

よう。」ということになった。



図 3-24 在宅側から病院ネットワークへ協議を呼びかけ

この方針にもとづき、11月に開催された脳卒中病院ネットワークの会合に、幹事会の面々が出席し、代表者から「在宅ネットワークを代表して参加しました。病院の皆さんと連携について協議したいと思います！」との発言があった。病院側は以前から在宅サービスとの連携を希望していたので、拍手で応えた(図 3-24)。

これにより、病院と在宅の両ネットワーク間協議が開始されることが決定した。翌週には、その準備会議として、脳卒中病院ネットワークの幹事会、在宅ネットワークの幹事会および姫路市医師会の理事 2 名が参加しての会合が開催された(図 3-25)。



図 3-25 病院・医師会・介護の準備会議

急性期・回復期病院と在宅サービスの多職種が参加しての議論であったので、全員に関係のある「退院調整」に焦点を当てて協議した。ある急性期病院の医療ソーシャルワーカー(MSW)が、「MSWは、毎日、病棟を回診して退院調整にもれがないように頑張っています。ケアマネジャーさんとも

うまく連携しています。」と発言した。これに対し、ケアマネジャーたちからは、「実際には、退院調整なしで退院する患者が多くて大変」、「退院調整があっても、何回も病院に行かないといけない場合が多くて困る」、「病院での介護指導は実際の生活を知らずにしている場合がある。もっと早くケアマネを呼んでほしい。」との辛口の意見が続出した。ここで、コーディネーターが「回復期病院には問題はありませんか？」と尋ねると、「回復期病院の退院調整にも意外に問題が多い。それに家屋改修への提案にも問題が多く、退院してから使わない手すりや器具が少なくない。」とのことであった。従来、在宅サービスの担当者が病院職員に対し、日頃抱えている不満や苦情を言う機会はほとんどなかったもので、これらの苦言は、急性期・回復期病院のMSWや理学療法士(PT)にとっては経験したことのないものであり、かなり驚いていた。コーディネーターとしては、患者や情報を送れば済んでしまう病院側と、それを利用者・退院情報として受け取り対応せねばならない在宅サービス側の問題意識の違いを感じることができた。

この会合のまとめとして、コーディネーターから「病院と在宅サービスの間には多くの問題がありますが、解決へ向けた協議を続け、退院調整ルールを作りましょう！」との提案がなされた。そして、その手順として、病院と在宅サービスの認識の違いを埋めていくために、まずは、回復期病院と在宅サービスの協議を行い、退院調整ルールや情報交換書式作成を行うことが合意された。そして、これが成功した後には、問題が多いとケアマネジャーが指摘する急性期病院と在宅サービスの協議に移ることも併せて決定された(図 3-26)



図 3-26 当面の戦略を決定

この合意にもとづいて、翌月には回復期病院の職員と在宅サービス担当者の計60名程度が参加する会合が開催され、退院調整のルール作りとともに、情報提供書式を作成していくことが多数の回復期病院を含めて合意された。この情報提供書のイメージは、在宅サービス担当者が欲しい情報を病院職員の大きな負担なく提供できるものであり、病院・在宅サービス両者の話し合いを重ねることで作り上げていくことになった。これは脳卒中地域連携パスの作成過程と同じものであり、情報提供書の作成をきっかけとして、病院・在宅サービス両者の相互理解が深まり、「顔の見える関係」ができることを目標とした。また、当初は回復期病院から在宅サービス担当者への情報提供だけを考えていたのであるが、「家屋改修への提案に問題が多い」との厳しい指摘を受けた回復期病院 PT から「退院後に問題があれば、病院に情報をフィードバックしてほしい」との意見があり、退院1ヶ月後に、ケアマネジャーから回復期病院にファックスで情報を送る書式についても検討することになった(図3-27)。



図 3-27 回復期病院・在宅の退院支援についての協議

この回復期病院 PT の発言は非常に建設的なものであり、彼がすでに主役になって活動していることが分かる。多くの参加者が彼のような主役となり、主体的に活動できるようにすることがコーディネーターの役割である。

2009年度から、予定通り回復期病院から在宅サービス担当者への情報提供書とフィードバック用紙の作成作業が開始された。病院・在宅連携への活動は始まったばかりではあるが、参加者が主体的に活動し、コーディネーターが常に戦略的な支援を続けていけば、多少時間はかかったとしても必ず問題の解決に結びつくものと信じている。

5. まとめ

コーディネーターとは「多くの組織・人々が問題意識を共有し、主体的に活動できるようにすること」だと筆者は考えている。そして、コーディネーターは「彼らを組織化することはもちろん、その後も活動を戦略的に支援し続けること」が重要である。多くの組織・人々が主役となって活動し、コーディネーターが**戦略的な脇役**であり続けることが、コーディネーター成功の条件といえる。

兵庫県西・中播磨(姫路市周辺)での活動において、脳卒中の病院ネットワーク化や在宅サービスのネットワーク化の初期に、いずれも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な状況に陥った。あのまま状況が打開できなければ、その後の展開はなかったと思われる。コーディネーターとそのサポーター(筆者)が、**戦略的な脇役**であるために、常に主役を育成することをあきらめなかったことが、一定の成功コーディネーターへとつながったのであろう。逆にコーディネーターがうまくいかない事例では、コーディネーターが自ら主役になろうとしている場合や、以前の我々のように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な状況であるのではないだろうか。本稿が活動の展開に悩んでいるコーディネーターの皆さんの参考になれば幸いである。

(参考文献)

1. アルマ・アタ宣言(邦文訳はインターネット検索可能)
2. David Werner 著 池住 義憲訳:いのち・開発・NGO 子供の健康が地球社会を変える. 新評論, 2001
3. 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 保健・医療・福祉のまちづくり6年の軌跡. 月間総合ケア 16(4):53-63, 2006

4. 二次圏域コーディネーターの候補

1) 二次圏域コーディネーターの条件

地域包括ケア研究会の報告書を含め、厚労省関連の公式文書には、医療・介護領域における圏域コーディネーターの候補はおろかその必要性すら指摘されていない。しかし、二次圏域(以下、圏域)コーディネーターには前述のような非常に重要な役割があり、その実現によって各中学校区での地域包括ケアの実現の可能性が高まる。ここでは、全国的な視野に立ち、圏域コーディネーターの条件および候補について検討する。

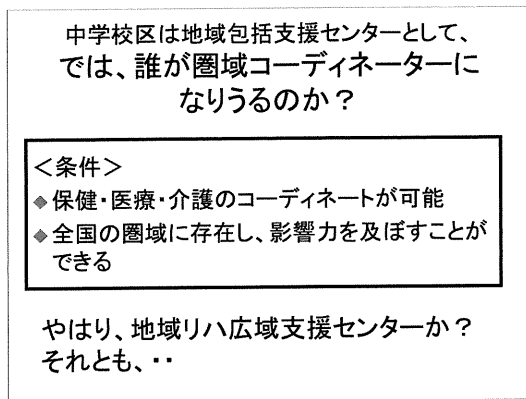


図 4-1 圏域コーディネーターの条件

全国的に地域包括ケアが実現することを目標とすれば、圏域コーディネーターの条件の一つは全国のどの圏域にも存在することである。それでいて、保健・医療・介護領域をコーディネートできることであろう。言い換えれば、病院、在宅主治医、ケアマネジャー、介護のどの領域にも一定の信頼感を持たれ、全体がうまくいくような戦略を提案できる全国的な組織ということになる(図 4-1)。

2) 圏域コーディネーターの候補

①第1候補 地域リハ広域支援センター

1. 地域リハ支援体制整備推進事業とは

平成10年度、兵庫県など7県による地域リハ支援体制整備推進事業(地域リハ推進事業)のモデル事業が開始された。平成11年度末、澤村誠志班長による研究班により、「地域リハ支援活動マニュアル」作成を経て、平成12年度介護保険制度のスタートとともに、地域リハ推進事業が全国的に実施された。平成16年度には、「全国都道府県リハ支援センター長連絡協議会」が発足した。平成17年度、介護保険制度の見直しに合わ

