医療と介護をつなぐ情報誌

季刊

solasto

No.17
Winter
2017

特集

「早期在宅復帰」のトリセツ

病院に求められる退院調整・在宅支援

あしたを元気に
ソラスト

在宅復帰支援の目的は患者さんの意思を尊重した生活の実現である

団塊の世代が75歳を超える2025年以降、都市部を中心に、医療・介護需要が急増することが予想されている。限られた財源や人的資源で、こうした需要に対応するためには、病院病床の効率的な運用が欠かせない。この視点は診療報酬にも反映されており、病院経営上、平均在院日数の短縮や患者さんの在宅復帰の促進は大きな課題になっている。一方、患者さんの視点から考えた場合、病院は必要な治療を受ける場であり、自分の意思を尊重した生活を送ることができる場ではない。つまり、患者さんの早期在宅復帰は医療政策、病院経営、患者満足、すべての点から求められていることであり、避けては通ることのできないテーマである。

患者さんの早期在宅復帰支援は、病院だけでできることではない。在宅医療を担う診療所や介護サービス事業者など在宅療養の支え手がなければ、患者さんは安心して在宅復帰することはできないからだ。患者さんの早期在宅復帰に向けた取り組みは、患者さんの意思を尊重した生活という目的を実現するための手段の1つである。

今後、何らかの疾患や障害を抱えながら、地域で生活をしなければならない高齢者は増えるため、「治し、支える医療」の重要性はさらに高まっていく。在宅復帰支援を推進するにあたっては、手段と目的を間違えないよう留意したい。

［医療と介護をつなぐ情報誌］
季刊 solasto
NO.17
Winter
2017

CONTENTS

トップランナーたちの挑戦 ～経営現場からの便り～ 4
長尾 和宏さん
医療法人社団裕和会長尾クリニック院長
日本尊厳死協会副理事長
介護職や地域住民を巻き込み
患者の望む生活を最期まで支える「町医者」の理想形

特集 7
「早期在宅復帰」のトリセツ
病院に求められる退院調整・在宅支援

8 総論
診療報酬から考える!!
医療機関に求められる入院患者の早期在宅復帰支援の推進

11 各論
患者の早期在宅復帰に向けて
退院支援から在宅支援まで
病院が取り組むべき7つのPoint

連載

ドキュメント・ザ・多職種連携 14
地域の多様性を受け入れると
「普通に暮らす」ための連携が生まれる
中野 智紀さん
社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス
東埼玉総合病院 在宅医療連携拠点「菜のはな」室長

あしたを元気に！ソラスト施設 訪問記 16
保護者から信頼してもらえる
保育園を目指して
保育園
ソラスト新江古田（東京都練馬区）

笑顔のひと 18
子どもたちの成長を身近に感じる
そんな保育士の仕事が大好き
遠藤 彩乃さん
ソラスト新江古田　保育士

コトバの鍵 19
社会福祉士

VEGETABLE OIL INK
FSC www.fsc.org ミックス 責任ある木質資源を使用した紙 FSC® C006469
UD FONT 見やすく読みまちがえにくいユニバーサルデザインフォントを採用しています。

トップランナーたちの
挑戦
～経営現場からの便り～

介護職や地域住民を巻き込み 患者の望む生活を最期まで支える 「町医者」の理想形

医療法人社団裕和会長尾クリニック院長
日本尊厳死協会副理事長

長尾 和宏さん

日常の健康管理から看取りまで、
町医者として地域医療の最前線に立ち続けながら、
日本尊厳死協会副理事長として人生の最終段階における
医療のあり方について問題提起を行っている長尾和宏さん。
人生の最終段階における医療と、
そのための体制づくりについて聞いた。

医師の「死」と向き合う姿勢が患者のQODを高める

――地域包括ケアシステムの構築が進められるなか、在宅での看取りを含めた人生の最終段階における医療のあり方が大きなテーマになっています。長年在宅医療に尽力し、数多くの看取りも行ってきた立場から現状をどのように捉えていますか。

人生の最終段階における医療のあり方を考えるうえで、まず認識しておかなければならないのは、日本は先進国のなかにあって唯一本人の「リビングウイル」に基づいた尊厳死が法的に担保されていない国であるということです。

この話をする前に言葉の定義をしておきたいのですが、尊厳死とは余命を宣告された患者さんが過剰な医療を受けずに自然死を待つことを指します。マスコミなどで「安楽死」と混同されて使われるケースもありますが、安楽死は医師が薬物を使うなど積極的な医療行為により患者さんの命を縮めることです。もちろん安楽死は日本では認められておらず、医師は自殺ほう助といった罪に問われることになります。

一方、尊厳死については、治療の手立てがなくなった場合に延命措置を控えてもらうなど、人生の最期に望む医療行為について事前に書面に残しておくリビングウイルがあることを前提に、人工呼吸器や人工栄養などの延命治療の不開始が社会的に容認されつつあります。ですから不開始による尊厳死に対して、医師が罪に問われることはないでしょうが、法的な担保はなされていないのが実情です。冒頭に言いましたが、こうした尊厳死を担保する法律がないのは先進国で日本だけであるという極めて特異な状況にあることを知っておいてもらいたいと思います。

とはいえ、これから多死社会を迎えるにあたり、人生の最終段階の医療のあり方、つまりリビングウイルを1人ひとりが考えておかなければならないのは事実です。これが明確になっていないと、いざというときに家族や医師はどうすればいいのかがわからないからです。

しかし日本でリビングウイルを持っているのは全人口のわずか2%もいません。先日、ある医学会の講演会で約500人の医師に対して、「リビングウイルを持っている人はいますか」と問いかけたところ、1人もいま

ながお・かずひろ
医療法人社団裕和会理事長、長尾クリニック院長。1984年、東京医科大学卒業。大阪大学第二内科等を経て、95年、長尾クリニック開業。2006年、在宅療養支援診療所登録。複数の医師による連携で、年中無休の外来診療と24時間体制の在宅医療に従事。日本尊厳死協会副理事長・関西支部長、日本慢性期医療協会理事など多数の公職も務める。『「平穏死」10の条件』『薬のやめどき』『痛くない死に方』(ともにブックマン社)など著書多数。

せんでした。自らは「死」について考えないのに、患者さんに対しては一方的に「リビングウイルを持て」というのは考えものです。人生の最終段階の医療を国民一人ひとりに考えてもらうためには、まず医師が規範を示すべきです。

