にも同様のコーディネーターを進め、全ての村々に医療・牧畜などの体制が整備された頃にマンガロール全体のシステムが完成したのである。

簡単に言うと、村人がしたことが「まち作り活動」そのものであり、診療所のコーディネーター

がしたことが「コーディネーター」である。ここで大切なことは、活動の**主役**はあくまで村人達で、コーディネーターをした診療所職員はあくまでサポーターであり**脇役**であることだ。コーディネーターを実際に行っている皆さんにとっては、**脇役**といわれると少し違和感を覚えるかもしれないが、この**脇役**は戦略的であり、その役割は極めて大きい。彼らが、バラバラであった村人を主役として活動できるまでに成熟させ、これを他の村々と連携させていった結果、マンガロール全体が救われるようなシステムが完成したのである。仮に診療所職員が「自分が**主役**」として頑張っていたら、最初の村はなんとかできたかもしれないが、村人達は「診療所の人に任せておけば大丈夫」と自分たちで何かをしようという気にはならなかっただろう。そして、**主役**となってしまった診療所職員はその村から離れることができず、他の村々に影響を及ぼすことはできないことになる。診療所職員が**脇役**で、村人が**主役**であったからこそマンガロール全体が救われるようなシステムが完成したことをここで確認していただきたい。**戦略的な脇役**(コーディネーター)の役割とは、やりがいのある重要な仕事なのである(図3-5)。

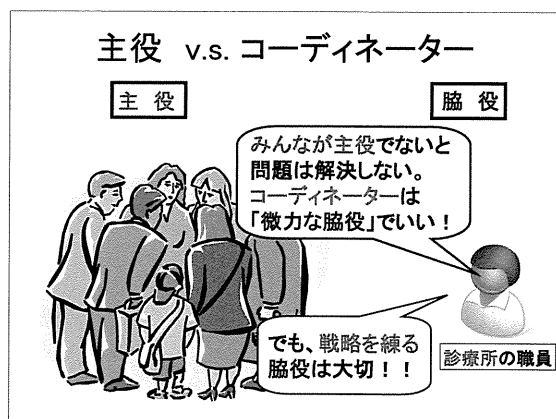


図3-5 コーディネーターの位置づけ

3) 脳卒中病院ネットワークの連携コーディネーター

ここでは、日本におけるコーディネーターの具体的事例として、兵庫県西播磨・中播磨圏域での活動を中心に解説する。

① 脳卒中等の入院治療の流れ

脳卒中等の疾病発症時には、通常、救急病院(急性期病院)にて入院治療を受け、状態が安定すれば、リハビリテーション(リハ)目的にて回復期病院に転院することがある。そして、一定期間の

機能訓練を受け、在宅調整の後に在宅退院することとなる。もちろん、多くの患者は急性期病院から回復期を経ずに在宅退院している。在宅生活ではケアマネジャーなどが在宅サービスの調整を行う。残念ながら、在宅退院が困難な場合は、療養型病院や介護老人保健施設にて生活することになる。

