

まちづくり的
地域リハ活動のすすめ

ー北海道版地域リハ活動マニュアルー

平成 23 年 2 月

目次

I. 本マニュアルのねらい	5
II. 地域リハビリテーション推進活動とは	5
III. まちづくり的地域 リハビリテーション活動推進の8ステップ	7

—まちづくり的地域リハ活動の事例—

IV. 南渡島圏域の活動をもとにした取り組み方法	8
1) 運営委員会の意思統一と基本戦略の立案	8
2) 地域の関係者を対象とした「気づきの場」の設定	9
3) 担当委員を決定し、地区ごとに幹事会を設置	10
4) 幹事会の意思統一	11
5) 地区ごとの戦略立案と解決策の実行	11
6) 活動の評価	15
V. まちづくり的地域リハ活動の実際	16
〈北網地域リハビリテーション推進会議の取り組み〉	
1) できる範囲で、担当地域の状況・問題点を探る	17
2) とりあえずの戦略を決める。	17
3) 多くの人々による会合・研修会を開催し、 その地域のおおまかな状況や問題点につい て頭の整理ができるようにする	18
4) 後日、問題意識を持った人々による会合を開催する	21
5) 幹事会の発足	23
6) 活動開始	23
7) 戦略の定期的な確認・見直し	26
8) 活動の振り返り	27
資料	29
VI. 巻末資料（ワークシート）	39

リハビリテーションは、何らかの疾病や外傷、あるいは、避けて通ることができない加齢の結果として生じた生活機能の障害に対して、現実的な目標を設定し、チーム一丸となって、当該の対象者を生活の場に帰し、その生活を維持することの総体と言えます。したがって、地域における、個々に合った生き生きとした生活は、当然、視野に入っていなければなりません。ところが、病院にも急性期病院と回復期病院があつてそれぞれの都合があり、次には医療と介護保険との橋渡しが必要、つまり、そこには溝もあります。こういった問題点を抱えて、「地域リハビリテーション支援体制整備推進事業」がスタートしました。北海道でも、平成12年に北海道地域リハビリテーション協議会、平成14年から広域支援センター、そして、平成15年に北海道リハビリテーション支援センターが設置されました。この間、各広域支援センターの模索、年1回の道リハ支援センター主催の研修会・代表者会議での討論、道庁との協議を経て、地域リハ活動の主体が地域連携の方向へと集約されてきました。その具体的方法の例を示すのが本マニュアルですが、2つの頑張っている地域の奮闘記とも言えます。補助金が終了した圏域の方が多くなり、各広域支援センターは地域ごとに個性を持った歩みを始めたようです。地域リハの活動を続けるためのツールとして、例えば、脳卒中地域連携パスや住民参加型の介護予防体操などがあります。後者は、道外で地域に密着した活動として継続性を見いだしている所があります。今後は、事業ごとに予算と連動して立ち上がっては消えるというのではなく、地域リハの名のもとに構築してきたネットワークを生かしつつ、利用できるツールを模索・活用して、息の長い活動が続くことを願ってやみません。

北海道リハビリテーション支援センター
札幌医科大学リハビリテーション医学教室

教授 石合 純夫

「まちづくり」とは、地域の連携システムや人の動きを改善しようとする活動であり、そのためには地域リハ支援（≡ コーディネート≡ 戦略的脇役）の技術が必要です。これは、バラバラである住民、専門職および多様な組織に働きかけ、「これでは大変だ。なんとかしなければ！」という気持ちを共有していただいた上で、多くの人々が「主役」として主体的に活動できるようにする技術です。

このような活動の初心者にとっては「自分にはそんな大変なことはとてもできない」と感じるかもしれません。でも、コーディネートは技術ですので、どなたでも適切な援助を受けつつ活動を継続すれば身につけることができるものだと、私は信じています。

私は4年ほど前から、道リハ支援センターの依頼のもと北海道の5圏域を援助させていただきました。私自身の経験則による援助であったにも関わらず、南渡島、北網地域をはじめ各地で医療・介護のまちづくりが飛躍的に進んでいくのを目の当たりにすることができました。各地域の皆さんが努力されたことはもちろんですが、私は「適切な援助を受けつつ努力すれば、誰もがすばらしいコーディネーターになれる」ということを確信しました。

幸い、現在の北海道では、皆さんが求めさえすれば、道リハ支援センターなどから適切な援助を受けつつ活動することができる状況にあります。是非、皆さんのコーディネート技術を磨きつつ、楽しみながら「まちづくり的活動」を進めていただきたいと思います。

兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンター

逢坂 悟郎

I. 本マニュアルのねらい

北海道のリハビリテーション医療は「活動面積が広域」、「リハビリテーション資源が乏しい」、「リハビリテーション資源の地域間格差が著しい」などの特異な環境である。これらの要因により、地域リハビリテーション活動の方向性や方法を見出しづらい状況であり、各都府県と比較すると活動が停滞しがちである。また、補助金終了に伴い各広域支援センターもそれぞれの地域特性に対応した活動に移行しているが、より地域に根ざした活動の展開が望ましい。

現在、全国的な流れとして、地域連携を活動の中心にする広域支援センターが増加している。そこで、地域連携を目的とした活動として比較的取り組みやすい「まちづくり的地域リハビリテーション活動」の実践方法を活動の一方法として提案し、今後の各広域支援センター活動の一助にして頂くことを目的に本冊子の作成に至った。

本冊子では北海道で「まちづくり的地域はリハビリテーション活動」を実践している広域支援センターにご協力いただき、実際の活動方法を具体的な実例を挙げ紹介している。また、巻末には「まちづくり的地域リハビリテーション活動」を実践する際に活用できるワークシート等も紹介しているので、ぜひご活用頂きたい。

II. 地域リハビリテーション推進活動とは

1) 地域リハビリテーションの定義と活動指針

地域リハビリテーション（地域リハ）について、日本リハビリテーション病院・施設協会（2001）は以下のように定義しています。

「地域リハビリテーションとは、障がいのある人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、生き生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全てをいう。」

この定義からも地域リハは人々の暮らしを支えるために、保健・医療・福祉に限らずあらゆる社会資源を活用して、人の一生涯にわたって適応されるものです。また、そのためには個々の活動の連携が不可欠といえます。

このため、地域リハの具体的な活動指針は次のように定められています。

- ◆ 障害予防や健康増進について、生涯にわたる継続的なリハビリテーションを提供できる支援システムを地域に作ること
- ◆ サービス提供が急性期→回復期→維持期と効率的に継続されること
- ◆ 障害のある方もできる限り社会参加を可能にし、地域住民も含めた支援がなされること
- ◆ 一般の人に啓発活動がなされること

2) 北海道リハビリテーション支援センターの役割と課題

地域リハ活動を推進させるため、北海道は地域リハビリテーション活動の主な実施機関として、地域内の専門職種 of 団体や協力病院などで構成された組

織体（地域リハビリテーション推進会議）を地域リハビリテーション広域支援センター（広域支援センター）として指定し、道内の各第二次保健医療福祉圏に設置しました。

北海道リハビリテーション支援センターは、各地域の広域支援センターを支援するため、全道的な研修会や広域支援センター代表者会議などの開催、相談窓口の設置および対応、地域のリハ実施体制の調査・研究などの活動を行っています。

しかし、「北海道における事業体制に関する課題」として、①北海道はリハビリテーションの資源が乏しい、②リハビリテーション専門職種間の連携・ネットワークは院内や系列施設内に止まっている、③医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士などの専門職種の団体相互の交流も非常に少ない、ということが指摘されています。

一方、「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」（高齢者リハビリテーション研究会中間報告書2004）では、急性期や在宅のリハビリが不十分なこと、医療から介護への連続するシステムが機能していないこと、そしてリハビリとケアの境界が不明確なまま提供されている、などの課題が指摘されています。

このことから、地域リハは決して定着したとはいえ様々な課題を抱えている状況にあり、地域住民が充実した生活を送れるためのネットワーク作りとその支援体制の整備が強く求められています。

3) まちづくり的地域リハビリテーション活動とは

道内の各広域支援センターの開設以降、最近まで各圏域での活動には、組織・委員会の運営、リハビリの実態把握や分析、講師バンクの設置・運営、研修会の開催などが多くみられています。

しかし、北海道からの補助金が既に終了している圏域が大半を占めている状況に加え（図1）、前述の北海道における事業体制や高齢者リハビリテーションに関する課題がある中、「医療・介護・福祉サービ

スの連携構築」の活動を中心とする地域が徐々に増えてきています。

それは、従来までの介護予防事業の啓発普及を通じたネットワーク作りや専門職への技術研修などを主体とした活動ではなく、それぞれの地域が現在抱えている問題に取り組む活動そのものをテーマとした“地域に根ざしたネットワーク化”を推進する必要性を示唆しており、今後も更に拡大していくと考えられます。



図1. 第二次保健医療福祉圏とリハ推進会議の設置状況(2010. 3.31現在)

そこで本書では、「地域で生活するためにあらゆる社会資源が協力し合い、住み慣れた場所で生き生きと暮らせるまちづくり」という地域連携を目指した活動を“まちづくり的地域リハビリテーション活動”と位置づけ、その実践方法について述べていきたいと考えます。

<担当 佐々木 健史>

Ⅲ. まちづくり的地域リハビリテーション活動推進の8ステップ

まちづくり的地域リハビリテーション活動の実践にあたり、「まちづくりのマニュアル改訂版（逢坂悟郎氏）」では、次のような“8つのステップ”に沿った活動が提案されています。

【まずは、地域リハ支援の担当者で】

ステップⅠ

できる範囲で、担当地域の状況・問題点を探る。

ステップⅡ

とりあえずの戦略（対象とする人々、長期目標、活動の手順）を決める。

【多くの人々を組織化し、主体的に活動できるようにするために】

ステップⅢ 多くの人々（医療・介護専門職、住民）による会合・研修会を開催し、その地域のおおまかな状況や問題点について頭の整理ができるようにする。

これにより、問題意識の共有が起こる。参加者が漠然と感じている問題を明確化し、「このままでは大変だ!」、「どげんかせんといけん!」という気持ちにする。（例：いつもの講演＋グループワーク）

ステップⅣ 後日、問題意識を持った人々による会合を開催する。（例：タウンミーティング）

- i) 地域の状況や問題点についての確認や追加
- ii) 長期目標、戦略の確認・修正（地域リハ支援側が決めた「問題解決への作戦」を全体で議論する）
- iii) 「皆さん」がその気になった段階で、地域リハ支援側から「自分たちは微力なので、皆さんの主体的活動がないと問題は解決しません」と確認。（皆さんが「主役」、地域リハ支援側は「戦略的脇役」）
- iv) （地域リハ支援側としては）参加者のなかのキーパーソンの発見・確認

ステップⅤ 幹事会を発足する。

キーパーソンらによる幹事会を発足し、中心メンバーの組織化を図る。その後は、彼らによる主体的な活動を支援するようにする。

これがその他の参加者の主体的な活動や組織化につながる。

ステップⅥ 活動を開始する。

例：病院のネットワーク化、在宅サービスのネットワーク化、病院・在宅連携、住民主体の介護予防活動、中学校区での医療－介護連携・認知症対策など

ステップⅦ 戦略の定期的な確認・見直しを行う。

- i) 地域リハ支援の担当者間
- ii) 幹事会＋地域リハ支援の担当者
- iii) 参加者全員で

ステップⅧ 活動を振り返る。

年1回は行った活動について、各レベルでの全般的な反省会を持ち、戦略の確認・見直しを行う。これに基づいて、その後の活動を行う。

地域リハ支援の対象は、病院職員、在宅サービス職員、住民・障害当事者など様々ですが、上記の手順はほぼあらゆる対象者に適応できます。また、地域リハ支援を行う担当者は、広域支援センター、地域包括支援センター、保健所、行政、社協、その他など多岐にわたり対象者も異なりますが、活動手順そのものは共通していると考えます。

＜担当 佐々木 健史＞

IV. 南渡島圏域の活動をもとにした取り組み方法

南渡島圏域の活動をベースに、まちづくり的地域リハ活動の進め方を紹介します。

【活動の手順】

活動は以下の手順に従って進めます。括弧内は「まちづくりマニュアル改訂版（逢坂悟郎氏）」のステップ（段階）です。

- | |
|------------------------------------|
| 1. 運営委員会の意思統一と基本戦略の立案
(ステップⅠ、Ⅱ) |
| 2. 気づきの場の設定
(ステップⅢ、Ⅳ) |
| 3. 地区幹事会の設置
(ステップⅤ) |
| 4. 幹事会の意思統一
(ステップⅥ) |
| 5. 地区ごとの戦略立案と解決策の実行
(ステップⅥ) |
| 6. 活動の評価（幹事会→運営委員会）
(ステップⅦ、Ⅷ) |

【活動の実際】

1) 運営委員会の意思統一と基本戦略の立案

1.1) はじめに

地域リハ広域支援センター（以下、推進会議）が何をめざし、どのように活動を進めていくのか、運営委員会で共有します。

地域リハ支援担当者である運営委員の理解が深まっていないと、地域で活動を展開していくことが困難になりますので、十分時間をかけて意思統一することが重要です。

コラム1 「地域リハの理解促進ツール」

道リハ支援センターのビデオライブラリには、「まちづくり的地域リハ活動（逢坂講師）」をテーマにした研修会のDVDがあり、地域リハの理解推進、目的共有のためのツールとして活用することができます。

1.2) 目的の共有

まず、組織の目的を共有します。「目的」とは、組織のめざす最終到達点、あるいは基本理念と捉えてもよいでしょう。

南渡島においては「たとえ障がいがあっても住み慣れた場所でいつまでも生き生きと暮らせるまちをつくること」（＝誰もが住みよいまちづくり）を推進会議の目的としました。

1.3) 基本戦略の作成と共有

しかし、運営委員からは「言葉の意味は解るけれど、ピンとこない」という声が聞かれました。「誰もが住みよいまちづくり」という基本理念の提示だけで、組織活動の方向性やイメージを形作ることができないのは当然だと言えます。従って、最終到達点に近づくための当面の活動方向を示す基本戦略を作成し、運営委員で共有することが必要になります。

1.4) 基本戦略とは

基本戦略とは、「とりあえずの活動の方向性」であり、長期目標、対象、活動の手順などです。

1.5) 基本戦略の作成手順

各運営委員の担当地域を決め、保健所の保有する地域情報などを参考に、その地域の現状や課題を探り、目標や活動の対象、手順などを運営委員全員で作成します。

2) 地域の関係者を対象とした「気づきの場」の設定

地域の関係者が地域の課題や問題点に気づく場を設けます。

南渡島では、逢坂先生による講演とグループワークという形で実施しました。

講演では、地域リハ活動の意味理解や問題意識の喚起、活動方法の示唆が与えられ、グループワークでは、地区ごとに分かれ、地域の住民が脳卒中を発症した場合を想定して、医療・介護の流れやそれぞれにおける課題とあるべき姿を共有しました(図1、図2)。