また、医師がリビングウイルを持つことは、「死」を一人称として考える機会にもなります。患者さん本人は「死」を一人称で、その家族は二人称で捉えているのに対し、大半の医師は三人称でしか考えていません。一人称と二人称の間でもかなりの違いがありますが、三人称となると患者さんの気持ちとまったく乖離してしまうことになりかねません。ノンフィクション作家の柳田邦男氏と対談した際、「医師は最低でも二・五人称の視点を持たなければ患者の気持ちを理解できない」と言われていましたが、そのとおりだと思います。病院医療の世界では最近、QOD（死の質：Quality of death）の向上といった言葉が使われるようになっていますが、そもそも在宅医療の世界ではQODが高いため、ことさらにクローズアップされることはありません。その背景には多くの医師が二・五人称で患者さんの「死」と向き合ってきたからです。人生の最終段階の医療を考えるにあたっては、医師をはじめ医療者が自らリビングウイルを持ち、「死」と向き合うことから始める必要があると思います。

24時間365日の在宅医療には病院の協力が不可欠となる

――在宅での看取りを進めていくためには、それを支えるためのインフラ整備も必要になります。この点については、どのように考えていますか。

診療所の大半は常勤の医師が院長1人という状況であり、こうした診療所に「看取りまできちんと担え」というのは酷なことです。老衰の患者さんは看取れるかもしれませんが、がん患者さんなどは適切な緩和ケアが必要になりますし、専門医との連携も必要になってきます。患者さんの状況にあわせて、ある程度の棲み分けは必要になるでしょう。

また、在宅医療における最大の問題は夜間の対応です。医師1人で24時間365日体制を敷くのは至難の業であり、これを実現するためには病院の協力体制が重要になってくると考えます。現在、病院と診療所の間での地域連携が推進されていますが、昼間に紹介状を書いて患者さんの受け渡しをするだけというのが現状です。私は、夜間の在宅の当直体制を基幹病院に担ってもらうという提案をします。あるいは、当院のように診療所で複数医師体制を敷くという方法もあります。当院には現在7人の常勤医師が在籍しており、24時間365日体制で在宅の患者さんを支えています。

いずれにしても在宅での看取りを進めていくためには、マンパワーやICTなど、新しい仕組みづくりが必要であると考えています。

介護職が学ぶ場づくりも在宅医の使命である

――患者さんが安心して在宅療養できる環境をつくるためには、医療と介護の連携も重要になります。長尾先生は古くから介護職との連携にも力を入れてこられましたが、この医療と介護の連携を進めていくためには、どのような取り組みが必要でしょうか。

医療の効率性の観点から、病院では平均在院日数の短縮が進められており、医療需要の高い患者さんを在宅で受け入れなければならなくなっています。当然、在宅側としてはこのような患者さんを支えるために必要な知識や手技を身につける必要があり、これは医療職だけでなく、介護職も同様です。つまり、介護職にもある程度の医療的な知識を持ってもらう必要があるということです。

「連携しようにも介護職は医療について何も知らない」と言う医師もいますが、そもそも教育を受けてないのだから当たり前のことです。愚痴をこぼすのではなく、介護職が医療について学べる場をつくっていくことも在宅医療を担う医師の使命だと考えています。

実際、当院では古くから介護職を含めて地域の多職種と連携する会（尼から連携の会）を開催してきました。さらに、昨年7月には「国立（こくりゅう）かいご学院」という私塾も創設し、地域の介護職を対象に人生の最終段階における医療のあり方や認知症対応、看取りなどをテーマにした授業を行っています。私塾ですから講師は私が務め、授業料は無償で、その後の飲み会代もほとんど出しています。そのほかボランティアとして地域の夜間高校で命の授業を行ったり、地域住民の方々のための啓発セミナーでの講演を全国で1000回ほどしています。これらを行うのは、在宅医療・介護の質を上げていくために必要なことだからです。

「地域に出ていく」と言うと訪問診療や往診をイメージされるかもしれませんが、在宅医療を看板に掲げる限り、医師にはこのような教育や啓発活動も求められると考えています。ですから医療と介護の連携を進めていくためには、医師が積極的に地域に出ていくことが重要だと思います。

特集

「早期在宅復帰」のトリセツ

病院に求められる退院調整・在宅支援

© sharaku1216 - Fotolia.com

QOLの向上はもとより医療の効率性の面からも、医療機関には患者さんの早期退院および在宅復帰につなげるための取り組みが求められている。そのカギを握るのは、退院支援と地域連携だ。本特集では2016年度改定で新設された退院支援加算の内容をはじめ、早期在宅復帰に向けて必要となる病院の体制、その受け皿となる病院および介護事業者との連携の取り方、急性増悪時の受け入れなど、患者さんが安心して在宅復帰できるための仕組みづくりを考える。

総論

診療報酬から考える!! 医療機関に求められる

入院患者の早期在宅復帰支援の推進

患者の「早期在宅復帰」が求められる背景には、団塊の世代が75歳を超える2025年以降の医療需要の増大への対応と、住み慣れた地域で最期まで暮らすという患者の生活を重視した医療体制の構築がある。端的に言うと、この2025年モデルに向けた、限られた社会保障財源や医療資源を最大限効果的に使うための仕組みづくりの一環だ。そこで最初に「早期在宅復帰」の前提となる医療提供体制の改革の流れを近年の診療報酬改定をもとに紹介する。

機能分化と連携の目的の1つが患者の早期の在宅復帰

国民皆保険制度や年金制度など、わが国の社会保障制度は、昭和20年代、戦後の復興期に国民生活を支援するためにその基盤がつくられ、その後、高度成長期に整備されていったという歴史がある。しかし、社会保障制度が整備された時代と、団塊の世代が75歳を超える2025年以降では人口構成は大きく異なり、今後は高齢世代が極端に増える一方、支え手となる生産人口は減少していく（図表1）。人口動態の将来的な推移は、大きく異なることはないため、このままでは社会保障給付費は増加の一途をたどっていくにもかかわらず、その財源となる税収などは減少するという事態を迎える。つまり、これまでと同じ仕組みでは成り立たなくなるのだ。

このような状況を受けて、社会保障・税一体改革に代表される、社会保障制度の見直しが進められている。医療に関しては、誰もが住み慣れた地域で安心して生活を送りながら、尊厳を持って最期を迎えるための仕組みを、限られた予算と人員で構築することが大きなテーマとなっている。そのために医療機関に対しては、急性期から慢性期、在宅医療まで、機能分化・強化と連携を進めることで、従来の「病院完結型医療」から、地域全体で患者を治し支える「地域完結型医療」を構築していくことが求められており、医療機関の機能分化と連携の先にある1つのゴールとなるのが、患者の「できるだけ早期の在宅復帰」である。