せて1年延長となったが、平成18年度より国の補助事業としては廃止となった。平成18年度以降に事業を継続している地域では、都道府県の単独事業として活動を継続しているが、事業を終了する地域が軒増しつつある。

本事業は、概ね圏域ごとに地域リハ広域支援センター(広域支援センター)を1ヶ所指定し、県下に複数ある広域支援センターの活動を、県リハ協議会および県リハ支援センターが支援するというシステムとなっている。(図 4-2)

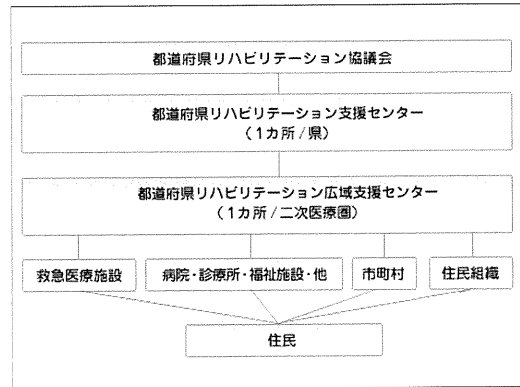


図 4-2 地域リハ推進事業のシステム

広域支援センターの役割は、「地域リハ支援活動マニュアル」をもとに厚労省により作成された「地域リハビリテーション推進事業実施要綱(実施要綱)」により規定された。広域支援センターの図 4-3 のような事業を求められた。

- ◆地域におけるリハ実施機関の支援
 - (1)地域住民の相談への対応に係る支援
 - (2)福祉用具、住宅改修などの相談への対応
- ◆リハビリテーション施設の共同利用
- ◆リハ実施機関などの従事者に対する援助・研修
 - (1)実地の技術援助
 - (2)リハ従事者に対する研修
- ◆地域における関係団体、患者の会、家族の会などからなる連絡協議会の設置・運営

図 4-3 広域支援センターの役割

地域リハ事業開始から5年を経過した平成17年3月には、浜村らにより全国的な調査が行われた。それによると、広域支援センターの活動状況は、実施要綱により規定された「研修、技術援助」は良好に実施されているものの、圏域全体を見渡したネットワーク化活動や住民組織への支援な

ど計画的で戦略的な支援が少ないことが報告された。しかも、事業をどのように進めていいのかが分からないにもかかわらず、その手法を学ぶ機会が非常に少ないという広域支援センターの厳しい実情が明らかとなった。また、戦略的な活動を行う上で、保健所との連携が重要であることが指摘された(平成17年の報告書、図4-4)。

＜地域リハ広域支援センターの課題＞

- ◆ 研修会(93.6%)、技術指導(84.7%)はほぼ良好に実施されている
- ◆ 計画的で戦略的な支援が少ない
- ◆ 住民組織への支援は低調である。
- ◆ 保健所との関係強化が必要である。
- ◆ 何をどのように展開していくべきかという事業展開法に問題を抱えている。

(浜村明徳ら：地域におけるリハビリテーションの実態とリハビリテーション手法・評価方法及び提供体制に関する検討 報告書：日本公衆衛生協会、2005より)

図 4-4 地域リハ事業の課題

II. 広域支援センターの現状：活動報告書の分析から

筆者の所属する日本リハビリテーション病院・施設協会の地域リハビリテーション推進委員会では、全国的な広域支援センターの現状を分析するため、都道府県リハビリテーション支援センター長会議において平成21年度の活動報告書の提供を依頼した。その結果、12道県(大分、熊本、広島、兵庫、福井、神奈川、千葉、茨城、宮城、岩手、青森、北海道)からの情報を入手できた。分析できた広域支援センター数は98ヶ所であった。

全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会(連絡協議会)によると、全国の本事業の実施状況は、平成21年度には実施中の都道府県数は30、広域支援センターが229ヶ所とのことであり、今回分析できたのは都道府県数で全体の40%、広域支援センター数で43%であった。

なお、今年度、連絡協議会による地域リハ事業に関する全国調査が行われているとのことであり、詳細な情報については、その報告を参照いただきたい。

A) 結果

広域支援センターの母体施設は、公立病院28%、民間病院59%、保健所9%、介護老人保健施設その他4%であった(図4-5)。

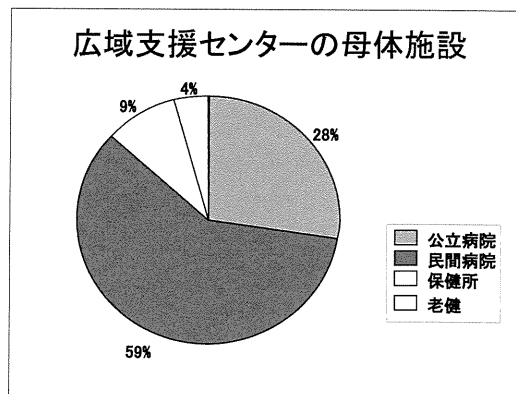


図 4-5 母体施設

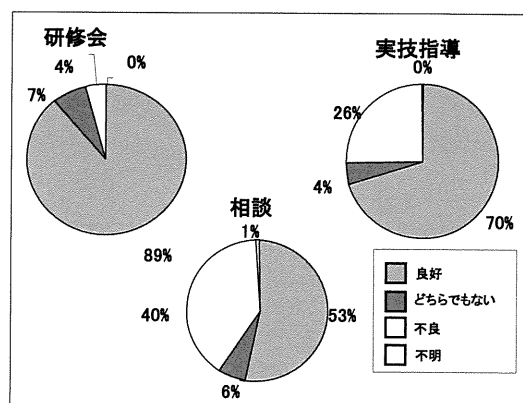


図 4-6 実施要綱に関する内容

活動内容は、実施要綱による規定された活動を見ると、研修会の開催は89%、実技指導は70%、相談への対応は53%、連絡協議会の設置・運営は78%が良好と判断された(図4-6)。

平成17年の報告書により報告された、広域支援センターの課題について確認した(図4-7)。

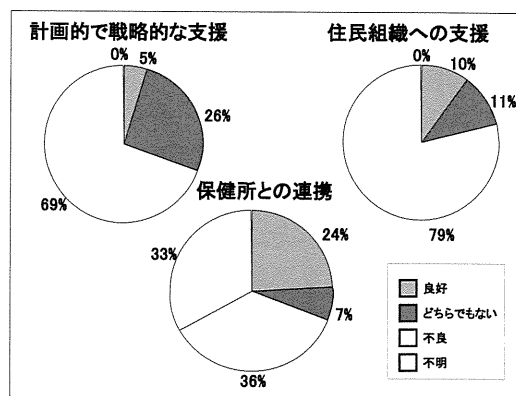


図 4-7 平成17年の報告書での課題

「計画的で戦略的な支援」が行われていることが確認できたものは5%であり、不良と判断され

たのが69%であった。「住民組織への支援」は、介護予防での住民組織化を含めて判断したが、良好は10%のみであった。「保健所との連携」については、良好と判断されたものは24%であり、介護予防事業において保健所と連携しつつ活動している広域支援センターが認められた。

続いて圏域コーディネーターとしての活動の有無を調査した。これは新しい概念であるので、本委員会での共通認識を持つために、圏域コーディネーターの概念を「急性期・回復期・療養型病院のネットワーク育成、在宅サービス(在宅主治医・ケアマネジャー、地域包括支援センター、住民の助け合い活動など)のネットワーク育成、および病院・在宅連携を進めるような圏域レベルの活動を支援するもの(住民を含めた地域ぐるみの介護予防活動を含む)」として活動報告書をもとに判断した(図4-8)。