このような急性期・回復期・維持期(在宅・施設)の医療・介護の連携が良好で、流れがスムーズであれば理想的であるが、実際はそうでない場合が少なくない(図3-6)。

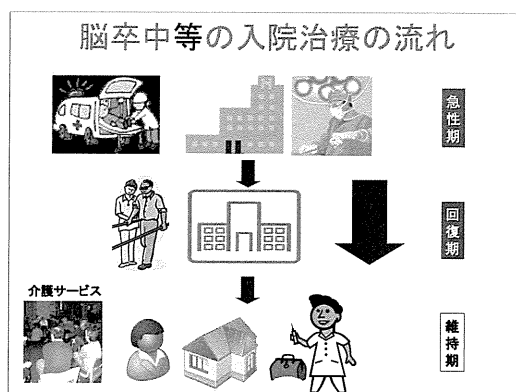


図3-6 脳卒中の入院治療の流れ

② 地域連携パスってなに？

2008年4月の診療報酬改定において脳卒中の地域連携パスに対し報酬が認められた(図3-7)。

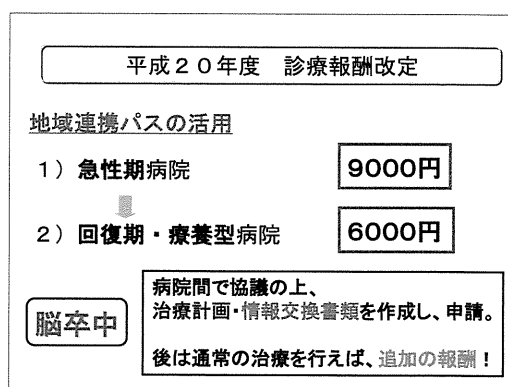


図3-7 脳卒中地域連携パスの診療報酬

地域連携パスは、急性期・回復期の病院連携の促進を目的として作られており、急性期病院と回復期病院が協議の上、地域連携パス(情報交換書式と治療計画書)を作成して国に届け出ることになっている。そして、その計画どおりに患者が急性期・回復期病院間で入退院すると両者ともに診療報酬を得ることができ、病院としてはかなり魅

力的なものである。

③ どうすれば地域連携パスはうまくいくのか？

「地域全体なら地域連携パスは簡単！」

地域連携パスは、病院にとって魅力的な診療報酬なのであるが、「地域連携パスを作ってみたものの、どうもうまくいかない」という地域が多い。その原因は「囲い込み」にあると筆者はみる。

長年、病院関係者のなかでの「連携」とは急性期病院が周辺地域の開業医を集めて行う「病診連携」を指してきた歴史があり、それぞれの病院はライバル病院に負けないように、いかに多くの開業医と連携を結び患者を紹介してもらうことができるかに自院の生き残りを掛けてきたのである。このような「囲い込み」の文化を持つ病院が「地域連携パス」をみたとき、これまでの開業医と同様に回復期（療養型）病院の囲い込みをすることになるのは自然な流れと言える。当然、ライバル病院も負けないように囲い込みをすることになり、同一地域内に複数の病院間ネットワークができる状況となる（図3-8）。

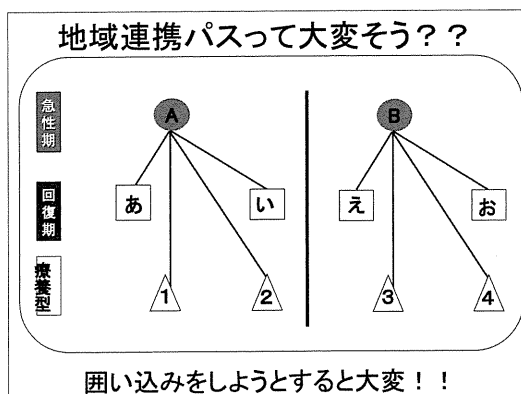


図3-8 地域連携パスの「うまくいかない例」

しかし、患者は必ずしも急性期病院の思惑通りに転院してくれるわけではなく、「家から近いから」というような理由で他ネットワークの回復期病院に転院した場合には報酬が得られないことになる。複数の病院ネットワークが存在すると、そのような事例が増えるため「苦労して地域連携パスは作ったのにうまくいかない」ということになる。

このような事態を防ぐ方策は、病院ネットワークの先進地である熊本市やそれに遅れて形成された大阪府豊能地区の活動³⁾（筆者の前任地）が参考になる。両者に共通しているのは急性期・回復期・療養型病院からなる「地域全体の多施設間連携」であることとである。その病院ネットワーク

に参加した急性期・回復期・療養型病院は、それぞれはライバル病院同士であるにも関わらず、互いに情報を公開し合いながらできる限り「患者にも病院にもメリットがある形での転院」をスムーズに行う努力をしてきた（図3-9）。