医療機能を問わずすべての病床に在宅復帰要件や評価指標が導入されている

近年の診療報酬改定でもその傾向は如実に表れている。たとえば、2014年度改定では、急性期から慢性期医療まで、すべての病床機能に対して在宅復帰を求める要件や評価指標が導入された。

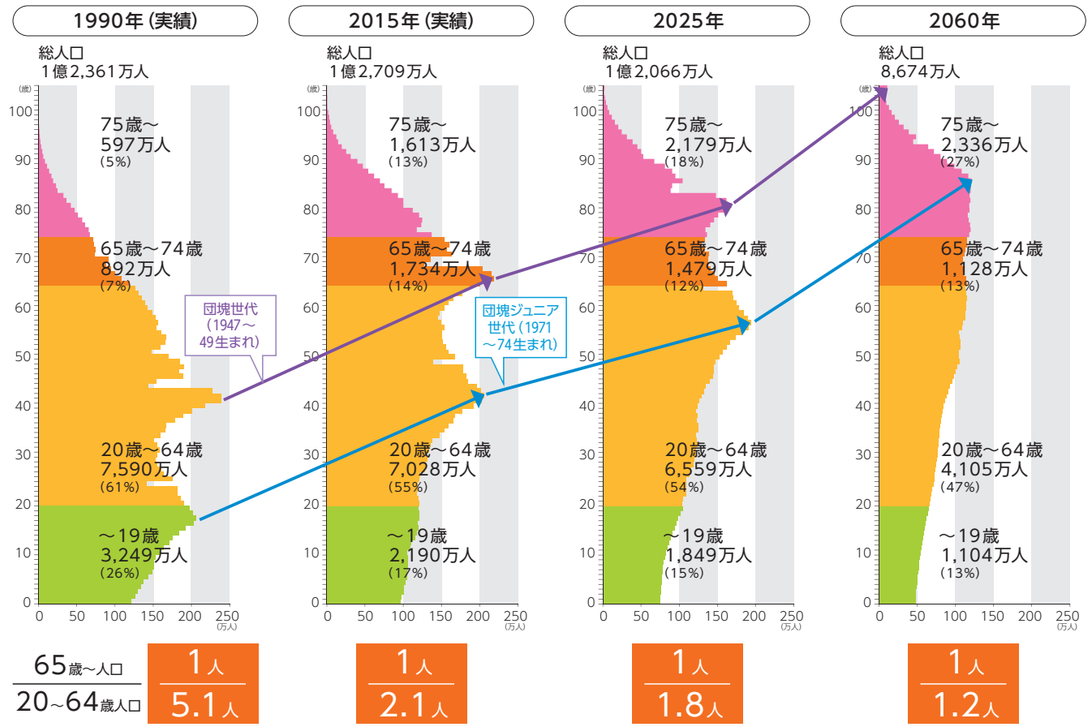
7対1入院基本料については、自宅等退院患者割合75％以上（以下、在宅復帰率）が課せられた。ここで言う「自宅等」とは、▽自宅、▽回復期リハビリテーション病棟入院料の届け出を行っている病棟、▽地域包括ケア病棟入院料の届け出を行っている病棟もしくは病室、▽療養病棟（在宅復帰機能強化加算の届け出を行っている病棟に限る）、▽居住系介護施設または介護老人保健施設（いわゆる在宅強化型介護老人保健施設または在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届け出を行っている者に限る）――とされた（図表2）。さらに16年度改定では、ここに在宅復帰機能強化加算を算定する有床診療所への転院を在宅復帰のカウント対象に加え、在宅復帰率の基準値は80％に引き上げられた。14年度改定で新設された地域包括ケア病棟入院料1でも在宅復帰率70％以上が課せられたが、こちらも同様に16年度改定で、在宅復帰機能強化加算を算定する有床診療所への転院は在宅復帰と見なされるようになった。

なお、在宅復帰機能強化加算は14年度改定で新設された、療養病棟入院基本料1向けの加算であり、在宅復帰率50％が要件となっている。これまで療養病棟には、在宅への退院が難しい人の受け皿的要素が強くあったこともあり、在宅復帰が評価されることはなかった。同加算の創設で、療養病棟の使命として、患者を早期に在宅復帰させることが明示されたと言える。

このように「住まい」以外について、在宅復帰率の要件が定められた病棟等に限定して「自宅等」と認められている。言い換えれば、入院医療から在宅に向かう流れのないところへの転棟、転院は評価しないということであ

図表1　人口ピラミッドの変化（1990～2060年）

日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定



出所：総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）：出生中位・死亡中位推計」（各年10月1日現在人口）

図表2　7対1入院基本料と地域包括ケア病棟に設けられた新たな在宅復帰率の要件

（1）7対1入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院一般病棟入院基本料、専門病棟入院基本料）
…「自宅等」に退院する割合が80％以上（従来は75％以上）

「自宅等」とは…
- 自宅
- 居住系介護施設等
- 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料1（在宅復帰機能強化加算を算定する病棟のみ）、有床診療所入院基本料（在宅復帰機能強化加算を算定する病室のみ）を算定する病棟・病室
- 介護老人保健施設（在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届け出施設のみ）

（2）地域包括ケア病棟入院料1（入院医療管理料1）
……70％以上（変更なし）

在宅復帰にカウントする退院・転棟先は…
- 自宅
- 居住系介護施設等
- 療養病棟入院基本料1（在宅復帰機能強化加算を算定する病棟のみ）、有床診療所入院基本料（在宅復帰機能強化加算を算定する病室のみ）を算定する病棟・病室
- 介護老人保健施設（在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届け出施設のみ）

り、機能分化・強化と連携とは、「できるだけ早期に在宅に帰す」ための仕組みづくりと理解することも可能だ。

早期在宅復帰に向けて病院は退院支援加算の算定を

患者の早期在宅復帰に向けて、16年度改定では「退院支援加算」も新設された。これは、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるよう、医療機関や介護施設などの施設間の連携を推進し、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、退院支援を実施することを評価するものだ。

その点数設定は加算1、加算2、加算3の3区分であり、一般病棟で算定する場合、加算1が退院時1回600点（療養病棟同1200点）、加算2が同190点（同635点）、加算3は1200点でNICUによる算定が想定されている。