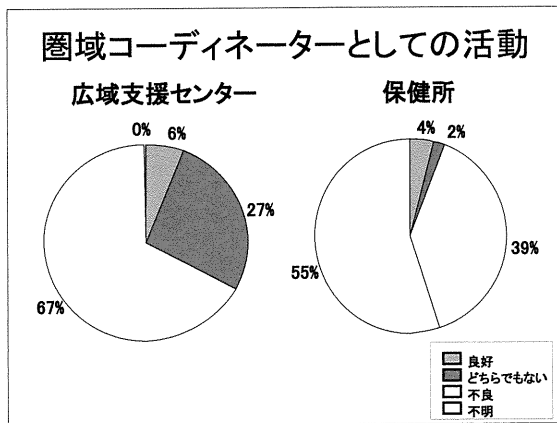


図4-8 圏域コーディネーターとしての活動

広域支援センターが圏域コーディネーターの役割を果たしていると判断できたのは、わずか6%であった。不良と判断した67%においては、実施要綱による規定された活動のみが行われていた。

では、広域支援センターと連携して活動すべき保健所は圏域コーディネーターの役割を果たしているのだろうか。地域リハ事業の年間報告書には「保健所」という言葉自体が記述されていないことも多く、保健所の活動についての詳細は不明であるが、保健所が圏域コーディネーターの役割を果たしていると判断されたのは4%、不良と判断したのは39%、不明が55%であった。

B) 考察

平成17年の報告書から6年が経過したが、現

在においても研修会・実技指導は良好に実施されているものの、計画的で戦略的な支援が行われている地域は非常に少ない状況は持続している。

ここで重要なことは、広域支援センターの多くは実施要綱により求められた活動を忠実に実行しており、それ自体はなんら問題とはならない。しかし、広域支援センターを圏域コーディネーター候補としてみた場合は状況が大きく変化する。コーディネーターには、圏域内の保健・医療・介護の様々な立場の組織・人々の連携調整の役割が求められるので、研修会・実技指導を積極的に進めただけではその役割は果たせない。

広域支援センターの母体組織の83%が病院であり、その活動の主体は理学療法士(PT)、作業療法士(OT)である。病院での業務の合間を縫っての活動という制限に加えて、PT、OTの教育課程にはコーディネーターとしての教育が存在しないことも、広域支援センターのコーディネート能力が弱いことの大きな理由と考えられる。コーディネート能力が弱いと、ネットワーク化などが図れないため、結局、研修会・実技指導しかできないことになる。平成17年の報告書で指摘された広域支援センターの課題は、そのコーディネート能力の弱さを指摘したとも言えるのではないだろうか。

一方、教育課程でコーディネーターとしての教育を受ける専門職の代表として保健師が挙げられる。彼らのなかでは、ヘルスプロモーション(健康増進)と表現されるが、その教育を受けていることは保健師のコーディネーターとしての大きな強みである(図4-9)。

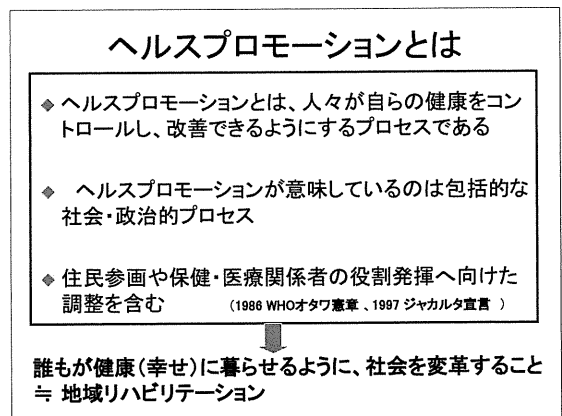


図4-9 ヘルスプロモーション

その傍証として、高知市をはじめとして広域支援センターを保健所が担った地域があったが、地域

住民ぐるみの介護予防活動や病院・在宅連携など優れたコーディネート活動が行われた。

地域リハ事業は、都道府県の単独事業となっており、財政難から事業を終了する地域が現れており、その持続性に疑問がある。

また、実働のほとんどが病院のPT、OTであり、コーディネート能力が不足しがちであり、そのため研修会主体の活動となっている。圏域コーディネーターとしての役割を持つためには、保健師のもつヘルスプロモーションに近い技術が必要である。現時点で圏域コーディネーターとして活動しているPT、OTが存在することは確認されているが、これを実働のPT、OTの多くにコーディネート技術を伝達することは容易くはない予測される(図4-10)。

<p style="text-align: center;">地域リハ広域支援センターの特性</p> <ul style="list-style-type: none">◆ 事業の持続性に疑問◆ 実働のほとんどが病院のPT、OTである広域支援センターには、コーディネート能力が不足しがち◆ コーディネート能力が低い場合、研修・実技指導しかできない可能性高い◆ 保健師の持つヘルスプロモーションの力がないと、地域のコーディネートは困難 <p><small>* 保健所が広域支援センターを担った地域では、コーディネーターとしての活動が認められた(まちぐるみの介護予防、病院・在宅連携など)。</small></p>

図4-10 地域リハ広域支援センターの現状

②第2候補 保健所

A) (都道府県)保健所の歴史

昭和12年に保健所法が成立し、昭和19年には全国の770ヶ所の保健所網が完成した。

昭和22年に保健所法が全面改正され、保健所は地方における公衆衛生の向上及び増進を図るための保健衛生の中心機関として位置づけられた。戦後の復興期には、防疫、母子衛生、結核対策が業務の中心であった。復興後は、保健所政令市制度も含め、母子保健や結核等の予防事業など一貫して対人の保健指導業務は、市町村立保健センターでも行う二重行政となっていたことから、昭和40年代には専門的指導的機関として脱皮を図ることになり、この結果、保健所の対人保健担当職員は現場を失い、市民にとって県保健所は遠い存在の特殊な施設となっていた。

B) 保健所の数の変化

平成2年の全国の保健所数は850(内訳: 都道府県634、指定都市121、政令市42、特別区53)であったが、平成4年の852をピークに減少を続けている。保健所数が減少したのは、平成9年に地域保健法が全面施行となったためである。この法律により、保健所は「二次医療圏を参酌して設置すべき」とされ、広域化・集約化が進んだ。同時に、指定都市、政令市、特別区では1保健所化が進展した。平成2年に比べ、平成19年には、850から518(内訳: 都道府県394、指定都市58、政令市43、特別区23)に減少し、平成22年には494となった。

減少しつつあるとはいえ、500ヶ所程度にもよる保健所の全てが、厚労省の通達で活動を転換しうるシステムが維持されていて、全国の保健所ネットワークが形成されている。また、県レベルであれば、県庁の通達にて県内の保健所の活動方針を転換しうる。

C) 全国に「地域医療連携体制の構築」に取り組んでいる保健所はどのくらいあるのか

平成21年に全国保健所長会による全国510保健所にアンケート調査¹⁾が行われた。回答率は99.6%であった。

その結果、「地域医療連携体制の構築」に取り組んでいると回答した県保健所は56.8%、市保健所(政令市など)は17.8%であった。その中で、ヒアリングの候補(頑張っているとの評価)となったものは137保健所であり、実際にヒアリングを受けたのは16保健所であった(図4-11)。

全国で地域医療連携体制の構築」に取り組んでいる保健所はどのくらいあるのか

- ◆ 平成21年に全国510保健所にアンケート調査
- ◆ 取り組んでいるとの回答は
都道府県型保健所:56.8%、市型保健所:17.8%
- ◆ ヒアリング候補(積極的取り組み):137保健所
- ◆ 実際のヒアリング:16保健所
(富山県新川、富山市、福井県坂井、石川県南加賀、石川県能登中部、石川県石川市、滋賀県東近江、兵庫県姫路市、岡山県備北、長崎市、大阪府吹田、東京都多摩府中、愛知県豊田市、奈良市、札幌市、横浜市)

