

生活を支援する 仕組みづくりと保健師

——「切れ目のない支援」を実現するための 多機関・多職種連携をいかに構築するか

大澤由香

神奈川県秦野市こども健康部こども育成課／行政保健師

●—————保健福祉行政の多職種協働

市町村行政における保健・福祉分野のエキスパートといえは保健師といわれる時代は長かった。現在では、保健福祉行政の窓口に精神保健福祉士や社会福祉士が配置されることも増えており、保健福祉行政の分業化が進んでいるのが実情である。さらに高齢者支援においては、介護保険制度や地域包括支援センターの設置により、多機関・多職種で自治体の保健福祉サービスを提供する環境が用意されることになった。これまで保健師が一人でやっていた仕事を、他の機関、他の職種の仲間とともに協働しながら個別支援を進める環境が整ってきたのである。個別支援に関わる担い手の専門化と複数化が進んだことで、「切れ目のない支援」をいかに実現するか、そのための多機関・多職種連携をいかに構築するかという新しい課題が立ち上がってきたのである。

この課題に保健師が取り組んだ事例として、神奈川県秦野市（人口：約 16 万 8,000 人、高齢化率：約 26%）の高齢者虐待の早期発見・対応、支援のネットワークづくりを紹介したい。

●—————まちづくりに欠かせない地域ケアアセスメント

秦野市では、基幹型在宅介護支援センター（基幹在支）を事務職と保健師の 2 名体制で 2000 年度から直営で設置し、地域型在宅介護支援センター（在介支）の統括支援を実施した。ケースワーク支援では、高齢者虐待の疑いを含む多問題事例の相談が在介支から基幹在支の保健師に寄せられたが、関係機関の支援の協力が得られないこ

とも多く困難に直面していた。

そこで、基幹在支の保健師は、2000年度から3年間のデータをもとに地域ケアアセスメントを実施して、介護者と本人の状況で支援困難事例を分析し、虐待対応策における関係者の現状と事業課題を明らかにした。その結果、①支援困難事例のなかに高齢者虐待が疑われる割合が高いこと、②支援困難事例への支援にむけた地域ケア体制が未整備であること、③高齢者ケアの関係者の多くが虐待の支援体制における自らの役割はなく、虐待の支援とその対応策は「発見（虐待の判断）→保護」のみと限定して、市が担うものと認識していることが明らかになった。

このアセスメントでは、あわせて虐待が起こる要因分析を行ない、①高齢者と介護者の人間関係が以前からうまくいっていない、②高齢者または家族がアルコール依存症や精神疾患であるといった、いわゆる予防的介入が困難であるケースが多数あることを明らかにした。その一方、認知症の予防・早期発見や対応のための保健・福祉・医療サービスの整備によって、認知症高齢者に対する虐待を予防できることも分かった。

基幹在支の保健師による地域ケアアセスメントの結果、虐待の発生予防と早期発見・支援を実施するための地域ケア体制構築の必要があるとの判断に至り、構築に向けた事業を立ち上げ、継続・発展に向けた行政役割の検討作業に繋がったのである。

●————保健師の強みと支援のかたち

具体的な取り組みの流れを紹介しよう。はじめに神奈川県秦野保健福祉事務所へ協力要請して打合せを開始。次に、在介支、社会福祉協議会、訪問看護ステーションと共同で高齢者処遇に関する研究会を開催。その後、日頃の関係をもとに、介護支援専門員や介護保険サービス事業者、医師会、警察、民生委員・児童委員協議会へと次第に連携を拡大し、〈関係者自らの気づきをかたちにしていく支援〉を展開していった。

〈関係者自らの気づきをかたちにしていく支援〉を展開するために、関係者に支援困難事例の地域ケアアセスメント結果を伝え、関係者が個別に感じていた「虐待をした介護者も心身ともに追い込まれること。虐待の予防には日頃の高齢者と介護者への支援が重要であること」を支援関係者の共通認識として確認する作業を行った。共通認識ができたところで、高齢者と介護者への支援を検討する場を設定した。そこでは、支援困難事例の実態調査や事例検討会から関係者が気づいた「こうなったらいい支援体制」を、保健師が発生予防から再発予防まで分類し、虐待予防対応支援体制として

