

1、はじめに

「地域リハビリテーション(以下、リハ)」という言葉は、その定義はほぼ定まってはいるものの、実際の捉え方は人によって様々だと思えます。さらに、「地域リハ支援」については、「地域リハ支援センター」など頻繁に使用される言葉なのに、はっきりした定義はなく「何を支援するのか」がよく分からない状況です。そこで、私がこれらの言葉をどのような意味で用いているかを説明することから始めたいと思えます。

「地域リハ」について皆さんで議論するときには、お互いなんとなく分かっているように語り合うことが多いと思えます。でも、それぞれ「在宅でのリハサービス」、「急性期・回復期・維持期を連携すること」、「誰でも住みやすい町を作ること」など違う意味合いで「地域リハ」を使うことから、話がかみ合わなくなるのが少なくありません。

私が「地域リハ」を使うときには、図1のような意味合いで用いています。



図1 私の「地域リハ」はこんな感じです

「地域」とは、これから皆で力を合せて良くしていこうと考えている「場所、社会」を表します。例えば、兵庫県、西播磨圏域、姫路市といった感じです。一方、「リハビリテーション」には全人的復権という意味があります。そこで、「地域+リハビリテーション」で、「この場所(社会)を障害があっても人間らしく暮らせるように変えていく活動」が「地域リハ」となります。私が勝手に言っていると思われると良くないので、国際的な地域リハの定義¹⁾を図1下部に書いていますが、「その地域で利用できる資源を使って社会を変革すること」ということで、全く同じ考え方ですね。

さて、問題は「地域リハ支援」ですね。いったい何を支援するのが正しいのでしょうか？私の考える「地域リハ支援」をご理解いただくために、漫画のような図を見ながら、読み進めてください。

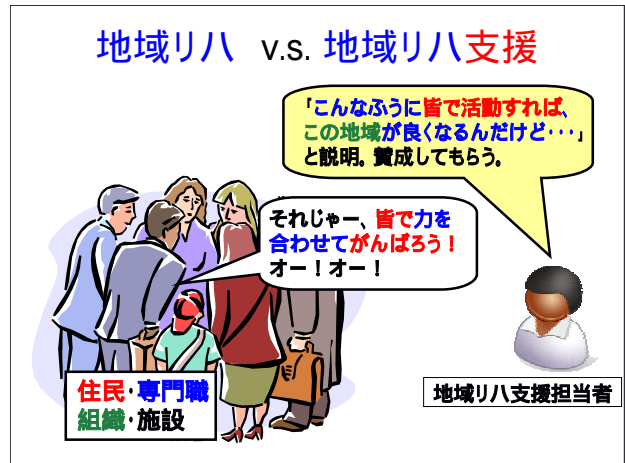


図2 地域リハ支援の始まり

図2の左側には地域の皆さんが集まっています。そこに地域リハ支援担当者がやってきて皆さんに「このように皆さんで活動すれば、この地域はすごく良くなりますよ！」と上手に説明し、賛成してもらいます。この地域の皆さんは気合が入って「皆でがんばろう！」と言っていますね。

この後、地域の皆さんは力を合せて様々な活動をしていきました。私は「地域の皆さんが行った活動」が「地域リハ」活動だと考えています。どうしてかというと、地域リハの定義は「障害のある人々や高齢者およびその家族が、住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全に、いきいきとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉及び生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動のすべて(日本リハビリテーション病院・施設協会、2001)」ということなので、「地域の皆さんが行った活動」そのものだからです。

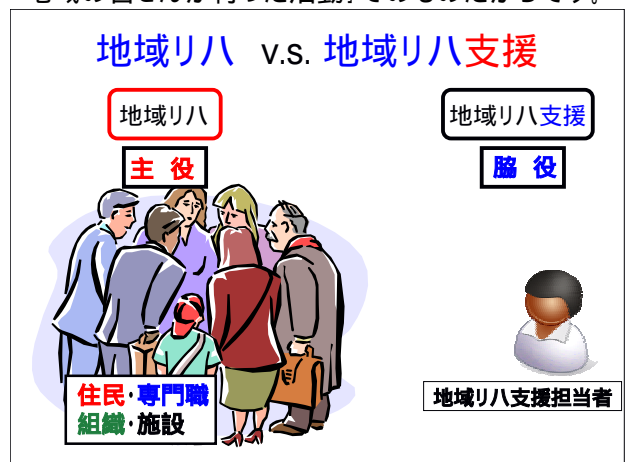


図3 地域リハ活動の主役はだれ？

つまり、地域リハ活動の主役は「地域の皆さん」だ

ということです。そうすると、活動のきっかけを作った地域リハ支援担当者の立場はどうなるのでしょうか。活動の「主役」が地域の皆さんであれば、地域リハ支援担当者は「脇役」ですね(図3)。