図表3　退院支援加算の施設基準

（新）退院支援加算１

イ	一般病棟入院基本料等の場合	600点（退院時1回）
ロ	療養病棟入院基本料等の場合	1200点（退院時1回）

【施設基準】

退院調整加算の施設基準に加え、次の基準をクリア。

（1）退院支援・地域連携業務に専従する看護師・社会福祉士が算定対象の各病棟に専任で配置されている（退院支援業務は最大2病棟まで併任可）。

（2）保険医療機関または介護サービス事業所など20以上と転院・退院体制についてあらかじめ協議・連携している。

（3）連携している保険医療機関または介護サービス事業所等の職員と当該保険医療機関の退院支援・地域連携職員が年3回以上、面会して転院・退院体制について情報共有等を行っている。

（4）介護支援連携指導料の算定回数が、加算の算定対象の病床100床当たり年間15回以上（療養病棟等は10回以上）。

（5）病棟の廊下など見やすい場所に、患者・家族から分かりやすいように、専任の退院支援職員と担当業務を掲示している。

退院支援加算２

イ	一般病棟入院基本料等の場合	190点（新）
ロ	療養病棟入院基本料等の場合	635点（新）

（新）退院支援加算３

1200点（退院時1回）

退院支援に関しては従来、「退院調整加算」が設けられていたが、これは入院期間、つまり退院までのスピードだけを評価するものであった。加算1は退院支援を円滑に進めるための体制と、その実績を重視している点が大きく異なる（図表3）。

加算1の施設基準では、▽3日以内に退院困難な患者の抽出、▽7日以内に患者・家族と面談、▽7日以内に多職種によるカンファレンス実施――など、入院早期の段階からの対応を求めており、これを実施すれば、大幅な在院日数の短縮が期待できる。

連携先となる医療機関や介護施設との信頼関係の構築とそれに伴う患者の紹介増も期待できる。加算1では2病棟に1人以上の退院支援業務に専従する職員（看護師あるいは社会福祉士）の配置が求められているが、メーンとなるのは看護師だ。専門知識を持つ看護師が退院支援を担当すれば、転院先への患者の病状説明やリハビリ、食事の注意点などの情報伝達の質を高めることができる。その結果、「あの病院に紹介すれば、患者をスムーズに戻してもらえる」という信頼関係と患者増につながるというわけだ。

では加算1の算定に向けて医療現場はチームとしてどのような役割を果たすべきか。実務の中心となるのは看護師やMSWなどである。ただ、新しい取り組みを定着させるためには、誰かが声を上げ続けなければならない。こうしたマネジメントができるのは、医療現場のリーダーである医師だ。医師には加算1の意義を現場に訴えかけるとともに、医事課と連携して、自分の病棟に対象となりうる患者がどれくらい存在し、何割算定できているのかを把握し、少ない場合は檄を飛ばす。経営層による必要な人員を配置する体制づくりと看護師やMSWなどによる実務、事務方によるデータ分析、そして医師のマネジメント。こうしたチーム医療の実践こそが加算1の算定とその先にある患者の早期在宅復帰につながるのである。

そのほか、退院支援に関しては退院直後の在宅療養支援を評価する「退院後訪問指導料」、「訪問看護動向加算」が新設されたことに加え、「介護支援連携指導料」、「退院時共同指導料」のいずれも点数が引き上げられている。これらは診療報酬と言う目に見える収益としても大きいが、その取り組み自体が、退院支援につながるということを今一度考え、その算定に向けて何が必要とされているのかを考えていただきたい。

各論

患者の早期在宅復帰に向けて退院支援から在宅支援まで

病院が取り組むべき7つのPoint

在宅復帰を進めるうえでは、患者や家族への説明をはじめ、院内外との調整など、さまざまな体制づくりが必要になる。ここでは各論として、患者の「早期在宅復帰」を進めていくために、病院に求められる主な取り組みを7つにまとめた。7つのPointに共通するのは、患者や家族が安心して在宅に帰るための道筋をつけるための在宅復帰後の生活を視野に入れた医療の実践、そして在宅医療・介護を担う地域の関係者との連携を推進していくことである。

Point 1　入院前の段階から情報収集を行うなど可能な限り早期の介入を実践する

退院支援では何よりも早期介入が重要になる。時間的余裕を持ちながら在宅復帰に向けたコーディネートができると同時に、患者や家族に複数の選択肢を提供できるというメリットもあるからだ。

そのためには何よりも早期の情報収集が必要になる。これについては、患者が入院してきた段階からアセスメントを行い、本人の療養生活についての意向や、独居か同居家族がいるのかなどの在宅状況の把握、家族の介護力や受け入れに関する意思、生活環境、居宅介護支援事業所のケアマネジャーの意見など、多くの情報を得ることが大切。他院からの紹介患者の場合は、介護サービスの利用歴を含めて、紹介元から事前に患者に関するさまざまな情報提供を受けておくことが重要である。

これらを丁寧に行うことで、入院前から退院支援計画を作成し、在宅療養に向けた支援を行うか、次の転院先あるいは施設入所を検討するかなど、今後の方向性をある程度決めておくことができれば、スムーズに退院支援を進めていくことができる。信頼関係を構築するという観点からも、転院患者の受け入れの場合、地域連携担当者が入院中の病院まで足を運んで患者や家族とも面談しておくのが理想的だ。

もちろん、こうしたアセスメントで得られた情報は担当医や看護師、関連部署と共有して、医師の治療方針に合わせた支援を進めていくことも大切である。

Point 2　患者や家族にとって医療は「非日常」医師の説明を理解できる支援を行う

患者と家族に対して担当医が病気とその進行状況や治療についての説明を行うが、同意を得たうえで、退院支援担当者あるいは地域連携担当者が同席し、今後についてともに検討することも大切である。胃ろうの造設や疼痛コントロールなど、医師は時間をとって丁寧に説明をしていても、専門性が高い内容が多いため、患者や家族のなかには話を聞いても理解できていないというケースが少なくないからだ。たとえば、「人工呼吸器」と言っても、患者や家族は気管切開し、話ができなくなるというイメージを持っていないことが多い。大半の人にとって医療は非日常的なことであり、日常生活で「胃ろう」といった言葉を使うような機会はほとんどないからだ。そのため、こうした説明については、医療者が「当たり前」と考えていることを患者や家族はほとんど理解していないという前提で考える必要がある。