フローチャート化する作業を行った。こうした作業を通じて、サービス機関の情報不足やお互いの役割の認識不足に関係者が自ら気づけるようになっていったのである。

こうしたネットワーク構築の支援と並行して、虐待の発生予防の取り組みとして認知症高齢者対策を進めた。「もの忘れあんしん対応ガイド」「認知症になりにくい度チェック」「認知症ではないかと思った時の相談医、専門医一覧」「サービス事業者別認知症の症状のある方の利用受け入れ一覧」を作成し、在介支とともに、地域の高齢者とその家族に普及するための方法を検討した。

基幹在支の保健師が地域ケアアセスメントを開始してから6年をへた2005年、秦野市では「高齢者虐待の予防・早期発見・対応支援ネットワークシステム」が構築できたのである。このシステム構築のプロセスこそが、秦野市の多機関・多職種連携であった。

このネットワークは「認知症や障害や病気になっても安心して暮らせるまちづくり」をめざすものである。社会環境の変化や高齢者支援の制度の変化に対応できるように、秦野市ではこのシステムに関係する報告書を作成し、高齢者保健福祉計画にもシステムを明記することで、予防的視点から保健師が地域を診続けられる仕組みを固めたところである。

●—————在宅介護における多機関・多職種連携の難しさ

一般に、多様化するサービスを「切れ目のない支援」にするには、利用者のニーズに合わせて分断されがちな個別の支援をまとめ、日々変化する利用者の状況に合わせてサービスを編成することが必要となる。2005年の介護保険法改正に向けた議論において「高齢者の尊厳を支えるケアの確立^{*1}」に焦点が当てられた理由はここにある。

「生活を支援する仕組み」としての多機関・多職種連携の推進は、これまでもことあるごとに強調されてきたことである。たとえば、病院から在宅介護への移行時には、病院は退院前カンファレンスを実施し、介護支援専門員が家族とともに立ち会うことは少なくない。また、在宅を引き受ける側は、病院から送付された「退院サマリー」をもとに在宅介護計画を策定することも以前から実施されてきたことである。

しかし、病気が良くなっても、自宅に帰ると「生活ができない」状態になっていて、家族も介護支援専門員もともに困惑することが少なくない。それは、病院では治療を最優先にした医療計画や看護計画が作成され、それに従って支援が続けられるためである。入院中には、医療サービスに留まらず、生活環境は完全なバリアフリー

で、トイレや入浴なども十分な施設で介助を受けながら利用している。そのため、入院しているときは「生活の困り感」が出にくくなってしまっているのである。こうした問題の背景には、《Aさんの生活》が支援の中心に置かれていない医療と介護の目に見えない認識の分断があるといえないだろうか。

「生活を支援する仕組み」として地域包括ケアシステムを構築するには、こうした問題の解決を含んだ取り組みが必要なのである。なかでも、医療と介護の連携においては、介護だけではなく医療もまた《Aさんの生活》を視野に入れた支援を心がける必要がある。

●—————鳥取県中部圏における医療と介護の連携システム

多機関・多職種連携で《Aさんの生活》を視野に入れた支援を包括的に進めるのは簡単ではない。参加する職種の壁や価値観の相違が《生活》に対する認識の差に繋がりが、現場におけるリーダーの不在が「切れ目のない支援」を阻害することになりかねない。

現場で聞かれるのは「介護職から医療職へのアプローチが、敷居が高く難しい」ということである。「相談ごとを誰に何時ごろ連絡してよいかわからない」という入口の問題にはじまり、医療現場の略語や専門用語に戸惑い、質問もできないままになってしまう。「何かがあったら連絡下さい」といわれて情報提供すると「それは報告不要です」といわれて困惑する。こうしたことを繰り返すことで、連絡が後回しになり、情報共有ができない状況が改善されないままになってしまう。

確かに、こうしたことは現場で生じかねないズレの一つである。はじめて連絡をとる場合や苦手意識が先行する場合だと「勇気と気合い」が必要なのは現場経験がある者には誰でも理解できる。そうであるがゆえに「顔なじみの関係」の構築が声高に叫ばれる現状があるといえるだろう。

考えなければならないのは、こうしたズレを担当者の資質の問題にしないことである。介護・医療双方が知らない間に作ってしまっている“壁”を取り払い、意図的に「顔なじみの関係づくり」を形成する環境整備を進めることで、システムとして対応する必要がある。

鳥取県中部圏にある三朝温泉病院^{*2}の理学療法士ら職員と鳥取県介護支援専門員協議会中部支部の介護支援専門員らによる一連のシステムづくりは、《入院当初から退院後の生活を視野に入れた支援》、地域の「切れ目のない支援」に貢献する取り組みの

