



第 3 号

平成 25 年 12 月 25 日
岩手県長寿社会課

病院とケアマネの連携で、在宅生活をスムーズに

医療・介護連携による入退院調整の巻

地域包括ケアシステムの構築には、在宅生活を支える様々な仕組みを整える必要があります。今回のテーマである「入退院調整」もその一つです。

12月11日、盛岡市内で高齢者の退院調整についての研修会が開催されました。今回はそのレポートをお送りします。私たちが歳を取ったとき、どうするか準備は、私たちの心がけしだいです。

今回のおはなし

「保健所だからできる！病院・ケアマネ連携の進め方」

講師について

逢坂悟郎（おうさか ごろう）先生

厚生労働省老健局老人保健課 医療・介護連携技術推進官
リハビリテーション科専門医であり、地域医療・介護連携、
介護予防が専門

平成 18～24 年度まで兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンターに勤務し、保健所と共同で兵庫県播磨地区の3圏域において退院調整ルールを構築。連携の取組を広めるため、全国各地を回っている。



退院調整の現状



「2025年、皆さんが高齢者になったとき、退院調整のルールができていないと大変なことになります。これは自分たちの問題なんです」と逢坂先生は語ります。口調は漫才のように柔らかですが、実は非常にシビアな内容です。

平成 25 年 12 月 11 日午後、県は盛岡市の「エスポワールいわて」で、県内の保健所を主な対象とする研修会を開きました。高齢者が在宅で安心して生活するために、まず推し進めたいのが「退院調整」だからです。

高齢者が退院する際、病院からケアマネへの事前連絡がないために、帰宅してもすぐに介護サービスを受けることができずに状態を悪化させてしまうことが、いま問題となっています。

入院中はベッドから立ち上がり、車椅子移動で排泄が自立できていたのに、自宅では布団から立ち上がれず失禁状態になってしまった例、誤嚥性肺炎が治ったのに、飲み込みの評価や家族への食事方法の指導が一切なく、結局再入院になった例…。

いずれのケースも、病院とケアマネが、退院後の介護について退院前に調整を済ませていれば、状態が悪化することはなかったかもしれません。

ところが、これまで医療と介護の間に退院調整の「ルール」がないために、このような事例が各地で生じているとのこと。

この問題について、全国的な統計はまだありませんが、「兵庫県や富山県、北海道の事例を見ると、概ね**4割くらいが調整漏れ**だろう」と、先生は話していました。

特に、市町村や二次医療圏をまたぐ広域的な調整はあまり進んでいないことから、その必要性が問われています。



「病院にMSWがいるからと安心してはいけない。MSWが担当していないケースにこそ、調整漏れが多いことを理解してほしい」とのことです。

保健所への期待

圏域の中で、病院とケアマネが対等に話し合い連携していくには、「ネットワーク化」と両者をつなぐ第三者の「コーディネーター」が必要だと、先生は話していました。

そこで期待するのが、どの圏域にもあり、医師会にも話ができる存在である保健所。

保健所は、圏域の中で医療や介護の調整ができる機能を持っており、とても頼りになる存在。他の機関の場合、一方の当事者であったり、医療の知識が乏しいなどの欠点があり、コーディネーターとしては難しいのだといいます。

先生は、「**コーディネーター候補は、保健所以外には想定できない**」と力説します。

保健所の機能

- ◆ 二次圏域(市)単位で設置され、**病院・開業医・介護の調整が可能な機関**(専門的指導機関)。
- ◆ 保健所は圏域の**急性期・回復期・維持期**における**医療・介護・福祉**の連携による**地域包括ケアの強化**に努める必要がある(地域保健法の指針改定 平成24年7月)。

**二次圏域コーディネーター候補として
保健所以外に想定できません**

いきなり**保健所**が頑張った事例

**地域全体の病院・在宅連携
を作る方法(戦略)**

兵庫県 西播磨 揖龍地区の話

この地区の**10病院**:急性期+療養型病院多い。
MSWがいる病院は**1つ**。僻地の病院群。

MSWがいればいなら、退院調整する職種は**看護師**、その上司は？ [※]

どのようにネットワークを作るか

連携は、**相手方への要望を出し合った上で、ルールを決める「めんどくさい作業」**だといいます。それでは実際に、どのような形でそれが成し遂げられたのでしょうか。



ここからは、逢坂先生のお話と、保健所で実際にこの作業に取り組んだ保健師の吉村信恵さん（写真：兵庫県明石健康福祉事務所地域保健課）の体験談を合わせ、当時の経過を振り返ってみましょう。

連携を進めるには、まず地域をよく知らなければなりません。病院数や入院患者の動向を調査するとともに、ネットワークの核となる看護協会やケアマネ協会の状況を把握します。

さらに、地域包括支援センターやケアマネに聞き取りをし、両者の温度差や病院の実情などを確認するなどして、分析を進めます。吉村さんが播磨地区の北播磨圏域で調査したときは、一部の市で飛び抜けて退院調整漏れが多い事実が判明したそうです。

そして、地域の病院の看護部長さんを集め、「**自分の老後のためにも、退院調整のルールがないと大変になりますよ**」と説得。圏域内約 20 病院のネットワークを作り上げ、ケアマネとの話合いの機運を盛り上げたといいます。

次に、ケアマネの組織化へ。最初の会合で、保健所はコーディネーターになることと、発言内容によってケアマネに不利が及ばないように配慮する「安全保障」を宣言したそうです。