図4-11 全国保健所アンケート調査

この報告から、全国の保健所の137(26%)は、頑張っているとの評価を得ており、保健所の4分

の1は圏域コーディネーター的な活動をしている可能性があることがわかった。

D) 保健所の前向きな動き 全国保健所長会の提言

平成21年3月、全国保健所長会から国に対し「地域保健対策の推進に関する基本的な指針の見直しに関する提言」が提出された(図4-12)。この提言は「保健所を圏域コーディネーターに位置づけ、それに向けて機能強化をはかれ」という内容であり、非常に前向きである。むろん、全保健所がこの提言に賛同しているわけではないであろうが、積極的に活動している保健所長には、「このままでは保健所は埋没してしまう」という危機感がある模様である。また、保健所長会には全国すべての保健所長が加入しており、今回の提案に異論が出ていないということは、このような前向きな提案に対して、積極的に反対する保健所長はいないということだと推測される。

保健所を圏域コーディネーターに！
全国保健所長会の国への提言 平成21年3月

地域保健対策の推進に関する基本的な指針の見直しに関する提言

＜保健所の役割の見直しについて＞

- ◆ 圏域単位で「健康なまちづくり」を主体的に推進
圏域における保健・医療・福祉の連携調整役に
- ◆ 市町村と重層的に協力し総合的なシステム構築
求めに応じた支援でなく、主体的な市町村と連携協働
- ◆ 保健・医療・福祉の各種計画の調整・推進役に
市町村、医療機関、介護事業所の連携調整を担う

図 4-12 全国保健所長会の国への提言

E) 考察：圏域コーディネーター候補としての保健所について

保健所は圏域単位で設置され、かつ専門的指導的機関とされているので、法的な位置づけとしては圏域コーディネーターといえる。また、各保健所は、保健・医療・福祉の指導・調整が可能な機関であり、このような機能を持つ機関は他には見当たらない。このような機能を持つ行政施設が全国500ヶ所以上に存在し、ネットワーク化されていることは非常に大きな社会資源と言える。

とはいえ、保健所が現場での対人サービスの場を失い始めて40年以上が経過し、人員や経費の削減もあり、職員および施設としての無力感は否めない。ただし、保健所職員である保健師がヘルスプロモーション教育を受けた経験を持つこと

は、コーディネーターとしての育成には有利な条件である。また、全国の保健所の4分の1は「地域医療連携体制の構築」に積極的に取り組んでいるとの結果が出ており、意外に前向きな保健所が多いとの印象を得た。また、全国保健所長会の提言は、保健所が現在も我が国の貴重な社会資源であることを示している(図4-13)。

保健所の特性

- ◆ 保健所は圏域単位で設置され、かつ専門的指導的機関とされているので、法的な位置づけとしては圏域コーディネーターといえる。
- ◆ 保健・医療・福祉の指導・調整が可能な機関であり、このような機能を持つ機関は他には見当たらない。
- ◆ 保健所が全国的な圏域コーディネーターとなるための最大の条件は、厚労省が全国の保健所に通達を出すことである。

<p>＜課題＞職員の人員削減、経費削減 現状のコーディネート能力？</p> <p>＜利点＞保健師のヘルスプロモーション技術 (≒地域のコーディネート技術)</p>	<p>業務命令があれば、 広域支援センターを 育成するよりは容易 (広域も一緒に?)</p>
---	--

図 4-13 圏域コーディネーター候補としての保健所

仮に保健所が全国的な圏域コーディネーターに位置づけられれば、広域支援センターはそれに協力する重要な組織としての新たな存在意義が出ると思われる。この場合、圏域コーディネーターである保健所の調整で広域支援センターが研修会・実技指導を行う場合もあれば、保健所と広域支援センターが協力して圏域コーディネーターを担う場合もありうる。

保健所が全国的な圏域コーディネーターとなるための最大の条件は、厚労省が全国の保健所に「圏域コーディネーターとしての役割を担うように」との通達を出すことである。問題は、厚労省がそのような決定を下す必然性をいかに証明するかであるが、これが今後の大きな課題になると考える。

その手順としては、県単位でモデル事業的に保健所が圏域コーディネーターとなりうることとその効果の検証が必要となる。具体的には、積極的な保健所と広域支援センターが存在する都道府県での地道な活動を着実に進め、圏域コーディネーターの必要性と保健所がその有力候補であることを証明する必要があると考えられる。

③第3の選択はありうるのか

広域支援センターはその持続性とコーディネート能力に強い疑問があり、現時点で圏域コーデ

イネーターの有力候補として県型保健所が挙げられる。しかし、現在、全国で「地域医療連携体制の構築」に取り組んでいる保健所が、全体の4分の1程度と少数派であることから、保健所を将来の圏域コーディネーターと考えることに否定的な声は少なくない。

では、広域支援センターでもなく、保健所でもない「第3の選択」はありえるのであろうか。本委員会として、なんとか圏域コーディネーターの候補となりうる組織について検討したところ図4-14のようになった。

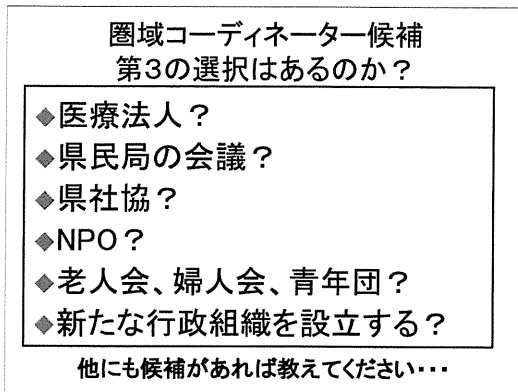


図 4-14 第3の選択はあるのか

医療法人が、医療介護複合体として地域のコーディネーター役を担っていることは少ないと思われる。しかし、医療法人の多くはその生き残りをかけて、他法人とのぎりぎりの競争を繰り広げており、圏域全体のことを考えて、保健・医療・介護の調整を行うことができる医療法人は全国的にみれば稀であろう。

県民局(県型保健所)で開催される医療計画等を検討する会議には、その圏域の行政・保健・医療・介護・住民の代表が集まり議論されているが、現状としては県型保健所の作成した計画を承認する機関としての位置づけが強い。これらの会議が有効に機能すれば、圏域コーディネーターとなりえる可能性もなくはないが、それは事実上、県型保健所が圏域コーディネーターになるということと同義である。

社会福祉協議会(社協)は、市町村での地域福祉を支える重要な組織であり、その集合体である県社協は圏域コーディネーターの候補たりうる。しかし、社協には医療、特に病院との連携に弱点を持つとの指摘があり、圏域コーディネーターというよりもその支援により活動する組織としての位置づけが妥当と考える。

老人会、婦人会、青年団などは特に地方では地域を支える重要な住民組織であるが、圏域を支えるというのは困難であろう。

どの候補も圏域コーディネーターとはならず、かつそれが必要なら新たな行政組織を設立すべきであるとの意見もありうるが、国レベルの財政難の折、そのような可能性はありえない。

これまで述べた「第3の選択」は、局地的には圏域コーディネーターとしての活躍がありえるかもしれないが、全国的にどの地域でも地域包括ケアが実現することを前提に考えると圏域コーディネーター候補とは挙げにくい。むしろ、しっかりとした圏域コーディネーターが存在することを前提にそれと協力する組織と考えるべきだろう。

3)兵庫県で保健所の二次圏域コーディネーター化実現

①県庁に地域リハワーキング会議設立！

兵庫県では、2010年度から県庁内に保健・医療・福祉の関係各課、保健所長および県リハ支援センターによる地域リハワーキング会議が設立された(図4-15)。そして、県の現状と将来を確認し、「地域包括ケア実現が重要なこと」、「そのために二次圏域コーディネーターが必要であること」について合意し、二次圏域コーディネーターの候補について検討した。