これにより、関係者に問題意識が芽生え、主体的に活動する動機を付与することができます。

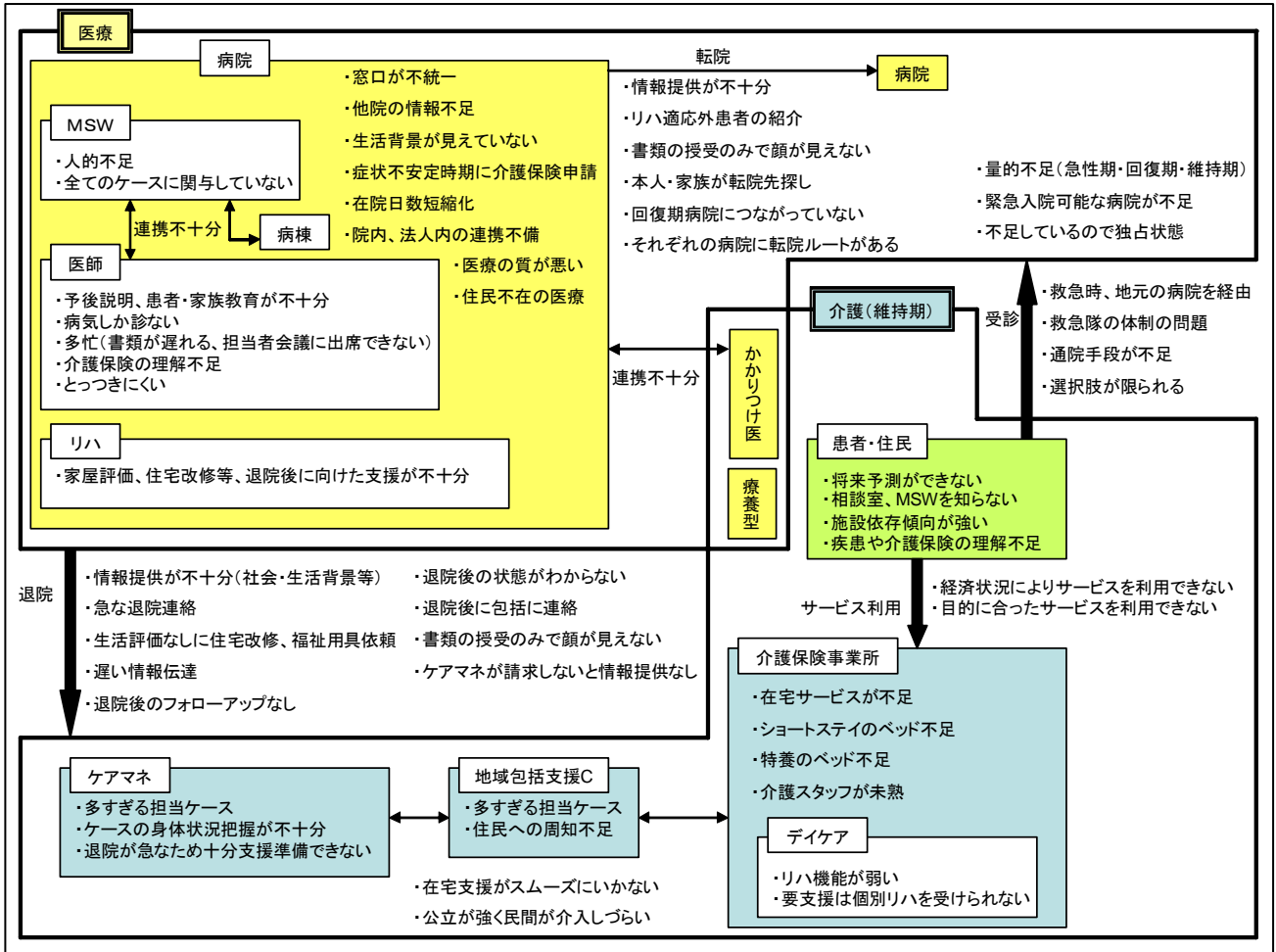


図1. グループワーク結果(課題)

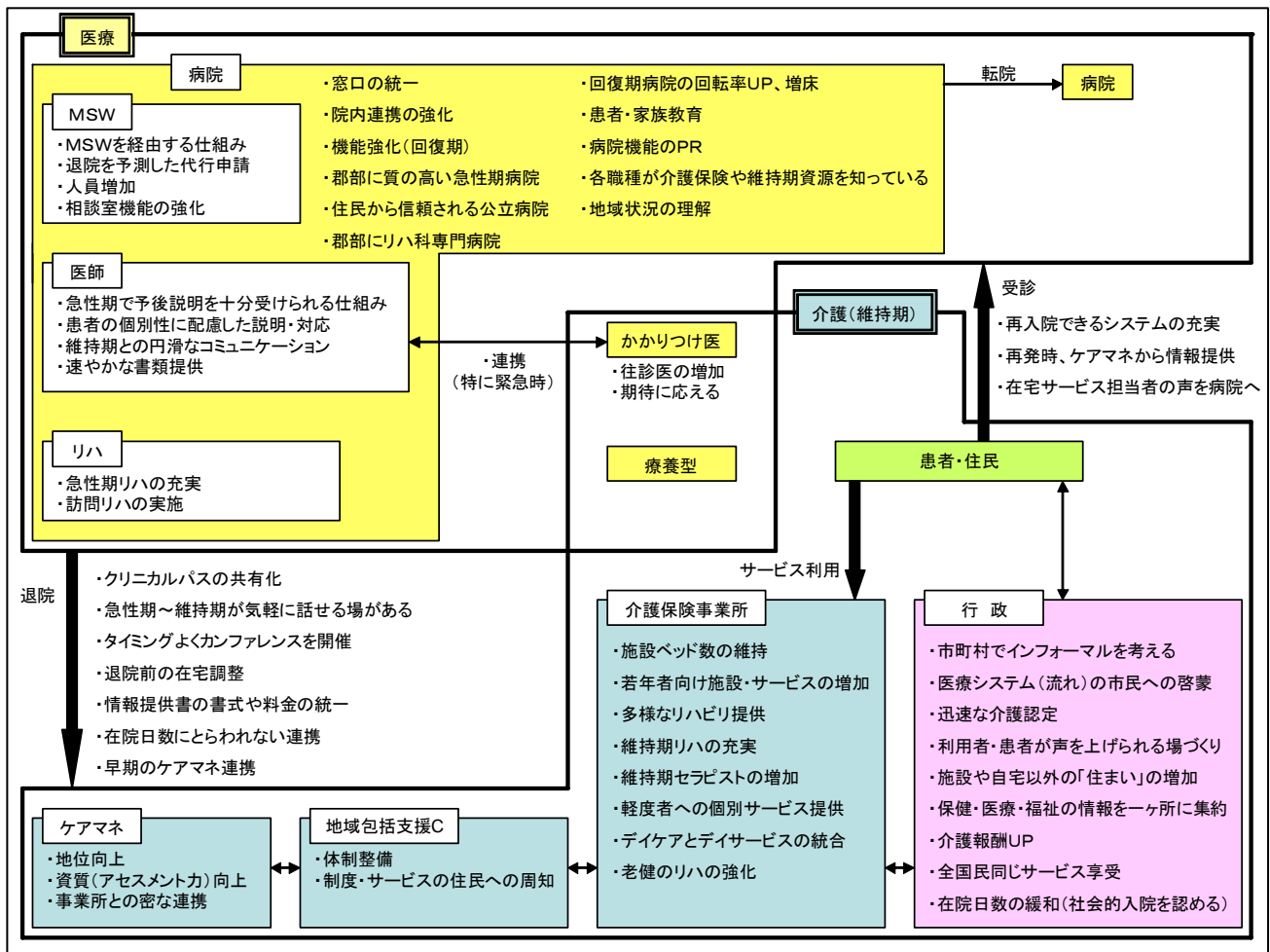


図2. グループワーク結果(あるべき姿)

3) 担当委員を決定し、地区ごとに幹事会を設置

圏域を活動しやすい地区に分割し、地区担当の運営委員を決めることから始め、各地区のキーパーソンを発掘して地区ごとに幹事会を設置します。

担当委員は幹事会のメンバーが主体的に活動できるよう、側面的に支援します。

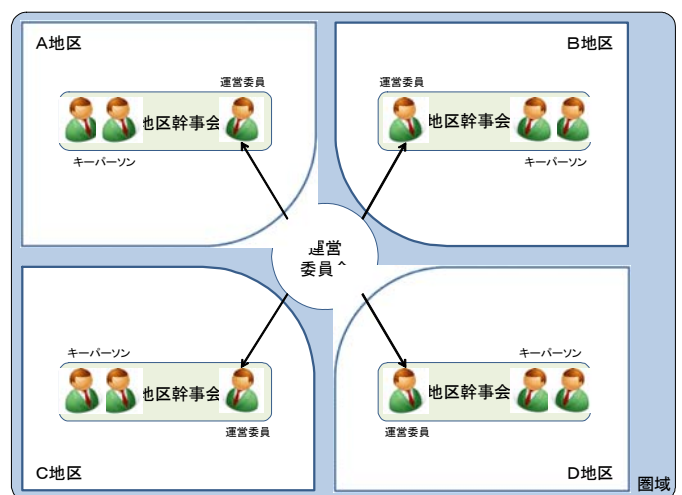


図3. 地区幹事会の設置

4) 幹事会意思統一

運営委員会で行ったのと同様に、組織の目的や活動の方向性、幹事会の役割などについて意思統一を図ります。

南渡島では、幹事会のメンバーが活動の目的や方向性を見失わぬよう、運営委員会が活動マニュアルを作成し、配布しました。明文化により、メンバーが代わっても組織の方向性は維持されます。

5) 地区ごとの戦略立案と解決策の実行

5.1) 地区戦略の立案

各地区幹事会で課題解決のための戦略を練ります。

担当委員は必要な情報提供や助言を行うほか、ファシリテーターとして会議の進行をサポートします。

5.1.1) 作成の手順

地区戦略は、運営委員会で作成した基本戦略をベースに、以下の手順に従って立案します。すべてを幹事会が行うのではなく、地域懇談会やタウンミーティングを活用するなど、地域の関係者を巻き込みながら進めるとネットワーク化が促進されます。

1. 目標設定
2. 現状の把握
3. 問題の発見
4. 原因の分析
5. 問題点の明確化
6. 解決案の形成

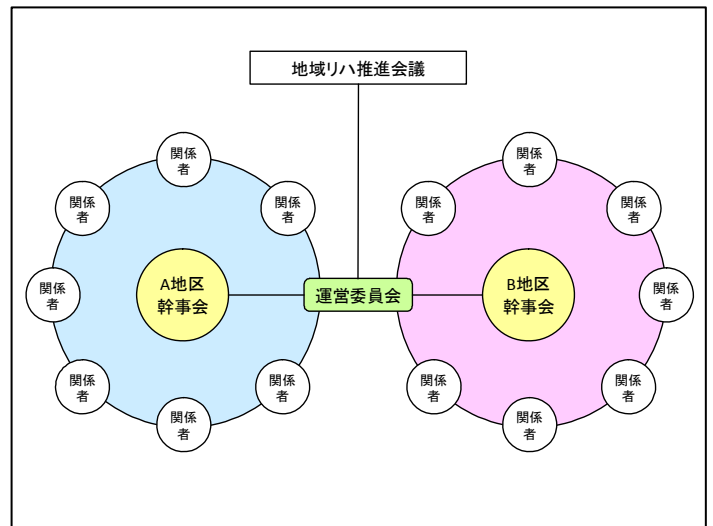


図4. 地域関係者を巻き込んだ地区戦略の立案

5.1.2) 目標設定

①目標とは何か

目標とは、目的の下位概念であり、目的達成のための中間到達点です。目標は「近い将来のあるべき姿」「期待される結果」と言い換えることができます。

②設定の方法

努力目標では意味がありません。実現及び測定が可能な目標を設定します。

この時点では、地域の現状を詳細に把握できていませんので、仮の目標を立てます。目標は現状分析や取り組みの進捗によって修正が加えられていくものです。

目標設定に役立つフレームワークの一例を紹介します。

【5W】

- 「Who/What」：誰/何にとっての目標？
- 「How much」：どのくらいの量・程度、どんな状態？
- 「When」：どの時点を対象？ いつまでに達成？
- 「Where」：どの場所を対象？

③例

南渡島圏域では、「地域の資源が圏域全体で有効に活用される」、「医療と介護の切れ目ないサービスが提供される」ということを目標としましたが、現状の把握状況により、可能であれば次のように具体的に設定するとよいでしょう。

「脳卒中モデルの疾病・傷病を負った〇〇地区の住民全員が（Who、How much、Where）、病院を退院する際には（When）、事前の退院調整に基づき（How much）、継ぎ目のないサービスを受けられる状態を（How much）5年を目途につくる（When）」

5.1.3) 現状の把握

①現状とは何か

現状とは、これまでの活動の結果、実際の状態を指します。

②把握の方法

目標達成のために必要な事柄を把握します。保健所の保有する地域情報や各領域関係者への調査などのほか、地区の関係者や住民を集めたタウンミーティングなどにより把握します（詳細は北網圏域の活動参照）。

③例

「地域連携室のない病院や大規模の病院からは、事前の連絡なしに退院してくるケースがあり、サービスの切れ目が生じている」

コラム2 「ビジョン、目的、目標の関係」

「**ビジョン**」とは、**未来のあるべき姿のイメージであり、曖昧なものです。その抽象的なイメージを論理的に整理したものが「目的」となります。そして、その目的に近づくための一つの通過点（チェックポイント）が「目標」となります。**

5.1.4) 問題の発見

①問題とは何か

問題とは、「目標」と「現状」のギャップを意味し、このギャップを埋めるのが問題解決です。

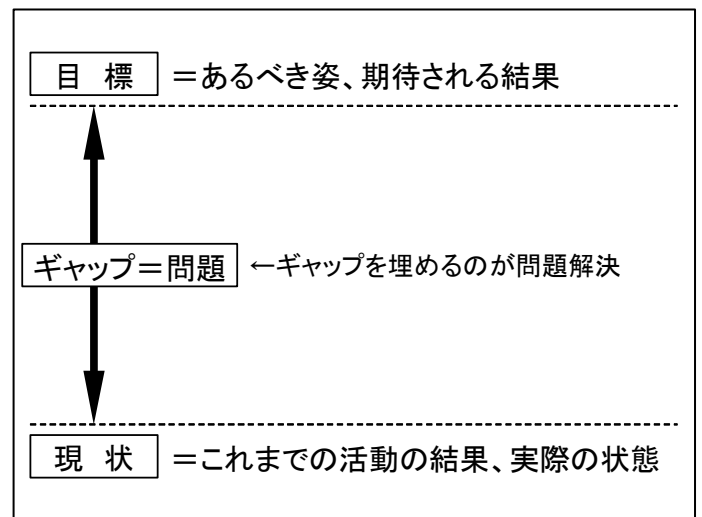


図5. 問題=目標と現状のギャップ

②例

A病院の平均在院日数は20日となっているが、平均在院日数17日を目標としている。

目標：平均在院日数17日

現状：平均在院日数20日

問題：日数が3日長いこと

③発見の方法

問題の見つけ方には次の3通りがあります。

- 1) 目標と現状のギャップから見つける
- 2) 問題そのものを直接見つける
- 3) 現状の無駄・ムラ・困難性などから見つける

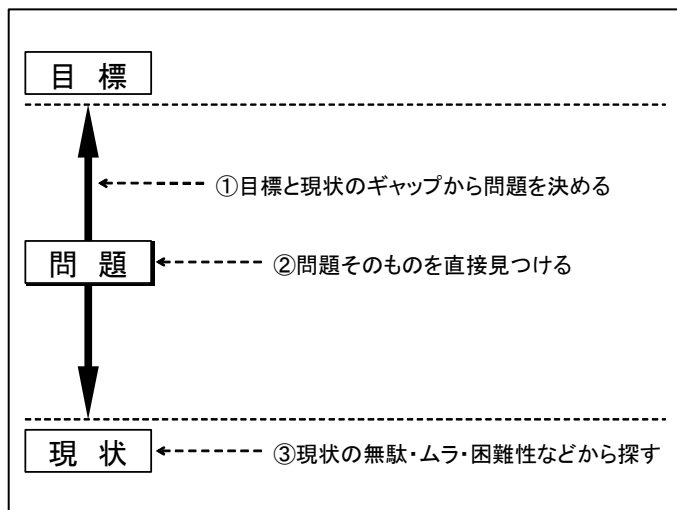


図6. 問題発見の方法

また、「5W」のフレームワークも活用できます。

【5W】

- ・ 誰／何にとっての問題？
- ・ どのくらいの量・程度、どんな状態？
- ・ どの時点の問題？
- ・ どの場所の問題？

5.1.5) 原因の分析

①原因とは何か

原因とは、事実と仮説で構成されます。目に見える事実から目に見えない事実(=仮説)を考えます。事実に基づかない仮説(根拠のない推測)は原因に含めません。

事実と仮説は混同されやすいので、整理して考える必要があります。

②原因の例1

<問題>

平均在院日数が目標より3日長い

<原因>

- 事実：転院申込から決定まで時間がかかる、患者の状態が安定しない 等々
- 仮説：転院先病院から先の流れが滞っているのでは？ 等々

③原因の例2

<問題>

A病院はケアマネへの事前連絡なしに患者が退院してくる

<原因>

- 事実：連携室を経由していない、連絡がくるケースもある 等々
- 仮説：軽症者は連携室を経由しないのでは？

コラム3 「事実」と「意見」

「事実」と「意見」の違いは改めて指摘するまでもないことですが、両者が混同されて使われていることがよくあります。次の文書は事実と意見どちらを述べたものでしょうか？

- ・ B先生は忙しい
- ・ C先生は書類の提出が遅い
- ・ D病院は院内の連携がよい
- ・ E病院は退院後のフォローがきめ細かい

「事実」とは調査や実験などにより確認可能な客観的事象であり、「意見」とは判断基準が確立していない、個人の主観に基づくものです。なお、事実は「正しいこと」という意味ではありません。事実に正しい事実と誤った事実とがあります。