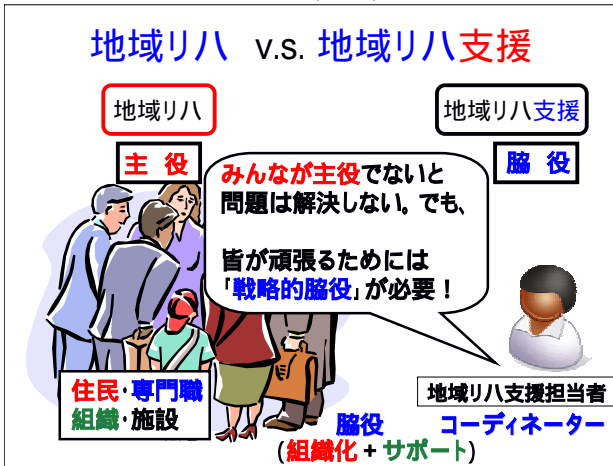


図4 地域リハ支援は戦略的脇役

でも、よく考えてください。元々はバラバラだった地域の皆さんに「このように一緒に頑張れば・・・」と語りかけ、皆さんが団結して地域リハ活動ができるように支援したのは地域リハ支援担当者ですよね。この人がいなければ、この地域は以前のままだったはず。この場合の「脇役」は「戦略的脇役」という方が適切だと思います。というわけで、「地域リハ支援」とは「地域リハ活動がうまく進むように支援(戦略提供・組織化・継続支援)」ことであり、その担当者は地域のコーディネーターといってもいいと思います。このように考えると、「地域リハ支援 コーディネート、地域リハ支援担当者 コーディネーター」の役割はとても重要ですね(図4)。

2、地域リハ支援システムの再構築が必要な理由

兵庫県は何十年も前から地域リハの先進地として全国から注目されてきました。それなのに、どうして再構築が必要なのでしょうか。「今のままで十分じゃないか」と言う声が聞こえてきそうです。でも、日本全体で超少子高齢化の勢いがすさまじいことになっていて、今の体制のままではとても対応できないことが分かってきたのです。どうしたらいいのでしょうか？

まずは兵庫県の状況を見てみましょう。図5は県のホームページから入手した高齢化予測です。2005年から50年間で高齢化率が2倍以上、後期高齢化率が3倍以上になることが分かります。ここ10～20年で急激に進行しますが、その後もどんどん進むことが分かりますね。

これを「働く人」、「高齢者」、「子ども」の人口でみるとどうでしょう(図6)。高齢者は案外増えないのに、働く人と子どもが40～50%へとすごく減ります。高齢化率は高齢者の人口を全人口で割ったものなので、高齢化率が上がるというのは、実は若い人が減

ることが大きな要因だったのですね。

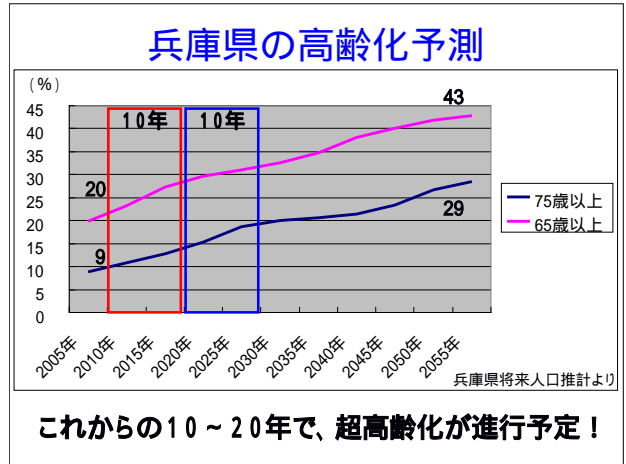


図5 今後50年以上、高齢化は進行

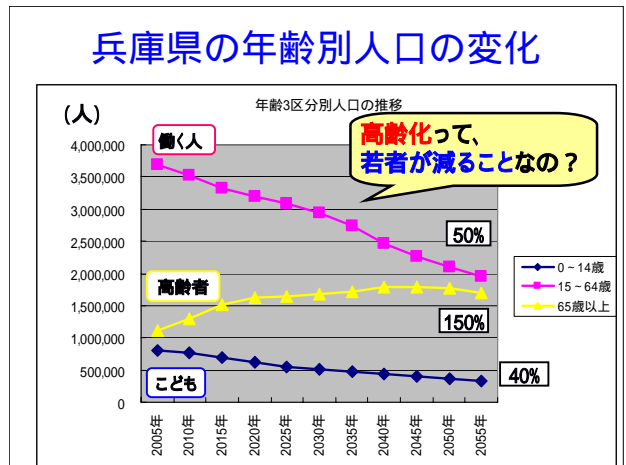


図6 高齢者数はやや増加程度だが、若者は激減

図7は今話題となっている2025年に注目したのですが、この段階で高齢者数はほぼピークになっているのですが、働く人口はかなり減少し、その後もどんどん減っていくことが分かります。働く人が減るとことは、集まる税金も減るということで、財政的にも大変なことです。

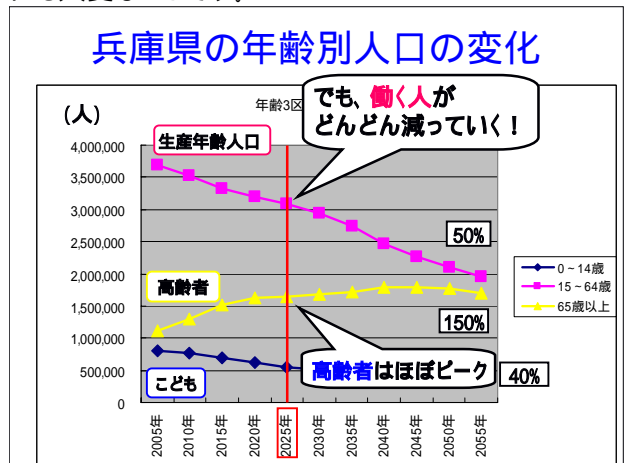


図7 2025年の年齢別人口

皆さん、よく考えてください。医療・介護の業界では

今でも人手不足で大変ですよ。特に介護職の方の人手不足はよく報道されています。近い将来、働ける人の人口がどんどん減っていくときに、残っている人々が皆、医療・介護の業界に就職してくれるでしょうか。他の産業にも働き手は必要なのでそうはいかないでしょう。我々は今よりも少ない人手で多くの高齢者のケアを行うことになるのです。

