

厚生労働省保険局医療介護連携政策課委託事業

平成 28 年度地域における医療・介護の
連携強化に関する調査研究
(効率的かつ効果的な退院支援を行うための連携の在り方)

報告書

平成 29(2017)年 3 月

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

平成 28 年度地域における医療・介護の連携強化に関する調査研究
(効率的かつ効果的な退院支援を行うための連携の在り方)
報告書

■ 目 次 ■

本報告書の目的と使い方.....	i
第 1 章 調査の概要.....	1
1. 調査の目的.....	1
2. 調査の実施概要.....	1
第 2 章 医療・介護連携に関する効果的な取組事例.....	5
事例 1 看護師を中心とした連携.....	5
事例 2 院内の多職種による退院支援.....	25
事例 3 医師会・自治体の事業を活用した連携促進.....	44
事例 4 保健所主導のルールに基づく連携.....	57
第 3 章 まとめ.....	91
1. 事例調査結果の整理.....	91
2. 入退院時連携にあたっての主な課題と対応策の提案.....	94

本報告書の目的と使い方

現在、わが国では、2025 年を見据えた医療・介護の提供体制整備を含めた、地域包括ケアシステムの構築を進めている。国民の視点に立てば、医療や介護が必要な状態となった際に、急性期の医療から回復期、慢性期、在宅医療・介護まで一連のサービスが切れ目なく提供されることが重要である。一方で、医療・介護の現場においては、医療の機能分化が進み、多様な事業主体が医療・介護サービスを提供している中で、患者の入退院や介護サービスの利用に関する意向の把握や確認、意思決定支援等が十分に行われないことで、効率的・効果的な入退院支援や適切な介護サービスの利用に至っていない事例も見受けられる。

特に医療職を中心とした病院と、介護職を中心とした居宅介護支援事業所との連携は、要介護者の在宅療養を支える上で非常に重要であることは認識されているものの、連携のあり方に頭を悩ませている関係者も多いと思われる。

こうした問題意識の下、本報告書では入退院に関する連携の例として、4つの事例を紹介している。具体的には、公的病院の看護師が中心となって看護師の人事交流の仕組みをつくり円滑な連携・入退院支援を行っている事例、病院での多職種連携によって患者の意向を踏まえた効果的な入退院支援を行っている事例、地域の医師会が主体となって多職種による会議開催や具体的な相互理解の取組を実施している事例、保健所が主体となって広域での連携のルール作りを行った事例である。

いずれも当事者の様々な創意工夫や関係者の地道な努力の成果によるものであり、同じ問題意識を抱えていながら医療・介護の現場で従事している方、また、地域全体の問題を解決し、行政、あるいは職能団体として、地域全体のルールづくりや支援等を考えている方の参考となる事例である。

ただし、望ましい連携の在り方や必要な取組は、地域の人口や医療・介護資源の充足状況等、様々な条件によって異なる。そのため、自治体・職能団体等関係者の方は、まず、“自らの地域の医療・介護の実態（例えば、医療・介護資源の充足状況、それぞれの医療機関が担っている機能や連携窓口となる MSW の有無といった各医療機関の特徴、患者の入退院の流れ、病院と居宅介護支援事業所での情報共有状況等）”を把握し、地域の中の“連携における課題”を抽出することが必要である。その上で、本報告書を課題解決の参考として活用していただくことを想定している。なお、こうした取組を進める上で、市区町村の在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業）等を活用することも有効である。

また、病院や居宅介護支援事業所等の現場の方にとっても、すぐに活用できる取組や今後の導入を検討するに値する取組があるかもしれない。地域の実情や自院・自事業所の状況などと照らし合わせながら参考にさせていただくことを期待する。

＜本報告書の構成＞

第1章 調査の概要

第2章 医療・介護連携に関する効果的な取組事例

●事例1 看護師を中心とした連携(茨城県笠間市)

- ✓ 人口約 8 万人、市内の 4 つの一般病院・17 の居宅介護支援事業所の“顔の見える関係”に基づく連携を進めている地域。
- ✓ 市内の病院が“看護師を中心とした多様な取組（病院間での病棟訪問、訪問看護同行研修、人事交流等）”を行うことで、連携機関や連携職種の相互理解を深めている。

●事例2 院内の多職種による退院支援(東京都三鷹市)

- ✓ 人口約 18 万人。市内の 8 つの病院では医療機関の機能分化が進んでおり、それに応じて各医療機関がそれぞれ連携のための取組に力を入れている地域。
- ✓ 市内にある野村病院では、週 1 回、全入院患者を対象とした退院支援情報共有のための“多職種カンファレンス”を実施することで、スクリーニングの徹底と多職種の積極的な支援を実現している。

●事例3 医師会・自治体の事業を活用した連携促進(大阪府堺市)

- ✓ 人口約 84 万人の政令指定都市で、1 つの市単独で二次医療圏を構成している地域。
- ✓ 医療・介護の多職種で協議して作り上げた“連携のための取組（ケアマネジャーの急性期・療養型病院への見学実習等）”を、“市や医師会の事業等を活用して事業化”し、連携を後押ししている。

●事例4 保健所主導のルールに基づく連携(兵庫県中播磨二次医療圏)

- ✓ 医療圏人口約 58 万人、38 の病院と 166 の居宅介護支援事業所が“連携ルール”に基づき連携をしている地域。
- ✓ 姫路市保健所が中心となって、職能団体などを巻き込んで連携ルールを作成。作成後も、運用状況のモニタリングや運用状況に関する協議の場を設けることで活用を促進させている。

第3章 まとめ

第1章 調査の概要

1. 調査の目的

団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据えて、急性期の医療から回復期、慢性期、在宅医療・介護まで一連のサービスが切れ目なく提供される体制の整備を進めていくことが必要である。特に、介護を必要とする者が退院し自宅等に移行する際には、病院の看護師、医療ソーシャルワーカー等とケアマネジャー等が連携することにより、切れ目のない医療・介護サービスの提供を実現することが重要である。

医療・介護の連携状況は、地域特性や病院の機能によって異なると考えられるため、本調査では、医療・介護資源の充足状況や病院が当該地域で担う役割と合わせて、退院支援の実施状況や医療・介護における連携上の課題等を把握し、地域の実情に応じた望ましい退院支援の在り方や、そのための効果的な取組を明らかにすることを主たる目的とした。

なお、本調査では、「退院支援」や「医療・介護の連携」に焦点を当てながらも、患者の意向に沿った入院・退院の支援のあり方や、医療と介護の連携だけではなく要介護者以外の地域住民も含めた医療機関間の連携のあり方も調査の範囲とした。

これにより、本調査は、患者の意向に沿った形で医療・介護サービスが切れ目なく提供される体制を整備し運用していく上での課題を抱えている自治体や職能団体等にとって有用な基礎資料とすることを目的とした。

2. 調査の実施概要

(1) 事例調査（インタビュー調査・アンケート調査）の実施

本調査では、患者の意向に沿った効率的かつ効果的な入退院時連携を実施している地域の病院や居宅介護支援事業所等に対して、インタビュー調査及びアンケート調査を実施し、地域の医療・介護資源の充足状況、病院の退院支援の実施状況、病院と居宅介護支援事業所の連携状況・課題等を把握し、地域の実情に応じた望ましい退院支援の在り方やそのための効果的な取組を検討した。

①対象地域

下記の地域を対象として事例調査を行った。調査対象地域は、患者の意向に沿った退院のために、入退院時連携に関する効果的な取組を行っている地域とし、他の地域が参考としやすい実践的な取組内容であることや、地域の規模、連携を推進する主体等を考慮し、検討委員会での協議を踏まえ決定した。

<調査対象地域>

- 茨城県笠間市
- 東京都三鷹市
- 大阪府堺市
- 兵庫県中播磨二次医療圏

②インタビュー調査の実施概要

調査対象地域にある自治体、病院、居宅介護支援事業所等に対して、インタビュー調査を行った。

調査対象地域	訪問した機関・施設・事業所
茨城県笠間市	<ul style="list-style-type: none">・ 茨城県立中央病院・ 笠間市立病院・ 医療法人社団聖嶺会立川記念病院・ 医療法人恒貴会訪問看護ステーション愛美園・ 桜川市社協岩瀬指定居宅介護支援事業所
東京都三鷹市	<ul style="list-style-type: none">・ 医療法人財団慈生会野村病院・ NPO・ACTたま居宅介護支援事業所
大阪府堺市	<ul style="list-style-type: none">・ 堺市役所・ 堺市における医療と介護の連携を進める関係者会議（いいともネットさかい）、堺地域「医療と介護の連携強化」病院連絡協議会（C・Cコネット）関係者
兵庫県中播磨二次医療圏	<ul style="list-style-type: none">・ 姫路市役所・ 姫路市保健所（姫路市地域リハビリテーション支援センター）・ 兵庫県中播磨県民センター中播磨健康福祉事務所・ 医療法人仁寿会石川病院・ 姫路医療生活協同組合

③アンケート調査の実施概要

インタビュー調査後、必要に応じて、調査対象地域にある病院、居宅介護支援事業所に対し、インタビュー結果を補足するものとして定性的な項目を中心としたアンケート調査を行った。

● 茨城県笠間市

- ・茨城県笠間市内の一般病院（インタビュー調査を行った病院を除く）1施設、居宅介護支援事業所 16事業所を調査対象とした。
- ・病院については対象施設が記入する自記式調査票の郵送配布・回収とし、居宅介護支援事業所についてはケアマネジャー1名が記入する自記式調査票の郵送配布・回収とした。
- ・調査実施期間は平成 28 年 12 月 15 日～平成 29 年 1 月 16 日であった。

対象	発送数	有効回答数	有効回答率
病院	1	0	—
居宅介護支援事業所	16	9	56.3%

● 東京都三鷹市

- ・三鷹市内の一般病院（インタビュー調査を行った病院を除く）6施設、居宅介護支援事業所 46事業所を調査対象とした。
- ・病院については対象施設が記入する自記式調査票の郵送配布・回収とし、居宅介護支援事業所についてはケアマネジャー1名が記入する自記式調査票の郵送配布・回収とした。
- ・調査実施期間は平成 28 年 11 月 22 日～平成 28 年 12 月 28 日であった。