図 4-15 県庁 地域リハワーキング会議 (イメージ)

全県的に地域包括ケアが実現することを目標とすれば、二次圏域コーディネーターの条件は「県下のどの二次圏域にも存在し、かつ、保健・医療・福祉をコーディネートできること」となる。二次圏域ごとに指定された圏域リハ支援センターに期待したいという意見も出たが、会議での議

論では、病院のリハスタッフ主体のセンターが多く、単独で在宅ケアや病院・在宅連携をコーディネートするのはかなり難しいのではないかと判断に至った。

では、圏域リハ支援センターのパートナーとなって二次圏域コーディネーターとして活動できる組織はどこかということが焦点となりました。ワーキング会議での結論は、「それは保健所だ」というものでした。前述のように、保健所は「保健・医療・福祉の指導・調整が可能な機関であり、このような機能を持つ機関は他には見当たらない」ことなど、まさに二次圏域コーディネーターといえる組織である。ワーキング会議での合意に基づき、県庁から全保健所に対し、改めて「地域リハ推進事業」の本当の姿を示した上で、保健所は「圏域リハ支援センターのパートナーとして、力を合せて二次圏域コーディネーターとして活動してください」というような内容の通達が出された。

②二次圏域コーディネーター育成へ向けて

県庁からの通達を受け、保健所の活動が活発化したのを受けて、保健所の担当課と圏域リハ支援センターに対する二次圏域コーディネーター研修を県庁・県リハ支援センターで開始した。年2回の全圏域研修と随時の現地支援の形を取っている。図4-16は2011年7月のもので、昨年度に保健所と広域支援センターが行った自圏域の医療・介護の資源分析をもとに、今年度の目標設定と行動手順を圏域ごとに発表し、全体からアドバイスをする形式にした。もちろん、事前に保健所と圏域リハ支援センターの担当者間での打ち合わせは必ず行うこととなっていて、この発表がそのまま二次圏域コーディネーターとしての活動に結びつくことに期待している。

最近、従来はコーディネーターとしての活動に積極的でなかった保健所が、病院・在宅連携のコーディネートを開始するなど、県からの業務命令の力と保健所の潜在能力に大きな手応えを感じている。今後は各二次圏域の市町および包括Cへの地域リハ支援を実現できるように、県、県リハ支援センターとしても支援を継続していきたいと考えている。

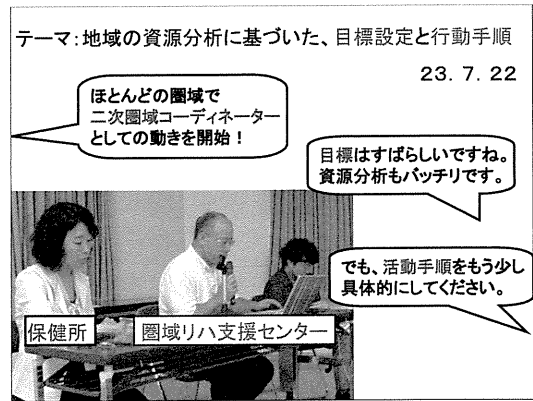


図4-16 二次圏域コーディネーター研修

4) まとめ

①圏域コーディネーターの必要性

2025年の地域包括ケアシステム実現へ向け、圏域コーディネーターの必要性とその候補を検討した。圏域コーディネーターの概念は、いまだ一般化されてはいないものの、その役割は重要であり、1) (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強化、2) 地域包括ケアの質の標準化、3) 病院・在宅連携へ向けたコーディネートなど、地域包括ケアシステム実現へ向けなくてはならないものであることを強調したい。地域包括支援センターの育成と並行して、将来的に圏域コーディネーターとなる組織の位置づけとその育成が急がれる。

②2025年のコーディネーターのありよう

地域包括ケア実現のためには、保健・医療・介護サービスの資源の成熟は重要であるが、それらはバラバラの状態では効果的なケアサービスを提供することができない。それを調整するのがコーディネーターの役割であるが、圏域コーディネーター、中学校区のコーディネーター(地域包括支援センター)以外に市町村レベルや住民活動レベルのコーディネーターなどが存在し、互い連動して活動していることが重要である(図4-17)。

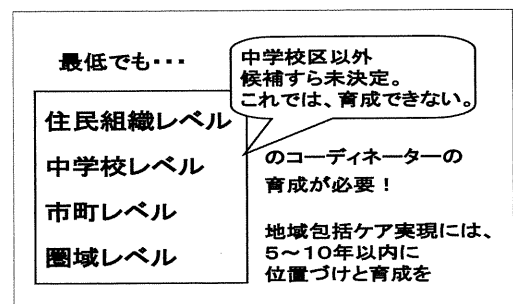


図4-17 地域包括ケア実現のために

しかし、現状では地域包括支援センターが中学校区のコーディネーターと位置づけられた以外、他のレベルについてはその位置づけさえされていない。コーディネーターの育成には適切に行っても数年単位の期間が必要であり、そのトレーニングを行うにはコーディネーターとしての位置づけが不可欠である。15年後の地域包括ケアの実現を前提とするなら、5～10年以内にはどの組織がどのようなコーディネートをを行うのかという位置づけをした上で、全国的なコーディネーター育成を開始する必要がある。

③全国的なコーディネーター育成の手順

前述のように地域包括ケアを全国で実現するためには、様々なレベルでの無数とも言えるコーディネーターの育成が必要である。

本委員会で検討してきたコーディネーターの概念は、ヘルスプロモーション、地域リハ(CBR)に共通のものであり、これはまた社会福祉の領域とも似通っている。全国的なコーディネーターの育成を考えれば、領域による分断を避けるため、保健・医療・福祉の全領域の代表者からなる「コーディネーター育成委員会」のような合議体を国レベルで設けることが望ましい。

その委員会において、コーディネートの概念、手法、言語の統一化を図り、どんな領域の人々でもコーディネーターに育て上げる手法を確立することが必要である。

これを全国の圏域コーディネーター候補に伝授していくことになるが、彼らが圏域コーディネーターとして十分機能し指導者となるまで、継続的に支援し続けることが大切である。また、圏域コーディネーターが市町村と協力して地域包括支援センター育成の指導者となり、同時に二次圏域レベルの病院・在宅連携(退院支援についての協議)をコーディネートする過程を考えると、「コーディネーター育成手法の確立」や「圏域コーディネーターの位置づけ」に残された期間はそれほど長くはなく、このような活動を急ぐべきである。

参考文献

1、 恵上博文：「地域医療連携体制の構築と評価に関する研究」平成21年度地域保健総合推進事業

<http://www.phcd.jp/katsudou/chihoken/21chihoken.html>

5. 実践編：地域全体の疾患を問わない病院ネットワークと介護の連携

第3章で兵庫県姫路市における回復期病院ネットワークと介護の退院支援に関する協議について触れた。全国的に見ると、脳卒中地域連携パスをきっかけに病院ネットワークが各地区に形成されたものの、在宅との連携に難渋していることが少なくない。仮に地域医師会との協議にこぎつけても、ケアマネジャーなどの介護サービスとどのように協議していいかわからないと嘆く病院ネットワークは少なくない。回復期病院ネットワークと介護の協議が全国的に展開されるようになるまでには、まだ時間を要する見込みである。

しかし、回復期病院を経由して在宅退院する要介護レベルの患者は全体の中では少数であり、日本の将来や地域包括ケア実現を考えると、さらに先を見越して、地域全体の疾患を問わない病院ネットワークと介護の連携をいかに進めるかについて検討する必要がある。

急性期病院・介護連携の事例は、人口規模の小さい地方都市において市民病院とその市のケアマネジャーとが連携を確立している事例は散見するが、複数の急性期病院がネットワーク化して介護と連携している事例を筆者が渉猟しえた範囲では報告はみられなかった。