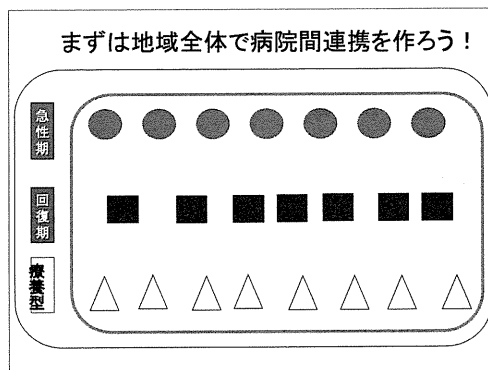


図3-9 まずは病院ネットワーク形成から

このような地域全体の病院間ネットワークができていれば、地域連携パスの導入は簡単である。というのも、地域の関係する病院はほとんど参加していて、互いの病院の状況は把握でき、病院間の信頼関係や顔の見える関係が成立しているからである。この状況なら、参加病院間で少し協議して「共通の地域連携パス」を作成し、同時に国に届けるだけで「地域全体の地域連携パス」があつという間に完成する。これなら、地域内でどの急性期病院からどの回復期病院へ転院しても診療報酬を得ることができるし、また、情報交換が十分にできているので患者の転院もスムーズにできるという「患者にも病院にもメリットがある形での転院」が可能となる。よって、地域連携パスがうまくいくためのコツは、これまでの囲い込みをやめ、「地域全体の病院ネットワークを作ること」なのである（図3-10）。

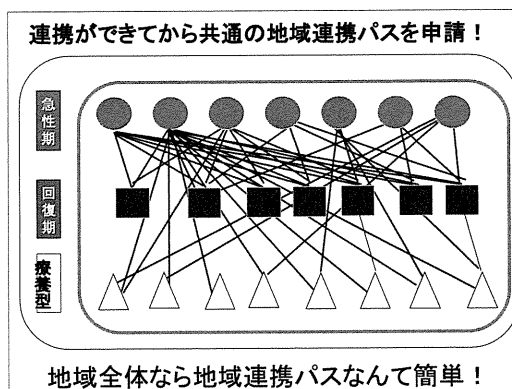


図3-10 地域連携パスの効果的な利用法

④ 実践編 兵庫県 西・中播磨圏域の場合

地域連携パス出現以降にできた脳卒中病院ネットワークの事例として、筆者の勤務地周辺にある兵庫県 西・中播磨圏域における病院間ネットワークについて述べる。この地域は人口 86 万人であり、面積は 2432Km²(神奈川県と同じ)と広大な圏域である(図 3-11)。医療の中心地は姫路市(人口 54 万人)であり、この圏域内で発症した患者の多くは姫路市に搬送され入院治療の後に自宅へ退院するというこの地域特有の流れがある。

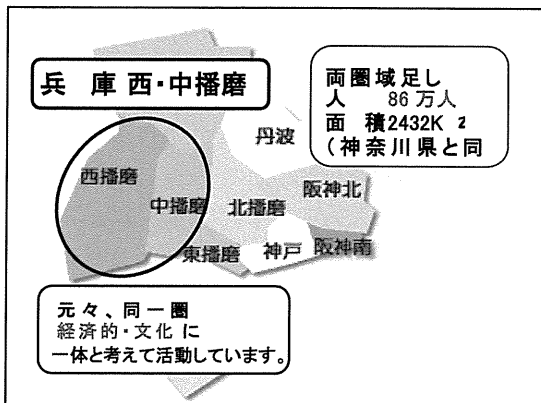


図 3-11 兵庫県西播磨・中播磨圏域

筆者は 2006 年 7 月に開設された県立西播磨総合リハセンターに赴任したが、地域連携携室々長に任命されていたため 6 月中旬には姫路市の 10ヶ所以上の急性期病院に挨拶回りを行った。西播磨の僻地に建設された当センターの地理的事情からどうしても姫路市の急性期病院からリハ対象患者を紹介してもらう必要があったからである。