悪い例：

<原因>コミュニケーション不足

→<解決案>コミュニケーションを図る

解決案を評価・統合して解決策の選択肢をつくり
ます。

5.2) 解決策の実行

選択肢の中から一つの解決策を選択し、実行しま
す。

6) 活動の評価

活動を振り返り、戦略の確認、見直しを行います。
また、各地区の活動状況は、随時運営委員会で共有
し、地区レベルで解決困難な課題への対応等、必要
に応じた支援を行います。

<担当 山内 克泰>

V. まちづくり的地域リハ活動の実際〈北網地域リハビリテーション推進会議の取り組み〉

【本章のねらい】

この章では「まちづくりのマニュアル改訂版（逢坂悟郎氏）」で提案されている8つのステップに沿い北網圏域で行ってきた活動を会議の議事録、実施した研修会の概要などを資料として多く掲載し、具体的に紹介します。各圏域のみなさんは北網圏域の活動例の通りに進める必要はありません。「まちづくりのマニュアル改訂版」の手順を踏まえ独自の活動をしていただきたいと思います。

この章は地域で「医療と介護をよくするまちづくり」を始めるにあたり、何をどうしたらよいのか、と考える方に少しでも具体的なイメージや取り組み方を提供することがねらいです。ちなみに北網圏域ではこれまで逢坂先生の現地訪問による「直接指導」を3回、メールによる「遠隔操作」を随時受けながら実施しています。

また活動を通じて気がついたことを「コラム」にしました、これも是非お読みいただければと思います。

【まちづくりのマニュアル改訂版と北網のまちづくり的地域リハ活動の特徴】

「まちづくりのマニュアル改訂版」は2010年1月に出されました。北網圏域ではそれまで改訂前のマニュアルに基づいて活動しています。エッセンスは変わりありませんが、改訂版発出後は以下の考え方がさらに明らかになったと感じています。

1. 地域リハ（CBR）の「障害者の自立支援やそのための社会変革」だけに拘らず、「誰もが住みやすい健常者を含めた社会をつくること」と対象を広げたこと。

2. 地域リハ活動を行う「主役」と地域リハ活動を「支援する戦略的脇役」の役割をさらに明確にしたこと。

医療制度改革（2006年閣議決定）以降、効率的な医療・介護の提供に注目が集まり、地域連携パスの推進、病院完結型から地域完結型医療へのギアチェンジ、病院と在宅の連携強化などが時代の流れとなってきました。こういった地域の仕組みづくりに成功した地域は、「このままではまずい」という課題意識をもった人々が存在し、「なんとかしなければ」と考え行動した結果であるといえるでしょう。

北網圏域も「このままでは北網の医療と介護の未来が大変なことになる」という問題意識を持ち、「たとえ障がいがあっても、住み慣れた場所でいつまでも生き生きと暮らせるまちをみんなで作ること」を長期の目標にしつつ、まずは短期の目標を「医療と介護をよくするまちづくり」を具体的な目標に設定し活動を進めています。

「医療と介護をよくするまちづくり」は障害を持った方、要介護状態の方は勿論ですが、健康な人でも将来安心して暮らせるまちをつくる、という点で健常者へも対象を広めています。

また北網圏域における地域リハ活動を行う主役は「タウンミーティング運営委員会」という地域の有志で組織化されたメンバーが主役となり積極的な活動主体となっています。地域リハ活動を支援する戦略的脇役は「北網地域リハビリテーション推進会議」が担い、明確に役割を分担しています。まさに地域リハ活動を行う「主役」と地域リハ活動を「支援する戦略的脇役」の役割が分離し、相互補完的な関係を形成しています。

【北網圏域での取り組み事例】（まちづくりのマニュアル改訂版に沿って）

1) できる範囲で、担当地域の状況・問題点を探る。

1.1) できる範囲とは

平成20年4月、北網圏域では保健所地域リハ担当者、事務局病院と運営委員が集まり次年度の地域リハ推進会議総会へ提案する事業計画について協議を行いました。その結果、従来の研修会&技術指導をやめ「まちづくり的地域リハ活動」へ取り組む作戦を立てました。この時点での北網圏域での「できる範囲」とは保健所担当者、事務局病院と運営委員の三者（5名）でした。

この頃、北網圏域では「オホーツク脳卒中研究会」という脳神経外科医師をはじめとする病院間の横の連携を結ぶ有志のグループの活動により、脳卒中地域連携パスが始動する予定でした。この時オホーツク脳卒中研究会が逢坂先生を招聘し、「北見地域の医療・介護ネットワークと脳卒中地域連携パス」というタイトルで講演をしていただきました。講演で逢坂先生は「地域連携パスは病院間連携の小道具。病院と在宅サービスを結ぶなら、地域連携パスとは別の連携を共に考える必要がある。」という強烈なメッセージをいただきました。この事をきっかけとして急性期と回復期という病院間だけの脳卒中地域連携パスだけではなく、病院から在宅・維持期への連携拡大が重要な課題であることを認識しました。そこで「できる範囲で集まった担当者たち」は北網圏域における地域リハ活動を「まちづくり的地域リハ活動」へ大きく舵を切ることに決定し、北網地域リハ推進会議の総会で提案し承認されました。

1.2) 地域の状況・問題点を探る

「まちづくり的地域リハ活動」に取り組むにあたり、「できる範囲で集まった担当者たち」は急性期から回復期を通じ、維持期・在宅に至る流れがスムーズになっていないことが地域の状況・問題点である

と考えました。前述の講演会で逢坂先生は「地域連携パスは急性期と回復期だけにしか経済的なメリットがない」とメッセージを頂いたことがきっかけです。また「地域連携パスによって病院ネットワーク（病院間の連携）は進むが維持期（施設や在宅）のネットワークはバラバラであり、病院ネットワークは維持期の誰と協議してよいか不明（逢坂氏の講演より）」であることから、北網圏域では「維持期ネットワークが未整備であり、そのため在宅サービスが効果的に活用されていないこと」をとりあえず問題と定め、活動を開始する事としました。（平成20年7月）

2) とりあえずの戦略（対象とする人々、長期目標、活動の手順）を決める。

2.1) とりあえずの戦略（活動の手順）

平成20年の北網地域リハ推進会議の活動として「医療と介護のネットワークづくり」が承認され、その年の10月に研修会を開催することとしました。この研修会では維持期である介護事業所の多くの人々に、「医療と介護がこのままではまずい」と認識させ、私たちの活動に協力してくれる地域のメンバーを増やすことを「とりあえずの戦略」とし、研修会を組みました。その研修会の内容は「資料1」の通りです。

2.2) 対象とする人々

この時期は研修会の対象とする人々は特に限定はせず、医療機関の関係者や介護保険の事業所としました。出来るだけ多くの興味を持った方に集まって欲しいのはやまやまでしたが、まず、関心を持った人の心をつかまえて少しずつ「感染者」という名の協力者を増やすことにしました。

2.3) 活動の仲間を募る

上記の研修会を開催するにあたり、「できる範囲で集まった担当者たち」だけでは実行不可能です。

私たちの立案した「とりあえずの戦略」を理解し協力してくれるメンバーを「できる範囲で集まった担当者たち」は探し始めました。メンバー拡大の戦略として、北網圏域ではケアマネジャーの団体が既に発足していることから、団体の長を直接訪ね、研修会の趣旨と説明し、まちづくり的地域リハ活動に協力してくれるメンバーの選定を依頼しました。その結果 15 名の仲間が集いました。(平成 20 年 8 月)

2.4) 長期目標の決定・共有（仲間の参画による研修会の下準備）

この仲間は結果として現在のタウンミーティング運営委員会のメンバーとなっていますが、当時集まっていたいただいたメンバーの役割は「まちづくり的地域リハ」の趣旨を理解していただき、研修会で実施するグループワークのファシリテーターを担っていただくものでした。

研修会の下準備として 3 回集まっていたいただき、長期目標の決定と共有を行いました。(図 1)「とりあえずの目標」

単に研修会を開催すれば「まちづくり的地域リハ活動」ができるものではありません。「感染者」を増やし、現実困っている課題に取り組むためには、「できる範囲で集まった担当者たち」が目標を共有し活動の輪を大きくしていかなければなりません。その核となる仲間たちとは多くの時間を費やし理念を共有することが大切です。参考資料として共有の様子を感じていただくために長期目標を共有した過程が分かる会議の議事録をご覧ください。(資料 2) 地域リハ支援者「戦略的脇役」が地域リハ活動を行う「主役」を育てる様子が見えます。

このステップをしっかり踏んでいることがマニュアルの「5」以降の幹事会活動への下準備にもなります。ここはしっかり時間をかけて進めたいところです。(平成 20 年 9 月)

「できる範囲で集まった担当者たち」が時間をか

け、地域リハ活動を行う「主役」たちに「その気にさせる」活動が「まちづくり的地域リハ活動」の原動力となります。

また会議のこういう経過は是非議事録にしてください。また、メンバーの疑問点やタウンミーティング開催への進め方などの遠隔操作を「全国地域リハ支援事業連絡会の若手ワーキングチームのメーリングリスト」で受けることをお勧めします。このメーリングリストは逢坂先生に申し込むと参加できます。逢坂先生だけでなく同じ志を持った全国の仲間からのアイディア・意見は大変参考になります。

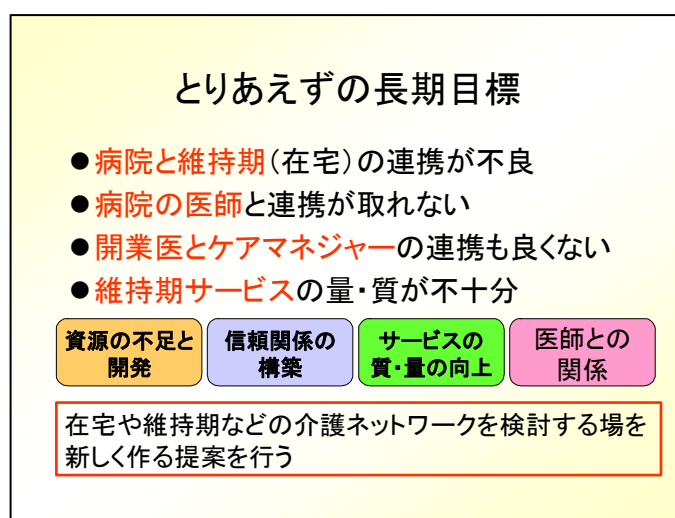


図1. とりあえずの長期目標

3) 多くの人々(医療・介護専門職、住民)による会合・研修会を開催し、その地域のおおまかな状況や問題点について頭の整理ができるようにする。これにより、問題意識の共有が起こる。参加者が漠然と感じている問題を明確化し、「このままでは大変だ!」、「どげんかせんといけん!」という気持ちにする。(例: いつもの講演+グループワーク)

3.1) いつもの講演会

逢坂先生の直接指導のスタートです。いつもの講演会とは、逢坂先生が以前勤務されていた大阪府豊能圏域での取り組みの紹介です。平成 12 年頃の豊能圏域は急性期病院がひしめき、逆に回復期リハビリ

テーション病院のベッド数が非常に少ない地域だったそうです。急性期から回復期へ転院するにしても日数がかかり、紹介状を7~8枚病院から持たされた家族が回復期病院を転々と相談して回るという「悲惨」な地域だったそうです。逢坂先生は「これではあかん」と考え、当時勤務していた回復期病院の窮状を急性期病院へ伝え歩き、連携を作られました。

その結果、急性期から回復期への過剰な期待が減少し、回復期は急性期の繁忙さが理解できたそうです。その後、急性期と回復期同士が定期的に会議を開催し、お互いのストライクゾーンを明らかにしスムーズな転院、病院間の信頼関係の醸成と、なにより患者さんの安心がもたらされたと述べられました。「当時は『地域連携パス』などという道具は無かった時代だが、今はこういった活動に診療報酬点数がつく時代、互いのストライクゾーンを知るためには、自分達の『強いところと弱いところ』を本音で語ることから出発しなければならない。」と述べられました。

現在、脳卒中地域連携パスは急性期と回復期にしか経済的なインセンティブが無いため、在宅や維持期などへは波及効果がありません。病院間だけの地域連携パスだけでは患者さんの流れが回復期でストップするので、介護保険など在宅のケアマネジャーやサービスが困り、最終的に在宅での暮らしの維持や再発予防につながりません。「これからは医療と介護が共に手を携え本音で語りましょう」と述べられました。

逢坂先生からは維持期である介護・在宅ネットワークがまとまらないと急性期から維持期までのなめらかな連携が維持できない。介護ネットワークが一つにまとまることがその方法の一つであるということです。維持期メンバーが持つ問題意識を「本音で話す、言われたほうも連携のためなので恨みっこなし」という姿勢が大切と参加者の背中を押してくれました。

3.2) いつものグループワーク

このグループワークから「まちづくり的地域リハ活動」の本番です。「この地域で脳卒中になったら」をテーマにして、自分達の地域の社会資源を振り返り、地域の問題点を探り、じゃあどうなったらいいかを考えます。表面的な話し合いではなく、「本音で語る」ことにより多くの問題点が参加者から吐露されました。

当日出された意見や課題は非常に強烈なものも多く（逢坂先生にも「物凄く強烈な膿が出とるなあ！」と感嘆されてしまったほどです）、文字通り「地域の叫び」が聞こえるようでした。ちなみに、このような「膿」「叫び」が出ました（グループワーク「地域の問題点」より抜粋）

地域の問題点

- ◆維持期病院や施設は重症患者を受け入れないとか、選抜があるようだ
- ◆患者の求めるゴールと病院のゴールが違う
- ◆地域包括支援センターはプラン作りで一杯、機能していない。そもそも包括は何をしてくれるのか？
- ◆どうしたらいいのか分からないほど準備できていないのに、退院の話になる
- ◆退院の話し合いで地域包括支援センターの入ってもらうタイミングが分からない
- ◆カテーテルが入っているとショートステイが使えない
- ◆「リハビリをするのは病院」というイメージがいまだに一部ある
- ◆ショートステイ事業所は利用者を選ぶな
- ◆老健から在宅へ戻せる人は戻せ
- ◆入院期間を短くする努力をみんなで
- ◆デイサービスでもリハビリしよう
- ◆ベッドが空いていても、手がかかる人は受け入れ側が「うん」と言ってくれない
- ◆急性期病院から「転院先を探せ」と言われたがそういう急性期病院が責任を持って探せ！
- ◆何より医師同士の連携が出来ていない
- ◆医療情報を点でなく流れで知りたい

- ◆電話の掛けづらい病院がある
- ◆急性期病院から回復期病院に転院することを「捨てられる」と誤解する患者がいる
- ◆医師の書類が読めない
- ◆在宅へ戻っても、悪くなって病院に戻ってくる
- ◆病院は退院日を教えてくれない
- ◆在宅ケアマネジャーは急性期病院へ「なんでこんな状態で退院してくるのよ?」と思う
- ◆急性期医療機関は在宅ケアマネジャーへ「なんでこんな状態なのに家で暮らしているんだ?」と思う→意思疎通が乏しい
- ◆老健施設が特別養護老人ホーム化している
- ◆胃ろうの患者が増えているのに受け入れ可能な施設少ない
- ◆特に郡部では老老介護が多いのに、在宅を勧められても困る
- ◆MSW 不在の病院は連携が取れない。ソーシャルワーク機能・部門が必要
- ◆コメディカルの理解は得られても、肝心の医師の理解がない
- ◆いきなり「明日退院です」と言われ準備が大変

こういった問題点が出された後、「ではどうなればいいのか?」をグループ探りました。「どうすればいいか?という解決のための方法」を考えなくてよく、無責任でいいのです。

どうなればいいのか?