対象	発送数	有効回答数	有効回答率
病院	6	2	33.3%
居宅介護支援事業所	46	17	37.0%

● 兵庫県中播磨二次医療圏

- ・兵庫県中播磨二次医療圏内の一般病院（インタビュー調査を行った病院を除く）34施設、居宅介護支援事業所 161事業所を調査対象とした。
- ・病院については対象施設が記入する自記式調査票の郵送配布・回収とし、居宅介護支援事業所についてはケアマネジャー1名が記入する自記式調査票の郵送配布・回収とした。
- ・調査実施期間は平成 28 年 11 月 22 日～平成 28 年 12 月 28 日であった。

対象	発送数	有効回答数	有効回答率
病院	34	9	26.5%
居宅介護支援事業所	161	91	56.5%

(2) 検討委員会の設置・開催

学識者、自治体関係者、病院・診療所・訪問看護ステーションの医師・看護師・MSW等からなる委員会を設置・開催した。

<委員構成>

(敬称略)

【委員長】

堀田 聰子 国際医療福祉大学大学院 教授

【委員】(五十音順)

角田 直枝 茨城県立中央病院 看護局長

兼子 芳文 姫路市健康福祉局長寿社会支援部地域包括支援課
医療介護連携担当係長

川越 正平 あおぞら診療所 院長

坂井 志麻 東京女子医科大学 看護学部 准教授

高岡 里佳 西東京市在宅療養連携支援センターにしのわ センター長
医療法人財団緑秀会田無病院 医療福祉連携部

名田部 明子 医療法人財団慈生会野村病院 地域連携室主任

福井 小紀子 日本赤十字看護大学 教授

福田 裕子 まちのナースステーション八千代 統括所長

第2章 医療・介護連携に関する効果的な取組事例

事例1 看護師を中心とした連携

人事交流や病院間の定期訪問で 市内の“顔の見える関係”の構築と相互理解を深める

茨城県笠間市

要約

- 笠間市の人口は約8万人であり、市内にある4つの一般病院と17の居宅介護支援事業所では“顔の見える関係”に基づき円滑な連携が行われている。
- 笠間市では、看護師による病院・事業所の相互訪問や研修等の交流が活発であり、市内の病院同士での週1回の病棟訪問や1日訪問看護同行研修、人事交流など多様な取組が行われている。日常的な情報共有に加え、これらの取組で顔を合わせる機会が増えるため“顔の見える関係”が構築でき、お互いの業務内容や役割に関する理解のギャップも埋まってきている。その結果、患者の意向に沿った医療・介護の連携が円滑に進むようになっている。
- 今後、より効果的な連携を行うためには、ケアマネジャーのスキルアップや病院の医療職が在宅療養の視点を習得する機会の設定、自治体による医療・介護制度や機能分化の流れ等に関する患者教育が求められている。

●笠間市の概要

面積 ¹	240.40km ²
人口 ¹	76,739人（平成27年10月1日時点）
65歳以上人口 ¹	21,713人（高齢化率28.4%）（平成27年10月1日時点）
人口密度 ¹	319.2人/km ² （平成27年10月1日時点）
後期高齢者医療被保険者数 ¹	10,805人（平成27年度）
要介護認定者数 ¹	要介護1：642人、要介護2：664人、要介護3：516人、要介護4：438人、要介護5：397人（平成27年3月31日時点）
医療機関 ²	一般病院：4施設 -療養病床を有する病院：1施設 精神科病院：1施設 有床診療所：3施設 無床診療所：34施設
在宅に関する医療資源 ³	地域医療支援病院：1施設 在宅療養支援病院：1施設 在宅療養支援診療所：4施設
居宅介護支援事業所 ⁴	居宅介護支援事業所：17事業所
介護保険施設等 ⁵	介護老人保健施設：4施設、介護老人福祉施設：7施設、有料老人ホーム：1施設

●水戸二次医療圏の概要

構成市町村	水戸市、笠間市、小美玉市、茨城町、城里町、大洗町
圏域面積 ⁶	909.29km ²
人口 ⁷	471,064人（平成28年10月1日時点）
65歳以上人口 ⁷	125,840人（高齢化率27.0%）（平成28年10月1日時点）
人口密度	513.1人/km ² （平成28年10月1日時点）
医療機関 ²	一般病院：39施設 -療養病床を有する病院：15施設 精神科病院：3施設 有床診療所：28施設 無床診療所：330施設
在宅に関する医療資源 ³	地域医療支援病院：4施設 在宅療養支援病院：3施設 在宅療養支援診療所：27施設
居宅介護支援事業所 ⁴	居宅介護支援事業所：159事業所
介護保険施設等 ⁵	介護老人保健施設：25施設、介護老人福祉施設：42施設、有料老人ホーム：17施設

¹「平成28年度版 統計かさま」（笠間市統計協会）

²「平成26年茨城県医療施設調査・病院報告の概況」

³地域医療支援病院は「平成26年茨城県医療施設調査・病院報告の概況」、その他は日本医師会地域医療情報システム「地域別統計」（2016年10月現在の集計値）

⁴日本医師会地域医療情報システム「地域別統計」（2016年6月現在の集計値）

⁵日本医師会地域医療情報システム「施設別検索」（2017年3月27日時点の検索結果）

⁶平成24年茨城県保健福祉統計年報

（<http://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/koso/iji/koso/stachischics/health-welfare-report/2012.html>）

⁷茨城県ホームページ高齢化関連の各種データ【H28年12月5日公表】

（<http://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/chofuku/choju/stats/index.html>）

図表 1-1 笠間市にある病院・診療所数・病床数

	笠間市	全国平均
人口 10 万人あたりの病院数(施設)	6.52	6.58
人口 10 万人あたりの病院病床数(床)	1,601.53	1,215.00
人口 10 万人あたりの一般診療所数(施設)	37.79	67.88
人口 10 万人あたりの在宅療養支援診療所数(施設)	5.21	11.43

(出所) 日本医師会地域医療情報システム「地域別統計」(2016 年 10 月現在の集計値)

一般病院の 4 病院は、高度急性期医療や 2 次救急を担い、がんセンターを有する「茨城県立中央病院」、急性期と慢性期の病床を持ちリハビリテーションに力を入れているケアミックス型の「立川記念病院」、そして、急性期の病床に加え訪問診療等を行っている「石本病院」と「笠間市立病院」である。笠間市には回復期の機能を持つ病院がないため、一部の患者は隣の水戸市や、別の医療圏となる常陸大宮市にある回復期病院に入院するが、市内での療養を希望する患者については、市内の病院がリハビリテーション等を手厚くすることで対応している⁹。なお、笠間市立病院は平成 30 年度の病院移転に伴い、地域包括ケア病棟を新設する予定で、回復期病床の不足は今後改善される見込みである。

図表 1-2 笠間市にある一般病院の概要

医療機関名	一般病床・療養病床数					救急体制			訪問診療
	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	救急告示	2 次	3 次	
茨城県立中央病院	475	34	441	0	0	○	○	×	×
医療法人社団聖嶺会立川記念病院	119	0	65	0	54	○	×	×	△
医療法人社団誠芳会石本病院	45	0	45	0	0	×	×	×	○
笠間市立病院	30	0	30	0	0	×	×	×	○

(出所) ・一般病床・療養病床数、救急体制：平成 27 年度病床機能報告制度集計結果

・訪問診療：各病院のホームページ及びインタビュー調査結果

(備考) 医療法人社団聖嶺会立川記念病院は、一部の対象患者にのみ訪問診療を実施している

なお、茨城県立中央病院・笠間市立病院・立川記念病院は医療機能における役割分担が明確な上、JR 友部駅の南側、東西 2km の範囲に立地しているため病院間の転院が多い。

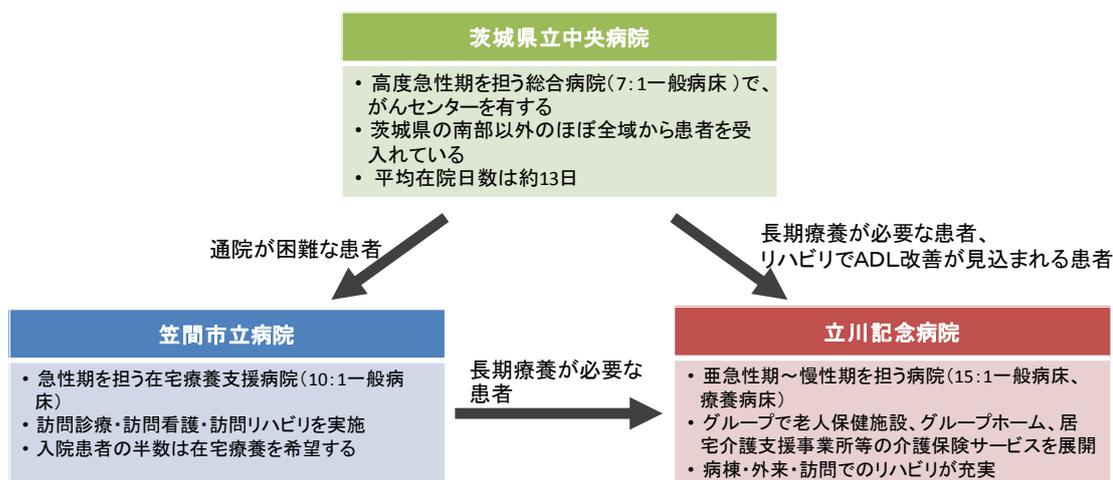
笠間市立病院は 10 対 1 の一般病床と訪問診療・訪問看護・訪問リハビリを有するため、市内の高度急性期から在宅療養へつなぐ役割を果たし、茨城県立中央病院から退院見込みが 3 週間程度の通院困難患者が紹介されている。