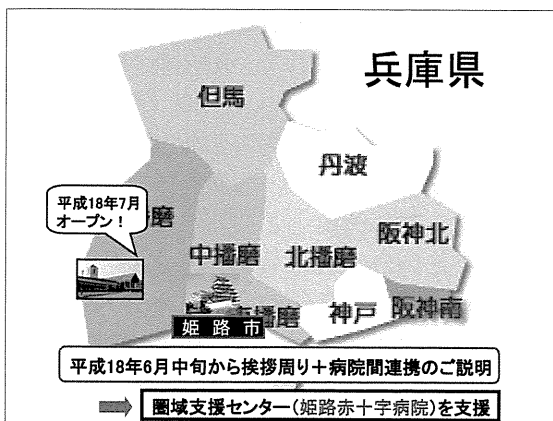


図 3-12 姫路市の病院へ広報

挨拶周りの際、自院の紹介は半分くらいにして、後半分で前任地である豊能地区での病院ネットワーク活動とそのメリットについての説明し、これに地域連携パスを組み合わせれば病院経営に非常に有益であるとの情報提供を行った。どの病院でも「それはすばらしい。是非、姫路でも進めてほしい。」との反応であった。思えば、これがこの地域での「コーディネート活動」のスタートであった(図 3-12)。

兵庫県では、地域リハ推進事業という医療・介護のコーディネート事業が継続されており、二次医療圏ごとに地域リハ広域支援センター(広域支援センター)を指定していた。そして、当センターは県レベルの支援センターとして、広域支援センターの活動を支援することになっている。すなわち、広域支援センターは、二次医療圏のコーディネーターであり、県レベルの支援センターは、そのコーディネーターのサポート役とされている。この枠組みは全国的には必ずしもうまく進んでいるとは言えないが、今回のコーディネートには有用な事業であった。

前述の急性期病院の前向きな反応を確認した後、この地域の広域支援センターである姫路赤十字病院と協議を行い、2ヶ月後の8月下旬には病院ネットワークの準備会が立ち上がった。そして、10月には第1回会合が開催されたが、これには姫路市にある脳卒中関係の病院のほとんど、行政、医師会などの関係者が勢ぞろいした。この会合では広域支援センターがコーディネーターとなり、当センターはそのサポーターとしての位置づけとなった(図 3-13, 14)。

こうして、会の参加者たちが主役となり、主体的な活動を進めていくためのコーディネート活動が開始されたのである。



図 3-13 姫路市の病院ネットワーク設立



図 3-14 病院ネットワークの参加者

あっという間に急性期・回復期・療養型病院のネットワークが形成されたものの、最初は「烏合の衆」状態であり、実際の連携は簡単には進まなかった。まず、この地域には複数の病院が集まって情報を交換するという文化が未成熟であったので、なかなか本音の話し合いができなかった。回復期病院の医師が「リハ適応患者ならどんな患者でも転院していただけます」と表面だけの話をしたのに対し、急性期病院の職員が「実感と違うが、本当なのか？」と問いかけると怒って次回から参加しなくなるというようなことが実際にあった。また、司会をする広域支援センターの医師がコーディネートに不慣れなことと、サポーターである筆者がこの地域に来て間がなく誰が誰だか全く分からないということが悪条件であった。

この状況を打開するため、広域支援センターと協議の上、参加病院の中で主要な急性期・回復期病院から担当者を選び「幹事会」を結成した。そして、定期会合後に幹事会を開催し、次回以降の方向性を確認するように運営法を変更した。幹事会設立後は、様々な立場の会員の意見を入れながら会の運営を検討することができるようになり、進行が非常にスムーズになった。幹事会の結成以前は、主役不在のなかで、コーディネーターだけがなんとかしようともがいている状況であった。しかし、幹事会に参加した多職種が主体的に参加してくれるようになった(主役になってくれた)ことで、我々ははじめてコーディネーターとしての役割を果たせることとなった。今から考えても、これは重要な過程であったと思われる。