- ◆回復期リハビリテーションが増える
- ◆急性期と在宅の連携がすすむ
- ◆連携パスが在宅でも活用される
- ◆医療と介護が意見交換できる
- ◆老健で医療処置が報酬上で加算される
- ◆在宅や地域に理解のある医師が増える
- ◆医療対応ができて、緊急受け入れができるショートステイがある
- ◆しっかりしたリハビリテーションする場所がある

などが出され、代表で3つのグループが発表し、本音ミーティングを終了しました。

3.3) 参加者の問題意識の共有が起こり、参加者が漠然と感じている問題が明確化する

グループワークの最中、参加メンバーは日常業務で抱えていた地域の問題を具体的に話し、共感してくれる仲間を発見することにより興奮が高まり、一時は騒然とする雰囲気になりました。互いに問題を言語化し、確認しあうことにより「自分だけが感じていた問題ではないのだ」と知ります。グループワークの作業過程で問題を改めて表現し直すことによって、問題が少しずつ明確化していきます。まさに参加者は「このままではまずい」と気づく瞬間を見ることが出来ます。

ところが参加者の欲求不満が最高潮に達したとき、グループワークは終了します。参加者からは「えー時間が足りない」など不満めいた発言がきかれました。実はこれが逢坂先生と事前に打ち合わせていた作戦通りの手順です。欲求不満を持った参加者は既に「まちづくり的地域リハ活動」への十分な動機付けの準備が整っています。なぜそうするのか。グループワークを途中で終了する理由は次の2点です。

「本音」で語ったことの無い参加者がこの場でスッキリされてしまうと次の活動に結びつきづらくなってしまいます。

またグループワークを取り仕切るファシリテーターや地域リハ活動を「支援する戦略的脇役」として、この場ですべてをまとめ上げてしまう事は相当なプレッシャーになります。プレッシャーのあまり自由闊達な意見が押さえ込まれることだけは是非避けたいものです。

地域リハ活動を「支援する戦略的脇役」とファシリテーターは事前に逢坂先生から指示のあったとおり、次の開催日時と場所を伝え「是非参加してください」と呼びかけました。つまり、欲求不満が最高潮に達した参加者へ次回のタウンミーティングの案内を行うことで、逢坂先生のマニュアルの次の活動に結びつくのです(ここはすごく重要です)。ポイントは次の開催日までの期間を空けないことです。北網圏域では次回開催は1ヶ月以内に設定しました。またここで地域リハ事務局は参加者に対し「私たちではこの問題は解決しません、是非皆さんに助けて

いただき、暮らしやすいまちにしていきましょう」と提案し、活動への参加を呼びかけました。つまり地域リハ活動を行う主役は「タウンミーティング運営委員会」という地域の有志であり、地域リハ活動を支援する戦略的脇役は「北網地域リハビリテーション推進会議」という構図を宣言したのです。マニュアルでは 4.3) で行いますが、私たちはこのタイミングで行いました。

4) 後日、問題意識を持った人々による会合を開催する。(例：タウンミーティング)

4.1) 地域の状況や問題点についての確認や追加

北網圏域ではその後のタウンミーティングを3箇所に分け開催しました(北見・網走・美幌)。開催にあたっては 3.3) でファシリテーターとなったメンバーがそれぞれ地元でリーダーとなり「問題意識を持った人々」に声を掛けグループワークを再び実施しました。前回に比べ2回目は地域を限定したため、

地元の多くの参加者が集まり、さらに問題点が絞り込まれました。

開催にあたっては北網地域リハ推進会議が各地へ訪問しグループワークの前に「活動の趣旨」と題し「まちづくり的地域リハ活動」の趣旨と長期の目標の共有に努めました。(4.2 参照)

4.2) 長期目標、戦略の確認・修正(地域リハ支援側が決めた「問題解決への作戦」を全体で議論する)

各地域でのグループワーク開催後各地で抽出された地域の課題と戦略を地域リハ事務局でまとめました。まとめたものを3地区のタウンミーティング主催者へ伝えました。この活動に取り組んだ3地区のうち、北見地域はこの地域リハ事務局がまとめた「問題解決への作戦」について議論を行い、具体的な活動の柱にしました。

(現 状) 医療・介護関係機関の相談窓口が不明確→関係機関同士の連携が不調→医療依存度が悪化相談窓口が分からない…の悪循環がある。

(ゴール) 相談窓口が明確になる→関係機関同士の具体的な情報共有が可能になる→利用者ニーズの的確な把握・適切なサービス選択を可能にし、重症化予防に直結…の好循環を実現

(ゴール達成のための戦略)

- ① 医療・介護の各機関の相談窓口・担当者を地域に明確に発信する。
- ② 医療・介護の各機関がそれぞれの特長や得意分野等の活かした情報を“本音で”地域にプレゼンテーション(情報公開)する。
- ③ ①・②の実施により、関係者間で質の高い情報が円滑に流れ、医療依存度の高い患者・利用者であっても住み慣れた地域・在宅で長く暮らせるようになる。

荻野 純一氏 (北海道北見保健所 企画総務課 作業療法士)

「ぱぶりけーしょん 28 号」北海道医療ソーシャルワーカー協会広報誌 2009 年 7 月

コラム1 「夢は大きく目標は小さく」

共通理念は私たちの活動の最終到達（最長期のゴール）ですが、これを私たちは「夢（北極星）」と位置づけました。地域リハ活動をどのように展開するか分からなかった頃はこの「夢（北極星）」に直接到達しようとして、活動テーマが抽象的になったり、事業を実施しても効果を感じられなかったり、活動そのものに自信を持てずにいました。

しかしグループワークを実施しながら、今現在自分達が困っていることを抽出し、優先順位を決める作業をしていく中で活動内容が具体的・現実的なものへ変化しました。この具体的な活動テーマを私たちは「目標（電信柱）」と呼びました。北極星（夢）は「たとえ障がいがあっても、住み慣れた場所でいつまでも生き生きと暮らせるまちをみんなで作ること」として遠い将来へ向けての私たちの活動を示し続けるものとししました。陥りやすい間違いは「暮らしやすいまちをつくる」を電信柱（目標）をとってしまうことです。こうすると逆に具体的な活動に結びつけられずに「連携を推進する」「顔の見える連携をつくる」など連携そのものを目的化して活動してしまいます。暮らしやすいまちづくりとずっと手前の電信柱を分離して考えることにより、ぐっと活動内容が具体化できました。この夢（北極星）と目標（電信柱）の関係については以下の抜粋をご参照ください。

「夢と目標は違う。夢は大きく、目標は小さく。夢は、たとえば北極星のようなもの。北という方向がどちらかを私たちに知らしめてくれる。もし北極星がなかったら、たとえば航海しているときに、船がどちらの方向におかっているのか見失ってしまうだろう。しかし北極星があれば、今東へ向かっているな（中略）ということが分かる。そして自分は北へ行きたいならずっと進んでいけばいい。そうしたら目的地へ着くだろう。ただし、一生航海していたとしても北極星に着くことは絶対ない。（中略）北極星は私たちに方角を示してくれるという点で、とても大事なものである。夢を近くにもってくと逆にまずい。北極星は遠いところにあるから、ちゃんといつも北を示し続けてくれる。夢を近くに置くと、ちょっと自分の位置が変わると、夢の方角がずれてしまう。だから夢は大きく、遠くに。それに対して、目標は小さく、すぐそこに見えるもの。到達したことがわかるもの。たとえば、歩いているときの電信柱みたいなもの。」

神田橋 條治 著 「精神科診断面接のコツ(追補)」 岩崎学術出版社、1984年（追補版1994年）

4.3) 「皆さん」がその気になった段階で、地域リハ支援側から「自分たちは微力なので、皆さんの主体的活動がないと問題は解決しません」と確認。（皆さんが「主役」、地域リハ支援側は「戦略的脇役」（地域リハ支援側としては）参加者のなかのキーパーソンの発見・確認

いつもの講演会&グループワーク後、北網圏域は3地区でタウンミーティング運営委員会が発足し、4.2)で示した活動に取り組み始めました。「主役」と「戦略的脇役」の確認を本マニュアルではこの時点ですることになっていますが、北網圏域では早い段

階でこの整理をしてしまいました。振り返ると早い段階でこの話を地域の仲間達にしてしまうと「皆さん」は早い段階でやる気を無くしてしまいかねません。ある程度活動の方向性が見え、意欲がわいてきたこの段階で確認すべきでしょう。北網圏域では「いつもの講演会&グループワーク」でファシリテーター担当の方との事前の目標の共有(2.4)の時点で既に「主役は自分である」という意識になっていただけでした。

またこの時期になると活動する地域のメンバーの中で、リーダー的存在の方が明らかになってきます。

「まちづくり的地域リハ活動」のキーパーソン（地域リハ活動の主役の中のリーダー）となる方です。北網圏域の3つのうち北見市では地域包括支援センターの社会福祉士の方が地域包括ケアを推進したいという理由から「皆さん」の同意を得て代表に選ばれました。（図2）

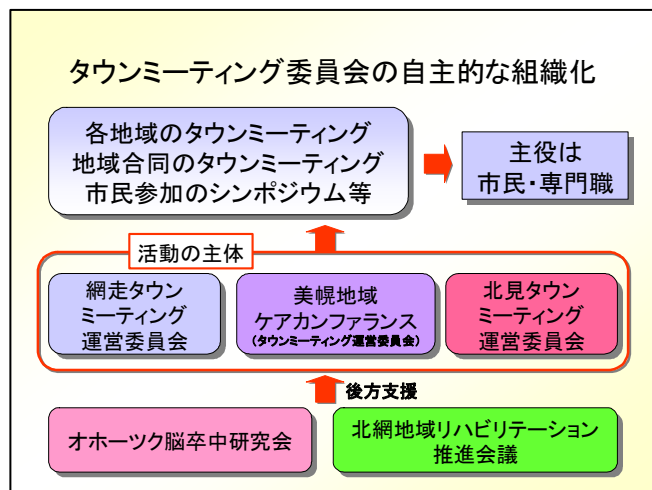


図2. タウンミーティング委員会の自主的な組織化

5) 幹事会の発足

5.1) キーパーソンらによる幹事会を発足し、中心メンバーの組織化を図る。その後は、彼らによる主体的な活動を支援するようにする。これがその他の参加者の主体的な活動や組織化につながる。

平成21年1月には北網圏域3地区で「タウンミーティング委員会」が発足しましたこれが「幹事会」です。このうち北見地域タウンミーティング運営委員会では2ヶ月に一度集まり、具体的・短期的な目標のための戦略を立てる活動をしています。メンバーは居宅介護支援事業所のケアマネジャー、訪問看護師、行政職員（市町村）、病院のMSWやリハビリテーションスタッフ、地域包括支援センタースタッフら15名です。

6) 活動開始（例：病院のネットワーク化、在宅サービスのネットワーク化、病院・在宅連携、住民主体の介護予防活動、中学校区での医療一介護連携・認知症対策などなど）

6.1) 第1回 病院から在宅の流れを考えるリレー式PR大会の開催

幹事会が発足し、いよいよ活動を開始しました。私達は「熱い思い」が冷めないうちに（4.2）で整理された課題と目標に取り組む活動について検討し、幹事会発足後2ヶ月後に「病院から在宅の流れを考えるリレー式PR大会」というタイトルのタウンミーティングを実施しました。（資料3）

このPR大会は出席者から大きな反響があり、終了後のアンケートでは「発表した医療機関の仕事に懸ける心意気が伝わってきた」「各機関の長所がよく分かった」「地域にある事業所を大いに利用して地域が一体となってまちづくりをしていくと良いと思った」等、多くの前向きな回答を得ることが出来ました。この活動のポイントは「本音でありのままの所属機関について語る」ことにより「活かした社会資源や情報」が実は不足していることを痛感しました。各発表者の発表の狙いについてもタウンミーティング委員会で事前に検討しました。ただタウンミーティングを実施するのではなく、北極星を見定めつつ、具体的目標に少しでも進む戦略が事前に充分練られていることが大切です。

6.2) 「超高齢社会における在宅介護の未来を考える ～先生、この患者さん家に帰れます!!～」の開催

6.1)の活動後、北見地域タウンミーティング運営委員会では医療と介護の連携推進を主なテーマとして協議してきました。その中で、医療と介護の連携とは具体的に病院から退院する患者さんへのケアマネジャーに対する情報提供であり、協働した退院調整の充実を図る必要があると考えました。この必要性を多くの地域リハ活動が大切だと理解してくれる地域の仲間を増やす活動へ結びつけることが必要と

考えました。また、急性期から在宅への流れを推進するには在宅で出来る医療・介護サービスについての知識を地域に啓発する必要があると考え、以下のタウンミーティングを開催しました。このタウンミーティングが逢坂先生からの「直接指導」の3回目になりました。(資料4)

[症例報告]

症例Ⅰでは急性期病院が退院調整されぬまま退院した患者の家族から訪問診療を依頼された医師が悪戦苦闘しながら訪問看護の協力を得て終末期を迎えた症例であった。急性期病院としては退院後自院でフォローするつもりであったが退院後の診療方針の理解に家族と食い違いがあった。発言者からの課題として①退院時のカンファレンスの重要性、②急性期病院医師の在宅サービス資源の理解、③急性増悪時の入院先の確保、④市民の在宅医療の知識獲得であると報告された。

症例Ⅱでは四肢麻痺と認知症の進行した患者と家族の看取った症例の報告であった。印象的であったのが症例報告のあと、発言者である訪問診療医師自身の訪問診療に対する条件、スタンスを述べた内容であった。①自分は9時から5時までの間しか診療しない(訪問診療も原則その時間内でのみ実施する)、②バックアップする病院医師がいること、③患者家族が終末期を自宅で迎えたいという意思をもっていること。④以上を充分理解した上でいること。というものであった。当該クリニックは在宅療養支援診療所の届出をしておらず、通常診療の間の時間に訪問診療をするというスタンスである。報告をして下さった医師は65才という高齢であることも要因のひとつであるが、医師自身の診療範囲を明確に示すことによって急性期医師や在宅サービスのスタッフも依頼しやすくなり、貴重な情報であった。当該医師のストライクゾーンが分かるということは画期的であると思う。

[特別講演]

逢坂先生から、超高齢社会、在院日数の短縮などから今後急性期から重症患者がぞくぞく自宅または

自宅に近い場所へ退院してくるケースが増加する。北見では全国に先駆け20年早く訪れる。その対策として医療(病院)と介護(在宅サービス)の強力な連携が不可欠であるが、全国的にも進展していない。方法の一つとして在宅サービスのネットワークを強め、病院ネットワークへの提案・提言する活動が必要である。例として播磨地区での取り組みを紹介していただいた。偶然、前述の症例報告と同様のケースが増加するものと参加者は受け止めることができ、逢坂先生の講演が実感できるお話であった。

[グループワーク]

グループワークでは、医療と介護の連携で「失敗したこと・問題と想ったこと」を出していただき、「どうなればよいか・どうするか」について作業を行った。(全部で13グループ)

報告では3つのグループの検討結果を報告した。退院患者を「送り出す側」よりも「引き受ける側」からの意見・問題提起が活発であり、引き受け手側の問題意識の強さが改めて浮き彫りになった。