立川記念病院は医療療養病床を有し、リハビリテーションが充実しているため、笠間市

⁹笠間市内の病院へのインタビューより

内の回復期と慢性期の受け皿となっている。茨城県立中央病院からは、呼吸器を装着している長期入院患者や寝たきりの患者やリハビリテーションでADLの向上が見込まれる患者、笠間市立病院からは療養病床での長期の治療が必要な患者が紹介され、入院患者の約半数は他院からの転院患者となっている。

図表 1-3 茨城県立中央病院・笠間市立病院・立川記念病院の特徴と関係性



(出所) 茨城県立中央病院、笠間市立病院、立川記念病院へのインタビューを基に MURC 作成

2. “顔の見える関係”構築のための取組

人事交流や訪問による「互いのことを知る」機会の設定

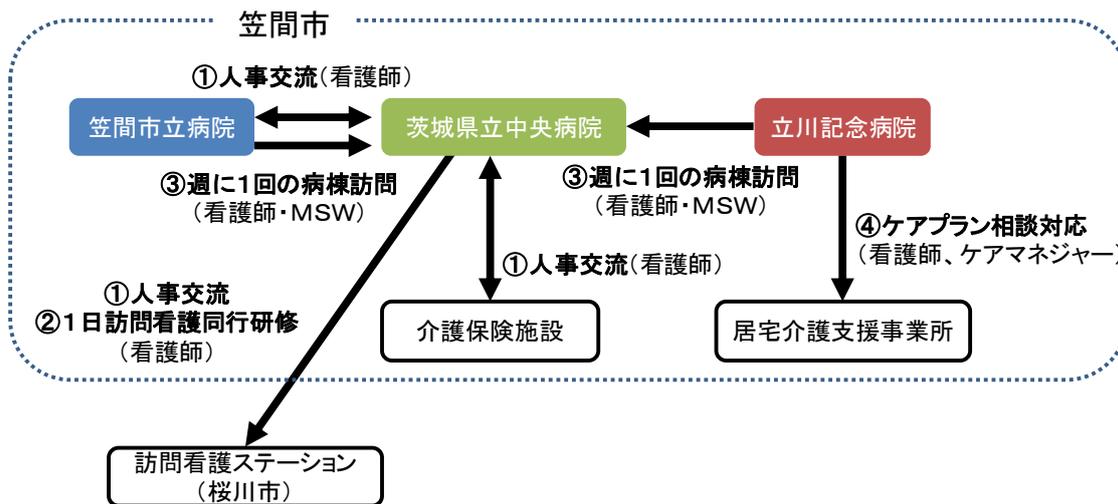
笠間市の連携の特徴は、茨城県立中央病院の看護師が中心となり、病院、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、介護保険施設など地域内の様々な関係機関で交流が活発なことである。

茨城県立中央病院の看護局長は、病床の機能分化や在宅移行が進む中で地域の医療機関や介護保険事業所と連携することが重要と考えていたが、病院職員は高度急性期や専門医療に注力しがちで地域連携への関心が薄かった。そこで、“看護師が患者の意向を正確に把握し、意向に沿った転院や在宅移行を実現させること”を当面の目標として、病院の看護師が地域で連携している医療機関や居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、介護保険施設等の役割や業務内容について理解を深める「人事交流」や「1日訪問看護研修」を推進してきた。

看護局長をはじめとした茨城県立中央病院の看護師が、他の病院・事業所への理解を深め連携への意識を高めていく傍ら、市内の他の医療機関も「週に1回の病棟訪問」や「ケアプラン相談」といった顔の見える関係性を構築するための独自の取組を進めることで、市内全体で円滑な情報共有が行われるようになってきた。現在では狭い範囲で互いのこ

とを知る多様な研修や訪問が行われることで、医療－医療、医療－介護での“顔の見える関係”の構築と切れ目のない連携が行われている。このような連携の在り方は、約 8 万人という人口規模と市内で十分な医療が提供されている環境にある“笠間市”に適した方法であると考えられる。

図表 1-4 笠間市内での主な連携に関する取組



(出所) 茨城県立中央病院、笠間市立病院、立川記念病院へのインタビューを基に MURC 作成

①人事交流（病院－病院・訪問看護ステーション・介護保険施設）

茨城県立中央病院では、連携している医療機関や様々な介護保険事業所等とお互いの機能や状況を理解し、より充実した連携を目指すため、病院、訪問看護ステーション、特別養護老人ホーム等と看護職の「人事交流」を行っている。

病院間の人事交流は茨城県全域で行っているが、市内では、2年前から副総看護師長、副師長、スタッフレベルの看護師各1名が、1～2年程度笠間市立病院で勤務している。人事交流によって病院・病棟単位でどのようなケアが提供されているかの理解が深まり、患者の転院先の選定や転院のタイミングについて以前より細やかな調整ができるようになっていく。人事交流中の看護師によると、この制度のおかげで、お互いの病院の状況がより詳細に把握できるようになり、患者の転院の流れがスムーズになった実感が得られたという。また、人事交流で他の病院に勤務することで、高度急性期以外のケアや在宅療養への移行を体験でき、茨城県立中央病院の退院後における療養の流れや入院中に確認することが望ましい情報等がわかるようになっている。

また病院以外にも、訪問看護ステーションへの3か月間の出向や、訪問看護ステーションや特別養護老人ホームから新卒の看護師の受入れなども行っている。病院よりも交流の機会が少ない介護系の施設・事業所について患者・利用者像や行われている看護の内容を把握することができれば、お互いの事情や特徴を知った上での連携、ひいては患者・利用

者への充実したサービス提供につながっていくと考えられる。

なお、茨城県立中央病院は、看護師の出向も事務職員の出向と同様だと考え、1か月以上の派遣となる場合は個別に出向契約を結び人事交流を進めている。その出向スキームについては、平成27年に日本看護協会が行った「訪問看護人材活用試行事業」（病院看護師が訪問看護ステーションに出向し訪問看護に従事する試行事業）¹⁰に参加した際に用いたものを参考としているが、円滑な人事交流の実施に必要なスキームの構築や受入側のサポート体制は、経験を重ねノウハウを積み上げるしかない。茨城県立中央病院の看護局長は、「自治体間、同一法人内、地域内など、実行できそうなところからまずは取り組んでみるのが大切」だと指摘している。

② 1日訪問看護同行研修（病院－訪問看護ステーション）

「1日訪問看護同行研修」は、茨城県立中央病院の病棟看護師や外来看護師が、日頃から連携している訪問看護ステーションを1日訪問するという研修である。1日限りの訪問看護師への同行であるが、この研修を受けたことにより、病棟・外来の看護師が患者・家族の退院後の生活など、疾患以外のことをイメージできるようになるため効果は大きい。急性期病院の看護師の中には、どのような状態であれば在宅復帰できるのかのイメージができていない看護師もいるが、実際に訪問看護の現場を体験することで、設備の代用や家族・訪問看護師の協力によって在宅療養が可能になることを理解できるようになる。例えば、研修の参加者からは「高齢者世帯でストーマができた場合、今までは退院のイメージを持ってなかったが、訪問看護を利用して入浴後にパウチの交換をすれば自宅でも生活できることがわかった。誰でも自宅に帰ることができ、入院期間の短縮にもつながる」といったように実践例に基づく感想が得られている。このような考えを持った看護師は、患者の入院時から「患者の帰るべきところは自宅」と認識して、家族から介護や生活に関する情報を早めに収集したり、転棟先の病棟看護師に積極的に情報共有したりするため、その後の転院や退院がスムーズに行われるようになる¹¹。

茨城県立中央病院では毎年数十人がこの研修に参加しており、多くの看護師の意識が変わりつつある。さらに、退院後の初回訪問看護時に病棟看護師が同行したりと訪問看護に接する機会を増やすことで看護師の意識改革を促している。

③ 週に1回の病棟訪問（病院－病院）

「週に1回の病棟訪問」は、茨城県立中央病院・笠間市立病院・立川記念病院間で行われている取組である。これらの病院は患者の転院が多く病院同士が近いため、笠間市立病院・立川記念病院の看護師とMSWが、毎週1回茨城県立中央病院の病棟を訪問し、転院

¹⁰ 「地域における訪問看護人材の確保・育成・活用策に関する調査研究事業報告書」（公益社団法人日本看護協会、平成28年3月）

¹¹ 茨城県立中央病院へのインタビューより

する患者について病棟看護師から聞き取りを行ったり患者・家族と面談したりしている。

この取組の効果は、電話・FAXといった簡便な方法をとらず連携担当の看護師やMSWが毎週病棟を訪れることで、退院支援を専門とする職員同士だけでなく病棟職員とも顔なじみとなることにある。訪問を重ねる中で、連携担当の職員が病棟職員に気兼ねなく悩み相談ができるようになり、情報共有が円滑に進むようになっている。また、転院前に患者・家族に、病院の特徴の説明や転院後の治療や退院に向けた意向を確認できるので、転院後の治療や退院支援をスムーズに行える効果もある。患者にとっても、転院先の病院看護師と顔なじみになり、安心して転院できるというメリットがある。茨城県立中央病院の入院患者は、自分と同じような状況の患者が他の病院看護師が訪れた後に転院していく姿を目にするため、術後のイメージがつきやすく退院時の安心感につながっている。連携の頻度が高い病院間については効果的な取組だと思われる。

また、この取組は、茨城県立病院が退院支援加算 1 の施設基準を満たすことにもつながっている。具体的には、病棟訪問を行う病院を施設基準の「職員と定期的な面会（年 3 回以上）を実施する連携する医療機関等」としてカウントすることで、退院支援加算 1 の届出を行っている。

④ケアプラン相談対応（病院－居宅介護支援事業所）

「ケアプラン相談対応」は立川記念病院で行われている取組で、退院前カンファレンスの前にケアマネジャーに病院へ足を運んでもらい、看護師がケアプランについて医療面でのアドバイスを行うものである。立川記念病院の退院支援の担当者によると、保有している資格によってケアプランで重視される内容が異なり、介護福祉士や訪問介護員などの介護系の資格を持つケアマネジャーは介護を重視したケアプラン、管理栄養士の資格を持つケアマネジャーは栄養面や嚥下訓練を重視したケアプランを作成する傾向がある。そのため、病院が入院時の患者の状況を踏まえて、ケアプランの内容について医療の観点から相談を受けたり助言を行う機会を設けている。

