



ぱぶりけーしょん

事務局 北海道医療ソーシャルワーカー協会
札幌市中央区南4条西10丁目
北海道歯病センター内
<http://www.hmsw.info/>

退院支援と介護予防

～取り組みの現状と課題～

札幌市手稲地域包括支援センター
藤田修一

【介護保険法改正と介護予防】

現在介護保険の現場では、平成18年4月介護保険法改正により、制度の枠組みやプラン作成時に「介護予防の視点」を打ち出した。また、医療・看護の分野においても「予防」は重要課題の一つとなっている。

予防と一言に言っても、「一次予防」「二次予防」「三次予防」と定義され、「一次予防」生活習慣の改善、生活環境の改善、健康教育による健康増進を図り、予防接種による疾病の発生予防、事故防止による傷害の発生を予防すること。「二次予防」発生した疾病や障害を検診などにより早期に発見し、早期に治療や保健指導などの対策を行ない、疾病や傷害の重症化を予防すること。「三次予防」治療の過程において保健指導やリハビリテーション等による機能回復を図るなど、社会復帰を支援し、再発を予防することとされている。

【介護予防と特定高齢者】

介護保険においては要介護状態になることを予防し、たとえ要介護状態になったとしても心身機能の維持・改善に努めることであり、その人の生活や人生を尊重しながら生活機能の向上を図り、出来るかぎり自立した生活を送れるようにすることを理念とし、介護支援専門員ケアプラン作成に介護

予防の考え方を組み込むこととなっている。また、地域包括支援センターにおいては、包括的な支援を基本と位置付けられているが、中でもハイリスクの方(特定高齢者)や要支援1もしくは2の認定を受けている比較的軽度な方たちに対して要介護状態にならないようにするため、介護予防の視点を持ったプラン作成など徹底した介護予防への取り組みを行うことを主業務とされている。したがって担当している利用者の入院などの事情により、MSWと連携した調整を行う際にもその「予防」の視点でやりとりがなされることとなる。

【急性期病院における退院援助】

平成16年病院報告によると日本の一般病床の平均在院日数は20.7日と毎年短縮している。在院日数の短縮は入院患者に対する医療ソーシャルワーカー(MSW)の援助期間の短縮に直結する。さらに病床稼働率が高い場合、MSWが扱う退院援助の患者数は高まる。つまり、現在MSWはより多くのクライアントに対し短い期間で退院援助を実施しているということがいえる。

限定された期間で退院援助を行う一つの手法として援助対象のクライアントを抽出する「ハイリスク・スクリーニング」が多くの医療機関で実施されている。しかし疾病による後遺症の残存、退院後

に医療管理が必要なクライアントや、リハビリテーションや継続した長期の療養による転院の援助など、MSWの援助対象はより手当ての必要な方を優先に対応を行うこととなる。今すぐに何らかの調整が必要ではない方、例えば「特定高齢者」に対しては、業務量的にもかかわりを持つことは難しい。

【医療機関と地域包括支援センターとの連携】

現在、地域包括支援センターは地域支援事業として特定高齢者の発見と支援を活動の一つとしているが、全国的にみて成果を挙げている取り組みは少ない。その原因の一つは医療機関から退院する特定高齢者へのアプローチがされていないことがあげられる。医療機関側もMSWの援助対象から漏れた特定高齢者へ介護予防の必要性を説明し同意を得て連絡することは難しい。介護予防を真に実効あるものとするためにはこの狭間が課題の一つで

あることを認識し、具体的な手立てを講じることであろう。

単価は別として、介護支援専門員・地域包括支援センターに対して、ケアプラン作成や医療機関との連携に介護報酬上のインセンティブはついているものの、そこに至るまでの調整や介護支援専門員への連絡等、MSWが「予防」を視点としMSWが二次予防や三次予防に取り組むために、診療報酬上への位置付けに対してインセンティブをつけることが必須ではないかと考える。この狭間への手当てが将来的に介護給付の抑制につながる部分と理解し評価を検討していただきたい。医療・看護・保健・介護など様々な場面で重要視されている「予防」について、別々のものとしてそれぞれが分断された対応ではなく、一連の流れとして機能することを望むものである。

“ 退院支援と介護予防 ”