- ①急性期病院の退院調整が良くない。退院日前日に「明日退院」と連絡が来てもサービス調整が間に合わない。大病院であっても、地域連携推進室が機能していない。院内の医師に地域連携推進室の存在が認識さえされていないこともあるようでは困る。
- ②医療機関からケアマネに書面で流れてくる情報提供書の内容が専門用語だらけで難解。しかも、内容が医療に偏っており、ケアマネその他在宅で引き受ける側にとって有用な情報が少ない。医師の記入した診療情報等の書面をそのままコピーして添付してくるケースも多いが、病院のMSW等がそう少し在宅側で使える情報に加工するあるいは医療情報を咀嚼して分かりやすくケアマネに提供するシステムは構築できないものか。
- ③患者を送り出す側と引き受ける側の両者にとって使いやすく、負担なく記載でき、必要な情報が網羅されているような有用な情報提供の書面があればよい。どんな様式が良いか検討で

きないものか。

- ④連携に当たる担当窓口・部署をもっと明確するべき。MSW やケアマネという調整役は既に存在しているが、その他に退院調整に専門的に当たる職種・部署があっても良いくらい。急性期と回復期、医療と介護、病院と診療所・施設・在宅のあらゆる調整をワンストップで完結させる存在を設置してほしいくらいである。

[全体の感想]

- ①北見で訪問診療を実施している3名の医師のうち2名が参加し報告をしてくれ、私たちの今後の活動に肯定的な感想をいただけた。
- ②グループワークの具体的な課題への取り組みがとても早く、多くの参加者が現状に課題を持ち、解決が必要であると感じてくれていた。
(12/3 に当日のグループワークの延長戦の実施をアナウンスしたので多くのメンバーがこの地域を「どげんかせんといかん」と感じてくれたと考えます)
- ③市内で診療所と介護保険事業（特養・老健）を広く実施している法人の理事長が逢坂先生の講演後の質問で「これからの老健のあるべき姿は」といった質問を逢坂先生に投げかけ、安心して地域で暮らせるために老健がなにをすべきかに自身が関心を持ったことを示して下さった。

- ④およそ1年前の第1回タウンミーティング開催時に比べ、医師の出席者が増えたのみならず、出席する医師の意識や考え方に変化が窺えること。また、急性期と回復期を担う病院の院長が、訪問診療を行っている医師の少なさを知って危機感を抱き、それこそ「どげんかせんといかん」と感じてくださった。

- ⑤自ら「自分のできることとできないこと＝ストライクゾーン」について肚を割り、明確に示して下さった訪問診療医師の出現。「連携を取る側」と「連携を求められる医師側」が共に最小限の負担感で最大限気持ちよく協働できるシステム作りを検討する上での大きな一歩を踏み出せたと感じました。

コラム2 「泣き」と「ストライクゾーン」

この活動は「本音」で語ることが最も重要です。美辞麗句、上辺だけの発言は共感を呼ばず、過去の多くの「うまくいかなかった活動」の回数だけを増やす結果となります。「本音」で語るとは、各事業所や機関の弱点・困っていることという「泣き」と、得意な分野・もっと来て欲しい患者さんや利用者像という「ストライクゾーン」を本音で思い切って発信することです。通常の情報では見えないこういった「活きた情報」を隠さずやり取りを行い、積み重ねていく作業が必要です。

7) 戦略の定期的な確認・見直し

7.1) 地域リハ支援の担当者間

6.2)でのタウンミーティングを終え地域リハ支援者（保健所・事務局病院・運営委員）で協議を行いました。病院退院時の連絡調整が大きな課題であり、この連絡が増大することを目的に活動することを北見地域タウンミーティング運営委員会（幹事会＋地域リハ支援の担当者）で提案することとした。併せて、その根拠となるための実態把握のため、病院退院後、要介護状態として介護保険サービスを受ける利用者の総数と実際に病院から退院時の連絡等（口頭または文書）があった件数をカウントする実態調査をすることを提案することとしました。

7.2) 幹事会＋地域リハ支援の担当者

後日、北見地域タウンミーティング運営委員会（幹事会＋地域リハ支援の担当者）を開催し、アンケートの目的、方法などを協議し決定しました。アンケートの詳細は（資料 5）の通りです。また、アンケートの依頼の趣旨は以下のようにいたしました。この会議では皆が熱くなり「回収率 100%を目指そう」をキャッチフレーズに熱く検討しあいました。そのあと懇親会（会議後は毎回）でも熱く語りました。

7.3) 目標（電信柱）の立案と達成のための戦略のコツ

北極星（夢）は「たとえ障がいがあっても、住み慣れた場所でいつまでも生き生きと暮らせるまちをみんなで作ること」として遠い将来へ向けての私たちの活動を示し続けるものです。これに対し電信柱（目標）は具体的で明確なものにすることが必要です。まずこの二つをきちんとわけておくことが必要です。（図 3）またこの電信柱を決定する際のコツは、①優先度が高く（一番やばいところ）、②実現の可能性が高いもの（電信柱ですから…）、③表現が具体的で（定量化できる・増減の概念を使用）、④肯定的に表現できるもの（「・・・がない」はダメ）、⑤み

んながドキドキするもの（魅力あってなんぼです）、⑥健康な人も対象に含めて考える、ということに注意して立案すると良いでしょう。

また立案した目標（電信柱）を達成するための戦略として重要なのは、①今あるもの「ヒト・モノ・情報」を使う（無いものは使えません、無いものを作るのはすごく大変）、②順番をつける（次の電信柱までの小さなステップをつくる）、③仲間を見つける（活動を推進できる協力者を発掘する）、④感染者を拡大する（内輪だけの会と周りから認知されたらおしまい）、⑤煮詰まったら北極星を確認（アリの目と鷹の目）、⑥こつこつやると次の電信柱が見えてくる（芋ずる式・または出たとこ勝負）、これが私たちが活動する中で見つけたコツです。

夢(北極星)と目標(電信柱)の分離

- 夢(北極星)とは
 - 障害・要介護でも安心して暮らせるまち
 - 医療と介護のよいまち(対象を一般市民へも拡大)
- 目標(電信柱)とは・・・(退院調整がよくなる目標の場合)
 1. 退院患者の連絡がケアマネへくる割合が〇〇%になる
 2. 主要病院とケアマネジャーとの定期的な会議が開催され「地域ルール」が適時更新される
 3. 地域の殆どのケアマネジャーが病院の退院前会議へ参加し病院の退院支援チームの一員になる

この電信柱を一つずつ進む活動を私たちは地域リハ活動と呼んでいます

図3. 夢(北極星)と目標(電信柱)の分離

7.4) 参加者全員で

アンケート結果を踏まえ、北見地域タウンミーティング運営委員会（幹事会＋地域リハ支援の担当者）では次の戦略を練るとともに、アンケートに協力してくれたケアマネジャーさん達を含め、地域へ向けての報告会を実施する予定です。（平成 22 年 2 月 12 日現在）アンケートの結果を報告するとともに、北見地域タウンミーティング運営委員会で検討している戦略をさらに深めるため、参加者全員でタウンミーティングを実施する予定です。

コラム3 「頑張っているところが儲かる」

「医療と介護の連携が進んだまち」は障がいをもつ方も暮らしやすい地域です。しかし「医療と介護の連携が進んだまち（公益）」を作るためには事業所がなにかしら儲かる・得をする（私益）というインセンティブ（利益誘導）が必要です。医療依存度の高い患者さんの在宅サービスの受け入れをする事業所は地域からの尊敬が得られる、特定事業所加算（介護報酬上のルール）を取得できる、特定の医療機関からバックアップが得られる、など医療と介護の連携に積極的に取り組む事業所への具体的な名譽や経済的利益も戦略の味付けとして忘れてはなりません。

8) 活動の振り返り

年1回は行った活動について、各レベルでの一般的な反省会を持ち、戦略の確認・見直しを行う。これに基づいて、その後の活動を行う。

7.3)で予定している参加者全員によるタウンミーティングの際には他地域（網走・美幌）の活動についても報告していただき、成果と今後の戦略につて報告していただく予定です。こういった報告会では隣接する地域リハビリテーション推進会議とも共同で行っても良い刺激になるでしょう。

今後北網圏域では急性期病院からの要介護または要支援と思われる退院調整患者の連絡がすべて病院からケアマネジャーへ届くような「地域ルール」を作りたいと考えています。そのためには地域のケアマネジャー団体がいわば退院調整に係る一つの活動部会として活動を進めていくことになると思われます。

このケアマネジャー団体の要望を受ける相手として地域の主な医療機関で構成する「病院ネットワーク」です。北網圏域の場合は前述した「オホーツク脳卒中研究会」という急性期と回復期の病院ネットワークがその窓口になると思われます。いずれにしても各領域の組織化と窓口となる担当者を決め、全体を調整する役割（戦略的脇役）が重要です。北網では「北網地域リハビリテーション推進会議」がこれを束ねる「戦略的脇役」として機能しています。病院ネットワークと在宅ネットワークを結びつける機能・役割として保健所はまさに適任です。保健所を媒介とすることによって密接な情報共有と偏りの

ない活動についてのアドバイスを適宜受けましょう。また、現在は介護予防事業や4疾病5事業など、国策として進めている活動も地域リハ活動は密接な関係を持っています。地域の草の根的な活動が広がると行政施策からもバックアップを受けることが期待できます。活動の経過や戦略には是非「地域リハ支援者」である保健所等と友好的関係をつくっていきましょう。

【最後に】

2008年から2010年度末までの北網圏域の取り組みを紹介しました。北網はまず「オホーツク脳卒中研究会」という医師のまとまり（病院ネットワーク）ができ、地域における脳卒中連携の活動を進め、「脳卒中地域連携パス」を始動させました。

活動の過程で、実は脳卒中地域連携は維持期である在宅や施設との協働活動がもっとも重要であることに気づき、「地域の医療と介護を良くする取り組み」を行う私たちの活動を後押ししてくれました。

地域リハビリテーションの推進は、活動に参加する仲間にとって直接的な利益はもたらしません。しかしこの活動がつづいている理由の一つは「自分達の住むまちを良くしたい」ということであつたと思います。それは自分自身の事に直結するものであると同時に「一人ではできないけれど、みんなでちからを合わせればできるかもしれない」と感じられたことです。逢坂先生の講演（直接指導）で、当初は

「このままではまずい、なんとかしなければ」と感じ、活動していくうちに、自分も地域を変える活動に参画できる資格があり、とても楽しいものであることを気づかせてくれました。これを共有する所属を超えた仲間との協議は大変楽しいものです。

活動の本音

やってみてきて言えること

- ◆ 地域リハなんて言葉は地域のみんなは**知らない**
- ◆ 何をするのが**はっきり分らない**と協力してもらえない
- ◆ 公益と「**私益**」の**両方を見出す方法が必須**
- ◆ 「目の前の課題」と「まちづくり」を結びつける**説明(プレゼン)**が取り組みの肝⇒感染者
- ◆ 地元の**有力者との協働開始が第一歩**(医師集団)
- ◆ 全体計画は描けない、出たとこ勝負、**前へ進みな**が**らしか**戦略は立てられない

図4. 活動の本音

北網圏域の活動を振り返り今だから言えることをまとめました「活動の本音」(図4)。北網圏域の活動でこだわったことは「何をやるのかできるだけ明確で分かりやすいこと」でした。何をやるにしても他の仲間の協力が必要ですから、常に「何をやるのか」「どうしたいのか」が問われました。このために複雑な課題を細かく分ける作業と序列をつける作業に多くの時間を費やしました。細かく分けることによって手を付けやすくなり、活動がしやすくなりました。「活動のまとめ」(図5)を参考にしていたら幸いです。

活動のまとめ

何をやるか 課題抽出	⇒	互いの情報を 本音 で公開 上手くてできること・ 困っていること
誰とやるか 仲間選定	⇒	在宅などの 維持期メンバー とスクラム 機会を見て 病院・開業医 へアプローチ
どうやるか 頑張ると儲かる	⇒	よい取り組みは 事業所の良い評判 となり、 真似をする事業所の増加 で地域の 連携強化、住み易い「まち」へ発展

図5. 活動のまとめ

北網圏域のやり方はあくまで一つの方法です。地域によって「まちづくりのマニュアル改訂版(逢坂悟郎氏)」を踏襲しても北網圏域とは同じ進み方にはならないでしょう。やはり地域の仲間の個性やそれまでのネットワークなどによって異なりますが、地域の多くの仲間と共通した目標で活動する喜びを皆さん味わっていただければと思います。

<担当 関 建久>

オホーツクの医療・介護ネットワークづくり本音ミーティングの概要(平成20年10月18日開催)

【タイトル】オホーツクの医療・介護ネットワークづくり本音ミーティング

平成20年度北網地域リハビリテーション推進会議事業 第3回オホーツク脳卒中研究会学術講演会

【開催趣旨】

医療連携の仕組みは「病院完結型」から「地域完結型」へ様変わりしました。オホーツク脳卒中研究会では脳卒中患者さんの医療連携推進のため、平成20年6月より「オホーツク脳卒中地域連携パス」を始動しました。脳卒中は入院治療だけに留まらず、自宅退院後もきめ細かい継続したケアが必要です。しかし、脳卒中地域連携パスは急性期と回復期のみに有効であり、いわば「病院ネットワーク」の連携です。今後はさらに、在宅や維持期の方の「介護ネットワーク」とのきめ細かい連携が重要になります。

そこで「医療」と「介護」、相互のネットワーク作りのきっかけとしてこの度「オホーツクの医療・介護ネットワークづくり本音ミーティング」を開催いたします。前回北見へお越しいただいた西播磨総合リハビリテーションセンターの逢坂悟郎先生より、「まちづくり」の視点からの医療・介護ネットワークについてお話しいただきます。その後私達の住む北見・網走地区における医療・介護の課題と対策について参加者の皆さんとともにグループワークを行います。

これからの連携は単に「互いにやり取りをしている」という状態から「互いの信頼を基盤として本音で話し合う」関係になる必要があります。本音の連携づくりは一朝一夕で達成できません。しかし「本音のやり取り」が進んだ地域は、患者さんや利用者にとって住みやすい地域になっていることでしょう。この機会が「医療・介護ネットワークの本音の連携づくり」を皆で進める活動のきっかけになれば幸いです。今後、北網地域リハビリテーション推進会議を中心に、北網三医師会、オホーツク脳卒中研究会、北見地域介護支援専門員連絡協議会、網走市ケアマネジャー連絡協議会の協力を得て開催する予定です。多くの医療・介護関係者、特に開業されている医師やケアマネジャーの方の参加をお待ちしています。

【開催要項】日 時:平成20年10月18日(土) 午後2時30分より午後5時30分まで

対 象:北網地域の医療・介護関係者約100名

内 容:開会あいさつ:(社)北見医師会 会長 古屋 聖児 先生

[ミニセッション]脳卒中と高血圧 講師:北星脳神経外科病院 院長 松岡 高博 先生

[講 演]医療と介護を良くする「まちづくり」の話

講師:兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンター 西播磨病院

リハビリテーション科医長 総合相談・地域連携室々長 逢坂 悟郎 先生

[グループワーク]北網地域の医療・介護の課題と対策を考える

司会:兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンター 逢坂 悟郎 先生

主 催:北網地域リハビリテーション推進会議・北見地域介護支援専門員連絡協議会

オホーツク脳卒中研究会・日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

共 催:(社)北見医師会

オホーツクの医療・介護ネットワークづくり本音ミーティング 打ち合わせ会議の議事録 2008/9/3 開催

オホーツクの医療・介護ネットワークづくり本音ミーティング 打ち合わせ会議 議事録

1. 本事業の位置付けについて(略)

2. 本事業の狙い説明 (要約)これから北網地域リハビリテーション推進会議という行政の団体を私達が使って私達が今まで困ってきたことを、みんなで解決して乗り越えていこうじゃないか。というのが将来の目標。どんなことが解決して欲しいかは多くの方が集まる中で決まっていくと思いますが、悩みは切実。すぐ解決するものから、時間をかけなくてはならないものがある。一つ一つ取り組むことが大事。目的は、介護ネットワークのまとまりを作って、今取り組んでいる在宅のいろいろな課題を解決していくこと。そのためには、各病院に私たちのフィールドのことを理解してもらい、課題と思っていたことが解決できると、Win-winの関係になるので絶対病院も喜んでくれるはず。そのためには、介護ネットワークである、維持期や在宅のメンバーが固まらないと、病院ネットワークとうまく連携をとることが出来ない。まず、まとまりを作りましょうということが、次回タウンミーティングで達成したいことです。