一つである^{*3}。

三朝温泉病院には回復期リハビリテーション病棟があり、脳血管疾患や骨折の患者が、退院後に施設や自宅での生活に復帰できるように医療・看護計画を立案し、退院後の生活を視野に入れたプランづくりやリハビリへの助言を行なっている。2004年12月には、鳥取県から地域リハビリテーション支援センターの指定を受け、リハビリ支援を受けられない地域の介護支援専門員からのリハビリ相談の対応を実施している。

リハビリテーション科長の山根隆治先生（理学療法士）は、リハビリ相談を通じて、回復期リハビリテーション病棟では当たり前に行われていた《入院当初から退院後の生活を視野に入れた支援》が一般的ではなく、介護支援専門員を交えた退院前カンファレンスでさえ域内では十分に開催されていなかったことに気づく。

山根先生は「医療と地域、医療と福祉を繋ぐことが重要である」と考え、鳥取県介護支援専門員協議会中部支部に協力を求めて「地域づくり　しょいやの会」が組織された。医師、看護師、医療ソーシャルワーカー（MSW）、行政職員、地域包括支援センター職員らで組織された同会では「入退院時の医療と介護の連携」をテーマにグループワークを積み上げ、2、3ヵ月に1回の頻度で11回もの研修会を実施したのである。開催当初は「ズレ」を強く感じるものだったが回を重ねると、問題が見えてきて、「次の研修を早く」という声もあがるようになったという。

しょいやの会で見えてきた一番の課題は、「切れ目のない支援」が行われていなかったという事実である。域内の病院では、診療報酬に担保された連携は実施されていたものの、生活を視野に入れた連携とは言えなかった。担当の介護支援専門員が誰かさえ病院側が把握していないことがあった。生活に関する情報は、担当の介護支援専門員が足しげく病院に通うことでしか共有できなかったのである。

こうした課題が明らかになることで、しょいやの会のメンバーらは、《入院当初から退院後の生活を視野に入れた支援》を可能にするツールの開発にのりだし、入院以前の生活情報を早い段階で入院先の病院に伝え、それをもとに医療・介護計画を立案することができるようにしたのである。

その一つが「入院時連携シート」である。入院時の早い段階から患者の日常生活が分かっているならば、病棟ではそれを視野に入れた看護計画を策定することができる。患者と家族が対応できるように介助方法を変更することも可能となるし、退院に向けて介護支援専門員に必要なサービスを伝えることができるようになる。

さらに「鳥取県中部圏域各病院の入院時連携シートの対応方法」を用意して、作成

ていったことに共通点がある。また、そうした作業を域内に広めるために、秦野市では保健福祉事務所に協力を要請し、鳥取県中部圏域では介護支援専門員協議会中部支部といった、より広域的な機関を巻き込んだ取り組みを実施している。問題意識が共有できるエリア内で、協働して仕組みづくりに乗り出すというプロセスが重要である。

地域包括ケアシステムの構築で求められている「生活を支援する仕組み」としての多機関・多職種連携の推進は、新たな連携システムとして構築することもできる。しかし、秦野市が高齢者虐待のネットワークづくりからスタートし、鳥取県中部圏域が入院時からの医療と介護の連携システムづくりからスタートしたように、それぞれの自治体が、地域が、「地域ケアアセスメント」を通じて地域の特性を知るという作業を通して、具体的な地域課題を発見し、それを解決する方法を構築することで“システム”を構築するのが一番近道で、安定した仕組みづくりができるのではないかな。より具体的な取り組みを通じて「高齢者が安心して、住み慣れた地域で暮らせるまちづくり」をめざすという共通認識を培っていくことが、その地域にとって意味のある「生活を支援する仕組み」をつくることに繋がるだろう。

それぞれの地域が、自治体が、どのような形でそれを創られるのか、とても楽しみである。

* 1 高齢者介護研究会（2003）「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」

* 2 倉吉市、琴浦町、北栄町、湯梨浜町、三朝町の1市4町の医師会員で構成される鳥取県中部医師会は、2000年3月から三朝温泉病院の運営主体となった。

* 3 筆者もメンバーである地域包括ケアシステム研究会の調査として、2014年6月に研究会ヒアリング、2015年7月に北栄町および三朝温泉病院でのヒアリング調査を実施した。