退院支援担当者や地域連携担当者は、患者や家族が医師の説明をどの程度理解できているかを確認するとともに、理解していないようであれば、質問しやすい雰囲気をつくったり、改めて説明したりといった支援を行うことが求められる。患者や家族のなかには「医師に間違ったことを聞いたら失礼にあたるかもしれない」といった考え方をしている人もいるからだ。こうしたきめ細かなアプローチが、患者や家族に安心感を与えることになり、ひいては円滑な退院支援、在宅復帰につながる。

Point 3 在宅医療・介護関係者に対しては情報だけではなく手技も引き継ぐ

円滑な在宅復帰支援を行うためには、できる限り早期の段階で、在宅サービスを担当するケアマネジャーや訪問看護師、訪問介護士などとの情報共有や意思統一を図り、患者の退院後の生活を想定した支援を行うことが不可欠である。これについては、病院の担当医や病棟看護師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士などによる、在宅復帰に向けた退院支援カンファレンスが有効である。また、これには、病院の専門職と在宅医療・介護関係者が“顔の見える”関係性を構築するという効果もある。これも在宅復帰を円滑に進めるためには重要なポイントだ。

カンファレンスでは、一般的に入院中の患者のADLの確認をはじめ、入浴の状況や移動の手段、歩行時の危険度、認知症の有無、服薬管理、食事形態などを確認し、在宅での生活における注意点などについて共有されている。ここで重要なのは身体や生活情報に関してだけではなく、人工呼吸器や腹膜透析、高カロリー輸液による栄養管理、胃ろうの管理・交換など、在宅医療・介護の担い手に医療手技といった実技面における引き継ぎも行っておくことが大切だ。

また、在宅復帰後の患者に関する症例検討会を開催するなど、在宅での患者の状態について検討し、在宅への移行手順の見直しや問題点などを共有していけば、在宅復帰の流れをブラッシュアップしていくこともできる。

Point 4 退院支援と退院調整は異なる大切なのは意思決定支援である

退院調整と退院支援、言葉は似ているが意味は異なる。前者は文字通り、患者が退院するための調整であるが、後者は患者が人生を再構築していくための支援を意味している。そのため、退院支援のアプローチを行うにあたっては、完治せずに病気を持ったまま自宅に帰らなければならない患者に、自分の身体のことをきちんと知ってもらったうえで、どのような生き方をしたいのか、寄り添いながら一緒に考える意思決定支援の姿勢が重要になる。

つまり、いかに患者と家族の心に寄り添った支援、患者のナラティブを重視した支援ができるかが大きなカギを握るのである。患者や家族は、在宅で療養することに対して、さまざまな不安を抱えている。こうした不安や心配を軽減するためには、相手の思いをくみ取ることが重要である。これに関しては、病院の担当者だけではなく、患者と家族が同席するなかで、在宅を受け持つ医療および介護従事者との間で、丁寧に確認作業と申し送りを行うことが大切である。

その際には、身体情報だけでなく、「自宅に帰ったら、こんなことがしたい」といった患者の意思も共有しておくほか、もし不安や心配なことがあった時にはどこへ連絡すればよいのかなど、1つひとつきめ細かく確認しておくことが重要だ。加えて人生の最終段階の医療を受ける患者に対しては、患者の意向を重視した支援をどのように行うかをつめておく必要もある。このアプローチにはかなりのコミュニケーション力やコーディネート力が必要になる。退院支援担当者にはこうしたスキルを磨いておくことも重要である。

さらに在宅復帰に向けて、事前に病院の担当者が自宅へ訪問し、自宅改修や福祉用具の利用など、退院後の生活を踏まえたアドバイスを行うことも、患者や家族の不安を軽減することにつながる。

Point 5 退院後の生活を視野に入れて在宅での療養を考えた診療を行う

入院中から患者の退院後の療養を視野に入れた診療を行うことも重要である。たとえば、鎮痛剤も飲み薬や貼り薬、座薬などを用いるなど、「在宅でできる範囲の医療処置」を念頭に置いた医療を行うことである。もちろん、「治す」医療に必要な処置は重要であり、必要に応じてと言うことになるが、「治し、支える」医療を実践していくためにはこうした配慮も求められる。

病院内でできたことを在宅でできなければ、結局、再入院となるからだ。そのためには当然、医療機関には在宅医療の現場ではどのようなことができるのかといった「在宅」の実情を把握するとともに、「在宅ケア」に関する専門的な知識や技能を習得することも求められる。「病院医療と在宅医療の間には文化の差やギャップがある」と指摘されるが、これを埋めていくためには、時間的・財政的にも在宅サービス側よりも余裕がある病院側が歩み寄っていく必要がある。

Point 6 円滑な在宅復帰に向けた地域の医療・介護の底上げも必要

退院後の患者を受け入れる地域の医療・介護関係者に対する勉強会や研修会の開催など、教育研修を行うことも、病院に求められる取り組みだ。たとえば、緩和ケアをはじめ人生の最終段階における医療に関しては、在宅での療養を担うかかりつけ医も少なからず負担がかかるし、認知症や看取りへの対応など、介護関係者の大半はどのように対応すればよいのか不安を抱えている。また、医療依存度の高い患者の在宅復帰を進めるにあたって、在宅医療・介護の担い手が必要な知識や手技を習得しておかないままにケアを行った結果、医療事故や訴訟に至る可能性も否定できない。もちろん勉強会や研修会を通じて、地域全体の医療・介護の質が上がるとともに、病院と在宅医療・介護関係者の間で“顔の見える”関係が構築され、多職種連携を行う土壌ができれば、自ずと在宅復帰は円滑に進むだろう。

また、こうした啓発活動は、在宅医療・介護関係者だけではなく地域住民を対象にして行うことも大切である。地域の人たちに正しい知識を持ってもらい、その意識を変えていくことは、患者の在宅復帰を円滑に進めることにもつながるし、病院の担当者が地域住民と交わることは地域の課題やニーズを知る機会になり、必要なインフラ整備を考えるヒントにもなるからだ。これに関しては近隣の町内会などに呼びかけ、市民講座を開催するほか、地域で行われている祭りに病院が参加するなど、さまざまな方法が考えられる。

Point 7 診療所のバックアップを含めた在宅支援機能の強化を図る

在宅療養中の患者や家族の医療や生活を支援することも円滑な在宅復帰に向けては重要なポイントになる。もちろん、大都市部にように、地域における在宅医療・介護のインフラがある程度整備されている状況であれば、こうしたところと地域連携を充実させていけばよいが、そもそもインフラ自体が不足しているという場合は、病院として在宅支援機能を整備、強化していく必要もある。