この結果、退院前カンファレンスの前にケアプランの内容が定まり、開催日当日はサービスの内容や支援の方法について深い議論が行えるようになる。また、看護師とケアマネジャーが 1 対 1 で話し合う機会を設けることで、次第に相談しやすい関係性が構築できる。

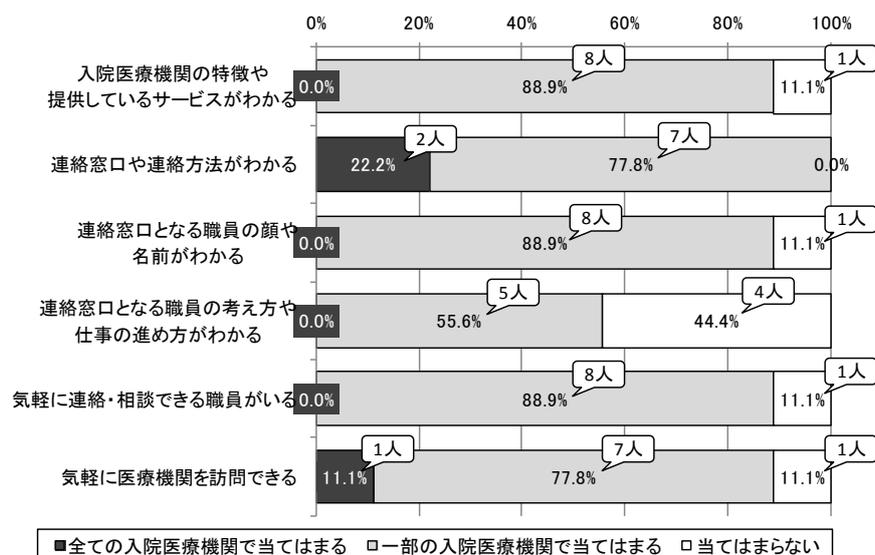
3. 市内の医療・介護連携の状況

交流と連携の積み重ねで、身近な関係になっていく

現在の笠間市内の病院と居宅介護支援事業所では、“顔の見える関係性”をもとに概ね充実した連携が行われている。市内の居宅介護支援事業所に入院医療機関（病院・有床診療所）との関係性を尋ねたところ、笠間市内のケアマネジャーの 9 人中 8 人が、窓口となっている入院医療機関の職員の顔や名前を覚えており、気軽に連絡・相談できる職員がいた

り、気軽に訪問できる医療機関があると回答している¹²。また、市内の病院の退院支援の担当者からも、ケアマネジャーが頻繁に病院を訪れて情報共有してくれるといった声が聞かれた¹³。

図表 1-5 入院医療機関との関係（笠間市内のケアマネジャー、n=9）



(注) ・笠間市内の居宅介護支援事業所を対象としたアンケート調査より
 ・入院医療機関には病院と有床診療所が含まれる

このような関係性を構築できたのは、前述のような看護師を中心とした連携の機運の高まりに加え、居宅介護支援事業所のケアマネジャーと病院のMSWとの日常的なやりとりの積み重ねの効果もある。ケアマネジャーからは、「病院に訪問しての情報共有を重ねることで自然と面識ができ、お互いに悩みを相談しあうことで話がしやすくなった」という意見が多く聞かれた¹⁴。笠間市在住の利用者は市内の医療機関に入院することが多いため¹⁴、ケアマネジャーは利用者の入退院の度に同じMSWと繰り返し顔を合わせて情報共有することで、心理的な距離が縮まったと思われる。また、月に1回開催されている地域包括ケア会議等で病院の医療職と接することも効果があり¹⁴、顔を合わせる機会の多さは連携を進める要因になっていると推測される。

¹²笠間市内の居宅介護支援事業所を対象としたアンケート調査より

¹³茨城県立中央病院、笠間市立病院、立川記念病院へのインタビューより

¹⁴笠間市内の居宅介護支援事業所を対象としたアンケート調査より

4. 連携のポイント

病院の看護師の連携に関する意識の高まり

笠間市における連携のポイントは、医療・介護を問わない多角的な交流によって、病院の看護師が“連携先の機能を理解した上で患者をつなげる”ことへの意識を高めていることがある。

笠間市には、医療・介護で相互理解のギャップを埋めるための取組が、特に看護師について充実している。市内の退院調整看護師、病棟看護師、外来看護師など幅広い看護師が交流に参加するため、近隣の病院や訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所などの業務内容や役割を正確に理解する人が増え、全体として患者を適切な連携先につなげられるようになってきている。

例えば、病院の看護師同士がお互いの病院の特徴や得意とするケアやリハビリテーションの内容を理解すれば、各病院の特性にあった転院調整が行えるようになる。また、病棟看護師が訪問看護を体験し在宅療養生活の具体的なイメージを持てば、在宅復帰が可能な患者像が広がり、より患者の自宅退院意向に応えられるようになる。また、外来看護師も訪問看護の内容や在宅療養中の患者の姿を知ることによって、通院困難になりそうな外来患者や生活に問題を抱えている患者に対して、訪問看護や介護保険サービスを適切に紹介できるようになる。

医療ニーズのある患者・利用者は、生活の場が変わったとしても看護師によるケアは必要であるため、看護師が患者の生活や医療以外に必要なケア・サービスを考えられるようになることで、病院間の転院、退院後の訪問看護の利用、外来通院から訪問看護への移行など様々なケースで患者の意向や状況にあった支援を行えるようになる。笠間市では、看護師の意識の高まりによって、意向に沿った切れ目のない連携が入退院時に限らず広範囲で進んでいると考えられる。

5. 今後の課題と望まれる取組

OJTによるケアマネジャーのスキルアップ

笠間市内の病院はケアマネジャーとの連携上の課題として、ケアマネジャーの能力差を指摘している。病院の退院支援担当者によると、一部のケアマネジャーは必要なサービスの見極めが十分でなく、日中独居の寝たきりの患者に対して訪問介護サービスの利用がなかったり、服薬管理が必要な患者に対して訪問薬剤管理指導を行える保険薬局を紹介しないといったケースがみられる。また、連携の度に、病院からサービス調整に関する同じような指摘を繰り返し受けるケアマネジャーもあり、病院はケアマネジャーに対して積極的にスキルアップをしていく姿勢を求めている¹⁵。

そのため、ケアマネジャーの学習意欲が上がるような機会を設定した上で、一つひとつ

¹⁵笠間市内の病院へのインタビューより

の連携の中で、OJT的にケアプランの作成やサービス調整について学びを得る取組が必要と思われる。病院との入退院時連携の好事例を共有し、連携のモチベーションとして利用者の症状や生活が改善していくことを意識付けする。その上で、実際に利用者の退院がスムーズにできた経験を積み上げることでスキルアップは可能になる。特に、立川記念病院が行っているようなケアプランへの医療的なフィードバックを他院にも広げることで、ケアマネジャーが頻繁に自分のケアプランや取組姿勢について振り返る機会を持つようになると考えられる。

病院の医療職と在宅関係者との交流

病院の連携上の課題として、ケアマネジャーから「介護保険制度の内容を理解していない病棟スタッフから必要な情報が得られなかった」という声や、訪問看護ステーションから「退院後の生活を想像したり地域の医療介護資源を理解して、在宅療養につながる支援をしてほしい」といった要望が出ている。各病院で研修等の取組はなされているものの、病棟の医療職が地域にある介護保険サービスの内容や役割を理解することや、入院前後の生活を見据えた患者への支援は十分ではないようである。

このような課題に対しては、地域包括ケア会議など地域の会議に病院職員が積極的に参加することで、在宅療養のイメージ（どのような患者がどのような医療や介護保険サービスの提供をうけながら在宅療養を行っているか）を深めることが有効と思われる。茨城県立中央病院が行っている「1日訪問看護同行研修」のような研修を他の病院に拡大し、一人ひとりが患者を在宅療養へつなぐイメージを具体化することも効果的だろう。

地域住民に向けた医療・介護に関する普及啓発

笠間市内の病院では、患者・家族の退院意向を確認する際に「もう退院の話をするのか」、「病院から追い出される」と言われることが度々あるという。また、家族から「どのくらい入院できるのか」と尋ねられ、回答すると「その期間は入院していただける」と安心されることもある。このような発言は、患者・家族が、症状次第では早期退院となることや、状態に合った医療機能を持つ病院に転院したり、介護保険サービスを利用しながら在宅療養ができることを理解していないために起こるものである¹⁶。現在は、病院のMSW・看護師やケアマネジャーが入院患者一人ひとりに対し、病院の医療機能や介護保険制度について説明しているが、患者や家族から「早く退院させたいだけ」と受け取られることもある。

地域の住民が広く持つべき知識については、病院や居宅介護支援事業所単位ではなく自治体から情報提供することが望まれている。自治体が市民講座やパンフレット等で、笠間市内の病院ごとの役割や介護保険サービスの利用の仕方、笠間市にある病院・診療所・介護保険サービスを組み合わせることでどのような在宅療養ができるか、自治体が行っている健康増進のための食生活・口腔衛生に関する指導など、多様な社会資源の利用方法をア

¹⁶笠間市内の病院へのインタビューより

ピールしたり、地域住民に理解を求める必要がある。

(参考) 居宅介護支援事業所調査 (アンケート調査) 結果

笠間市における病院・居宅介護支援事業所の連携状況や連携を行う上での課題を把握することを目的として、市内の全居宅介護支援事業所 16 事業所を対象にアンケート調査を実施した。

調査実施期間は平成 28 年 12 月 15 日～平成 29 年 1 月 16 日で、発送数 16 件に対し、有効回答数は 9 件 (有効回答率 56.3%) であった。

調査結果のまとめ

(1) 回答者・事業者の概況

- ・ 病院や診療所の「勤務経験がある」と回答したケアマネジャーが、約半数であった。保健師・助産師・看護師・准看護師の医療系資格を有する人と介護系資格を有する人はほぼ半数ずつであった。