ケアマネには、病院や医師への苦手意識があることが多く、自由にものが言えないことが連携の支障となるため、「安全保障はとても大事」だと逢坂先生は話していました。

吉村さんは「できるケアマネと、経験の浅いケアマネの力量差が大きかった。誰でもできるルール作りに心を砕いた」と話していました。

そして、看護部長とケアマネの話合いが始まりました。まず、退院調整がないことで起こる悲劇について、事例紹介が行われます。看護師の多くにとっては、入院中に一生懸命看護した患者が、まさか退院後にそのような目に遭っていたとは知る由もなく、問題意識が高まります。

できあがった退院調整ルール

看護師とケアマネが話し合いを重ねた結果、播磨地区の3圏域でできあがった退院調整ルールのポイントは、次のとおりです。

- 病院側は看護師が、在宅側はケアマネが担当
- 病院側は、入院から7～10日目で在宅可能性を判断し、退院可能であればケアマネに連絡

このルールには、次のメリットがあったそうです。

<ケアマネのメリット>

看護師からの電話でケアマネが訪問することになったので、病院の敷居が低くなった。看護師が医療情報を整理してくれて、福祉系のケアマネでも対応が可能。

<病院のメリット>

ケアマネが退院準備を手伝ってくれるので、調整が楽。

ルール化により、西播磨では退院調整漏れの割合が大幅に減り、特にこれまで調整が進んでいなかった要支援のケースについて、調整が進むようになりました。吉村さんは、「**お互いの役割を理解することで、優しくなれる環境ができた**」と話していました。

ただし、いくら良いルールを作っても、それが放置されていたのでは、ルールが廃れてしまいます。そうならないよう、播磨地区の3圏域ではそれぞれ半年に一度は確認作業を行い、メンテナンスに留意しているとのこと。

活発な意見交換



お二人の講演に続き、保健所との意見交換が行われました。事業を始める際に、やはり気になるのは業務量であり、その点に質問が集中しました。

吉村さんは「会議の1週間前は大変だったが、全体としては3割くらいの業務。**連携の構築は保健師本来の業務であり、楽しかった**」と当時を振り返っていました。1年目はルール作りのために時間が取られますが、2年目以降は半年に一度の確認作業のみであり、グンと楽になるとのこと。

また、保健所からは「県内では市町村が連携を構築している例もあり、必ずしも保健所がやらなくてもよいのでは」との意見もありましたが、逢坂先生は「**圏域を越える調整は市町村では難しい**。病院・ケアマネに保健所のコーディネートがあれば、その圏域は伸びる。今がよくても将来はそうとは限らない。困ったときに保健所が手を差し伸べて」と話していました。



取材を終えて・・・・・・・・

今回、逢坂先生の「医療介護連携調整」の大変貴重な講演を直接聞くことができました。高齢者が地域でいつまでも安心して暮らすために、「地域包括ケアシステム」の構築は誰もが必要だと思うはずです。

しかし、医療と介護の連携については、それぞれの地域で行政が医療機関、居宅介護支援事業所、関係機関に対し、「お願いベース」で働きかけるしかないのが現状です。

病院事業の中で、事業の採算性に追われて多忙な医療職と、介護給付費の算定要件を満たすために四苦八苦している居宅介護支援事業所のケアマネとの間では、なかなか連携するまでに至らないというのが実態です。

「お願いベース」であるために、連携をお願いする行政も、お願いされる医療や介護の事業所も、今一つ先に進まないのではないのでしょうか。

国が本当に、将来の高齢化社会に対応するため「地域包括ケアシステムの構築が必要」と考えているのであれば、きちんと制度として確立し、医療と介護が連携していない場合には、診療報酬や介護報酬に大きく差が出るなどのインセンティブが必要ではないかと思えます。

地域での医療と介護の連携の調整役は、「保健所」しかないのかもしれませんが。しかし、本当の意味で高齢化社会に備えて医療保険と介護保険の制度を変えていくのは「国（厚生労働省）」しかないと思えます。
(なんでも取材班 「お」)

今回は、高齢者が住み慣れた場所で暮らし続けるための手段の一つ「退院調整」について、その貴重なお話を特集しました。こういうお話を聴くと、よく「講師のところは特別なんだから、うちではムリムリ」と遠い世界のことのようだったり、逆に「うちはむしろ進んでいる！だから今のままで何ら問題ない」と思ったりする方がよく見受けられます。

特に、今回のお話は、これまでに調整の習慣がないがために起こった「制度の狭間」の悲劇について真っ向から問題提起し、疑問を投げかける内容です。新たにルールを組み立てるのは、何かと面倒な手順が伴い、日頃何かと忙しい方ほどすぐには受け入れられないのも、無理はありません。

ですが、せっかくの体験談です。実際に事をやり遂げた人のお話は、何よりも迫力がありました。一度、気持ちの中にある見えない「〇〇の壁」を取り払い、「今のままで本当にいいの？」という疑問を大事にして、お話のエッセンスを「自分の地域だったらどう生かせるだろう」と考えてみるのも、また面白いかもしれませんよ。少なくとも、病院とケアマネが連携することで、不幸になる人はいないと思えますので。

(なんでも取材班 「ふ」)

「ちいきで包む」は、岩手県内市町村の地域包括ケアシステム構築をアシストするため、各地の特色ある取組や、関係する情報を発信する情報紙です。

企画・発行（問合せ先）

岩手県保健福祉部長寿社会課（本号担当：岡本・藤原） 平成25年12月25日発行

TEL:019-629-5432 FAX:019-629-5439 E-mail:AD0005@pref.iwate.jp