さらに追い打ちをかけるようですが、先ほど高齢者数はほぼピークを迎えると言いましたが、問題は中身です。若いお年寄りばかりで皆元気ならたいしたことではありません。でも、その反対なら大変です。

そこで、高齢者人口を、後期高齢者と若い高齢者(75才未満)に分けて見てみます(図8)。後期高齢者に注目するのは、75才を超える頃から認知症の発症率、要介護認定率や医療費が急に上昇するからです。

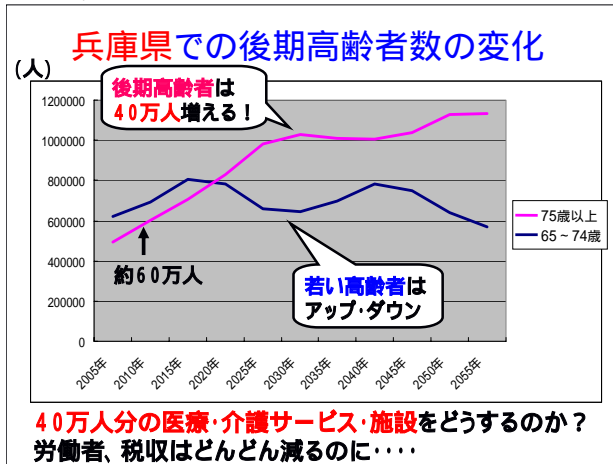


図8 後期高齢者数が40万人も増える

兵庫県では、若い高齢者は微妙にアップダウンするだけなのに、後期高齢者は2025年までに一気に増加し、その後も徐々に増加します。現在、県下の後期高齢者数は60万人ですが、2025年にはさらに40万人程度増える予想となっています。

減り続ける医療・介護の業界の人手で、増え続ける後期高齢者を支える必要があると、「はっきり分かってしまった」というのが兵庫県および日本の現状です。これまで通りの働き方、連携、地域リハ支援システムでは、とても対応できません。

以上が、兵庫県で地域リハ支援システムの再構築が必要な理由です。皆さん、大変ですが、自分の老後のためだと考えて、前向きに頑張りましょう。

3、頑張れば、兵庫県を救えるかもしれない！ 皆で読もう！「地域包括ケア研究会 報告書」

前述のように、日本中が大変な状況になっていますので、国も黙って見ているわけではありません。その対策として、2010年3月、地域包括ケア研究会から報告書²⁾が発表されました(図9、10)。

それによると、団塊の世代が全員75才以上となり高齢人口が急速に増加する2025年には、地域包括ケアシステムが構築されている必要があるとのことです。地域包括ケアシステムとは「概ね中学校区単位で、個々人のニーズに応じて、365日24時間、医療・介護等の様々なサービスが適切に提供できるような地域での体制」であり、そのコーディネーターは地域包括支援センター(以下、包括C)とされました。ちなみに中学校区とは「30分程度で駆けつけることができる範囲」のことだそうです。

地域包括ケア研究会 報告書

2010年3月

- ◆ **地域包括ケアシステムとは**
「中学校区単位で、個々人のニーズに応じて、**365日24時間**、医療・介護等の様々なサービスが適切に提供できるような地域での体制」
- ◆ 団塊の世代が後期高齢者となる**2025年**へ向けて解決すべき課題を検討

中学校区のコーディネーターは**地域包括支援センター**

図9 必読！「地域包括ケア研究会 報告書」

地域包括ケア研究会 報告書
超高齢社会を乗り越える条件(抜粋)

- ◆ **在宅介護サービスの充実**
高齢者の助け合いも大切な資源！**ケアプランの一部へ**
- ◆ **バリアフリー住宅の充実**
自宅ではない「**在宅**」を選べるように
- ◆ **急性期病院での早めの退院調整**
病院と**ケアマネジャー・開業医**との連携システム
- ◆ **早期退院患者に対応する在宅医療・介護・リハ**

図10 「地域包括ケア研究会から報告書」抜粋

地域包括ケアができるかどうかは兵庫県の将来のためにとっても重要です。報告書では高齢者の問題に焦点が当てられています。でも、兵庫県では「年齢に関係なく障害を持っても安心して自分らしく暮らすことができるようなまちの実現」と考えていきたいと思えます。

その実現には住民(当事者)や専門職・組織が力を合わせて行う地域リハ活動が必要です。地域リハ支援体制の再整備を考える上で、地域包括ケア実現への活動は、最優先で支援するべきものだと言えるでしょう。

4、地域包括ケアの実現へ向けて

1) 中学校区～市町での活動

中学校区でのコーディネート内容

地域包括ケアの実現には、包括Cが中学校区をコーディネート(以下、地域リハ支援 コーディネート、地域リハ支援担当者 コーディネーター、で統一)できるかが一つの課題となります。生活の場である中学校区には、少なくともかかりつけ医、ケアマネジャー(自立支援分野では相談支援専門員)、サービス事業所、住民活動、施設などが多くの人・組織が存在します。これらの資源がうまく連携し、住民それぞれのニーズに応じたサービスが提供されるようにコーディネートする必要があります(図11)。