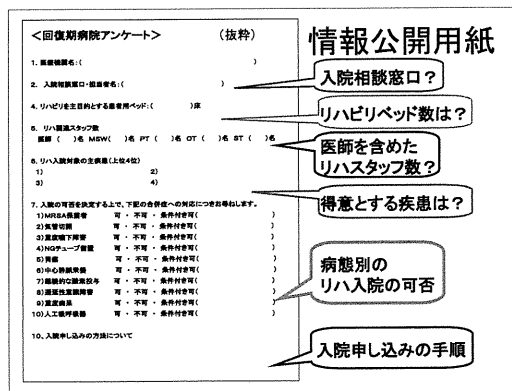


図 3-15 病院の情報公開書式

幹事会での協議にもとづいて、2007年1月からは回復期・療養型病院による情報公開合戦を開始した。これは図 3-15 のような書式に用いての自院の特色紹介であり、「売りは何で、弱点はなにか」、「どのような状況のリハ患者を得意としているのか」ということについて公開していくことにした。毎回、4～5病院が情報公開を行ったが、幹事会において「このシリーズが終了するまでは毎月開催！」と決まり、6月まで毎月これを繰り返した。この中で、これまで知ることができなかった他院の事情を互いに知ることができるようになり、急性期病院側はこれまで回復期病院に抱いてきた淡い「過剰期待」を修正することになった。そして、回復期病院側は弱みをほぼ出し切ったので、今さら強がる必要もなくなった。

7月の会合では、「最後に急性期病院にも泣いてもらおう！」ということになった。テーマは「急性期から回復期病院に転院した患者が急変した場合、必ず再入院させてもらえますか？」というものだった。このテーマは回復期病院の期待に沿ったのもであったが、医療崩壊の影響が強くて、「麻酔医が皆退職したので、脳出血の患者は受けることはできません」という話や「外科医師が夜間は神戸に帰るので、夜間の消化管出血は受けることができません。」という病院や「内科の医師がいません。内科医はどこに行ってしまったのでしょうか？」という悲鳴に近い声もあった。この時点で、姫路市の救急体制が崩壊しかかっていることに参加者の皆が気づき、「回復期病院からの再入院どころか、救急医療そのものが危ない。皆でなんとかしなければ。」という雰囲気となった。このように回復期病院側の「過剰期待」も打ち消された形となったが、急性期・回復期ともに「過

剩期待」がなくなることで、正直に自然体で付き合い合ってもだれも怒ることがなくなり、互いに気持ちの良い信頼関係ができていったように思う。

ここまでの経過をコーディネートの視点で見ると、当初は参加者が集まってはくるものの主役不在であり、コーディネーターだけが孤独な苦闘を強いられた。しかし、幹事会結成をきっかけに、その参加者の主役化が起り始めた。その後の経過のなかで、幹事会以外の会員も主体的に参加するようになっていった。今では、コーディネーターである我々は、あるときには主役と一緒に活動し、あるときは一步引いて活動戦略をアドバイスするようにしている。いずれにしても、主体的に活動する多くの主役ができてこそ、戦略的な脇役であるコーディネーターが活躍できるのである。

病院ネットワーク設立後1年を経て病院間の連携が成熟したと判断し、幹事会での協議の上、地域連携パスの議論に入った。8月の会合では地域連携パスの説明、9月には作業部会を開催し職種別ミーティングにて一部修正を行い「地域統一の地域連携パス」を決定した(図3-16)。



図 3-16 急性期・回復期病院の多職種で地域連携パスを作成

現在の会員病院は図17のとおりで、2008年1月には西播磨圏域から大規模な急性期病院が参加したため、西・中播磨圏域をほぼ網羅する病院間ネットワークとなりつつある。

4月には予定通り、地域連携パスの診療報酬化に成功し、現在、多施設での地域連携パス運用が行われている。同時に本会の事務局となった姫路市地域リハ支援センター(姫路市保健所内：2008年度から広域支援センター)では病院間連携と並行して、病院ネットワークと在宅ネットワークの連携を模索することになった。

中播磨シームレスケア研究会	
急性期	姫路赤十字病院、姫路医療センター、長久病院 姫路循環器病センター、姫路中央病院、中央総合病院 新日鉄広畑病院、ツカザキ記念病院、共立病院 姫路聖マリア病院、赤穂市民病院、赤穂中央病院
回復期	石川病院、入江病院、八家病院、ツカザキ記念病院 広畑センチュリー病院、姫路田中病院、赤穂中央病院 城南多胡病院、県立西播磨総合リハセンター…
療養型	厚生病院、中谷病院、姫路第一病院、国富胃腸病院 姫路田中病院、八家病院、石川病院、書写病院…
その他	姫路市地域リハ支援センター、姫路市医師会、 中播磨県民局

図 3-17 西・中播磨の病院ネットワーク(2008年1月現在)

