

グッドプラクティショナー 紹介

推薦文

関 建久さんをグッドプラクティショナーに推薦する理由

グッド・プラクティショナーとして北海道北見市の社会医療法人明生会道東脳神経外科病院・関建久さんを紹介します。関氏は、病院における退院支援を通して察知した問題を地域全体の課題と認識し、関係機関・関係者とともに地域ケアネットワークを作ってきました。

調査やグループワーク等の手法によって、「ヒューマンロック」といえる関係者の固定化した思考に変化のきっかけをもたらし、問題

意識を共有し、ビジョンをもった協働関係を地域に形成した関氏の取り組みは、地域包括ケア体制としての枠組みが形成できつつある今、そのケア体制が有効に機能するよう、血の通ったものとするソーシャルワーク実践の一つの形として、示唆に富むものであるといえます。

(推薦者：上智大学

総合人間学部教授 高山恵理子)

〈グッドプラクティショナーについて〉

1 背景と目的

- ・よりよい実践を発掘・評価し、広く伝えることにより、よりよい実践が拡大することを目指す。
- ・よりよい実践を行っているソーシャルワーカーの仕事ぶりを紹介することによって、よりよい実践とは何か、よりよい実践のためには何が必要か、などについて読者に考えていただく契機を提供する。
- ・これにより、ソーシャルワーク学会として、理論の発展だけでなく実践の向上を、また、理論と実践の往復運動の促進を目指す。

2 方法

- ・推薦者から候補者名をあげていただき、その推薦理由(200~400字程度)を書いていただく。合わせて、候補者に執筆の承諾をとっていただく。
- ・候補者は学会員以外でも可能。執筆内容は「実践内容」。
- ・承諾を得られた候補者には、編集委員会から「私の実践：一」といったタイトルで、実践内容を紹介していただくように依頼する(3,200字程度)。

私の実践

地域ケアネットワークと退院援助

—北海道北見市での取り組み—

関 建久 (社会医療法人明生会 道東脳神経外科病院)

1. はじめに

近年、医療機関では診療報酬改定による在院日数短縮へ向けた取り組みが先鋭化し、医療機関で働くソーシャルワーカーは短い入院期間で援助を実施するよう要求されている。発病により顕在化した患者家族の生活課題を、短い援助期間で解決することは難しい。自宅退院が困難な患者は回復期を担当する医療機関等へ転院し援助を引き継ぐ。また自宅復帰が叶ったとしても、疾病の再発や心身機能低下を防ぐ取り組みが地域で継続されなければ援助は徒労に終わる。

本稿は援助範囲を急性期医療機関内に留まらず自宅まで視野に入れ、地域のケアネットワークを紡いできた実践を報告する。実践過程で重要だったのは、関係者の問題意識の共有と明確な取り組み目標の設定であった。

2. 北海道北見市における地域ケアの課題 (地域ケアネットワーク以前)

1) ヒューマンロックの介護関係者

平成18年、当院が開院した頃の北見市は、胃ろうや経管栄養など医療処置が必要な在宅療養者は通所サービスや短期入所サービスなどが利用できなかった。筆者の以前勤務していた地域では、胃ろうや経管栄養などの方は問題なく在宅サービスを受けていた。この違いを北見市の介護保険事業者に尋ねると「今までこのようにやってきたの

で別段問題とは思わない」「病院からも相談がない」など自分たちのできる範囲内の業務にしか関心がなく、問題意識を感じていなかった。

2) 窓口のない医療機関

また患者の転院や相談に対する各医療機関の窓口は不明確で、機能していなかった。転院相談の窓口は病院長、看護部長、事務職がほとんどであった。担当者は時として異動し、手続きのルールも頻繁に変更された。当時北見市内の16病院のうちソーシャルワーカーが配置されていた病院は、当院を入れて3機関のみであった。

3) 退院時連絡漏れ率58%の実態

次章で述べる活動の一環として筆者らが平成21年に北見市内のケアマネジャーを対象に実施した調査(回答率97%)によると、半年間に医療機関を退院後、介護保険サービスを受けた住民666名中、退院前に医療機関からケアマネジャーへ連絡がなかった(退院時連絡漏れ)割合は58%であった。逆に患者の入院時、ケアマネジャーが医療機関へ連絡していない割合(入院時連絡漏れ)も52%あった。つまり、ケアマネジャーと医療機関のやり取りは極めて低調であった。

3. 関係機関や多職種による地域課題の共有と目標の抽出活動の取り組み（筆者らの取り組み）

1) 病院ネットワーク構築と医療資源不足のあぶり出し

平成 19 年 6 月、オホーツク三次医療圏における脳神経外科を標榜する 4 機関の脳神経外科医師を中心メンバーに「オホーツク脳卒中研究会」という有志の活動体が地域連携活動を開始した。筆者らが中心となり、平成 20 年 6 月より 7 つの医療機関で構成する脳卒中地域連携パスを開始した。