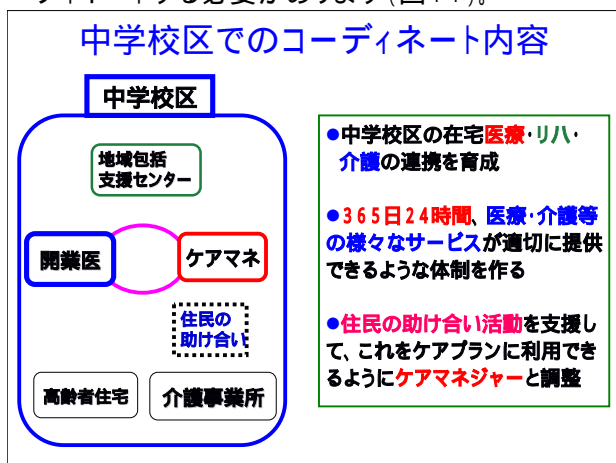


図11 地域包括支援センターの役割

でも、包括Cの多くは介護予防ケアプラン作成などの事業に追われている状況で、コーディネーターとして活動できる包括Cはそう多くはないかもしれません。そこで、包括Cのコーディネート能力を高める必要があります、その役割は市町とされました。ただ、組織のコーディネート能力を向上させるのはかなり難しいことなので、今後は市町を支援する組織が新たに必要となってきます。

バリアフリー住宅への住み替え

皆さんもご存知のように、日本家屋には^{かまど} 檜、敷居をはじめ多くのバリアがあり、そのためにバリアフリーの病院では車椅子でADL自立している人が、自宅では暮らすことができずに泣く泣く施設に入所することが少なくありません。また、町中に要介護者、障害者が点々と離れて暮らしている状況は、訪問、送迎に時間がかかり、少ない医療・介護スタッフではケアができなくなる可能性があります。

そこで、国の政策として、(ケア付き)バリアフリー住宅が大量に建築される予定です。この住宅に多くの住民が、若いうちに自らの意思で住み替えをすることにより、住民が住み慣れた町で在宅を続けることができる可能性がグッと高まると考えられます。また、一定の地域にバリアフリー住宅が集中すれば、訪問、

送迎の労力がやはりグッと小さくなり、将来少なくなる医療・介護スタッフでも多くの要介護者、障害者に対し適切なケアを提供できるものと期待されます。

医療・介護の連携システムづくり

包括Cのコーディネートで、医師、看護師、リハスタッフ、介護サービスなどの話し合いを進め、気軽な情報交換の方法やいかに協力してサービスを体制するかを中学校区ごとに決めていきます(図12)。



図12 中学校区での連携協議(イメージ)

それぞれの職種の人数が減少し、スタッフが高齢化していくことが前提となるので、互いに協力して、いかに要介護者、障害者を支えるかが重要となります。重度障害を持ちつつ在宅生活する人が多くなるでしょうから、経管栄養、気管切開をはじめ人工呼吸器等が必要な方などが増加しそうです。そうすると、かかりつけ医の訪問診療や訪問看護に加え、リハサービス、ヘルパー、デイ、ショートなど様々なサービスの連携なくしては支えきれなくなると考えられます。

リハスタッフは、将来、激増すると考えられていますが、働く人口が減少する中で、「激増する」という現在の想定ほどは増えないと考えられます。幸いといってはなんですが、将来も希少で貴重な職種であるともいえます。そこで、自分の技能を大切に、直接的に利用者にサービス提供するだけでなく、利用者^{かまど}を評価した上で、本人、家族、ケアマネジャー、ヘルパー等にアドバイスして、リハスタッフがなくても元気になり、生活レベルが改善するような支援を心がける必要があります。

このような連携システムを前提に、バリアフリー住宅や自宅に暮らす全ての住民に対し、それぞれの人のニーズに合わせて、24時間365日、多職種が適切なサービスを提供できるようになれば、地域包括ケアが実現したことになると思います。

住民活動も欠かすことができません

2025年には、虚弱、認知症、しかも独居というような住民が今よりずっと多くなるでしょう。そのため、住民どうしの見守り、支えあいが重要となってきますが、特に民生委員の役割は大切です。将来の民生委員

は従来以上に、年齢を問わず様々な課題を抱えた住民を把握し、見守り活動を行うことが期待されます。そして、民生委員が必要と判断し包括Cに連絡すれば、困っている住民のもとにすぐにサービスが提供されるような流れが強化されるでしょう。民生委員がそのような活動を展開するためには、包括Cから見守りが必要な住民の情報がきっちりと提供されることが大前提となり、個人情報保護法以降スムーズでなくなっている情報提供システムを作り直すことが必要となります。

また、すべての介護サービスを介護保険、自立支援法の枠内で行うことは現在でも困難ですが、将来は財源不足からさらに困難となるかもしれません。この問題を解決するために、すでに各地で「虚弱な人を元気な人が助ける」ような住民活動(有料ボランティア)が行われています。ただ、この活動がケアマネジャーに理解され、ケアプランに生かされているとは言えないと状況です。ケアマネジャーにとっても、各住民活動グループの特徴を知って、どんな利用者に応じたサービスを依頼していいのかわからなければ、頼むことはできません。今後は、包括Cの支援により、このような住民相互の助け合い活動がさらに拡大することと、多くの住民活動グループとケアマネジャーとの「顔の見える関係」ができるような包括Cのコーディネートが期待されます。

市町でのコーディネート

県内の市町では包括Cが一つだけというところもありますが、大きめの市では複数の包括Cが活動している地域も少なくありません。今後、包括Cが地域包括ケアのコーディネーターとして法的に位置づけられ、どの包括Cもそれぞれ頑張って地域包括ケア実現に向けて動き出すでしょう。