5) 在宅のネットワーク化をいかにコーディネートするか(姫路市での活動)

病院ネットワークがすでに設立されていることを前提として、病院と在宅(施設)サービスの連携を実現するための戦略を考えると、まずは在宅サービスのネットワーク化が必要である。というのは、在宅サービスには非常に多彩な組織・職種が関わっており、病院としてはどの職種と連携すればいいのか戸惑うことが多いからである。医療連携から考えれば開業医の組織である地域医師会と連携することになるが、実際に介護保険のケアプランを作成しているのはケアマネジャーおよび地域包括支援センターである。開業医、ケアマネジャーを含めた在宅サービス担当者らと退院調整できなければ、病院と在宅サービスが連携したことにはならない。このことから、病院との連携を考える場合、サービスを組むケアマネジャー、地域包括支援センター、そして、医療を担当する開業医の3者のネットワーク化が最低でも必要だと思う。この3者の連携が一定完成し、共通の意思に基づいて活動できるようになった上で、やっと病院ネットワークとの連携を結ぶことができるのではないかと筆者は考えている

上記の戦略を実現するべく、2008年1月、この地域のコーディネーターである姫路市地域リハ支援センターにより「中播磨の維持期ネットワークを作るための研修会」が開催された。はじめに、筆者が大阪府豊能地区でのネットワーク活動を題材に、急性期・回復期・維持期の概念整理を行った上で、全国的によく見られる問題について説明した(図3-18)。

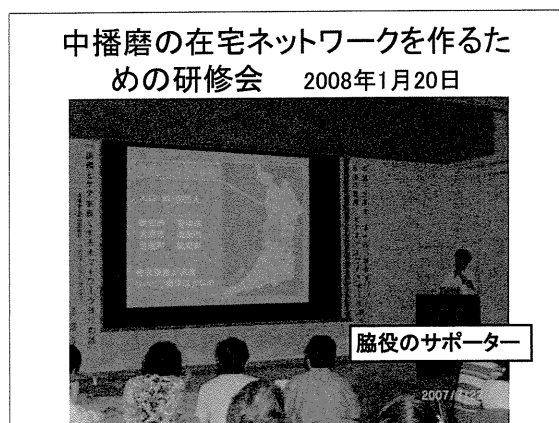


図 3-18 在宅ネットワークの育成へ

これに続いて、参加者によるグループワークを行った。10名程度のグループに分かれ、「姫路市で脳卒中になったときに利用する医療・介護資源を確認してください」というテーマで行った。あらかじめ各グループに指導員を配置し、彼らの進行で「地域資源(急性期・回復期・維持期)の確認、分析、問題点はなにか、どうなればいいのか」などについて50分程度でまとめていった。書記は模造紙に議論の内容を随時記載していくようにした(図 3-19)。



図 3-19 「姫路市で脳卒中になったら、どうなるか？」

グループワーク終了後、各グループの代表が発表を行った。参加者には病院関係者もいたが、ほとんどがケアマネジャーなどの在宅サービス関係者であったので、在宅サービスからの問題提起が色濃く出た(図 3-20)。

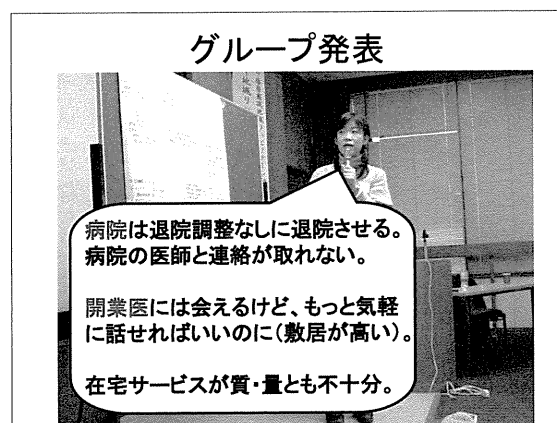


図 3-20 グループ発表で問題が噴出！

特に急性期病院への不信感は強く、退院調整なしでの退院に対する苦情が多くあった。また、退院調整のために病院を訪問しても、多忙な医師と会えることはまずなく医療情報を得にくいとの意見も多かった。在宅でのかかりつけ医である開業医に関しては、会って話すことは可能であるだけ病院勤務医よりはましではあるが、ケアマネジャーがかなり気を使って時間をつくってもらおうという気苦労があり、「もう少しでも対等に近い立場でつき合えればいいのに」という願望が漂っていた。在宅サービスについては、若めの要介護者でも喜んでいける通所サービスが少ないことや、胃ろう、気管切開などがある利用者が利用できる通所サービスやショートステイがほとんどないなど、質・量ともに不足していることを訴えた。