在宅療養支援を考えるうえでまず重要となるのが、在宅医療を担う診療所の支援である。診療所の大半は医師が院長1人という体制であるため、在宅医療の必要性を理解していながらも24時間365日の対応は非常に難しいというのが現状である。これが在宅療養支援診療所など診療報酬上で評価されながらも、在宅医療の普及が遅れている大きな原因とも言える。

ただし、この夜間および休日の訪問診療や往診、緩和ケアといった極めて専門性の高い領域を除けば、十分日常の訪問診療は対応できるという診療所は少なくない。そのため、地域の在宅医療の充実に向け、たとえば病院が機能強化型在宅療養支援病院となって、訪問診療や緊急時の在宅患者の受け入れなど、診療所のバックアップを行うことが考えられる。

そのほか、訪問介護や通所介護、訪問看護、居宅介護支援事業、（看護）小規模多機能型居宅介護、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅、短期入所生活介護、さらに地域包括ケアシステムの要とも言える定期巡回・随時対応型訪問介護看護――など、レスパイト機能を含めた、患者や家族の生活を支えるための介護サービスについても地域ニーズにあわせて、その整備を考慮していけばよいだろう。

地域の多様性を受け入れると「普通に暮らす」ための連携が生まれる

撮影：下山展弘

中野 智紀さん

社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス
東埼玉総合病院 在宅医療連携拠点「菜のはな」室長

なかの・ともき
2001年、獨協医科大学卒業。社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス東埼玉総合病院で地域糖尿病センター長、経営企画室室長を兼任。2012年より、地域医療ネットワークシステム「とねっと」の導入、在宅医療連携拠点「菜のはな」の開設に着手し、地域人材の発掘にも尽力。地域包括ケアシステムの好事例として全国的に有名となった「幸手モデル」構築・推進の立役者

埼玉県北東部に位置する幸手市と杉戸町。医療・介護資源の不足に加え、深刻な高齢化問題を抱える同市町では、2012年に東埼玉総合病院の移転を契機に、住民主体の地域包括ケアシステムの構築に着手。その取り組みは大きな成果を挙げ、「幸手モデル」として全国からも注目を集めている。同モデルで陰日向の立役者である中野智紀氏に、今日までの軌跡、多職種連携のポイントを伺った。

人と人が向きあえるまちづくりが多職種連携のカギ

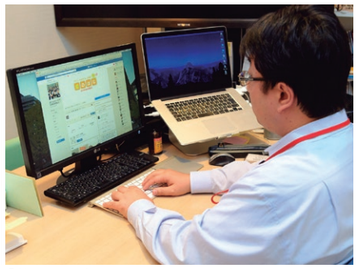
ケアとは「普通に暮らせる」という幸せを支えることのすべてであり、病気や障害、貧困といったさまざまな問題を抱えていたとしても、自身が望む生活価値を実現したい。そのために多職種が集い、医療や介護を含む、地域資源を集約してサポートするのが地域包括ケアシステムのあるべき姿。そう考えて地域課題の解決に取り組んできたのが、社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス東埼玉総合病院の中野智紀・在宅医療連携拠点「菜のはな」室長だ。

「たとえば、体が多少不自由になったとしても、馴染みの理髪店で髪を切りたいと考えるのはおかしなことではありません。ところが、それを叶えるには、医療や介護、地域のサポート、理解が必要不可欠であり、これが幸手モデルの基本的な考えです。医療や介護は地域住民一人ひとりが望む普通の生活を支えるための一道具であり、中心ではないのです」

幸手モデルとは、住民主導による自助・互助を核とした新しい地域医療システムの構築を目指すもの。その取り組みの1つとして、幸手市と杉戸町の行政および北葛北部医師会からの受託という形で東埼玉総合病院内に設立されたのが在宅医療連携拠点「菜のはな」だ。医師や看護師、事務員が常駐し、在宅医療や介護への対応、健康や暮らしの悩みに応える窓口であると同時に、多職種連携を加速させる役割としても機能している。

この「菜のはな」の取り組みはユニークかつ多岐に渡り、主な内容は表に挙げた通り。たとえば、住民からの医療や介護、暮らしに関するさまざまな相談を受けつける「暮らしの保健室」は、幸手市と杉戸町に現在33カ所が設置されている。

「菜のはな」のスタッフと



「菜のはな」のFacebookを更新

「主催するのは、町内会やサロン、コミュニティカフェ、工務店やお寺など。地域には必ず『住民の役に立ちたい』と考える方がいます。開始当初は設置の相談を持ちかけていましたが、いまでは『始めたい』と手を挙げるケースがほとんどです。当院の役割も先頭を切るというよりは、あくまでもバックアップ。仕組みづくりに徹するのが大切で、住民主体で動くことで皆さんが主役になっていきます」

地域住民のつながりは“緩いくらい”が丁度いい

また、「菜のはな」では、市民オペラの開催や、子どもたちが町の未来を考える「キッズカンファ」など、地域住民を巻き込んだイベントも数多く行ってきた。この狙いについて中野氏は、「医療や介護からのアプローチだけではなく、地域の豆腐店での豆腐づくり体験や料理教室など、イベントを通じて地域の人と人をつなげる仕組みづくりが重要です。そこに我々も地域住民として参加することで、顔見知りになり、最終的には多職種や地域のコミュニティーがスムーズにつながっていきます」と打ち明ける。

地域住民が普通に暮らせるまちづくりを実現するためには、医療・介護関係者の連携はもちろん、共に考え、悩みながら仕組みづくりを住民中心にすすめる必要がある。「菜のはな」ではこういった人たちを「コミュニティデザイナー」と名付け、発掘・育成にも力を注いでいる。たとえば、病院に隣接する幸手団地は高齢化が著しいが、その一角にはコミュニティカフェがあり、店主はコミュニティデザイナーの一人。高齢者たちに憩いや相談、ボランティアや労働の場を提供している。また、この場を通じて住民同士がつながることで、ちょっとした住民の変化に気づくことができ、医療や介護にスムーズにつなげることもできるという。

「大切なことは、お互いさまのように貸し借りが生まれたり、互いを束縛する『互恵性』のコミュニティーではなく、緩くつながることです。損得がない関係性を築くことで、気負いなく地域活動に参加できます」

また、住民主体の地域包括ケアシステムの構築に向けては、「一人ひとりの多様性を、地域資源側も多様性で受け止めることが重要」とも強調する。住民が望む生き方や暮らし方が多様化するなか、医療・介護は、その人らしく暮らすためのサポートの一つとして、地域コミュニティーと一丸になり、生活全般を支えていくことが求められるという。