この章では、まだ始まったばかりであり、かつ未完成ではあるけれど、「地域全体の疾患を問わない病院ネットワークと介護の連携」を目指した2つの活動を紹介する。

1) 兵庫県西播磨圏域 A 地区での活動

①二次圏域コーディネーターとしての戦略立案

A 地区は兵庫県西播磨圏域の中部に位置し、文化的、医療・介護的に一体の地域である。総人口は11万人程度、高齢化率：19.5%である。地域内には100～200床程度の中小病院が9つあり、急性期病院と療養型病院が混在している。半数の病院には地域連携部門やMSWは存在していない。また、地域包括支援センターは各市町に一箇所ずつあり、ともに直営である。

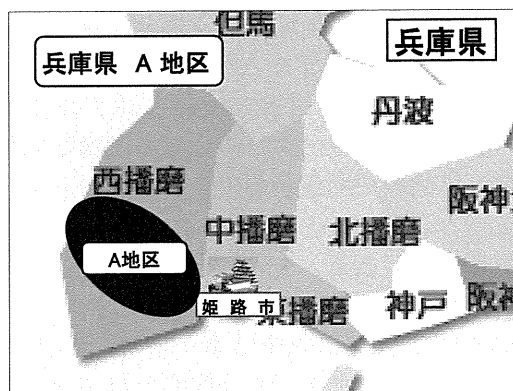


図 5-1 兵庫県 A 地区の概況

第4章で述べたように、兵庫県では2010年から保健所(および広域支援センター)の二次圏域コーディネーター化が実現しつつあるので、西播磨圏域の二次圏域コーディネーターである龍野保健所が実働し始めたことが大きかった。これにより、コーディネーター組織(A保健所、広域支援センター、県リハ支援センターである当センターおよび地域包括支援センター)が結成され(以下、コーディネーター)、このコーディネーターによりA地区における医療・介護領域における問題点を分析した。A地区には中小病院しかないため、脳卒中、がんなどでは隣の中播磨圏域にある姫路市の病院に入院する。肺炎、骨折など比較的身近な病気・外傷なら地域内の病院に入院する。ケアマネジャーからは、A地区や姫路市の病院からの連絡のない退院が多く、連絡があってもカンファレンスの直後に退院するような場合は多く、病院・介護連携の改善への要望が多く出た。

在宅ケアについては、医療・介護は開業医に敷居の高さを感じているケアマネジャーは少なくないようであったが、非常に問題という程でもなかった。リハサービスは少なめではあるが、他の介護サービスは現状で量的には大きな問題ないと判断された。

そこで、病院・介護連携の改善を「とりあえずの目標」としたが、圏域外の姫路市にアプローチすることはできないので、まずはA地区の病院とケアマネジャーの連携協議を進めることとなった。

次にコーディネーターによるA地区の病院の資源分析と「とりあえずの戦略」を作ることになった。A地区の病院にはMSW、地域連携部門がない病院が半数を超えているので、仮にケアマネジャーと協力して退院支援するとなると、その職種は看護師以外には想定できない。A地区の9病院に

在籍する看護師が一定のルールに従って退院支援するためには、少なくとも各病院の看護部長がそのルールを理解し、部下である看護師に指示する必要がある。さらには、それを院長・理事長が承認する必要があるが、医師に負担を掛けない退院支援ルールであれば、おそらく医師からの抵抗はないであろうと予測した。というわけで、「とりあえずの戦略」は「A地区の9病院の看護部長を説得して病院のネットワーク化を図ること」ということになった。

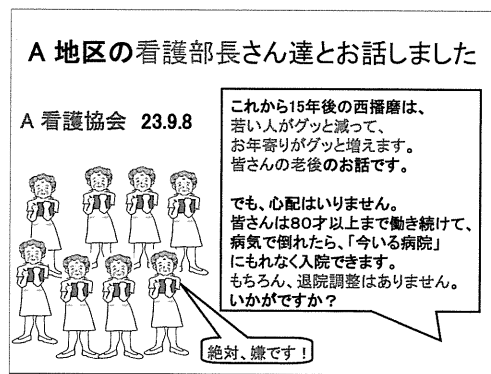


図 5-2 揖龍看護協会との協議

②A地区の病院ネットワーク形成へ

A 保健所の保健師が、A地区の看護協会のメンバーであったので、保健所から看護協会に働きかけ、2011年9月にA地区の9病院の看護部長とコーディネーターの会合を持つことができた。筆者が県リハ支援センターの立場で、「西播磨圏域ではこれから15年で労働人口が減少(25%減)するのに、後期高齢者は激増(70%増)する見込みだそうです。皆さんの老後を支えるはずの在宅ケアの職員は確保されるでしょうか。なんとかあったとしても、ギリギリの人数で多くの高齢者のケアをしているでしょう。そこへ現在のように病院から次々と要介護者が連絡なしに帰ってきたらどうなるでしょう。皆さんの老後が心配ですね。

でも、心配ありません。皆さんは看護師として80才を過ぎるくらいまで働き続けて、もし、病気になったら現在勤務している病院にもれなく入院できます。もちろん、退院支援やケアマネジャーへの連絡はありません。いかがですか？」とお話した。看護部長さん達は「それは嫌だわ」という反応であったので、当方から「そうです。退院支援システムの整備は皆さんの老後のためにするものなのです。診療報酬や早期退院はその付録のようなものです。今からなら間に合います。保健所がコーディネートしてくれます。それに、退院調整案も用意しています。いかがですか？」と問うと、参加した看護部長の全員から賛同がいただけた。

コーディネーターが提案した退院調整案について述べる。

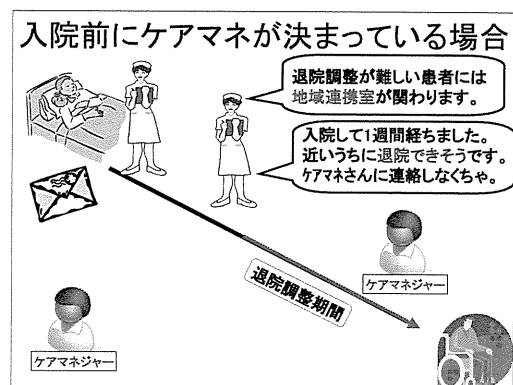


図 5-3 ケアマネジャーとの契約あり症例の場合

入院前からケアマネジャーとの契約ある患者の場合、入院時にケアマネジャーが送る情報提供書で、看護師はケアマネジャーの連絡先を把握する。そして、入院後7~10日時点で、(主治医の意見を聞きつつ)看護師間の協議でその「患者が在宅退院できるか」を判断し、できそうならケアマネジャーに連絡し、退院前カンファレンスの日時を決定する。この案は、以前、病院看護師からの聞き取りで、ケアマネジャーへの連絡もれ退院が起こる一つの理由として、「退院が決まったらケアマネジャーに連絡するつもりだったのに、自分が休みの日に急に退院してしまった・・・」と述べていたことがヒントになった。退院から逆算してはダメなのであれば、入院から計算すればいいということである。また、この案での退院前カンファレンスには病院側は看護師以外参加せず(もちろん、他職種の参加は歓迎である)、担当看護師が事前に決まっている項目について主治医やりハスタッフから聞いておくようにした(図 5-3)。

介護保険を利用していない患者の場合、看護師は簡単なスクリーニングシートを用いて、退院支援を要する患者を選び、やはり入院後7～10日時点で、看護師間の協議でその「患者が在宅退院できるか」を判断し、できそうなら要介護認定の申請を促す。そして、重介護だと判断したらケアマネジャーに連絡し、軽介護なら地域包括支援センターに連絡し、退院前カンファレンスの約束をする手順である(図5-4)。