ここで問題なのは、各包括Cがそれぞれ頑張れば、どこでもうまくいくのかということです。包括Cも様々ですから、以前から地域のコーディネート活動を積極的に行ってきたところから、「何をどうしていいかわからない」ところまであるでしょう。しかも、「どうするのが正しいのかわからない。どこの包括Cの活動が先進的なのかかわからない。皆頑張っているのだから、まあいいか。」というような状況(新しい事業が開始されると、たいていそのような状況が生まれます)が当面続くことが予想されるので、問題は深刻です。放っておくと、各中学校でバラバラに活動した結果、市内に住む場所によってすごく暮らしやすい場所とそうでない場所ができてしまいます。

そこで、市町行政の出番となります。市町は保険者として、包括Cの支援や地域包括ケア実現の責任者ですから、市内の包括Cを集めてその活動法や考え方を指導できる立場にあります。市町の担当者が「地域包括ケアをどのように実現していくのか」について一定の戦略を持ち、どの包括Cのどの活動が将来の地域包括ケアにつながるのかを明確に評価し

た上で、市内の包括Cで共有し、共通認識を持って活動していけば、市内全域で同じように質の高い地域包括ケアにつながるでしょう。

このような市による活動は、大阪府枚方市で実際に行われています。市内の包括Cはすべて委託なのですが、先進的な活動をしている一つの包括Cを市担当者が評価した上で、この包括Cが他の10箇所の包括Cを指導する形を取っています。このような市としての関わりがなければ、枚方市では現在でも「どこの包括Cがいい活動をしているのか」さえ分からず、各包括Cがバラバラに活動する状況であったと思われます。地域包括ケア実現に市町の役割が重要なのは、このような事実から分かりますね。ただ、どの市町の担当者でも、包括C全体の支援ができるかという、そうとは言えません。前述のように組織のコーディネート能力を向上させるのはかなり難しいことですし、「地域包括ケアをどのように実現していくのか」についての戦略を持つことも簡単ではないからです。そこで将来的には、市町を支援し、間接的に包括C全体を支援する組織が必要になって来るのです。

2) 二次圏域での活動

二次圏域コーディネーターの必要性

包括Cや市町の地域り八支援活動がうまくいって各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のです。どの校区に住んでいる住民も病気で入院する病院は、通常、二次圏域(神戸圏域、西播磨圏域など)以上に広がっているのが実情です。遠くにあり連携できない病院からは在宅への退院調整が不良となりがちで、調整がない退院や調整直後の退院が起りやすいとケアマネジャー達は言います。調整がない退院があること事態信じられない人もいるでしょうが、県内でのケアマネジャーへの調査では、退院患者のなんと半数近くが退院調整を受けずに退院している地域があり驚かされます。退院調整のない退院は、ベッドやサービスなしでの生活となるため、本人、家族は苦しい生活を強いられ、遅れて駆けつけるケアマネジャーは慌てて病院やかかりつけ医に連絡をとりつつサービス調整をすることになります。また、訪問診療を担当するかかりつけ医も急に呼ばれることになり大変ですね。事前にしっかりと退院調整がある場合の数倍の労力が必要となります。また、サービスが整うまでに本人が寝たきりになってしまう危険もあり、これでは介護予防どころではありません。

今後ますますの入院期間短縮が予測される中、これからも退院調整のない退院が続出すると、各中学校区の地域包括ケアシステムが実現どころか崩れかねません。中学校区での地域包括ケアを実現するためには、二次圏域以上の広い地域における退院調整ルールを作成することが必要なのです。でも、

二次圏域での退院調整ルールを作ろうとしても、病院・在宅ケアともバラバラの状況では協議することは困難です(図13)。

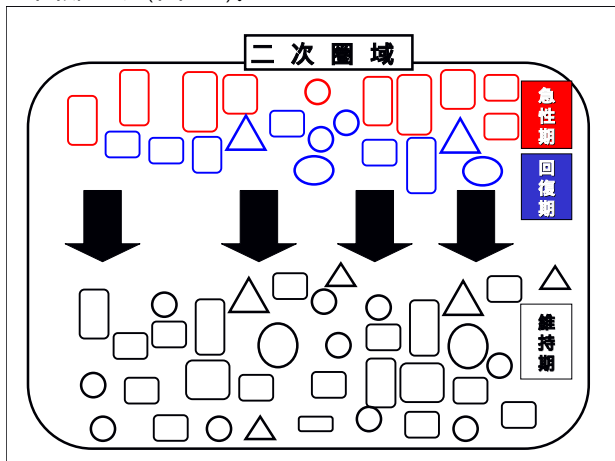


図13 病院・在宅ともバラバラでは協議できない

そこで、二次圏域レベルで病院ネットワークと在宅ネットワークを作った上で連携協議に入る必要があります(図14)。

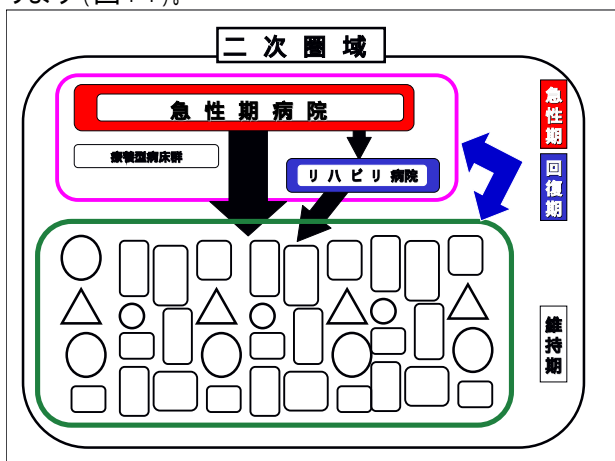


図14 病院・在宅ともネットワークがあれば協議が可能

しかし、このような状況を地域に作り出すには、その二次圏域をコーディネートする組織が必須です。そこで、筆者は「二次圏域コーディネーターの必要性」を提案したいと思います。そして、地域リハ支援システムの再整備には、地域包括ケアの実現と二次圏域コーディネーターの位置づけを重視すべきだと考えています。