(2) 入院医療機関との連携状況

- ・ 入院医療機関への情報提供の状況は、「利用者が入院すると必ず医療機関に情報提供する」(55.6%) が最も多く、「気になる利用者が入院した場合は医療機関に情報提供する」、「医療機関から要望があれば情報提供をしている」がそれぞれ 22.2% であった。
- ・ 具体的な情報共有のタイミング・方法としては事業所によって様々であるが、最も多かった内容としては、「事業所で作成した書式に基づき入院後 7 日以内に情報提供」であった。
- ・ 入院医療機関との関係では、「入院医療機関の特徴や提供しているサービスがわかる」、「連絡窓口や連絡方法がわかる」、「連絡窓口となる職員の顔や名前などがわかる」、「気軽に連絡・相談できる職員がいる」、「気軽に医療機関を訪問できる」について、「すべての入院医療機関で当てはまる」と「一部の入院医療機関で当てはまる」を合わせた割合が 8 割を超えた。
- ・ 市内のケアマネジャーは、利用者や家族の意向に沿った退院が概ねできていると評価している。

(3) 入院医療機関との連携強化のために地域で行われている取組

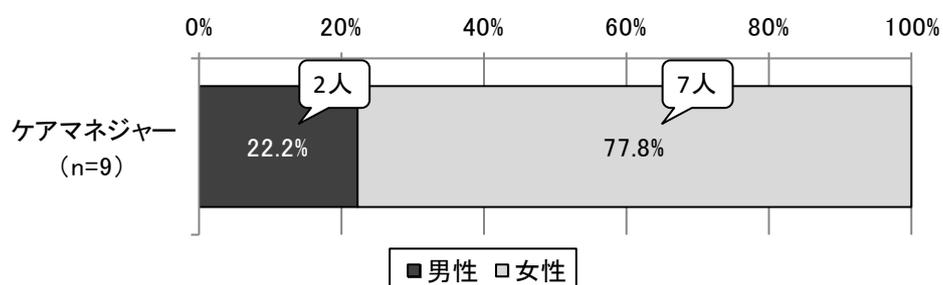
- ・ ケアマネジャーの約半数が、地域包括ケア会議が連携において効果があるとしている。具体的には、MSW と話しやすくなった、会議によく参加する職員とは安心して連携できる、医師の生の声を聞くことで医師の立場からみた連携に関する考え方を理解できた等の意見が挙げられた。

(4) 入院医療機関との連携のための課題や地域の取組

- ・ 情報共有の課題として、病院内での情報共有不足や、連携窓口が不明確な点などが指摘された。今後は、連携ルール等の設定、医療機関における介護保険制度への理解、全医療機関での連携窓口の設定等が望まれている。

(1) 回答者・事業所の概況

図表 1-6 性別



図表 1-7 ケアマネジャーとしての実務経験年月 (n=9)

	平均	中央値
実務経験年月	7.8年	8.8年

図表 1-8 ケアマネジャーとしての実務経験年月の分布 (n=9)

	件数
1年未満	1
1年～5年未満	2
5年～10年未満	2
10年～15年未満	3
15年以上	1

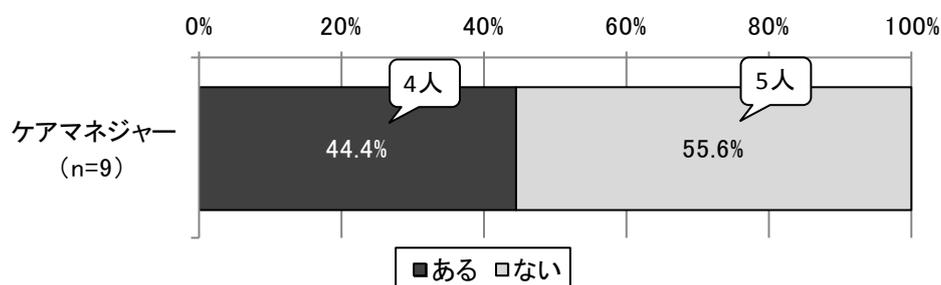
図表 1-9 所属する事業所での勤務年月 (n=9)

	平均	中央値
勤務年月	7.7年	8.7年

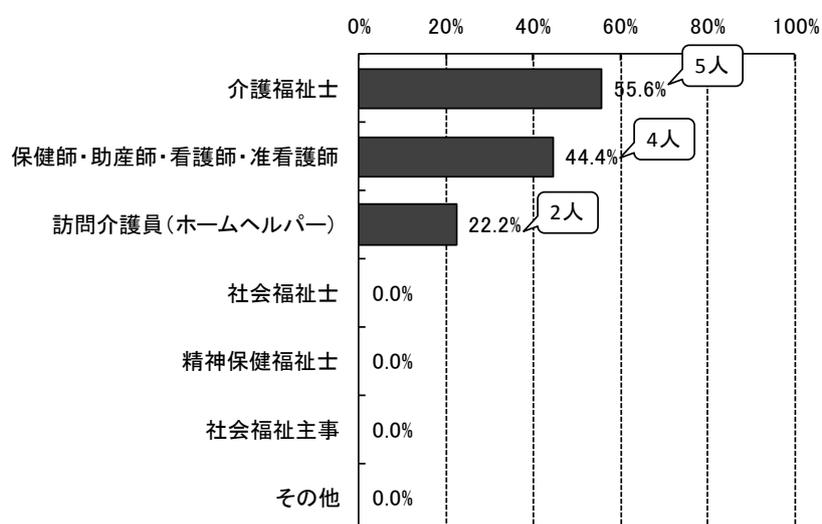
図表 1-10 所属する事業所での勤務年月の分布 (n=9)

	件数
1年未満	1
1年～5年未満	2
5年～10年未満	2
10年～15年未満	3
15年以上	1

図表 1-11 病院や診療所に勤務した経験の有無



図表 1-12 保有資格 (n=9、複数回答)

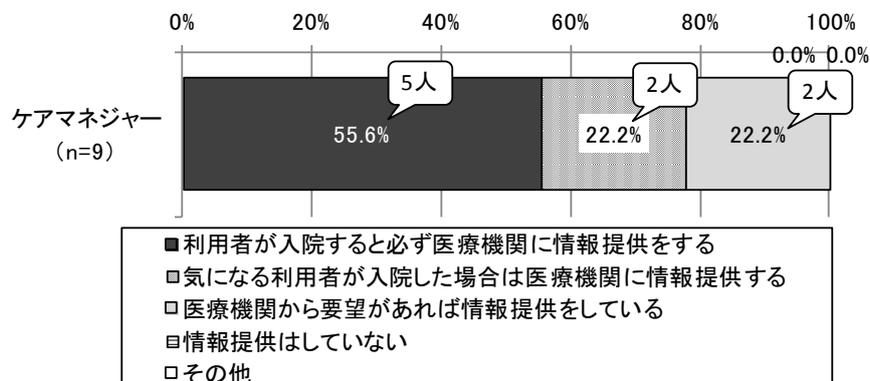


(2) 入院医療機関との連携状況

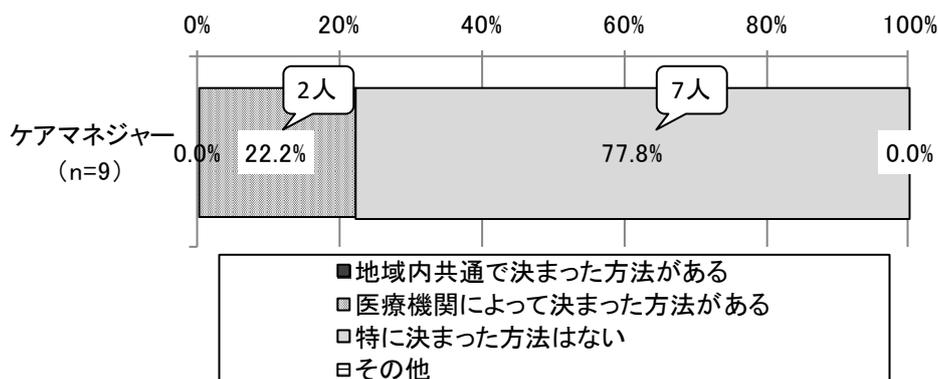
図表 1-13 連携する入院医療機関のうち市内の医療機関が占める割合 (n=9)

割合	件数
2割未満	0
2割～4割未満	1
4割～6割未満	1
6割～8割未満	0
8割以上	7

図表 1-14 入院医療機関への情報提供状況



図表 1-15 サービス提供地域内の入院医療機関と入退院時連携に関する決まった方法の有無

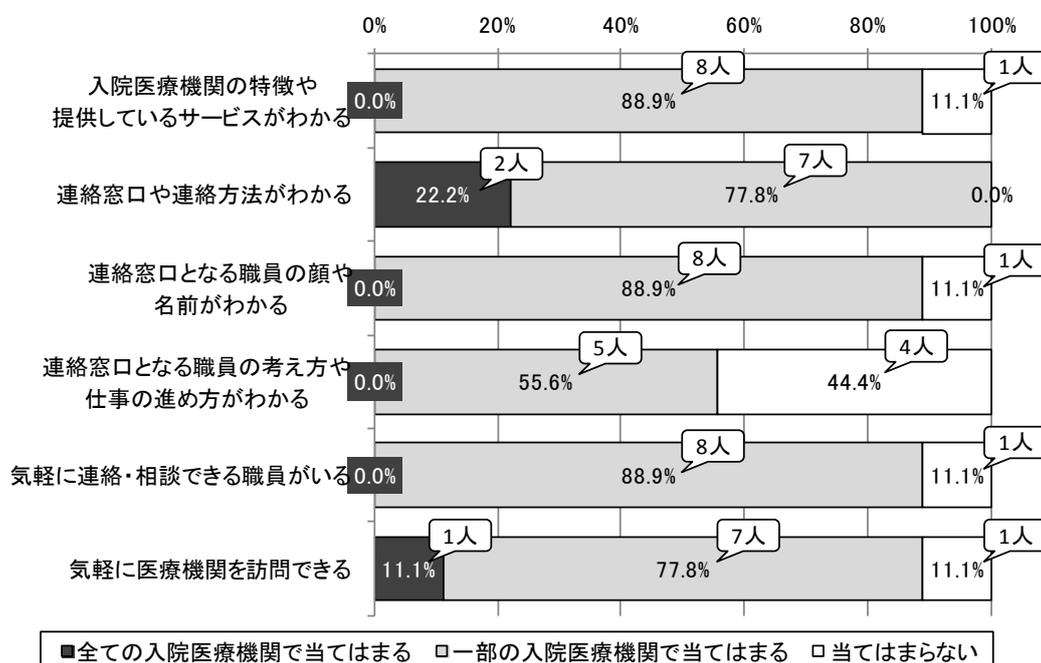


(注)「医療機関によって決まった方法がある」場合の作成主体は「病院」(1件)であり、決まっている内容は「医療機関の対応窓口」(2件)、「入院時の情報共有フローやルール」(1件)であった。