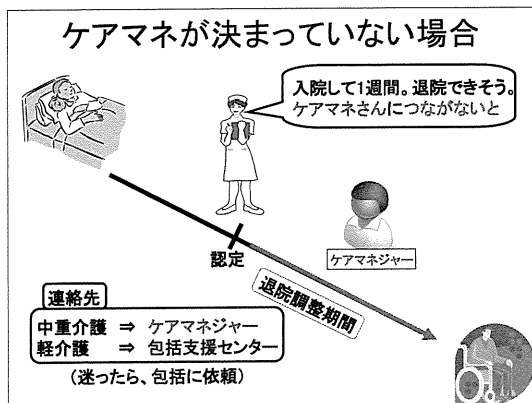


図5-4 介護保険の新規症例の場合

この退院調整案のポイントは、

- i、病院側の担当者は看護師であり、MSWは支援役
- ii、入院から7～10日程度で「在宅」判断(間違い、修正は責められない)
- iii、在宅側の担当者はケアマネジャーである。

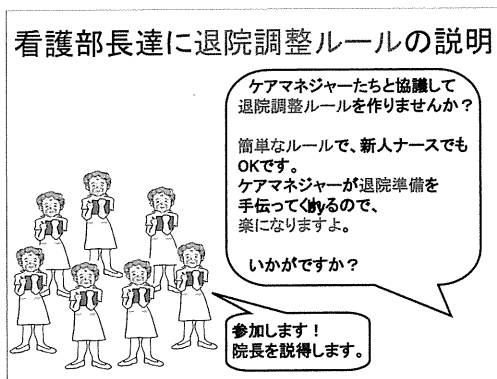


図5-5 看護部長達への説明と同意

看護部長全員の賛同は得たものの、この活動は病院全体の賛同を得て開始する必要があるため、各自、自分の病院に持ち帰り、院内の同意を得た段階で保健所に連絡することとした。そして、翌週には9病院の全てが病院全体としてケアマネジ

ャーとの協議に参加することを表明し、かくしてA地区の病院ネットワークが形成された(図5-5)。

③ケアマネジャーの組織化

A地区の病院ネットワークが形成を受けて、病院と協議ができるようにケアマネジャーの組織化、「主役」化が必要となった。まずは、地域包括支援センターからケアマネジャーたちに「この1ヶ月で退院してきた利用者の入院元病院と病院からの連絡の有無」をアンケートした(図5-6)。100%近い回収率であった。

ケアマネジャーへのアンケート

利用者	退院された病院名 (播磨地区以外の病院も)	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

「10月の退院患者について教えてください」 by 包括支援センター

図5-6 ケアマネジャーへのアンケート

その結果は、地元のA地区の病院からの「連絡もれ率」は33.3%であったが、近隣のB市の病院からは71.4%もれ、中核市の姫路市の病院からは55.2%のもれで、合計では44%の連絡もれであった(図5-7)。

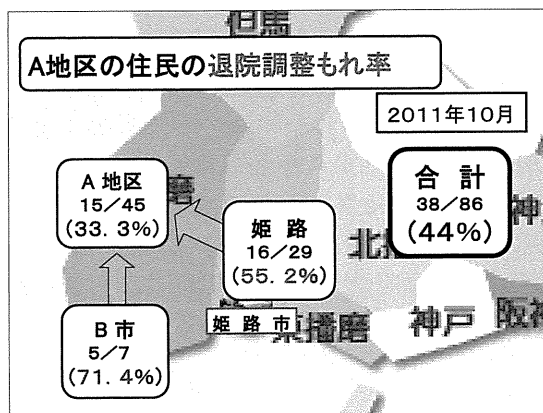


図5-7 A地区の住民の退院調整の連絡もれ率

他市の病院からのケアマネジャーへの「連絡もれ率」の高さには驚かされたが、地元であるA地区の病院から3人に1人の要介護者がケアマネジ

ヤーへの調整を経ずに在宅退院している事実さらに驚いた。

11月にはA地区のケアマネジャーの会合が開催された。まずは、保健所、広域支援センター、地域包括支援センターなどのコーディネーターがどのような役割分担をするのかを説明した。

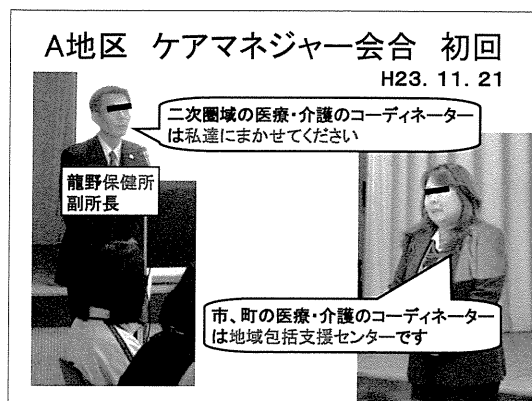


図 5-8 コーディネーターの紹介

ついで、9 病院の看護部長たちにどのような話をして同意を得たのかを報告した上で、グループワークで意見の集約を行った。ケアマネジャーらは病院側が話し合いに応じるような経験は初めてなので戸惑いを感じられたが、最終的には病院との協議を行うこと決定した(図 5-9)。



図 5-9 ケアマネジャーによる協議

会合の終了後にはコーディネーターのみ集まり、次回への戦略を確認した(図 5-10)。



図 5-10 コーディネーターの打ち合わせ

12月にはケアマネジャーの2回目の会合を持った。翌年に予定されている病院ネットワークとの協議に向けて、今回の検討項目の一つは「悪い退院調整や調整がない場合の悲劇的な実例」を挙げることにした。病院側の看護師は特に悪気なく、ケアマネジャーへの連絡をせずに患者を退院させていると考えられるので、その退院支援のあり方がいかに患者の不利益になっているのかを伝えることで、病院・介護協議への問題意識を持ってもらうことが目的である(図 5-11)。



図 5-11 ケアマネジャーの協議 2 回目

もう一つの検討項目は、コーディネーター側が提示した退院調整ルール(案)がケアマネジャーにとって合意できるものかということである。従来、「退院支援について病院から連絡がないのが当たり前」、あるいは「病院から呼び出されて、すぐ退院させると言われるのが病院の退院支援」と思い込んでいる状況のケアマネジャーにとって、自分達がルールを検討する初めてであった。しかし、これまでの経験から、各病院の対応や反応を予測し、議論を行い、最終的には退院調整ルール(案)に全体として合意した(図 5-12)。

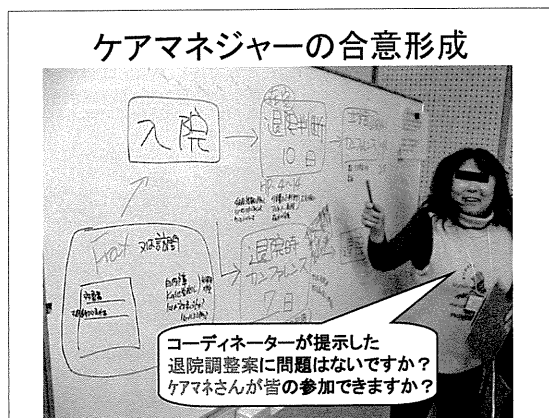


図 5-12 退院調整ルール(案)についての協議

会合の終盤にコーディネーターである地域包括支援センターから「ケアマネジャーによる幹事会を結成したいので、立候補してください！」と呼びかけに応じて10名以上の立候補があった(図5-13)。



図 5-13 ケアマネジャーの幹事会結成へ

第2回の会合終了後、コーディネーターに加えて、ケアマネジャーの幹事達が参加しての戦略会議を行った。幹事のなかには病院を持つ法人に勤めているケアマネジャーが数名いたので、2回の会合を踏まえて、各病院の看護師その他がどのような反応をしそうか、退院調整ルール(案)に対応できそうかについて発言があった。これらの情報をもとに、1月には3回目のケアマネジャーによる会合を行い、退院調整ルール(案)についての病院との協議で、ケアマネジャーとして「病院から欲しい情報」をまとめる協議を行うことになった。