二次圏域における活動のイメージ

二次圏域の病院をネットワーク化

二次圏域の病院をネットワーク化するといっても簡単ではありません。患者が退院する病院には、急性期・回復期・療養型など様々な病院があり、そのほとんどがネットワークに参加していないといけません。また、各病院の院長先生の会議ではなく、退院調整に関係する多職種(看護師、MSW、リハスタッフ、医師…)が参加する病院ネットワークが理想です。幸

い、近年、脳卒中地域連携パスをきっかけに県下に10ヶ所できた脳卒中病院ネットワークはそのような雰囲気なので、これを脳卒中以外にも拡大して「あらゆる疾患についての」病院ネットワークにしていくという作戦があります。

「そんなことが本当にできるの?」という声が聞こえてきそうですが、診療報酬改定で病院・在宅連携への報酬がいっそう手厚くなる見込みなので、多くの病院がどうしたらうまく在宅と連携できるのかと考えているところです。そこへ二次圏域コーディネーターが、「ネットワークに参加して在宅スタッフと協議していただければ、退院調整がすごく簡単になり、病院職員の省エネになりますよ。しかも、診療報酬もバッチリ獲得です!」とか言って回れば病院のネットワーク化はそう難しくはありません。私の勤務地の西播磨圏域の中心部ではこの方法で急性期病院のネットワークが数ヶ月でできましたので、他地域でもできると思います。

在宅ケアのネットワーク化

現時点で、中学校区単位での地域包括ケアができていない訳ではありませんので、二次圏域のケアマネジャー連絡会と包括C、リハサービス、介護サービス及びかかりつけ医が二次圏域単位でネットワーク化する必要があります。日常は各市、各中学校区での連携活動を中心にするのはもちろんのことですが、病院ネットワークとの交渉のときだけは二次圏域で団結して協議し、そこで決まったことは各市、各中学校区のスタッフに伝えてちゃんと守る、というイメージです。こちらの方が病院ネットワークを作るよりは簡単そうですね。

病院・在宅協議

病院・在宅のスタッフとも立場が違くと、問題意識が全く違います。特に患者を退院させる病院側には、在宅側がビックリするほど退院調整や在宅スタッフへの問題意識がなく「いつも世話になります」的な反応が多いように思います。一方、利用者や情報を受け取る側の在宅スタッフには、一種、被害者のような意識があり、「病院に言いたい文句がありすぎて整理できない」という状況になることが多いです。

というわけで、両者の課題をはっきりさせるためには、問題意識の強い在宅スタッフから思いっきり「本音トーク」していただくことが大切です。しかし、在宅スタッフが病院に不満を持ちながら、それをぶつけてこなかったのは、病院とケアマネジャーとの力関係には強弱があり、ケアマネジャーにとっては「病院に文句を言ったら出入り禁止になるのでは」との懸念があるからです。そこで、立場の弱い在宅スタッフに「本音トーク」してもらうための条件は、病院との仲介を行う二次圏域コーディネーターが病院と在宅スタッフの両者に信頼され、「本音トーク」した在宅スタッフが不利益を受けないことを信じてもらうことです(図15)。

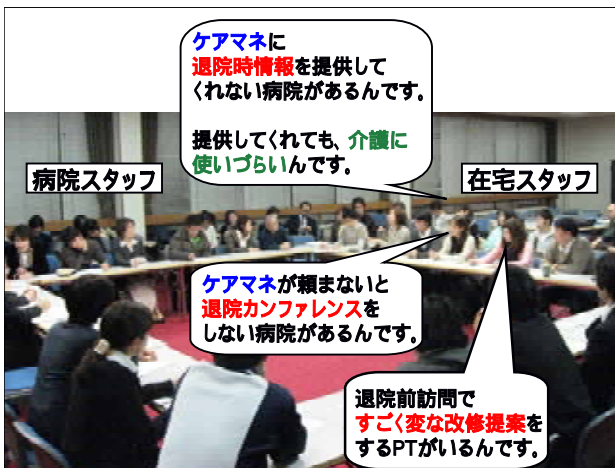


図15 姫路市での回復期病院・在宅協議

何でも言い合える関係ができれば、病院・在宅の多職種で、退院調整の手順や退院時の情報提供について話し合うことになります。退院調整の手順については、まずは受けて側の「ケアマネジャー、かかりつけ医の求める手順」を聞いた上で、病院から「そこはちょっと無理なのでこのように」というような修正意見を出した上で、互いに納得いく退院調整の手順をルール化することが大切です。また、退院時の情報提供については、従来、「病院が良かれと思って書いた文書」を一方向的に渡す傾向がありますが、これを機会に「ケアマネジャー、かかりつけ医が求める言葉、内容のもの」に変更した方がいいと思います。というのは、退院時の情報は受け手側の在宅スタッフが活用できてはじめて値打ちができるからです。また従来、退院時情報については病院の文化として、医師は在宅の医師へ、看護師は訪問看護師へ、リハスタッフは在宅のリハスタッフへ向けて作成するようになっていました。しかし、これではケアマネジャーにとって専門用語が多かったり、内容が荒かったりして、うまく使えないものが多いそうです。これから、在宅の同職種への提供も大切ですが、同時に生活全般をみるケアマネジャーが理解し、活用できる退院時情報を作成するべきでしょう。