3. 当日の研修会の流れ(略)

4. グループワークの進め方(略)

5. 司会者に注意していただくこと * 参加者に「このままでは大変だ」と意識付けができるところまでお願いします。

6. 目標の共有(意見交換)

A: 地元の先生にも地域の現状を分かってもらい、一緒に取り組もうという状況

B: 役員会でもケアマネが危機感を感じていないという状況もある。ケアマネ自体が連携のイメージがついてな

い。10月18日の本音ミーティングを起爆剤として進めて行きたい。A市では、タウンミーティングをしていきたいと考えているが、市民レベルまで落としていくのに時間がかかると思う。まずはケアマネ連協の役員間の意識共有から始めたい。通所や訪問介護などの事業所を組織して、それぞれの長所や短所を共有できる仕組みを作りたい。最終的には医師会にも理解される活動へつなげたい。

C: 10月18日の会議で医師は多くはこないだろう。来てくれる医師はもうすでに連携がとれているか、連携がし

やすい医師。課題としては、来ない医師をどのように取り込んでいくかを考えていて、18日の会議後、後日医師会の会議を開催し、医者を対象に18日にでた地域の課題を提示してみたい。ぜひ、一緒に課題を解決していきましょうというように進められる場を作ろうと考えている。

D: まだイメージは漠然としているが、筋道は見えた。自分を含めてどのように進めていくかをよく考えたい。あと

は、ケアマネや地域に話を持ち帰ってみんなの意見も聞いていきたい。

E: 当地区では、笑顔で輪作り実行委員会というものが立ち上がった。包括や事業所、行政、保健師が参加して

いる。立ち上がったきっかけは認知症だった。課題として、会場が無いということで、病院の会議室を借りることになった。そこで、事務長さんとつながりができ、月に一回何かやろうということになった。そこから、病院のスタッフへの講師依頼などつながりができ、病院とやり取りするという敷居が低くなった気がする。2月に市民参加型のフォーラムをやろうという計画もある。きっかけはささいでも、連携が広がるという体験ができた。

7. その他 * 参加者からのフィードバック(共有の確認)

F: 病院⇄在宅連携が課題だと思う。現状でも医療機関から知らぬ間に利用者が退院して来ているということが

以外と多い。意外と知らぬ間に病院から施設系の入所になっていったなど。医療機関に依存するだけでなく、ケアマネ側も医療機関へ足を運ぶなど、ケアマネ自身が努力することも改善の方法だと思う。病院側の連絡、情報提供が薄い気がするのには確か。

G: 逢坂先生の資料を見ると、脳卒中になったときの社会資源というキーワードがあるし、文章の中でも脳卒中

になったときの連携という言葉がある。根本的に最終的な目標がまちづくりであるということに繋げていけば、論点は脳卒中に

絞ったほうがいいのか？そうではなく、障害のあるかた、認知症の方、加齢こともなう課題など全部含めた論点でも構わないのか？

事務局: 逢坂先生もその地域で取り組む課題が、糖尿病とか、透析の患者を何とかしたいということならそれで

いい。と言っている。大事なのは、「自分の地域で今困っていること」。課題にはいろいろな種類があると思うが、あとは、優先順位をつけて進めていければいい。脳卒中であれ、認知症であれ、小児であれなんでもいいので話し合いの中で取り組むことを決めていい。脳卒中というテーマだと最大公約数でいけるテーマになる。

E: やはり医療機関からめた話をした方がいいのか？在宅だけの話をするのは良くないのか？

事務局: 病院のことを関係なく話し合いするのはいいと思いますが、きっと、その人が健康を維持するためには

医療機関が必要で、少なからず病院から来てくる。グループホームで肺炎になって病院で治療を受けても退院後ADLが低下した状態で帰されても困りますよね。どうしても医療機関は関わってこざるを得ないと思います。医療機関と連携することが目的ではなく、困っていることを解決することが目的なので、グループワークを進めていって下さい。

D: 参加するメンバーだが、今回のミーティングに病棟の看護師も参加してくれるだろうか。病棟看護師が参加すると、在宅スタッフやケアマネがこんなことで困っているという現実が伝わると思うのだが。

事務局: 病棟の看護師で地域のことに関心のある方は少ないのではないかと。今回のミーティングは、地域の課

題を出してこのままではいけないということを共有したいし、今日は、司会者のみなさんにその意識付けを感染させました。18日には約100名程度にも感染させたいと考えています。そうすることで地域にもどっても、10月18日に来なかった人にも感染させることができると思う。地域に戻って取り組む課題が看護師に参加してもらって解決できそうなら、病棟の看護師が興味を持てるようなテーマを設定するなどの作戦が必要です。こない病院や機関はどんなことをしてもこない。極端な言い方をすれば、ほっといていいと思う。そうすることで、集まってやっているのを見て、参加してくるようになると思う。自分から参加するという意識をもってもらうことが大事。逆に言うと、参加しない機関が参加しないとまずいと思うような活動していくことが大事。

D: 医療機関との窓口がしっかり決まるといいと思う。看護師長とか看護師とか、何かしらのきっかけを作って行きたい。

事務局: 多分、看護師長が来てもなかなか上手いかわからないかもしれない。看護師長さんの下の主任さんやリー

ダーさんレベルの方が来てくれる方がいい。看護師長が変わらなくても現場が変わると病棟が変わると思う。もう一つ、逢坂先生が言っているのは「元院長ところが儲かる」ということ。いいサポートをする病院には患者が集まる。元院長と利益になる。元院長とやりがいになる。こういう良いサイクルになる。看護師もやりがいが無くてはならないので、退院した患者さんがどうやって自宅で生活しているかを知るチャンスがありますよ、とか関心を持てるテーマを設定しなくてはならない。理想論だけで突き進むと息切れしたりズレが生じたりすることになる。当日は医療機関の実名を出してもいいと思う。ただ、苦情を言うだけでなく、どうなったらいいのかまで考えて欲しい。例えば、医療機関は退院の1週間前に情報を出して欲しい。すると、病院が決めた退院日にサービスをきちんと開始できます。というようにお互いにメリットとだということを強調できます。結果的には患者や利用者への利益にもなります。

C: 医療と介護の垣根をなくす作業をしていくのだなと今回参加するまでは考えていた。今日参加してみて目的

や意味合いを良く聞くと、地域をリハビリテーションする、つまり地域作りだということが分かった。進行していく中で、意外と愚痴が多く展開されると予測できる。看護師とケアマネや医師とケアマネが話せる機会が欲しいとかの意見がでるとおもう。これを「地域の問題」として広げて進行していく必要があるのだろうか？

事務局: 目の前で困っていることを解決する方法が出されればいい。看護師とケアマネの意見交換がスムーズ

になるというのは目的ではない。その意見交換がスムーズになることによって、今困っているいくつかの課題がどう解決できそうかという解決方法像に変換するギアチェンジが重要になる。問題を目標に表現しなおすことをしていく。問題を目標に変換すると、出された問題は解決に至るプロセスの一つだということに気がつくことができる。話し合いができること目標にしてしまうと、お酒を飲みに行くとかという別のことになってしまう。逢坂先生も、これはこういうことだろ？と変換してくれます。課題がたくさんでて、まとめると同じことだということにも気がつけるし、課題が解決できている状態はどんな状態かを参加者へ問うと、そこでもう一段階考えを深められる。

A:愚痴を聞きすぎて司会が耐えられるかどうか心配。

事務局:崩壊しそうになったら休憩をとるなど、適宜司会者が行ってください。

E:50分で「どげんかせんといかん」までもっていくのは無理ではないか。10人グループなので、すごい喋る人が2人いたら50分なんてあっという間に過ぎる。参加者それぞれが、昨日こんなことがあったとか長々しゃべったら終わらないと思う。

事務局:終わらないかもしれませんね。方法は2つあって、別な日にもう一度やるか、延長するか。当日は30分くらいの延長は可能です。

E:やはり問題点を探って「どげんかせんといかん」までもっていくのは大変だと思う。今日の21名の参加者だけでも意識付けは難しいのに、当日はもっと大変だと思う。

事務局:当日は逢坂先生もお話ししてくれますし、糸口はあると思います。それでも駄目なら、再度日程調整してやるしかない。10月18日で課題を出し尽さなくてはならないと考えたらしんどくなる。この司会のメンバーは18日が終わると解雇します。その後、北見・美幌・網走それぞれで核となる人を集めて進めていく。取り組んでいく課題、内容を形式は問わないので、地域ノハ事務局へ提出して欲しい。事務局でまとめて、他の地区にもわかるように配布したい。そうすることで、他の地域でこういった活動がおこなわれているかを知ることができます。みなさん宜しくお願いします。

以上

第1回 病院から在宅の流れを考えるリレー式PR大会 実施要綱

【開催趣旨】 昨春秋、「医療・介護ネットワークの連携づくり本音ミーティング」と「北見地域タウンミーティング」が開催され、北見における医療と介護の問題点が浮き彫りになりました。そこでは各機関の窓口が分らない、スタッフとの連絡が取りづらいなど、病院・事業所の相談・調整の窓口が不明であることが多くの方から指摘されました。また病院と介護事業所との間に厚い壁がある、サービスの特色が知られていない、施設などの空き状況が分らないなど、相互の連携や情報の不足に関する問題が挙げられました。このような問題は以前からの課題でしたが具体的な解決には至っていません。

昨年の本音ミーティング後発足した、「北見地域タウンミーティング運営委員会」ではこの課題に取り組み、活動目標を「北見を要介護になっても障害を持っても安心して暮らせる『まち』にする」として活動を開始しました。委員会では、互いの事業所の本音の情報公開とサービスの特徴を知ることが重要と結論づけました。私達は病院や各事業所の情報について偏った見方をしていたり、誤解をしていたり、逆に事業所の良い取り組みが周りへ知られてないなどがあり、この点を解消したいと考えました。

そこで、まず第一弾として、「病院から在宅の流れを考える」をテーマに、運営委員の所属する病院・事業所の課題や取り組み、事業所の自慢できる事を本音で語り「使える情報の共有」を通じて「窓口の明確化・連携の強化」をシンポジウム形式で開催します。開催にあたり北見の医療・介護を良くしていくため、このPR大会の重要なルールを定めました。それは「思い切って言いたい事を言う、言われた方も恨みっこなし」です。地域の連携推進は恨みっこなしの本音で語る皆さんの力が不可欠です。このPR大会には是非参加していただき、北見の医療と介護を良くしていきましょう。

【開催日時】平成21年3月21日(土) 午後1時30分より午後5時00分まで

【参加対象】北見地域の病院・介護事業所関係者約300名 定員になり次第締め切ります

【主催】北見地域タウンミーティング運営委員会・北網地域リハビリテーション推進会議 北見市

【後援】北見医師会・北見保健所・北見地域介護支援専門員連絡協議会・オホーツク脳卒中研究会

【内容】Ⅰ北見市における要介護者等の状況 北見市 介護福祉課 長尾 智美

Ⅱ病院から在宅の流れを考えるリレー式PR大会 司会:北網地域リハ推進会議 事務局

オーガナイザー:道東脳神経外科病院 副院長 関 建久・北見保健所 荻野 純一

コメンテーター:医療法人治恵会 北見中央病院 院長 森本 典雄先生

居宅介護支援事業所こもれびの里 島田 剛

「脳卒中急性期病院における患者支援の役割と限界」

道東脳神経外科病院 MSW 山崎 章

当院の平均在院日数は12日と非常に短い。短期間の入院でMSWが行う患者支援は、病状の安定、生活課題の共有と転帰先の選定で精一杯。多くの他事業所からのリクエストに応えたいがままならない。地域における当院の役割、脳卒中地域連携バスやMSWの業務を紹介する。

「急性期と維持期の狭間で進む回復期のリハビリテーション」

北星脳神経外科病院MSW 及I断 OT 西村考司

集中的なリハビリテーションを実施し、維持期(自宅・施設等)へ移行する事が、回復期のリハビリテーションの役割。現状では入院期間の延長により、十分に患者様の受け入れができないという課題を抱えている。維持期へスムーズに移行するための取り組みと当院の有効な活用方法を紹介する。

「在宅支援と長期療養 役割が拡大する老健の課題」

老健いきいき 支援種員 岡田 博之

老健といえば、医療と在宅の中間施設としての機能があるが、はたしてその実態は…。運営上、介護保険で求められるニーズ、地域のニーズそして時代のニーズに答え続けるべく様々な取り組みを行わざるを得ない。そのなかで今私たちの追求する老健像は何かを、在宅支援、長期療養の両側面にある課題とともに伝える。

「入所者の認知症と重度化にどう対応するか」

特養こもれびの里 せせらぎ 荒井 みゆき

穏やかに生活していただくためには何が必要なかを求め、一つ一つのことを大切に考えています。様々な生活の形、想いを支援する中で個々の尊厳にどう考え携わってきたのか。認知症を含めた心身の重度化へはどのように対応してきたのか。今後の課題は何か。個別対応はもちろん、しつらえ、職員を含めた雰囲気作りなどへの工夫を紹介します。

「医療依存度の高い患者さんの未来」

北見中央病院療養型病床 松本 大吾

当院はもともと急性期の病院であった。介護保険施行時より介護療養型に転換し、オホーツク管内で最大の介護療養型ベッド数を保持している。現在、医療的処置等の必要な方の長期入院が可能な施設として地域での役割を担っている。

「相談窓口におけるワンストップ機能とは」

西部・相内地区地域包括支援センター 小泉 昭工

当センターは医療と密接な環境にあります。予防・介護の間で様々な問題を抱え、相談こられた方々がどのようにすればよいのか、そして適切なアドバイスが出来るのかなど、包括本来の機能である「ワンストップ」機能を理解していただき、活用していただく方法をご紹介します。

「訪問看護はこんなこともできる」

訪問看護もあ 保健師 高橋 奈津美

訪問看護はお客様が家で元気に楽しく生活するため、専門的な知識をアドバイスしたり医療行為を行うだけではありません。「訪問看護って何するの？」を解決します。皆様気軽にお声をかけてください(´▽`)／

「在宅生活を支えるために」

北見市社会福祉協議会 岡崎志乃

在宅福祉サービスの中核ともいえる訪問介護。市内に4事業所を持ち、地域に密着したサービスで利用者の在宅生活を支える。しかし、医療的管理が必要とされる利用者が増える中、ニーズと制度の狭間で悩む訪問介護員…。事例を通し、訪問介護と医療の連携について紹介する。

「上手な福祉用具活用術」

介護ショップこばやし 内山 和良

当社は平成10年2月開設、以来11年間、地元企業として北見地区で福祉用具の提供と住宅の環境整備の事業を続けています。今回は現場で検討すべき現実的なポイントを発表します。

以上

超高齢社会における在宅介護の未来を考える ～先生、この患者さん家に帰れます!!～

【開催趣旨】今年3月に開催した「病院から在宅の流れを考えるリレー式PR大会」では各事業所の特徴や取組みを共有し、北見市で要介護認定を受けている居宅利用者2531名のうち約1割の223名の方が医学管理を必要している事が分りました。これから訪れる超高齢者社会、病床の削減という情勢は、医学管理などを必要とする多くの方が地域で暮して行くこととなります。

そこで今回は、医学管理が必要な方が今後増える中、私たちの地域の課題を理解し、医療と介護従事者はともに手を携え、どんな準備をしたらよいかについて、皆さんとともに検討したいと思います。これには医師をはじめ、ケアマネジャーや訪問看護師などの協力的体制が欠かせません。本ミーティングでは、医学的管理が必要な方の事例を病院医師、訪問診療医師、訪問看護師やケアマネジャーなどからの報告から北見地域の課題を理解します。そして今後の超高齢社会における医療と介護の問題についての特別講演。最後に限られた医療・介護資源のなかで、私達が準備する対策について話し合いしたいと思います。

日時:平成21年11月14日(土)午後2時00分から午後4時30分まで

場所:端野町公民館 多目的ホール (端野町二区471番地11 TEL 0157-56-2515)