2月にはA地区の9病院ネットワークとケアマネジャーの協議が開催予定である。今後、何度も協議を重ね、文化の違いを確認し合い、「顔の見

える関係」を作っていく必要がある。

ただ、A地区の病院・介護連携が成立しても、市外から帰ってくる退院患者の問題は解決しない。現在、姫路市において急性期病院ネットワークとケアマネジャーの協議が開始されているので、将来的にはA地区のケアマネジャーも姫路市での協議に参加することで、A地区の住民が安心して退院支援を受けることができるように体制を整備することが、二次圏域コーディネーターの現時点での「とりあえずの戦略」となっている。

2) 姫路市における脳卒中病院ネットワークから「地域全体の疾患を問わない急性期病院ネットワークと介護の連携」への活動

姫路市ではすでに脳卒中病院ネットワークがあり、かつ、それに参加している回復期病院ネットワークとケアマネジャーの連携協議ができています。そこで、「地域全体の疾患を問わない急性期病院ネットワークと介護の連携」への移行はそう難しくはないように思えるが、それがそう簡単にはいかない。

脳卒中病院ネットワークを構成しているのは、急性期病院では、脳卒中関連の医師、脳卒中病棟の看護師、地域連携部門のMSWあるいは退院調整看護師およびリハスタッフである(図5-13)。回復期病院からは回復期病棟に係る多職種、療養型病院からはMSWが参加することが多い。

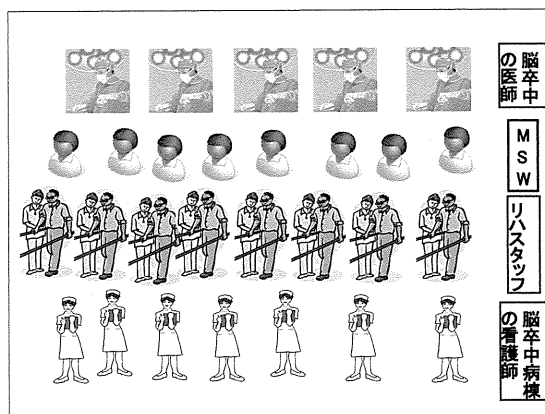


図 5-13 病院協議での急性期病院からの参加者

この病院ネットワークが、疾患を問わない急性期病院ネットワークとケアマネジャーの協議を行うとなると状況は一変する。まず、「疾患を問わない」ということから脳卒中関係の医師は「自分とは関係ない話」と認識して不参加となる。同様に脳卒中病棟の看護師も不参加となる。リハス

スタッフは関係ないとまではいえないまでも、なんとなくリハビリに関係しないような気がして不参加となり、結局、残るのは地域連携部門も MSW と退院調整看護師のみとなるのである。

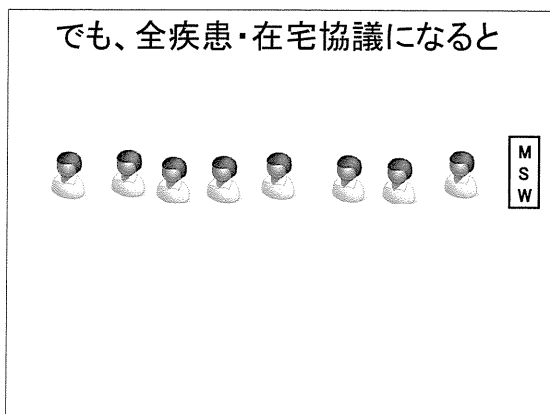


図 5-14 疾患を問わない急性期病院・介護の協議



図 5-15 いつもの病院ネットワークの会合

通常の脳卒中病院ネットワークの会合は、医師を含めて少なくとも 100 人程度の多職種が毎回参加している(図 5-15)。

一方、2011 年 11 月に姫路市で行った疾患を問わない急性期病院・介護の協議に参加した急性期病院職員は、地域連携部門の MSW と退院調整看護師のみであった(図 5-16)。



図 5-16 地域連携部門のみが参加

しかも、MSW と退院調整看護師が言うのには、「病棟看護師から地域連携室に依頼された患者については、しっかりケアマネジャーと協力して退院支援しているものの、それ以外の多くの患者についてはどのような課程を経て退院しているのか全く分からない」、「この協議で何かに合意したとしても、それを自院の全科・全病棟に伝える力も権限も地域連携部門にはない」との訴えであった。それを聞いていたケアマネジャー達の反応は冷たいものであった(図 5-17)。



図 5-17 ケアマネジャーの反応

コーディネーターとしては、まず「地域連携部門の職員に無理を言うつもりはない」、「まずは各病院の状況について教えてほしい」と伝え、彼らに精神的ストレスはかけないことを約束した。

しかし、この状況からは前には進まないことは明らかである。何か突破口を見出さないといけない。その戦略については、コーディネーター側で協議中ではあるが、地域連携部門が見えない部分の要介護者については看護師が退院支援をしている事実は明らかであり、その点で、A 地区での活動が参考になると考えている。

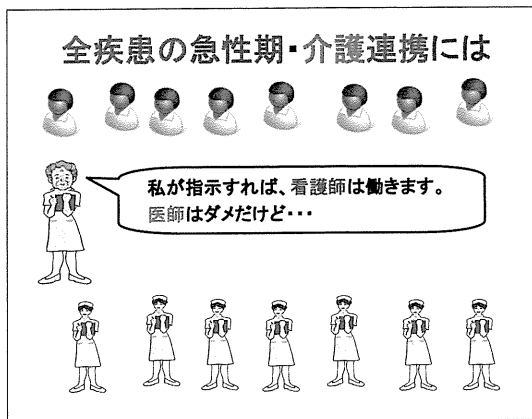


図 5-18 看護部長が賛同すれば・・・

姫路市にも看護協会があるので、タイミングをみてA地区と同様のアプローチを行う必要があるだろう。A地区と同じように各病院の看護部長の合意を取りつけられれば、新たな展開が生まれそうである(図5-18)。そうなれば、各急性期病院から病棟看護師が参加できるようになり、現在参加しているMSWと退院調整看護師と一緒に、ケアマネジャーと協議することで、「地域全体の疾患を問わない急性期病院ネットワークと介護の連携」が実現するはずである(図5-19)。この構想は今のところ、コーディネーターの「とりあえずの戦略」であるが、近い将来、実現する可能性は高いと考えている。



図 5-19 看護部、地域連携部門なら協議可能

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 逢坂悟郎：脳卒中地域連携パスの運用による入院期間や FIM 利得等の変化-兵庫県中播磨・西播磨圏域からの報告-. Jpn J Rehabil Med 48:717-724, 2011.

2. 学会発表

- 1) 逢坂悟郎：シンポジウム「生活期を支える地域連携--地域包括ケアとりハ体制--」地域包括ケアを人口動態から考える～もれのないりハ・ケアサービス提供体制の条件～、リハビリテーション・ケア合同研究大会，熊本，2011.10.
- 2) 逢坂悟郎：シンポジウム「地域リハ推進事業と都道府県の役割—地域リハの再整備にむけて」県リハ支援センターの立場から，第48回日本リハビリテーション医学会学術集会，札幌，2011.11.

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

なし

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する 一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表（平成 23 年度）

発表者 氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版 年
川越雅弘 備酒伸彦 森山美知子	要介護高齢者に対する退院支援プロセスへのリハビリテーション職種 の関与状況－急性期病床，回復期 リハビリテーション病床，療養病床 間の比較－	理学療法 科学	26(3)	387-392	2011
川越雅弘	求められる「退院支援」の機能強化	月刊福祉	94	46-47	2011
川越雅弘	地域包括ケアにおける介護予防と リハビリテーションのあり方	地域リハ ビリテー ション	6(8)	584-587	2011
白瀬由美香	イギリスにおける退院支援システ ムと医師・介護の連携	社会政策	3(3)	68-77	2011

IV. 研究成果の刊行物・別刷