ただ、「何がほしいですか？」と聞くとものすごい量の要求が在宅スタッフから出てくることがありますので、二次圏域コーディネーターは「在宅スタッフのほしい情報を、病院側の負担にならない範囲にまとめましょう」という感じの調整に入ることが大切です。

もう一つ大切なことは、病院・在宅協議で退院調整ルールができて、「それで終わり」にしないことです。必ず定期的に会合を持ち、退院調整の手順が守られているか、情報に問題はないかを相互に確認することが大切です。そして、とてもうまく運用している病院を皆で思いっきり褒めるようにすると、うまくできていない病院がなんとなく気まづくなり、次回までに改善してくることがあります。このような活動の継続が、地域の病院の質を全般に高めることになります。また、ここまで進めば、現在多くある退院調整なし退

院も過去の話になるでしょう。

このような活動は、すでに姫路市³⁻⁵⁾や明石市⁶⁾で現実の活動として進行しています。よろしければ、参考文献をご一読ください。

5、二次圏域コーディネーターの役割とその候補

地域包括ケア実現へ向けて、二次圏域コーディネーターに期待したい役割は、二次圏域において、1) 疾患を問わず病院をネットワーク化すること、2) 市町村と協力して、包括Cのコーディネート能力を高めること、3) 在宅ネットワークを育成すること、4) 病院・在宅ケア連携の協議を調整すること、だと考えています(図16、17)。2)、3)については、多くの包括Cを育成しつつ、在宅ケアをまとめていけばいいので一体と考えられます。

やや困難な活動であります。地域包括ケア実現のためにはどうしても必要な役割です。それに、未完成ではあっても実際にそれに近い活動を展開している地域・組織は県の内外に存在しますので、その活動を参考にすることも可能です^{7、8)}。

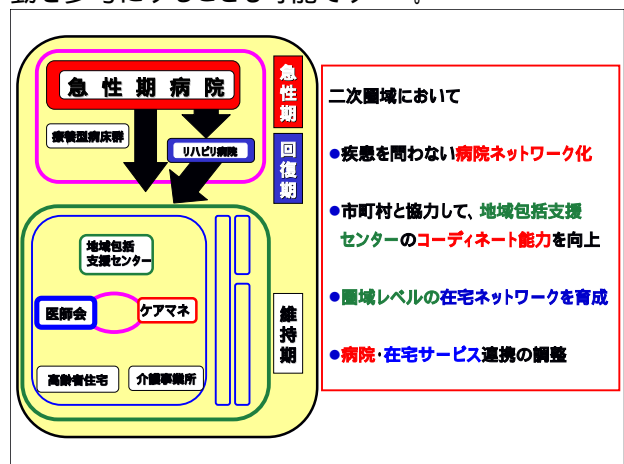


図16 二次圏域コーディネーターの役割

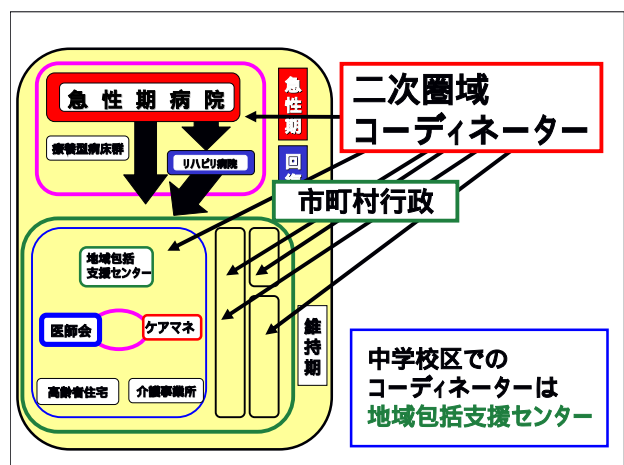


図17 二次圏域コーディネーターの活動イメージ

6、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ました(図18)。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ました。

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」となります。筆者としては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ころでしたが、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りました。



図18 県庁 地域リハワーキング会議(イメージ)

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。保健所の現状を図19にまとめましたが、「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す。仮にこれまで、そのような活動が目立たなかったとしても、それは国および県庁が明確な指示を出してこなかったからであり、決して保健所の責任ではありません(と私は思います)。というわけで、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ました。

- ◆ 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
- ◆ 全国に500ヶ所の保健所ネットワークを形成。
- ◆ 保健所が全国的な圏域コーディネーターとなるための条件は、厚労省が全国の保健所に通達を出すことである。兵庫県だけなら県庁からの通達でOK!

<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レベル

<利点> 保健師がヘルスプロモーション教育を受けている
(地域のコーディネート技術)

業務命令があれば、二次圏域コーディネーターになれる!

図19 保健所はかなりスゴイ!

7. 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、保健所の活動が以前にもまして活発化しました。そこで、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ました。年2回の全圏域研修と随時の現地支援の形を取っています。図20は2011年7月のもので、昨年度に保健所と圏域リハ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もらうようにしました。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ます。

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ます。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ます。