この時点で、参加者の多くには「姫路市は都会だから病院も在宅サービスもしっかりしていると信じていたのに、問題だらけだ。これはなんとかしなければいけない！」との危機感が高まった(図 3-21)。



図 3-21 参加者が問題意識を共有

このタイミングで、コーディネーターから「姫路市の医療や介護には多くの問題があることが分かりました。この問題を少しずつでも改善するために皆さんの力が必要です。2ヶ月後に会合を持つ予定ですので、是非、参加してください。我々も微力ながら協力したいと思います。」との提案がなされた。

この過程は、インドで診療所のコーディネーターが、村人に「村の皆さんと一緒に活動すれば、みんなの暮らしが良くなりますよ。皆さんがその気になるなら、診療所はその手助けをさせていただきます。」と語りかけた場面と同じである。いずれも、問題意識が希薄で、バラバラの状態である人々に対し、この地域の資源を確認した上で、実際にある問題を明らかにすることで問題意識を共有させた上で、問題を解決していくのは「皆さん」であり、コーディネーターは微力な協力者であることを宣言したのである。今研修会の参加者はまだ**主役候補**であるが、そのなかで次回の会合に参加する人々は**主役**に近づくのである。

2ヶ月後には予定通りに会合(タウンミーティングと称している)が開催された(図 3-22)。ケアマネジャーを中心にデイサービス、地域包括支援センター職員などの在宅サービス担当者が60名程度参加した。



図 3-22 第1回 在宅ネットワーク会合

初回なので雰囲気は硬かったが、前回の研修会でのグループワークで出された医療・介護の多数の問題を確認していくと、参加者に2ヶ月前の問題意識が甦って来た。ここで、すでに確認されている問題をいかに解決していくかに議論が移ったが、簡単には解決策がでなかった。その後、毎月のように同様の会合が持たれた。毎回、参加者はそれなりに集まるのだが、彼らの多くはまるで

研修会に参加しているような感じで、主体的な参加には結びつかなかった。まるで、脳卒中病院ネットワークの設立時のような状態で、**主役不在**の中でコーディネーターだけがもがいているようであった。



図 3-23 在宅ネットワークの幹事会発足

そこで、この事態を打開するべく、在宅ネットワークに幹事会を作る作戦をたて、6月の会合にむけて水面下で数人の方々に立候補していただけるように交渉をした。会合当日、コーディネーターから「幹事会を設立したいと思いますので、立候補をお願いします」と呼びかけたところ、思いがけず10人以上の立候補が現れた(図 3-23)。意外な積極性に驚かされたが、このやる気に気付くことができないでいたということが「コーディネーターだけがもがいている状態」だったのだと思う。

幹事会は、ケアマネジャーと介護事業所職員で構成された。コーディネーターとしては、在宅ネットワークの方向性を見失いかけている状態であったので、しばらくは全体での会合は開催せず、幹事会だけを毎月開催して今後の戦略を協議することになった。「ネットワークとはなにか」、「そもそも、この会合の目的はなにか」、「どのような戦略で活動していくのか」などについて、徹底的に議論を行った。特にコーディネーターである姫路市地域リハ支援センターの職員には、幹事達からかなり激しい質問が投げかけられ、答えに窮する場面も見られた。筆者は脇からこのやり取りを観察していたが、毎回の議論の過程でコーディネーター達が鍛えられていくのを感じた。

10月の幹事会において、今後の活動方針について一定の合意に達し、「脳卒中病院ネットワークが設立されたのだから、在宅側もしっかりとしたネットワークを形成し、病院・在宅連携を実現し