対象:北網圏の医師・コメディカル及びケアマネジャー・介護保険事業所職員等

主催:オホーツク脳卒中研究会・北網地域リハビリテーション推進会議・大塚製薬株式会社

北見地域タウンミーティング運営委員会・北見薬剤師会・北見医師会・北見歯科医師会

内容:Ⅰ【リレー式症例報告:北見における在宅医療の現状と課題】14:00～14:50(25分×2題)

症例Ⅰ:「がん終末期在宅医療の現場からみえた在宅医療の現状と課題」

症例概要:症例は75歳男性。胃がんに対して在宅での終末期医療を希望され、当院医師と訪問看護ステーション看護師でこれを担当し、ご自宅で最期を迎えられた。この症例から学んだ改善すべき点を基に、北見市における在宅医療の現状と課題について検討する。

報告者:本間内科医院 副院長 本間 栄志 先生

北見赤十字病院 消化器内科 鎌田 豪 先生

訪問看護ステーションもあ 看護師 伊藤 慶子、八木 真由子、高橋 奈津美

居宅介護支援事業所もあ 介護支援専門員 深澤 悦子、加藤 久美子

症例Ⅱ:衰弱した高齢の妻を最後まで自宅で介護した症例

症例概要:患者は78才の女性、強度の認知症で発語はごく稀にある程度で、意思の疎通が図れず、嚥下困難や誤嚥を起こしやすく、四肢関節の拘縮が強く自力では体を動かさない状態であった。在宅死までの10カ月間、夫の献身的な介護のもと入院する事なく生活できた。

報告者:みやまクリニック 院長 織田 善彦 先生

北見地域訪問看護ステーション 看護師 橋本 真恵美

北見地域ケアプラン相談センター 介護支援専門員 松田 典子

司会:関 建久 (道東脳神経外科病院 副院長)

コメンテーター:逢坂 悟郎先生(兵庫県立西播磨総合リハセンター西播磨病院)

Ⅱ【特別講演】14:50～15:40

超高齢社会における病院と在宅ネットワーク(50分)

講師:兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンター 西播磨病院

リハビリテーション科部長 総合相談・地域連携室々長 逢坂 悟郎 先生

Ⅲ【グループワーク】15:40～16:40

超高齢社会における病院と在宅ネットワークを考える(60分)

司会:北見地域タウンミーティング運営委員会 コメントーター:逢坂 悟郎先生

医療機関とケアマネジャーの連絡実態に関するアンケート

北見地域タウンミーティング運営委員会

調査目的: 病院と在宅における連携問題と解決策について研修会を実施した結果、病院からの退院時調整の連絡が無いことや互いの機能や理解が不十分であることが判明した。そこで退院時のケアマネジャーへの連絡の有無を把握すること目的とした。併せて、入院時にケアマネジャーが医療機関へ情報提供した割合について把握すること目的とした。

調査の内容: 退院後に介護サービスを利用した全体数と退院時に病院から連絡のあった件数及びその伝達方法。入院時にケアマネジャーが医療機関へ連絡をした件数の2種類とした。

調査期間: 平成21年12月16日～平成22年2月6日

調査対象期間: 平成21年4月～9月末の6ヶ月間

調査対象: 北見市内の介護サービス事業所・施設の97件事業所

内訳 地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護 48箇所
施設(特養・老健・認知症GH) 49箇所

回答者: 上記事業所へ勤務する介護支援専門員(ケアマネジャー)

回収率: 回収件数は83件(97ヶ所配布)、回収率 85.6%

調査実施主体: 北見地域タウンミーティング運営委員会・北網地域リハビリテーション推進会議

調査結果

結果1[アンケート回収件数]

回収件数	回収数/配布数	回収率
包括・居宅	45/48	93.8%
施設等	38/49	77.6%
合計	83/97	85.6%

※包括・居宅介護支援事業所の在宅系事業所の回答率が93%であった。

結果2[入院時の相互の連絡の有無]

入院時の相互の連絡の有無	退院連絡のあった件数/全件数(N=666)	割合	ケアマネジャーが病院へ連絡をした件数/全件数(N=660)	割合
包括・居宅	177/418	42.3%	202/418	48.3%
施設等	209/248	84.2%	176/242	72.7%
合計	386/666	57.9%	378/660	57.2%

※病院退院時にケアマネジャーへ連絡が来る割合は約4割であり、かつケアマネジャーが患者の入院時に医療機関へ連絡する割合も5割弱であった。

結果3[入院時における相互の連絡方法]

入退院時における相互 の連絡方法	退院時の連絡方法 (N=386)	割合	入院後の連絡方法 (N=378)	割合
電話等	277	71.7%	213	56.3%
文書	63	16.3%	95	25.9%
電話等+文書	46	11.9%	70	18.5%
合計	386		378	

※退院時にケアマネジャーへ来る連絡の7割が電話などによる連絡であり、文書が来るのは約1割であった。

V. 巻末資料（ワークシート）

ワークシートの活用にあたって

◎『街づくり的地域リハビリテーション推進のヒント(仮)』は、逢坂悟郎氏提案の『街づくり的地域リハビリテーション活動推進の8ステップ』をヒントにいくつかのワークシートと手順書を用意しました。

◎手順書としては、街づくり的地域リハビリテーション活動の手法を記した「8ステップチェック表」、地域資源の抽出～グループワーク～課題抽出の手順を記した「グループワークの手順」を用意しました。

◎ワークシートとしては、地域資源抽出のための「圏域資源調査表」、地域資源どうしの関係を視覚的に確認する「資源関連マップ作成シート」、グループワークで活用する「グループワークシート(脳卒中関係)」、地域の課題の優先順位を検討する「問題点検討シート(なぜなぜシート)」、『街づくり的地域リハビリテーション活動推進の8ステップ』に沿った「8ステップワークシート」を用意しました。

◎いくつかのワークシートについては、記入例を作成しましたので、活用の参考にしてください。

◎「8ステップワークシート」は、各ステップにあてはめて取り組みを具体的にイメージしていただくためのヒントとして作成しましたが、これにとらわれる必要はありません。

◎課題の整理・戦略立案・意識の共有を促すツールとしてご活用ください。

◎今後の改良に向けて、ご意見をお寄せくださると幸いです。

8ステップチェック表

地域リハ支援の対象は、病院職員、在宅サービス職員、住民・障害当事者など様々であるが、以下の手順はほぼあらゆる対象者に適応できる。また、地域リハ支援を行う担当者は、地域リハ広域支援センター、地域包括支援センター、保健所、行政、社協、その他など多岐にわたり対象者も異なるが、活動手順そのものは共通している。

進捗度	まずは、地域リハ支援の担当者で	
	ステップⅠ	できる範囲で、担当地域の状況・問題点を探る。
	ステップⅡ	とりあえずの戦略(対象とする人々、長期目標、活動の手順)を決める。
	多くの人々を組織化し、主体的に活動できるようにするために	
	ステップⅢ	<p>多くの人々(医療・介護専門職、住民)による会合・研修会を開催し、その地域のおおまかな状況や問題点について頭の整理ができるようにする。これにより、問題意識の共有が起こる。参加者が漠然と感じている問題を明確化し、「このままでは大変だ!」、「どげんかせんといけん!」という気持ちにする。</p> <p>(例:いつもの講演+グループワーク)</p>
	ステップⅣ	<p>後日、問題意識を持った人々による会合を開催する。(例:タウンミーティング)</p> <p>① 地域の状況や問題点についての確認や追加</p> <p>② 長期目標、戦略の確認・修正(地域リハ支援側が決めた「問題解決への作戦」を全体で議論する)</p> <p>③ 「皆さん」がその気になった段階で、地域リハ支援側から「自分たちは微力なので、皆さんの主体的活動がないと問題は解決しません」と確認。(皆さんが「主役」、地域リハ支援側は「戦略的脇役」)</p> <p>④ (地域リハ支援側としては)参加者のなかのキーパーソンの発見・確認</p>
	ステップⅤ	<p>幹事会の発足</p> <p>キーパーソンらによる幹事会を発足し、中心メンバーの組織化を図る。その後は、彼らによる主体的な活動を支援するようにする。これがその他の参加者の主体的な活動や組織化につながる。</p>
	ステップⅥ	<p>活動開始</p> <p>(例:病院のネットワーク化、在宅サービスのネットワーク化、病院・在宅連携、住民主体の介護予防活動、中学校区での医療-介護連携・認知症対策などなど)</p>
	ステップⅦ	<p>戦略の定期的な確認・見直し</p> <p>① 地域リハ支援の担当者間</p> <p>② 幹事会+地域リハ支援の担当者</p> <p>③ 参加者全員で</p>
ステップⅧ	<p>活動の振り返り</p> <p>年1回は行った活動について、各レベルでの全般的な反省会を持ち、戦略の確認・見直しを行う。これに基づいて、その後の活動を行う。</p>	

圏域資源調査表

担当圏域について整理してみましょう	
1 基本情報に関して a 人口、面積、人口密度、高齢化率と今後の予測推移はどのくらいですか？	
2 医療・介護資源に関して b 人口10万人あたりの病床数はどのくらいですか？ c 病院の資源(急性期・回復期・療養型・介護施設など)はどのくらいありますか？	
3 医療機関の受診動向に関して d 脳卒中を発症し自宅に戻るまでの流れはどのようになっていますか？ e がん患者の受診動向はどうですか？ f 精神疾患患者の受診動向はどうですか？ g その他の主だった疾患の受診動向はどうですか？ h 圏域内で入院が完結する割合はどの程度ですか？	
4 医療・介護連携に関して i 病院の連携はうまくいっていますか？ j 圏域内の病院の退院調整の課題はありますか？ k 圏域外の病院の退院調整の課題はありますか？ l 開業医とケアマネジャー・地域包括支援センターとの連携に問題はありますか？ m 地域の専門機関・専門職種が地域の課題について話し合う機会がありますか？	
5 在宅サービスに関して n 若年障害者が違和感なく通所できるデイケア・デイサービスはありますか？ o 胃ろうや気管切開の人が利用できる通所サービス、ショートステイはありますか？ p 夜間ホームヘルプが利用できない地域はありますか？ q 訪問診療を行う開業医は充足していますか？ r 地域で取り組むチーム医療に積極的な開業医は充足していますか？ s 精神障がい者が地域で活動できる拠点は充足していますか？ t 地域包括支援センターは地域のコーディネーターとして機能していますか？	
6 住民の参画に関して u 障害者を支える住民のボランティア組織や、それを支える仕組みがありますか？ v 介護予防を広げるための住民ボランティア活用の働きかけはありますか？ w 地域の医療・介護・福祉の課題を話し合う機会がありますか？	

グループワークの手順 Step1

事前準備1

- ◎地域の資源・ネットワークなどについて調べておく
- ◎わかる範囲の地域の課題を検討しておく
- ◎地域の協力者(地域支援者)をピックアップする
- ◎地域支援者と地域の課題について意見交換の場を設ける

事前準備2

- ◎「地域ケア・連携構築などについての研修」企画を立てて広報する
- ◎研修会に合わせて行うグループワークのテーマを決めておく
- ◎参加予定者を地区ごとの6~8名のグループ分けしておく
- ◎地域支援者にグループファシリテーターとして協力してもらい、各グループに配置するようにする
- ◎また、全体のファシリテーターについても3~4名決めておく

当日の準備

- ◎グループファシリテーター、全体ファシリテーター、全体司会で進行について打ち合わせを行う
- ◎発表時に使用するグループワークシート、OHP、プロジェクターなどを用意する

グループファシリテーターの役割

グループワークの方法について説明する。最初に司会・書記・発表者を決める手続きを進め、グループワークの進行を促す。

全体ファシリテーターの役割

グループワークの進行を見守り、質問対応や時間管理を行う。また、グループ発表時のグループをピックアップする

全体司会の役割

グループワークのオリエンテーションを行う。グループ発表を仕切る。

グループワークの手順 Step2

研修会

- ◎「地域ケア・連携構築についての研修会(仮)」を実施し、地域の資源状況・問題点などの情報を提供
→「なんとかしないといけないべき」という意識を高める

オリエンテーション

- ◎全体司会者によってグループワークの方法の説明する
A.実施手順 B.グループワークのお約束

グループ

A.実施手順

- I.準備(5分)
 - ①まず自己紹介
 - ②司会・書記・発表者を決める
 - ③「街の目標・理念」を決める(例:たとえ障害があってもイキイキ過ごす街づくり)
- II.「資源状況」(15分)
 - ④テーマに沿った資源状況(例:急性期・回復期・維持期)を書きだす。
→地区外にある物は赤○で囲む。
 - ⑤地区にないサービスも書いてみる(例:夜間ホームヘルプ、鍛えるデイサービス、訪問リハ、胃ろうのデイサービスなど)
- III.「問題点」(20分)
 - ⑥地区の「問題点」を書きだす
- IV.「必要なこと」(20分)
 - ⑦問題点に対応した「必要なこと」を考える
 - ⑧「必要なこと」の優先順位・作戦を考える
 - ⑨書記はとんとん書きとめていく

B.グループワークのお約束

- ◆専門用語禁止
- ◆本音でトーク
- ◆うらみっこなし

事後

- ◎まとめておく
- ◎何回か実施していく
- ◎活動の目標・手順を決める
- ◎地域支援者を増やす
- ◎支援者の組織化を図る

グループワーク・ワークシート

街の目標

本日のテーマ: グループワークの目的:

問題点

急性期

回復期

維持期

資源状況

必要なこと

グループワーク・ワークシート

街の目標 「たとえ障害があっても 生き生き楽しく暮らせる街をみんなでつくること」

本日のテーマ: 脳卒中中の医療連携

グループワークの目的: 急性期～維持期・在宅の連携状況を確認し、障害を持って暮らす人にとって必要な作戦を考える

問題点

- 発症から病院(治療)までの時間がかかる。
- 在宅イメージが無いのに送られてくる。
- 不安はまま、生活開始。
- 身内退院を希望する。
- 医療機関との情報のやりとりは不明。
- 回復期病院側が先着を優先。
- 一部は在宅ケアがあるが無いところも。
- リハビリの点数も不明。
- 情報が無いところも病院側でその人が無い。
- 情報発信源が分かりづらい。
- 訪問(専門的なケア)がいない。
- マンパワーが足りない(満足度低い)。