札幌徳洲会病院
上井奈穂美

保健・医療・福祉の分野において、「予防」「連携」は、重要なテーマである。背景には、医療費を含む社会保障費の抑制政策、病院の機能分化により、病気の診断、治療、リハビリ、療養が、一機関ではなく、移動する必要があること。核家族化、高齢化の進行など社会の変化に伴い医療や福祉に求められるニーズが変化していることなどがあげられる。

【札幌徳洲会病院の取り組み】

急性期病院では、DPC(包括医療)の導入など保険医療制度の変化に対応し、早期介入、早期退院の必要からハイリスク・スクリーニングなど、支援の必要なクライアントを早期に発見する試みが行われている。

当院は、301床の急性期の病院である。平均

在院日数は、14～16日、月平均入院患者数は450～500人、MSWは4名である。全国の徳洲会グループの病院では、入院時に、年齢、世帯構成などの項目を設定し、支援を必要とするクライアントを早期発見するためのハイリスク・スクリーニングを取り入れている病院も多数ある。療養型、リハビリ、緩和ケア、精神科病院などは全員にインターク面接を行うため適応しない。当院は、1病棟に1名以上の専任のMSWを配置する病棟担当制を目指しているが、MSWの人数が病棟数に比べ少ないため、果たせていない。

一昨年、地域のニーズに応える試みとして、「プライマリー病棟」を開設した。プライマリー病棟は、発病時または、病気になる前の初期治療を行い、住み慣れた家・地域へ帰ることを目指している。

当院へ救急搬送となる方々の中には、高齢の方が多く含まれ、食べられない、動けない、発熱などの症状のみの方が少なくない。保険点数上の仕組みでは、それらの患者は入院の対象となりにくい。もともと生活上の問題を抱えており、それらが入院により明らかになることも多く、MSWの介入を必要とする。福祉の支援なしに、退院後の安全な生活を確保できない方も多い。

これらプライマリー病棟に見る傾向は、社会の変化に伴う、近い将来の地域の姿であると考え。一人暮らし、高齢者夫婦など家族のかかわりが薄い中では、少しの体調の変化をフォローする人がいない。風邪や血圧の変化などにより、買い物へ行くことができない、食欲がない、動けないことから、脱水症状、肺炎、転倒、骨折を引き起こす。発見されないまま数日を過ごし、孤独死寸前で発見されることも珍しくない。再び同じ状態を作らないような退院調整が必要である。

しかし、このような方々へのソーシャルワーク援助を行う際、保健・医療・福祉の「谷間」を感じることもある。支援が必要であるのに、当てはまる機関や制度がないこともある。

【連携と現状】

これらの問題に対応するためには、「連携」が重要である。病院にも「地域連携室」や「医療連携室」が新設され、MSWが連携室に配置されることも多い。しかし、「連携」の中身はまだ手探りの状態であ

り、地域からのニーズと保健・医療・福祉の制度や意識の間のギャップは大きい。MSWへの期待も多いが、課題もある。MSWの資格制度は十分でなく、配置基準はない。MSWが介入しても、診療報酬上の収益は、昨年新設された後期高齢者などの退院調整加算、患者一人につき、100点(1000円)に過ぎない。加えて、医療崩壊といわれているように医療機関の実態は厳しい。医療機関は生命の安全を第一義とし、重症度の高い人を優先することを常とする。予防の必要性は知っているが、限られた人的資源の中では、命にかかわる問題をすでに抱えている方を優先せざるを得ない。問題が起きてから関わることと、問題が起きる前にできるだけ予防策を講じること、どちらがよい方法かは、明らかであるが、後手に回っているのが現実である。

今後の対応について、明言するのは難しい。しかし、予防、地域連携の必要性が、病院においても重要視されてきている一方、現実的には、そのための手間と時間をどう生み出すのか。きわめて厳しい病院の実情の中で、MSWの配置がないすべての病院においても取り組めるよう、機関のメリットとなる診療報酬などの仕組みが必要であると思う。サービスだけでは、限界がある。

ソーシャルワークの発想は、制度のためではなく、クライアントの幸福のための実践である。クライアントや地域のニーズを提言し続けたい。

“「介護予防」における支援の一貫性・連続性”