図表 1-16 入院医療機関との情報共有のタイミング・方法 (自由記述)

- ・ 事業所で作成した書式を活用し、入院後 7 日以内にMSWなどへ自宅での生活状況などの情報を提供している (同旨含め 3 件)。
- ・ 病院のMSWから問い合わせがあったら対応し、依頼があればアセスメントシートを提供する。
- ・ 利用者の入院時に、医療連携室に電話で情報提供。
- ・ 入院から 2 日以内に看護サマリー・介護サマリーを訪問で提供。
- ・ 利用者が入院したら電話連絡をし、面会ができる状況であれば病院と日程を相談した上で訪問。その際に情報提供書を持参する。 / 等

図表 1-17 入院医療機関との関係 (n=9)



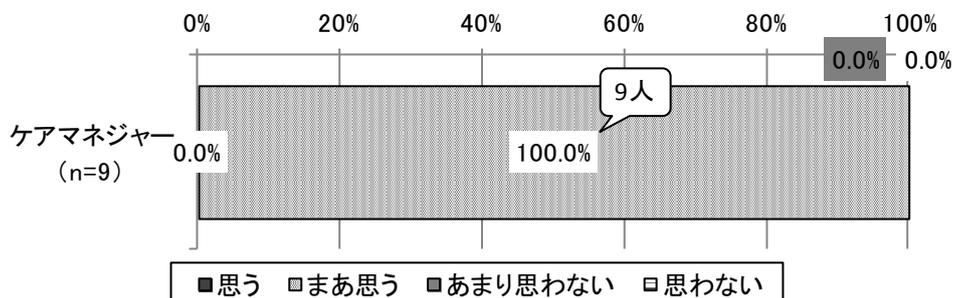
図表 1-18 どのように顔の見える関係性を築いたか (自由記述)

- ・ 利用者が頻繁に入院し、MSWを訪問したり連絡が来たりする中で面識ができた。お互いに相談したりされたりすることにより、関係性がよくなり話しやすくなった (同旨含め 5 件)。
- ・ 関連法人の病院とは会議や勉強会でよく顔を合わせるため自然と顔見知りになれた (同旨含め 2 件)。
- ・ 医師が地域会議等に参加することが多い病院とは、特に顔の見える関係になりやすかった。
- ・ 毎月ある地域包括ケア会議等の地域の研修会で話をする機会があり、MSWからも日常的に連携の連絡がくるので話すのに抵抗感を感じない。

図表 1-19 入院医療機関からの支援内容 (退院前カンファレンス以外) (自由記述)

- ・ 家屋調査を行ってくれるので、退院前に住宅改修や福祉用具等について専門家からの意見を聞いて調整でき、退院時に利用者・家族がスムーズに在宅生活に移行できる (同旨含め 3 件)。
- ・ 退院後の外来受診時に、MSWが自宅での様子を聞き、サービスの提案や家族が思っているサービス内容の伝達をしてくれた。 / 等

図表 1-20 利用者や家族の意向に沿った退院ができていると思うか

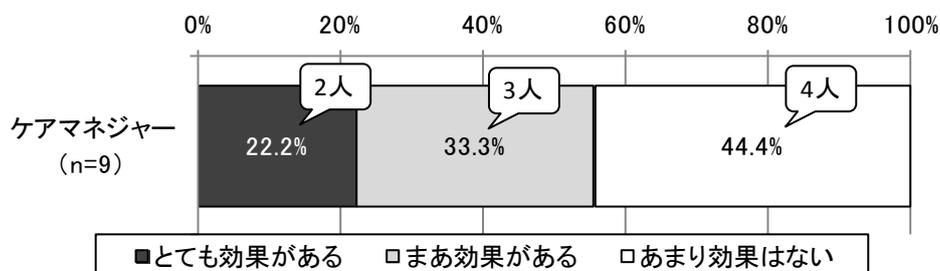


図表 1-21 利用者や家族の意向に沿った退院のために重要なこと（自由記述）

- ・ 本人・家族・病院の意向を個別に聞いて本心を確認すること。
- ・ 本人と家族双方に、入院時から退院後どのような生活を想定しているのか確認する。
- ・ 家族の状況や意向を、社会資源を踏まえて、ケアマネジャーから病院に伝える。
- ・ 入院前に近い状態まで回復した状況や、退院後の自宅受入れ状況（ソフト・ハード）が整ってからの退院。
- ・ 病識を理解すること。
- ・ がん末期の利用者に往診などを行ってくれる医療機関が少ない。 /等

(3) 入院医療機関との連携強化のために地域で行われている取組

図表 1-22 入退院時連携における地域包括ケア会議の効果

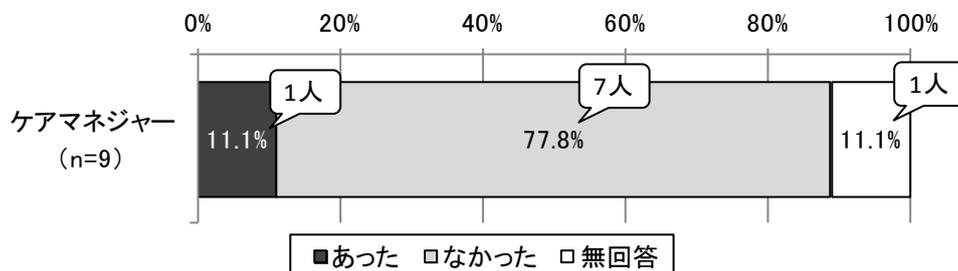


図表 1-23 地域包括ケア会議が入退院時連携に効果があると思う理由（自由記述）

- ・ MSWとの連携がしやすい。挨拶程度から雑談できるようになり、仕事以外の場でも話せるようになった。
- ・ 利用者の退院前カンファレンスで会った薬剤師や訪問看護師が、地域包括ケア会議でよく見る顔だったので、安心してサービス調整ができた。
- ・ 地域包括ケア会議に医師が参加していたが、会議内の医師の発言等を聞くことで医師の立場での考え方が理解できた。
- ・ 介護認定の結果が出る前に動いてくれることがあり、サービスがスムーズに利用できることがあった。

(4) 入院医療機関との連携のための課題や地域の取組

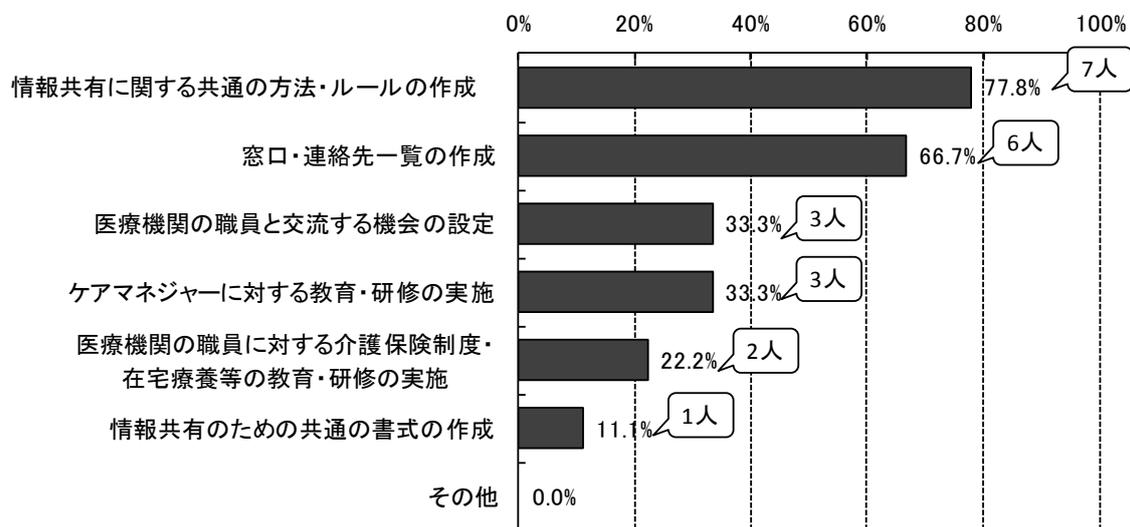
図表 1-24 入退院時連携が十分でないため、退院後に問題が発生した経験の有無



図表 1-25 入院医療機関との情報共有における課題（自由記述）

- ・ 退院日が急に決定した時など、短期間での調整がうまくいかない場合がある。
- ・ 何度も足を運んでいる医療機関では話がスムーズだが、初めての医療機関は情報を聞くことでも抵抗がある。
- ・ 連携窓口のスタッフと病棟スタッフの情報共有が不十分。介護保険の内容を理解していない病棟スタッフからは、必要な情報が得られないことがあった。
- ・ MSWがいない病院もあり、窓口（担当者）がわからない時に困る。 /等

図表 1-26 入院医療機関とのスムーズな情報共有のために効果的な取組（n=9、複数回答）



(注)「ケアマネジャーに対する教育・研修の実施」の内容としては、「医療機関がケアマネジャーに求める役割」(2件)、「医療機関との連携方法」(1件)、「診療報酬制度に関する知識」(1件)であった。