急性期

回復期

維持期

資源状況

〇〇市立病院

〇×脳外

△□会病院

☆▼病院

〇▽国保病院

□×診療所

あるサービス

- 夜間対応訪問看護
- 胃ろう可能デイ
- 介護予防サポーター
- 宅配サービス

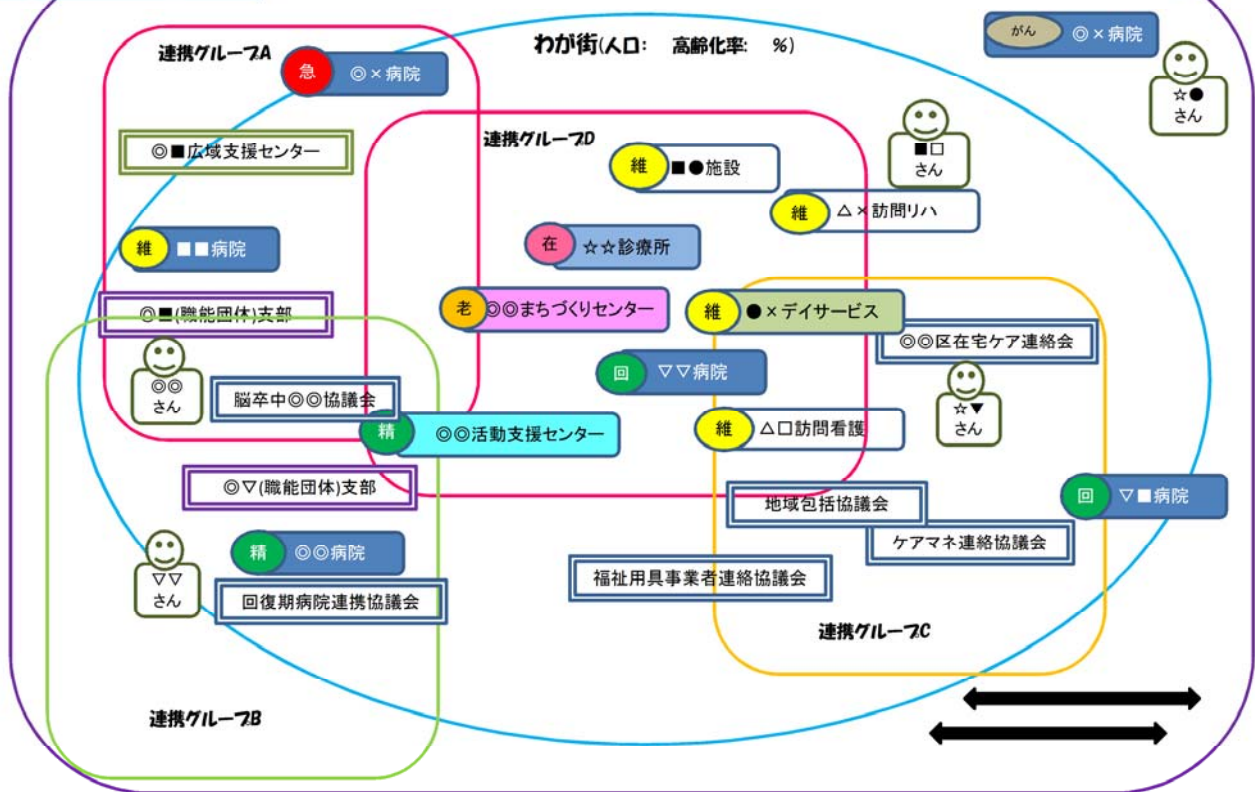
無いサービス

- 訪問リハ
- 就労支援
- 若年障害者のデイ
- リハ実施デイサービス
- 給食サービス

必要なこと

- ・メタボリック予防
- ③ 急性期
 - ・かかりつけ医と仰付しておく。
 - ・情報提供を対面・メールで行う。
 - ・イメージを改善させる。
- ④ 回復期
 - ・病院が、患者と連携しない。
 - ・緊急バート情報と公開する。
 - ・在宅を意図して暮らせる様に話し合いの場を在宅の人に作る。
 - ・安心できる。
- ⑤ 維持期
 - ・訪問リハビリ。
 - ・課題が明確にやると思っている。
 - ・セルフケア不足。
 - ・自分らしくいられる場や、お金、役割が加わるといい。

街の資源関係図



問題点検討シート

【問題】					
【基礎情報】					
問題	なぜ(原因)1	なぜ(原因)2	なぜ(原因)3	なぜ(原因)4	なぜ(原因)5

問題点検討シート 例) 2-1

【問題】 A病院は居宅介護支援事業所や地域包括支援センターへの事前連絡なしに患者が退院してくる。

【A病院基本情報】

- 1 病床数 130床(一般80床、回復期リハ50床)
- 2 診療科目 脳神経外科、神経内科、リハビリテーション科
- 3 施設認定 日本医療機能評価機構認定病院、二次救急指定病院
- 4 職員数 170名
- 5 連携窓口 地域医療連携室(MSW2名在籍<相談業務経験5年、8年>)
- 6 在院日数 17日(急性期病棟平均)
- 7 医療機能 圏域の脳卒中急性期病院として機能。急性期経過後は自院の回復期リハ病棟へ転棟するか、他の回復期リハ病院に転院
- 8 連携状況 圏域の脳卒中地域連携パス協議会(急性期5病院、回復期7病院)に参加

なぜなぜ分析の一例

問題	なぜ(原因)1	なぜ(原因)2	なぜ(原因)3	なぜ(原因)4	なぜ(原因)5
A病院は居宅介護支援事業所や地域包括支援センターへの事前連絡なしに患者が退院してくる	連携室を経由していない(事実)	連携室のマンパワーが不足しているからでは？	経営者が増員を考えていないのでは？ 募集しても採用に至らないのでは？	増員に見合う収益を確保できないからでは？ (省略)	(省略)
		軽症者は連携室を経由しない流れになっているのでは？	軽症者については、関係機関との連携が必要ないと医師や看護師が考えているのでは？	医師や看護師の制度理解や退院後の生活イメージが不足しているのでは？	知る機会がないのでは？ 知る必要がないと考えているのでは？ 制度が複雑だからでは？
		極めて急な退院なのでは？	連携室のマンパワーが不足しているからでは？	経営者が増員を考えていないのでは？ 募集しても採用に至らないのでは？	増員に見合う収益を確保できないからでは？ (省略)
		病棟が本人、家族に自分で連絡するよう伝えたのでは？	転棟・転院等の調整が計画的に行われていないのでは？ 本人の強い意向なのでは？ 強制退院なのでは？	院内(病棟間)の連携が不十分なのでは？ 転院先病院の受入に時間がかかるのでは？ (省略)	(省略)
	連携室から連絡するタイミングの判断が難しいのでは？(仮説)	病棟から連携室への連絡が遅いのでは？	院内の連携が不十分なのでは？	医師や看護師の制度理解や退院後の生活イメージが不足しているのでは？	知る機会がないのでは？ 知る必要がないと考えているのでは？ 制度が複雑だからでは？
			院内のルールが整備されていないのでは？	連携室の役割が十分理解されていないのでは？	知る機会がないのでは？ 知る必要がないと考えているのでは？
	連携室職員の業務過多なのでは？(仮説)	連携室のマンパワーが不足しているからでは？	経営者が増員を考えていないのでは？ 募集しても採用に至らないのでは？	増員に見合う収益を確保できないからでは？ (省略)	(省略)
	担当のケアマネがMSWに周知されていないのでは？(仮説)	入院時、担当ケアマネが連絡していないのでは？	ケアマネが多忙すぎるのでは？	多くのケースを担当しているのでは？	(省略)
			ケアマネの能力が不十分なのでは？	経験が浅いのでは？ 教育・研修の機会が少ないのでは？	(省略)
	本人、家族の同意が得られなかったのでは？(仮説)	本人、家族が関係者の介入に拒否的なのでは？	連絡様式が整っていないのでは？	(省略)	(省略)
			院内の連携が不十分なのでは？	職員の制度理解や退院後の生活イメージが不足しているのでは？	知る機会がないのでは？ 知る必要がないと考えているのでは？ 制度が複雑だからでは？
	連絡は必要ないと思ったのでは？(仮説)	連絡しても何もしなくていいと思っているのでは？	本人、家族の制度理解や退院後の生活イメージが不足しているのでは？	制度についての関心がなかったのでは？	(省略)
極めて軽症ケースなのでは？			(省略)	(省略)	(省略)
退院後の情報が病院にフィードバックされていないのでは？			ケアマネが多忙すぎるのでは？ ケアマネの能力が不十分なのでは？ 連絡様式が整っていないのでは？	多くのケースを担当しているのでは？ 経験が浅いのでは？ 教育・研修の機会が少ないのでは？ (省略)	
その他	本人、家族が自分で連絡すると言ったのでは？	得られた退院後の情報が病院内で共有されていないのでは？	退院患者の情報を共有する機会がないのでは？	(省略)	
		(省略)	(省略)	(省略)	

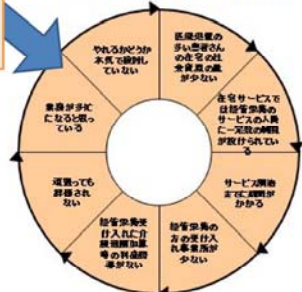
※地域リハの活動として手の打てない原因や重複している原因については記載を一部省略した。

問題点検討シート 例) 2-2

問題	なぜ(原因)1	なぜ(原因)2	なぜ(原因)3	なぜ(原因)4	なぜ(原因)5	
経管栄養の患者さんが回復期から退院できない	医療処置の多い患者さんの在宅の社会資源の量が少ない	在宅サービスでは経管栄養のサービス受け入れが少ない	経管栄養の患者さんの自宅退院のケースが少ない	ケアマネジャーが在宅を諦めている	やれるかどうか本気で検討していない	
			経管栄養は病状が急変するものと思われている	病院も在宅は無理だと思っている	業務が多忙になると思っている	
		在宅サービスでは経管栄養のサービスの人員に一定数の制限が設けられている	サービス開始までに期間がかかる	受け入れが一部の事業所に限られる	経管栄養の患者さんの対応を実際にしたことがない	家族の力を信じていない
			24時間の訪問サービス枠が少ない	急変後の受け入れを保証している病院が少ない	急変後の受け入れを保証している病院が少ない	やれるかどうか本気で検討していない
			経管栄養の方の受け入れ事業所が少ない	事業所が「事故」を恐れて受け入れを嫌がっている	経管栄養受け入れに介護報酬加算等の利益誘導がない	別の事業所がやれば良いと思っている
	維持期の病院への入院待機期間が長い施設の受け入れも制限がある	維持期病院からの自宅退院が殆ど無い(ベッドが回転しない)	医療処置の多い患者さんの在宅の社会資源の量が少ない(なぜ1の課題)	ケアマネジャーが在宅を諦めている	救急病院は高齢で肺炎レベルの入院を嫌がる	
			在宅サービスで養のサービス受け入れが少ない(なぜ2の課題)	24時間の訪問サービス枠が少ない	治療してもすぐ退院できない	
		施設サービスでは経管栄養のサービス受け入れ枠が少ない	経管栄養受け入れに介護報酬加算等の利益誘導がない(なぜ4の課題)	事業所が「事故」を恐れて受け入れを嫌がっている	経管栄養受け入れに介護報酬加算等の利益誘導がない	面倒なことはしたくない
			頑張っても評価されない(なぜ5の課題)	経管栄養の方に「事故」を恐れて受け入れを嫌がっている	経管栄養受け入れに介護報酬加算等の利益誘導がない	頑張っても評価されない
				経管栄養の方に「事故」を恐れて受け入れを嫌がっている	経管栄養受け入れに介護報酬加算等の利益誘導がない	対象者が少ない

経管栄養の患者さんが回復期から退院できない悪循環的關係

考えられた課題を関係図にまとめてみる



ステップ I

まずは、地域リハ支援の担当者で

課題 I	できる範囲で、担当地域の状況・問題点を確認しましょう					
項 検 目 討						
現 状						
問 題 点						

記入例

ステップ I

まずは、地域リハ支援の担当者で

課題	できる範囲で、担当地域の状況・問題点を確認しましょう					
項 検 目 討	医療連携	維持期・在宅の連携	行政・各種協議会	インフォーマルサポート 体制	協力者	その他
現 状	<ul style="list-style-type: none"> 回復期の病院が少なく他の医療圏に流出している 市立病院には脳外科がないからいかな 	<ul style="list-style-type: none"> 老健入所中に医療処置が多く在宅は難しくなる方が多い ケアのサービス少ない 在宅に戻っても家族依存が大きい 病棟看護師は在宅の実情が分からない 	<ul style="list-style-type: none"> 地域リハ広域支援センター事業 脳卒中連携協議会 	<ul style="list-style-type: none"> 運動(リハビリ)がしたい人は市民体育館などを利用している 若い障害者については外出先はサービスしかない 	<ul style="list-style-type: none"> 家族の意識として、ボランティア等の活用に対する受入れが難しい 民生委員活動についても、個々の力量によってしまう。 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネ、医師、病院看護婦、テキストなど地域リハ活動の認識が不十分
問 題 点	<ul style="list-style-type: none"> 病院間の連携は少ない 居宅介護支援事業所や地域包括支援センターへの事前連絡なしに患者が退院してくる。(課題抽出シート2-1) 	<ul style="list-style-type: none"> まず訪問リハを使いたいと思うが断られる ケアマネから知らせがない 経営者側の患者さんが回復期から退院できない(課題抽出シート2-2) 	<ul style="list-style-type: none"> 縦割り行政の中幾つもの協議会があるが、重複されているメンバーが重複している 包括は個別支援で精いっぱい地域サービスをマネジメントする機関がない 	<ul style="list-style-type: none"> 市民体育館でのスタッフに障害の知識はなく支援方法に限界がある 若年障害者をサポートするネットワークやコーディネーターがない 	<ul style="list-style-type: none"> 民生委員との連携はできていない ボランティアの活用システムが機能しない 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の色々な情報があるが、共有化していない 隣町病院の医療連携室との交流が困らない

ステップⅡ

まずは、地域リハ支援の担当者で

課題2	対象の人々・長期目標・活動手順などについて「とりあえずの戦略」を立てましょう
検討項目	
目指すもの	
達成すべき目標	
活動の手順	

記入例

ステップⅡ

まずは、地域リハ支援の担当者で

課題	対象の人々・長期目標・活動手順などについて「とりあえずの戦略」を立てましょう					
目次検討	医療連携	維持期・在宅の連携	行政・各種協議会	インフォーマルサポート体制	協力者	その他
目指すもの	たとえ障害があってもイキイキ暮らせる街を作ること					
達成すべき目標	急性期・回復期⇔維持期施設の窓口がはっきりする	在宅リハニーズを見極め医療機関と共有する	各種協議会の窓口・機能のありかたについて関係者で協議する	虚弱高齢者の外出支援ネットワークをつくる	地区毎に窓口になれる人を設ける	活動の啓発を行い参加者を200名程度に増やしていく
	急性期・回復期⇔ケアマネの退院時前連絡体制を作る		障害児リハのサポート体制について協議の場を設ける			「地域資源マップ」を作って認識を共有する
	空きベットの情報を共有する	在宅者への夜間および急変時の対応体制の改善を図る	若年障害者のためのサロンを確保する			
	病棟スタッフと在宅スタッフの事例検討会を開き相互理解を深める					
活動の手順①						
活動の手順②						

ステップⅢ

多くの人々を組織化し、主体的に活動できるようにするために

課題Ⅲ	多くの人々(医療・介護専門職、住民)による会合・研修会を開催し、その地域の大まかな状況・問題点について整理し、問題意識の共有化と明確化をしましょう。
会合名	
参加人数/職種/機関	
出された課題	
新たな協力者	
共有できたこと	

記入例

ステップⅢ

多くの人々を組織化し、主体的に活動できるようにするために

課題	多くの人々(医療・介護専門職、住民)による会合・研修会を開催し、その地域の大まかな状況・問題点について整理し、問題意識の共有化と明確化をしましょう。		
会合名	研修会・グループワークの実施(圏域全体) H22.4.1	研修会・グループワークの実施 (地区毎)	関係者会議
参加人数/職種/機関	参加人数73名 職種別:ケアマネ16名、OT8名、PT5名、MSW5名、保健師5名、事務系5名、介護福祉士4名、医師3名、看護師3名、社会福祉士3名、その他 地域別:◎市38名、◎▽市11名、▽■町8名、☆町3名、◎×▽町1名、◆町1名		
出された課題	<ul style="list-style-type: none"> ・◎◎市の資源は豊富だが、他の地域では、維持期資源しかない。特に、在宅リハ機能が乏しい ・病院とケアマネとの連携、MSWによる調整不足(人材不足) ・脳卒中連携バス(◎◎版)につき社会背景など患者の全体像はわかりづらい。 ・看護師不足により、維持期施設では気管切開者の入所を断られることがある ・医師との連携では、連携が取りづらい・連絡が遅いなどの意見の一方で、掛り付け医の人手不足や多忙であるなどの反論意見もあった 		
新たな協力者	◎◎市地域包括▽△氏、◆町特別養護ホーム××氏、×▽町診療所医師☆☆氏		
共有できたこと	<ul style="list-style-type: none"> ・職種横断的な研修会が今まで無く今後も継続すべきだ ・デイサービス等の在宅サービスの不足に関しては、少子高齢化、過疎化などの影響で空いている学校が増えてきており、行政主導でこれを活用したサービスを作ってはどうかという意見もあった 		

北海道版まちづくり的地域リハ活動のすすめ
作成ワーキンググループ

I 章担当

札幌医科大学附属病院

リハビリテーション部

佐々木 雄一

II・III 章担当

札幌医科大学保健医療学部

佐々木 健史

IV 章担当

北海道空知総合振興局

保健環境部保健福祉室

山内 克泰

V 章担当

特別医療法人明生会

道東脳神経外科病院

関 建久

VI 章担当

社)北海道総合在宅ケア事業団

菊地 啓介