「４年間の積み重ねで、仕組みの骨格はできつつあります。今後も、誰もが『普通に暮らせる』という幸せを、人と人が向きあうことで支え合う、そんなケア文化が継続できる地域づくりを目指していきたい」と展望を話す。

「菜のはな」のあゆみ

2011年	埼玉利根保健医療圏地域連携推進協議会が発足
2012年	地域医療ITネットワークシステム「とねっと」稼働 「暮らしの保健室」開始
2013年	在宅医療連携拠点「菜のはな」設置 地域包括ケア会議設置
2014年	「第一回市民の集い」開催 「ケアカフェさって」「みんなのカンファ」開始

「菜のはな」の主な取り組み

暮らしの保健室
住民が集う暮らしの中にある保健室として、健康・医療・介護の無料相談に応じる。定期的に治療や介護に役立つ情報を看護師が情報提供も行う

ケアカフェさって
医療介護連携や多職種協働に向けたワークショップ

みんなのカンファ
住民主体の情報交換会。地域のケアの課題を共有し、知恵を出し合う、いわば“三人寄れば文殊の知恵”を繰り広げる場。その後、適切な専門家につなげる支援を行う

しあわせすぎコミュニティデザイナー
地域で活躍するインフォーマルサービスの担い手“コミュニティデザイナー”を育成

健康生活アセスメント調査
「暮らしの保健室」など、人の集まりに参加しない高齢者を対象に、健康と生活の両面からリスクを包括的にアセスメントし、必要な支援へとつなぐ

地域まるごと電話相談
地域住民が住み慣れた地域で安心して医療や介護が受けられるよう、本人・家族からの在宅医療に関する相談窓口

社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス
東埼玉総合病院
埼玉県幸手市吉野517-5
http://saitama.jinai.jp/
2014年5月、埼玉県北東部に位置する幸手市に新築移転。「新しい地域密着型中小病院」を目指し、同院が持つ専門医などの技術や情報を地域へオープンにするとともに、地域医療を支える診療所の人材育成や介護福祉施設との連携にも積極的に取り組んでいる。

＼あしたを元気に！／
ソラスト施設
solasto
訪問記

保育園
ソラスト新江古田
（東京都練馬区）

園長
佐野 克子（さの かつこ）さん

設立	2011年3月
所在地	東京都練馬区豊玉北2-17-11 ローレルハイム1･2階
TEL	03-5912-0880
FAX	03-3948-1880
スタッフ数	常勤10人（栄養士1・調理師1を含む）、非常勤13人（調理師1・事務1を含む）
対象年齢	月極保育：生後57日～2歳 一時保育：生後6ヵ月～就学前（3歳以上は一時保育専用室あり）

（上）目白通りに面した正面玄関
（下）年齢や得意分野が多様なスタッフ

保護者から信頼してもらえる保育園を目指して

0歳から2歳までの子を預かるソラスト新江古田は、若い世帯が増えているこの地で、共働きの子育てファミリーを支える頼もしい存在。年齢や経験の異なる多彩な保育スタッフが働いているが、そのチームワークのよさには定評がある。

幅広い年齢層のスタッフが安全で楽しい保育を実践

ソラスト新江古田のある目白通り沿いを歩いていると、保育園とはあまり縁のない商業地域のように感じるが、一歩裏道に入れば静かな住宅地。新宿まで地下鉄で15分足らずという立地のよさから、近年は若いファミリー世帯が増えている。

ソラスト新江古田は、そうした子育て世代の心強い味方だ。取材の日、おやつの時間が終わった２歳児クラスでは、保育スタッフに見守られて子どもたちが元気に遊んでいた。「こんにちは」と声をかけてくれる子も。とびきりの笑顔と朗らかな声があふれている。

楽しく過ごす園児たちを守るために、ソラスト新江古田は安全対策に力を入れている。園長の佐野克子さんにお話を聞くと、「ケガや事故がない環境づくりはもちろんですが、ソラストの全保育園では、万一に備え、常勤スタッフには全員に『小児MFA（救急法）』の受講を義務づけています。また、園内調理による手づくり給食も全園で実施しています」とのこと。安全性の確保と食へのこだわりがあって初めて、子どもたちの元気と楽しさが守られるのだろう。

（上）ハロウィンで魔法使いの仮装をして先生と遊ぶ園児たち
（下）床暖房が設置されているので、お歌もかけっこも一年中素足

スタッフ23人のうち、保育スタッフは保育士の有資格者を中心に18人。20歳代から70歳代まで幅広い年代が働いているのも、ソラスト新江古田の特徴だ。子どもがいる人、独身の人、保育士を目指している人、別の夢を追っている人……、スタッフにはそれぞれ自分の生き方がある。同園ではその生き方を尊重し、多様な働き方を認めている。

「仕事仲間としてほどよい距離をとりながら、互いに思いやりの気持ちを持つことが大切」と佐野園長。スタッフにできるだけ長く働いてもらいたいという思いが感じられる。

チームワークのよさでスタッフの個性が生きる

よい保育を実現するために、ソラスト新江古田ではスタッフのチームワークを重視している。特にクラスを担当するペアスタッフを選ぶ際には、互いの能力が引き出せる組み合わせになるよう配慮。たとえば、ベテランリーダーと新卒スタッフ、若いリーダーと子育て中の新人スタッフなど、できるだけ経験や年齢が離れた人選をする。それによってスタッフは互いに刺激を受け、新人はベテランの経験や知恵を通して保育の実践知識を学び、ベテランは新人の前向きな姿勢や素朴な疑問と出合って初心に帰るといった好循環が起こる。

（上左）安心・安全で園児に人気の手づくり給食
（上）管理栄養士が工夫を凝らした給食はおいしくて栄養豊富
（左）安全で使いやすい子ども用の洗面台で手を洗う園児たち

玄関ホールの壁には、スタッフ全員の顔写真が貼られたコーナーがある。それを作製したのは写真が得意なスタッフだ。各スタッフの特技はほかにもパソコン、英会話、手づくり玩具、音楽などさまざま。ここでは、それぞれの得意分野が余すところなく生かされている。

チームワークは、個性の違う人同士が互いに補い合うことで成り立つ。加えて、その時々に誰かが一歩前に出ることで、組織が活性化しパワフルにもなるということなのだろう。

もうひとつの我が家だと思ってもらえる保育園に

降園の時間になると三々五々、保護者が迎えに来る。あるお母さんが入ってきたとき、スタッフが「お帰りなさい」と声をかけた。「ここをもうひとつの我が家だと思っていただきたいからなんです」と佐野園長。「今はまだ“ありがとうございます”という返事が多いけれど、皆さんに“ただいま”と言ってもらえるようになりたい」。ソラスト新江古田は、保育体制がしっかり整っているだけでなく、人を安心させる優しい空気が漂っている。佐野園長の理想は、保護者に「ここがいい！」と選んでもらえる保育園だという。