図表 1-27 利用者の意向に沿った在宅復帰に役立つと思う地域の仕組み（自由記述）

- ・ 医療機関との連携フローチャートのようなものがあればよい。
- ・ 介護認定更新時期に、医療機関へ利用者の状況等を記した用紙を提出し、その内容を踏まえて医師の診察、主治医意見書への生活上医療面の留意点等の記入ができると、ケアプランの作成などに役立つのではないかと。
- ・ 医療機関でも介護保険を理解することで、利用者の意向に沿える気がする。また、問題点を理解していけるような協力体制が必要。
- ・ すべての医療機関に医療連携窓口を設け、共通の方法で情報共有ができれば、医療機関とケアマネジャーとの連携がスムーズになり、気軽に相談などもできるのではないかと。また、末期がんでも自宅で最期まで生活したいと希望される場合でも、医師や薬剤師による在宅医療が十分に行われることで可能になると思われる。現状ではそれを行う医療機関が少ない。

事例2 院内の多職種による退院支援

週1回のカンファレンスでスクリーニングと情報共有を徹底 多職種の積極的な関わりで患者・家族を支援する

東京都三鷹市（医療法人財団 慈生会 野村病院）

要約

- 東京都三鷹市は人口約18万人のベッドタウンで、市内には8つの病院、131の診療所がある。医療機関がそれぞれ連携のための取組に力を入れている地域であり、様々な取組が作用しあって市内全体の連携が充実している。
- 市内にある野村病院は急性期と回復期の機能を持つケアミックス型の中小病院であり、地域に根差した医療を提供している。野村病院では、週に1回、MSWや看護師、リハビリ職等が一堂に会し一般病棟の全入院患者を対象とした退院支援情報の共有を行う「新患カンファレンス」を開催している。このカンファレンスで退院支援が必要な患者の見落としを防ぐほか、支援の内容の検討や進捗管理が行われることで、多職種での積極的な支援につながっている。
- 今後は、医療職がより患者の立場に立った支援を行ったり、退院後の生活の選択肢を充実させたりするため、地域の介護保険事業所の役割や提供可能なサービスについて理解を深める機会が望まれている。

●野村病院の概要

施設名	医療法人財団慈生会野村病院
所在地	東京都三鷹市下連雀
診療科 ¹⁷	内科、外科、整形外科、形成外科、リハビリテーション科、放射線診断科、脳神経外科、神経内科、漢方内科、緩和ケア内科、内視鏡内科、臨床検査科、腫瘍内科、糖尿病内科、循環器内科、呼吸器内科、血液内科、乳腺外科
病床数 ¹⁸	一般病棟77床、回復期リハビリテーション病棟44床、緩和ケア病棟12床
運営施設 ¹⁸	地域包括支援センター、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、予防医学センター（人間ドッグ施設）
平均在院日数 ¹⁸	一般病棟17日、回復期リハビリテーション病棟60日、緩和ケア病棟14日（平成28年10月～12月）
平均入院患者数 ¹⁸	一般病棟70人、回復期リハビリテーション病棟40人、緩和ケア病棟11人（平成28年10月～12月）

¹⁷野村病院ホームページ

¹⁸野村病院へのインタビュー

●三鷹市の概要

面積 ¹⁹	16.42km ²
人口 ¹⁹	182,897人（平成28年1月1日時点）
65歳以上人口 ¹⁹	39,127人（高齢化率21.4%）（平成28年1月1日時点）
人口密度	11,138.7人/km ² （平成28年1月1日時点）
後期高齢者医療被保険者数 ¹⁹	18,682人（加入割合10.2%）（平成28年1月1日時点）
要介護認定者数 ¹⁹	要介護1：1,618人、要介護2：1,182人、要介護3：808人、要介護4：865人、要介護5：735人（平成28年3月31日時点）
医療機関 ²⁰	一般病院：7施設 -救急告示病院：4施設 -療養病床を有する病院：3施設 精神科病院：1施設 有床診療所：1施設 無床診療所：130施設
在宅に関する医療資源 ²¹	在宅療養支援病院：2施設 在宅療養支援診療所：18施設
居宅介護支援事業所 ²²	44事業所
介護保険施設等 ²³	介護老人保健施設：4施設、介護老人福祉施設：4施設、有料老人ホーム：19施設

●北多摩南部二次医療圏の概要

構成市	武蔵野市、三鷹市、府中市、調布市、小金井市、狛江市
圏域面積 ²⁴	95.82km ² （東京都全体の4.38%）
人口 ²⁴	968,203人（平成24年）
65歳以上人口 ²⁴	189,803人（高齢化率19.6%）（平成24年）
人口密度	10,104.4人/km ² （平成24年）
医療機関 ²⁰	一般病院：42施設 -救急告示病院：20施設 -療養病床を有する病院：20施設 精神科病院：6施設 有床診療所：21施設 無床診療所：807施設
居宅介護支援事業所 ²²	239事業所
介護保険施設等 ²³	介護老人保健施設：17施設、介護老人福祉施設：32施設、有料老人ホーム：66施設

¹⁹ 「三鷹市統計データ集2016」

²⁰ 平成26年医療施設（静態・動態）調査・病院報告結果報告書

²¹ 地域医療支援病院は「平成26年茨城県医療施設調査・病院報告の概況」、その他は日本医師会地域医療情報システム「地域別統計」（2016年10月現在の集計値）

²² 「在宅医療にかかる地域別データ集」（厚生労働省）

（<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>）

²³ 日本医師会地域医療情報システム「施設別検索」（2017年3月27日時点の検索結果）

²⁴ 東京都北多摩南部地域保健医療推進プラン（平成25年度～29年度）

●北多摩南部二次医療圏・三鷹市の位置



(出所) 東京都保健医療計画 (平成 25 年 3 月改定)

1. 三鷹市について

充実した医療資源のもと、病院独自で医療・介護連携に取り組む

三鷹市は東京都の西寄りに位置し、面積 16.42 km²、人口約 18 万人の規模である。平成 28 年時点での高齢化率は 21.4% で、全国平均と比較すると 5 ポイント程度低い。

三鷹市にある医療機関数 (平成 26 年度時点) は、8 病院 (うち 7 一般病院²⁵)、1 有床診療所、130 無床診療所となっている。市内で 3 次救急や高度急性期の医療を提供しているのは杏林大学医学部付属病院であり、急性期の機能を持つ病院として野村病院、三鷹中央病院、三鷹病院、長谷川病院の 4 病院、慢性期の機能を持つ病院として篠原病院がある。市内の病院は概ね機能分化できている²⁶。また、これらの病院が市内約 5km 四方のエリアに点在し交通の利便性が良いため、市内における転院は住民にとって比較的負担感の少ない地域と考えられる。

在宅医療については、在宅療養支援病院が 2 施設、在宅療養支援診療所が 18 施設、看取りを実施する一般診療所が 9 施設あり、自宅死の割合が 16.8% と全国平均と比較すると 4 ポイント高くなっている²⁷。在宅医療を含めて、医療資源が比較的充実している地域といえる。

²⁵ 三鷹市内にある一般病院のうち武蔵野病院は平成 29 年 1 月時点で休診中

²⁶ 野村病院へのインタビュー、三鷹市内の病院を対象としたアンケート調査結果より

²⁷ 「在宅医療にかかる地域別データ集」(厚生労働省)

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>)

図表 2-1 三鷹市にある一般病院の病床数・救急体制（平成 27 年 7 月 1 日時点）

医療機関名	一般病床・療養病床数					救急体制		
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	救急告示	2次	3次
杏林大学医学部附属病院	1,026	0	0	0	95	○	○	○
医療法人財団慈生会 野村病院	0	89	44	0	0	○	○	×
医療法人社団永寿会 三鷹中央病院	0	122	0	0	0	○	○	×
医療法人財団紘友会 三鷹病院	0	47	0	54	0	×	×	×
医療法人社団碧水会 長谷川病院	0	39	0	0	0	×	×	×
篠原病院	0	0	0	129	0	×	×	×

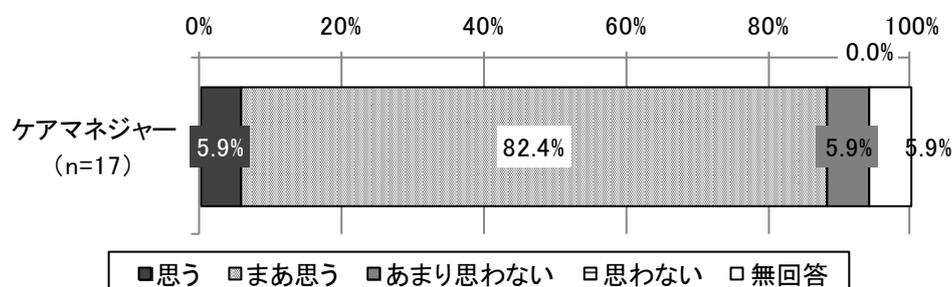
（備考）武蔵野病院は平成 29 年 1 月時点で休診中のため未掲載

（出所）病床機能報告制度（平成 27 年報告）

医療・介護連携については各病院が積極的に取り組んでおり、脳卒中地域連携クリティカルパスの策定を一つのきっかけとして三鷹市を含めた北多摩地域で脳卒中に関する協議会を立ち上げたり、各病院が連携のための体制整備や取組を行ったりしている。三鷹市としての特別な取組はないが、個々の取組が補い合うことで地域全体の医療・介護連携がスムーズになりつつある。

三鷹市内の病院・有床診療所といった入院医療機関と居宅介護支援事業所との連携は独自の方法で行われている。統一されたルールや書式はないが、三鷹市内のケアマネジャーの 9 割が利用者や家族の意向に沿った退院ができていると考えており、比較的連携が進んでいる地域といえる²⁸。