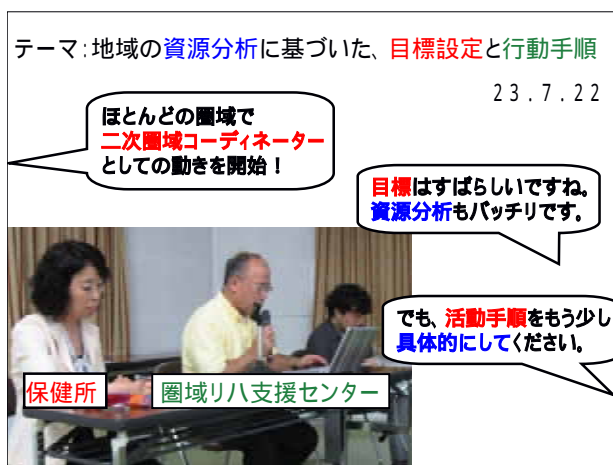


図20 二次圏域コーディネーター研修

8、本気で地域包括ケアを実現させるために

現状ではどうしても高齢者問題を中心に話が進む感じがありますが、障害を持つ人を支えるということでは地域包括ケアに年齢の壁はないと考えています。高齢障害者も若年障害者も、病気や怪我で入院治療後、退院調整を受けて在宅ケアに戻るというプロセスは何も変わりません。在宅ケアでのニーズに若干の違いがあるでしょうが、「個々人のニーズに応じて、適切なサービス提供」で解決すべき問題です。

しかし、現実には介護保険分野と自立支援法分野には法律、行政、専門職および当事者間に大きな壁があるのは事実でしょう。今から両者が協力し、県下のどこでも、年齢に関係なく地域包括ケアを受けることができるように活動を開始すべきだと思います。

地域包括ケアは、現時点で障害を持って生きている方々にとってはまさしく現在の問題ですが、同時に今20～30才の皆さんにとっては親の老後の問題であり、40 台後半の筆者にとっては「まさに自分の老後の問題」として切実に捉えるべきだと最近ひしひし感じます。

世界でも未経験の超少子高齢者をどう乗り越えるかは我々みんなの力が試されているといえます。2025年までには今から14年あるとはいえ、急がないと間に合わないかもしれません。

ただ、現時点で冷静に考えると、中学校区、市町、二次圏域で活躍すべき「主役」の皆さんは、今後、新たな連携システムを作っていかなければならなりません。当面、試行錯誤のなか悩みながらの活動が続くでしょう。一方、中学校区、市町、二次圏域での「脇役」であるコーディネーターについては、地域包括支援センターはこれからコーディネート能力を身につけつつ、「主役」の皆さんの活動を支援する練習段階に入るところと言えるでしょう。市町の担当者もそうですし、二次圏域コーディネーターとなる圏域リハ支援センター・保健所も似たような状況です。

このような現状から、「主役」も「脇役」もこれから成長していく段階にあることを認識し、互い過剰期待を持たず、新たな気持ちで地域包括ケア実現へ向けた活動を、力を合わせて行っていくしかないのだと思います。働く人口が減少していくなかで、日本に不要な人材はありません。すべての人も力を結集して兵庫県の将来を明るいものにしてきましょう。

8、まとめ

- 1) 「地域リハ」とは住民や専門職・組織が力を合わせて地域を良くするために行う活動
- 2) 「地域リハ支援」とはその活動がうまくいくようにコーディネートすること
- 3) 兵庫県は近い将来、労働者が減少するのに対

し、後期高齢者が増加し、この状況への対応がどうしても必要

- 4) 国レベルでは「地域包括ケア研究会 報告書」が発刊され、2025年までに地域包括ケアを実現する必要性を提言
- 5) 中学校区のコーディネーターは地域包括支援センターであり、その支援は市町行政。今後、市町への支援が必要。
- 6) 将来、少ない人手で多くの後期高齢者に対しサービス提供する必要があり、連携改善やサービス提供の効率化を行っても、ギリギリの状況が予測される。この状況に退院調整もれの退院患者が次々帰ってきたら、在宅ケアは維持困難。
- 7) 入院先の病院は二次圏域に拡がるので、「退院調整もれの退院」を防ぐためには、二次圏域の病院と在宅ケア協議が必要。でも、互いにバラバラだけでは協議にならない。二次圏域の病院ネットワークと在宅ネットワークができてはじめて連携協議が始められる。
- 8) そのためには、二次圏域コーディネーターが必要であり、その任務は、1) 病院・在宅の双方のネットワーク化と連携の調整、2) 市町に協力して地域包括支援センターのコーディネート能力を高め、地域包括ケアを実現すること
- 9) 兵庫県では県庁に地域リハワーキング会議が設立され、保健所が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の役割を果たすことになった。現在、両者のトレーニング中。
- 10) 県下のどこでも、「年齢に関係なく」地域包括ケアを受けることができるようにするためには、介護保険分野と自立支援法分野の壁を越えて、協力し活動する必要がある。
- 11) 「主役」も「脇役」もこれから成長していく段階。ともに力を合せて活動するしかない。自分の老後のためと考え、頑張ろう！

参考文献

- 1、ILO,UNESCO,WHO: CBR Joint Position Paper ,2004 (邦文訳はインターネット検索可能)
- 2、平成 21 年度 老人保健健康増進等事業『地域包括ケア研究会 報告書』平成 22 年 3 月(インターネット検索可能)
- 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 2006; 16(4):53-63.
- 4、逢坂悟郎:病院・在宅連携を実現するための連携コーディネート. 地域連 network 2009;2(5):4 - 15

- 5、 山野敬子、逢坂悟郎、兼子芳文：兵庫県中・西播磨圏域における脳卒中の退院時情報共通ルール. 地域連携入退院支援 2011;4(3):54-57
- 6、 松本圭司：医療と介護の連携：保健所の役割について. 地域連携入退院支援 2012;4(6): (印刷中)
- 7、 手塚康貴：地域ネットワークの強化による回復期基点のシームレス連携. 地域連携入退院支援 2011;4(4):10-19
- 8、 関建久：広大な地域全体での病院・在宅連携の取り組みに見る地域完結医療. 地域連携入退院支援 2012;4(6): (印刷中)