今後の課題は、地域の人たちとの交流を図っていくこと。ソラスト新江古田が、近隣住民の触れ合いの場になる日も遠くないだろう。

保護者の声

鷹野 亜沙美（たかの あさみ）さん

昨年4月から長男が1歳児保育でお世話になっています。長女も通っていたので、先生方の人柄がよく、いろいろな体制もしっかりしていることがわかっていました。だから下の子も、この保育園にと。

ある日、息子が園で高熱を出して熱性けいれんを起こしたのですが、そのときの対応もすばらしかった。息子への対処が適切だっただけでなく、連絡を受けて動揺している私への気遣いも。私まで先生方の愛情に包まれている気がして、“ここでよかった！”と思いました。

PERSON'S CLOSE UP 笑顔のひと

子どもたちの成長を身近に感じる そんな保育士の仕事が大好き

ソラスト新江古田
保育士
遠藤彩乃さん
（えんどう・あやの）

大学で心理学を学ぶなか、母子支援に関心を持つ。「子どもが好きで、お母さんも助けたい」との思いから保育士の資格を取得。昨年4月からソラスト新江古田の常勤職員。

保育のプロとして接すると同時に成長を見守る親の目線も持ちたい

以前は舞台照明の仕事をしていたのですが、心理学が学びたくて大学に通うようになりました。特に熱心に勉強したのは、母子支援についてです。

もともと子どもが好きだったので、そうした勉強のなかで「子どもと接するだけでなく、お母さんも助けられる仕事がしたい」という気持ちになりました。そこで、保育士を目指したのです。私にも現在6歳になる男の子がいるので、この流れはとても自然でした。

その後、保育補助の仕事をしながら保育士の資格を取得し、昨年の4月からソラスト新江古田の常勤職員として働いています。

保育士になってよかったと思うのは、身近で子どもたちの成長が見られること。昨日できなかったことが今日はできるようになったとか、4月にはああだったのに今はこんなふうになったとか…。保育士というプロの目で子どもたちに接するだけではなく、保護者の方々と同じような気持ちで子どもたちの成長を見守っています。現在、1歳児クラスを担任しているのですが、一人ひとりの子どもの成長に触れるたびに驚きや喜びを感じます。毎日が楽しいですね。

子どもたちが「行きたい！」と思ってくれる保育園が理想

ソラスト新江古田は、先生方がとても明るく、チームワークのよい職場です。園児への救急対応などの体制もしっかりしているので、働いていても安心感があります。それは保護者の方にも伝わっているのではないでしょうか。

私は子どもがまだ保育園の年長組なので、早番・遅番を免除してもらい、中番（8:00 ～18:00）で働いています。ここの先生方は年齢層の幅が広く、人生経験を積んだ方も多いので、母親としての私の働き方を快くフォローしてくださいます。保育士であり、保育園に通う子どもの保護者でもある自分が、矛盾した気持ちを抱かずに働けるのはうれしいことです。

保育園は“子どもが喜んで行ってくれる場所”であることが理想。その実現に向けてがんばれるのも、職場で自分を認めてもらっているからだと感じます。

休みの日は、野球が好きな長男と公園でよくキャッチボールをしています。子どもと一緒に1つのことに没頭できる時間は、私にとって至福の時です。

コトバの鍵

●今月のコトバ●

社会福祉士

社会福祉士とは、**「専門的知識・技術で、身体上・精神上の障害や環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言・指導・福祉サービスを提供する者。また、医師等の保健医療サービスを提供する者や関係者との連絡・調整その他の援助を行うことを業とする者」**で、社会福祉士の名称を用いている人と定義づけられます。業務独占ではなく名称独占の資格です。根拠法は「社会福祉士及び介護福祉士法」（昭和62年法律第30号）です。

2016年11月末現在の社会福祉士登録者数は全国で20万1522人と、介護福祉士の149万5130人の7分の1程度。国家試験の合格率は30％を割り込むことが常態化しています。福祉系の資格のなかでは「難関」と言ってもいいでしょう。

社会福祉士の多くは、さまざまな福祉の現場や行政機関で活躍しており、医療機関で働いている人は全体の2割弱と言われています。しかし今、医療機関で社会福祉士の需要が高まってきているのです。

その理由は、16年度診療報酬改定にあります。新設された「退院支援加算1」の施設基準として、社会福祉士の病棟配置が求められるようになったのです。また、「認知症ケア加算1」でも、認知症ケアチームのメンバーとして、専任の社会福祉士が必要となりました。

この2つの加算は、16年度改定の目玉とも言えるものです。とくに急性期の医療機関の多くは、経営的な意味でこの2つの加算の届け出を目指しています。こうした医療機関が社会福祉士を雇用しようとしているのです。ただ、もともと人数が少ないうえに、社会福祉士の多くがあまり医療現場になじみがないのが実情です。医療機関における社会福祉士の「人材不足」感がじわじわと広がってきているようです。

© Norwayblue - Fotolia.com

地域包括ケアシステム構築へ向けての天王山とも言うべき18年度の診療報酬・介護報酬同時改定の議論が、中央社会保険医療協議会や介護給付費分科会で本格化しています。シームレスな連携体制をつくるために、社会福祉士の役割はますます重要になると見込まれ、報酬にも反映されてくる可能性が高いと思われます。社会福祉士が「鍵」を握っているとも言えるでしょう。

株刊 solasto 第17号
発行日 平成29年1月31日 ●編集 株式会社日本医療企画 ●発行 株式会社ソラスト

ICTを活用し、クオリティーと生産性を飛躍的に高める、医療事務・介護のイノベーションリーダーへ。

- □医療・介護連携をリードし、地域社会の未来に貢献します。
- □プロフェッショナルを育て、良い生涯キャリアを生み出します。
- □新しい働き方で、自分らしいワークライフバランスの実現を目指します。
- □50年の歴史で培った「やさしさ」と「安心」をお届けします。
- □業界リーダーとして責任ある行動を約束します。

株式会社ソラスト　http://www.solasto.co.jp/
【本社】〒108-8210 東京都港区港南1-7-18 DBC品川東急ビル6F

あしたを元気に ソラスト