しかし脳卒中地域連携パス対象者は全脳卒中患者の一部であることから、研究会は三次医療圏すべての脳卒中患者のデータを各医療機関で提出することを決定した。提出データは脳卒中疾患の種類（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血）、入院時 JCS (Japan Coma Scale)、退院時 mRS (modified Rankin Scale)、FIM (Functional Independence Measure) や転帰先のデータであった。その結果 31 万人が暮らすオホーツク三次医療圏では年間約 1,100 名の脳卒中患者が発症し、7 割が急性期から自宅退院、2 割が回復期、療養病院や施設へ転院することが判明した。この調査は毎年継続して調査され、脳卒中医療資源の必要量を測る目安となった。特に回復期リハビリテーション病棟が不足していることが明らかとなった。今まで知らない重要な経営上のデータが明らかになった結果、ある急性期病院は病床機能を変更し回復期リハビリテーションの入院患者を受け入れるようになった。また市内の医療機関にソーシャルワーカーが配置されるようになった。情報の共有が経営方針の変更につながった。

2) 在宅ネットワークの主役たるケアマネジャーの意識変革

平成 20 年 10 月、病院ネットワーク作りを勧める傍ら、次に地域への取り組みに着手した。つまりケアマネジャーらを中心とする在宅ネットワー

ク作りである。この活動は筆者らがメンバーである地域リハビリテーション広域支援センター（二次医療圏に一つ設置）を活用した。まず地域の介護事業所を対象に「自分のまちの医療と介護がこのままではまずい」と認識を促すことを目的とした研修会を開催した。研修内容は講演の後「私たちの地域で脳卒中になったら」をテーマにグループワークを実施した。参加者は医療機関が 3 割、残り 7 割が在宅の介護保険事業所やケアマネジャーであった。この研修会では病院に対するケアマネジャーたちの不満が噴出した。なぜならケアマネジャーたちは医療機関に対する不満を言い合う場所がなかったからである。

グループワークで出た不満として医師の態度が横柄である、病院から退院の連絡が無い、主治医意見書の医師の字が汚くて読めない、などが挙げられた。研修会後のケアマネジャーの回答したアンケートでは、①今までは自分だけが問題意識をもっていたが、他の多くの仲間も同じように考えており勇気づけられた。②医療機関もこの問題は重要であると認識していることが分かった。医療機関は聞く耳をもたないと思っていたが、良いパートナーシップを築けると思う。③皆で頑張ればもしかしたら医療と介護のネットワークが進むかもしれない。などの意見が聞かれた。グループワークで将来の望ましい関係者間のネットワーク像を生き生き語る様子を見て、地域が変わる瞬間とはこういうことの積み重ねになるのだと実感した。

この研修会を企画、実施したメンバーは北見市内に勤務する看護師、保健師、薬剤師、リハビリテーションスタッフ、ソーシャルワーカー、保健所職員など 10 名である。メンバーはこの活動を手弁当でも「やりたい」と希望して集まった有志で構成した。メンバーはいわば脇役として働き、参加者の多くの人々に「自分のまちの医療と介護がこのままではまずい」と認識を促し「解決には参加した皆さんの力が必要です」と訴えた。つまり地域の皆さんがこの問題解決の主役であるという構図にした。受動的なままの態度ではヒューマンロックが解除しないと考えたからである。

3) 情報コミュニティ構想を自治体と郡市医師会の主導で実施

その後平成 23 年 7 月、北見医師会などが中心となり「北見市医療福祉情報連携協議会」が設立された。この協議会は、会長は北見医師会会長が務め、北見市内の医療機関、介護施設、地域包括支援センター、行政が参画し、それぞれもつ患者情報を ICT (情報通信技術) を用いて共有し、北見の医療と介護の連携を高めることを目的に設立された。つまり北見市を一つのコミュニティと見なし、バラバラだった患者情報を共有することを目指した任意団体である。筆者はネットワークづくりを担当する副会長を務めている。

患者情報を地域内で ICT を用いてネットワーク化する試みは、全国多くの地域で実践されている。我々のこだわりは、ネットワークが必要だという地域全体の意識の高まりなしに ICT システムを導入しても使用されないと考えたところにある。前述の地域リハビリテーション広域支援センターが数年かけ、活動した成果が遺憾なく発揮された。

この協議会の活動の柱となっているのが「北まる net」の運用である。これは医療機関や介護保険事業所がそれぞれもつ患者・利用者情報を OS

や端末に依存しない Web ブラウザ上で情報を共有するシステムである。

しかし、システムができて自動的に地域の課題が解決するわけではない。現在筆者が担当するネットワーク部会では「退院時連絡漏れを無くす」という具体的な目標を設定し、そのために病院ネットワークと在宅ネットワーク同士の平等で対等な協議会の設置と運営が実現することを目標としている。3 年後の平成 24 年に実施した退院連絡漏れ調査では、退院連絡漏れ率は 58% から 40% に改善した。

4. おわりに

近年地域包括ケア推進が叫ばれ、全国の殆どの地区で取り組みが開始している。いわば「連携の時代」である。しかし、活動の中には「連携を推進するためには」などのように「連携の推進」自体が目的や目標化している地域を散見する。重要なのは連携を推進したあかつきに達成したい地域の「在りよう」をまず明確にすることであると感じた。そのためには「このままではこの地域はまずい」という問題意識の共有が重要であった。