苫小牧市中央地域包括支援センター
浅野 豊



介護保険制度の基本的な考え方として、「介護を要する状態となっても、できる限り、自宅で自立した生活を営めるようにサービスを提供すること」「利用者に対しても、介護が必要な状態となること

を予防するための健康保持増進、介護が必要な状態となった場合にも、介護サービスを利用した自立した生活のための能力維持、向上を求めること」があげられているが、介護保険制度施行から6

(4)医療福祉情報

年が経過し、介護予防の効果があがっていない。

死亡の原因疾患と生活機能低下の原因疾患は異なる。高齢者の状態増に応じた適切なアプローチが必要。介護予防サービスに一貫性・継続性がない。などの反省から、平成18年の介護保険制度改正の大きな柱の一つとして、より明確に自立支援に向けた「予防重視型システムへの転換」が掲げられた。

介護保険制度における介護予防とは、高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ(発生を予防すること。要介護状態になっても状態がそれ以上悪化しないようにする(維持・改善を図ること。で、生活上の様々な課題を抱える高齢者に対して適切な支援を行うことにより、重症化の予防・改善を図るというものであり、新たに介護予防事業が創設された。

介護予防事業は、「介護予防特定高齢者施策(ハイリスク・アプローチ)」と「介護予防一般高齢者施策(ポピュレーション・アプローチ)」に大別される。特定高齢者事業は、特定高齢者把握事業、通所型介護予防事業、訪問型介護予防事業、介護予防特定高齢者施策評価事業に分けられており、一般高齢者施策は、介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業、介護予防一般高齢者評価事業に分けられている。地域包括支援センターで行われている特定高齢者の把握は、地域における保健・医療・福祉などの関係機関と連携を図り、地域において要介護状態・要支援状態のおそれがある方についての情報を収集し続けることが重要である。また、日頃から、日常生活の状況に関する25項目からなる「基本チェックリスト」を用いて、日常生活を自立して送ることができるために必要な能力が十分かどうかを高齢者自身が確認することも大切である。

なお、65歳以上の方に対しては、平成19年度まで実施してきた基本健康診査が廃止となり、平成20年度からは後期高齢者医療制度下で行われる「健康診査」、または医療保険者(国民健康保険、健康保険組合、政府管掌健康保険、共済組合、国民健康保険組合など)に対して行われる「特定健康診査」の受診の際に「生活機能評価」を受けることにより、特定高齢者を発見するような仕組みとなった。これらの方法を通じて特定高齢者と判断された方に対して、介護予防特定高齢者施策として通所型介護予防事業や訪問型介護予防事業が実施される。両事業とも地域包括支援センターが個別に作成する介護予防ケアプランに基づいて

実施されるものであるが、予防給付のような報酬はない。

そのような中で、支援の一貫性や継続性を考えると、特定健康診査などを行う医療機関の果たす役割は重要である。早い段階から予防の意識付けをして行くことが大切であり、地域と医療の連携を図っていくことが「介護予防」を推進していくカギとなる。一般(特定)高齢者は、在宅 入院 在宅といった一連の流れの中で大きな変化がない限りは、要介護高齢者とは異なり「まだ元気そうだから問題ない。」と連携や調整の対象者としては見逃されやすい存在である。

平成21年の介護保険法の改正により、「医療連携加算」「退院・退所加算」が追加され、医療との連携や情報共有が形として残されるようになった。しかし、ただ単に、表面的な身体状況や、サービス利用状況のみを情報共有するのではなく、その高齢者等が在宅生活を送る上で、何が問題となって入院したのか、その問題を生じさせた原因や背景は何なのか、退院する上で、どんなことが問題であり、予測されるのか、といった、生活の根本となることを共有することが重要であり、医療機関で生活の視点を持って支援できる医療ソーシャルワーカーとの連携は必要不可欠である。しかしながら、この「医療連携加算」「退院・退所加算」は、要介護認定をうけている方には算定されるが、要支援認定をうけている方には算定されず、入退院にかかる手間は、介護度には関係ないのに、ここにも、介護保険制度における矛盾が生じている。

今後、「介護予防」が一貫性や継続性のある支援が展開され、根付いていくためには、地域 - 介護 - 保健 - 医療が横のつながりを持ち、要介護度などに関係なく連携・連動し、機能していくシステム作りが必要ではないだろうか。