図表 2-2 利用者や家族の意向に沿った退院ができていると思うか



（注）三鷹市内の居宅介護支援事業所を対象としたアンケート調査より

²⁸三鷹市内の居宅介護支援事業所を対象としたアンケート調査結果より

2. 野村病院について

地域で生活をおくるための幅広い医療・支援を提供

野村病院は、1952年に病院を開設して以来、地域住民の声に応えるべく診療科や病床を拡大し、幅広い診療を行える体制を整えてきた。現在は、「病気だけを診る専門家ではなく患者さんを診る専門家を目指す」ことを診療理念として掲げ、病院以外にも人間ドックや健康診断を行う予防医学センター、在宅療養を支援する地域包括支援センター、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所を運営している。また、現在は在宅療養支援病院として24時間の往診や緊急時の入院受入れも行っており、地域の診療所や居宅介護支援事業所との連携を強めている。病棟は、一般病棟、回復期リハビリテーション病棟、緩和ケア病棟があり、地域の住民が疾病予防から、急性期、回復期、緩和ケア、在宅療養まで、生活圏内で包括的かつ継続的な医療を受けられる体制を整備している。

三鷹市内のケアマネジャーによると、野村病院は家族や患者への配慮が感じられ、地域貢献や病診連携、医療・介護連携に対して熱心な印象があるようだ²⁹。

図表 2-3 野村病院の目標とする医療

1. 総合診療を目指します。

総合診療とは、臓器別、疾病別などの従来の診療枠を超え、包括性と継続性を大切にした診療の形態です。具体的には予防医療、救急医療、内科・外科・整形外科医療、リハビリテーション医療、緩和ケア医療が核となって協力しながら、疾病予防から早期発見・早期治療・リハビリ・療養支援および緩和ケアに至るまでを途切れることなく対応することを目指しています。

2. 診療は、様々な職種がチームとなって組織的に行います。

3. 診療は、本人の意向を出来得る限り尊重して行います。

4. 高水準の医療を維持し、且つ生活圏での医療完結を図るために診療連携を行います。

5. 医療の公共性に鑑み、災害時医療など地域社会への貢献に努めます。

(出所) 野村病院ホームページ

野村病院に入院する患者のほとんどが三鷹市や近隣市の住民であり、周辺の高度急性期病院や地域の診療所から紹介患者を受け入れ、患者が地域で生活をおくるための治療や支援を行っている³⁰。

入院患者の状況についてみると、一般病棟の入院患者は、自宅からの入院が約6割、介護保険施設からの入院が約2割、他の病院からの転院が約2割である（自宅や介護保険施設からの入院患者の一部は地域の診療所からの紹介）。転院の場合は、主に三鷹市にある杏林大学医学部付属病院や隣接している武蔵野市にある武蔵野赤十字病院からの受入が多い。入院患者の多くは、1週間前後で自宅や介護保険施設など入院前の住まいに退院するほか、病状の悪化で高度急性期の病院に転院したり、在宅復帰が困難なために篠原病院や三鷹病

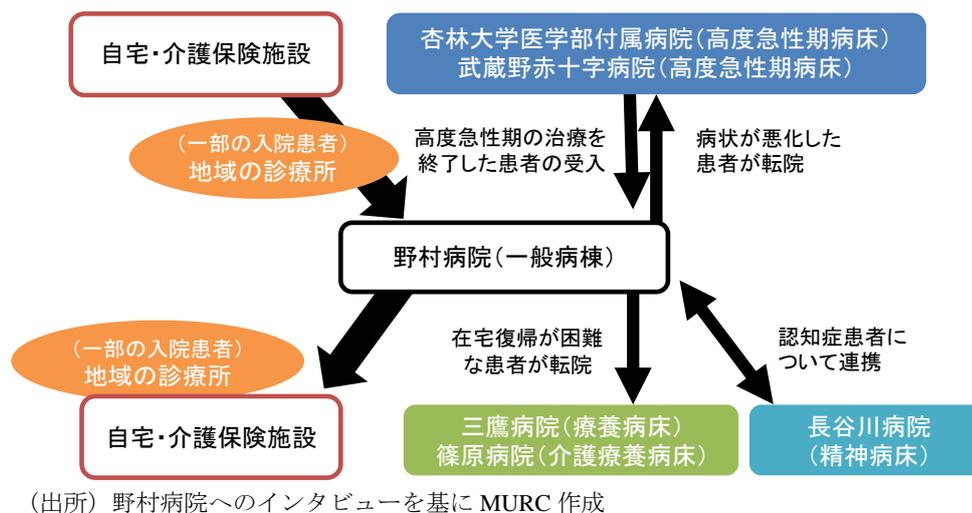
²⁹三鷹市内の居宅介護支援事業所へのインタビューより

³⁰野村病院へのインタビューより

院等、近隣の療養病床を持つ病院に転院したりする患者もいる。認知症を有する患者については三鷹市内の長谷川病院と連携することもある。

回復期リハビリテーション病棟の入院患者は他の病院からの転院、緩和ケア病棟の入院患者は他の病院・診療所から紹介されて事前登録した在宅療養中の患者が中心で、両病棟とも退院後は在宅療養を行う患者が多い。

図表 2-4 入退院患者の流れ（一般病棟）



3. 多職種による一般病棟の退院支援

退院支援の体制

患者の状況に合わせて、必要な職種が支援する

野村病院の退院支援の特徴は、MSWと医療職等が協力しながら、患者にとって最適な支援を目指して取り組んでいることである。連携部門として地域連携室（室長である院長、室長代理である看護師長、専従MSW1名（社会福祉士）、事務職1名）が設置されているが、これらの職員だけでは病院の全患者について十分な情報収集や支援を行うことが困難なため、状況に応じて地域連携室と病棟の医師、看護師、リハビリ職、栄養士等が役割を分担して対応している。

回復期リハビリテーション病棟・緩和ケア病棟は、基本的に在宅復帰を目標とした入院となるため、入院患者全員を対象として退院支援を実施しているが、一般病棟の入院患者は全体数からの割合として支援を必要としない患者も多く、退院後の生活に関する希望も様々であるため、生活的・経済的な課題を有する患者、在宅医療や介護保険サービスの利用が必要な患者など退院支援の必要性をスクリーニングし、支援介入の必要性や関与する職種を決めている。

図表 2-5 (参考) 野村病院の退院支援の概要

		退院支援の対象	入院前の実施内容	退院支援の体制
一般病棟	入院予約あり	支援が必要な患者	看護師・MSW が情報収集	看護師・MSW を中心に、患者の状況に合わせて医師・リハビリ職・栄養士等が支援
	入院予約なし		医師による医学的な受入判断 (基本的には情報収集なし)	
回復期リハ病棟		全患者	MSW が情報収集	リハビリ職を中心とした支援
緩和ケア病棟				医師・看護師を中心とした支援

(出所) 野村病院へのインタビューを基に MURC 作成

退院支援の方法

「新患カンファレンス」によるスクリーニングと進捗確認

平均在院日数が 17 日³¹と比較的短い一般病棟では、短期間にスクリーニングと支援する職種・内容の決定を行うことが必要となる。そこで、多職種による退院支援の必要性の判断と支援状況のモニタリングのために「新患カンファレンス」が行われている。

「新患カンファレンス」とは、地域連携室が中心となって毎週木曜日、一般病棟の全患者を対象に行われるもので、参加メンバーは病棟リーダー看護師、MSW、リハビリ職、栄養士のほか、野村病院が運営している地域包括支援センター、訪問看護ステーションの参加もある。医師を除く関係者が集まり、病棟の全患者について退院支援が必要な患者はいないか、支援が止まっているケースはないか、バランス良く支援が行われているかなどを確認している。

特筆すべきは、一般病棟 2 病棟の全患者約 80 人の情報共有を 30 分 (1 病棟につき 15 分)で行うというカンファレンス時間の短さである。野村病院では、病状が変化しやすい一般病棟においては短いスパンで頻回に進捗管理と方針共有することが重要であるという考えの下、各職種の業務への影響を最小限にするため、短時間で効率よくカンファレンスを行う工夫をしている。

開催時には、まず、MSW が作成した一般病棟の入院患者の一覧表が参加者全員に配布される。この一覧表には、入院日順に「氏名」が記載され、「氏名」の横に「入院日」、「入院前に住んでいた地域」、「入院前の居場所 (自宅、介護保険施設等)」、「担当の居宅介護支援事業所名」、「要介護認定の申請状況」、「介護保険サービスの利用状況」、「退院支援の進捗状況」など支援に必要な情報が記載されている。カンファレンスでは一覧表の順に全入院患者の名前を読み上げていき、共有すべき情報のある患者については各職種がその都度発言する形式をとっている。病棟のリーダー看護師は事前に病棟看護師から情報を集約するなど、各職種が準備をしてカンファレンスに臨むようになっており、「新患カンファレン

³¹平成 28 年 10 月～12 月の平均在院日数 (野村病院へのインタビューより)

ス」では一覧表を基に多職種でテンポよく情報共有と課題の検討が行われていく。

ただし、「新患カンファレンス」の特徴である、“多職種合同で毎週開催”“一度に病棟内の全患者を対象”といった条件を優先すると、一つの病棟に複数診療科の患者が混在している野村病院の特性上、個々の担当医師の参加を得ることが難しく、医師以外のスタッフによる開催となってしまっている。この点については、病棟看護師が「新患カンファレンス」で出た意見や医師に確認したい方針などを週に1回行われている「各診療科の医師カンファレンス」で共有し、また逆に「新患カンファレンス」に「各診療科の医師カンファレンス」の内容をフィードバックするという橋渡しをすることで、チームが退院支援の方針を共有することを補完している。

図表 2-6 一般病棟での退院支援情報の共有方法

新患カンファレンス（医師以外の多職種）	
参加職種	病棟リーダー看護師、MSW、リハビリ職、栄養科、野村病院併設の地域包括支援センター、訪問看護ステーション
対象	一般病棟の入院患者全員（約80人）
開催頻度	毎週木曜（1回30分）
内容	<ul style="list-style-type: none"> ● 支援が必要な入院患者の抽出 ● 退院支援の進捗状況の確認 ● 医師カンファレンスの検討結果の共有
進め方	<ol style="list-style-type: none"> ① MSWが病棟患者一覧表（氏名及び退院支援に必要な情報、支援の進捗状況を記載）を配布 ② MSWが名前を呼びあげる ③ 共有すべき情報のある患者について各職種が発言
効果	<ul style="list-style-type: none"> ● 毎週のスクリーニングで退院支援漏れの減少 ● 多職種の退院支援の進捗管理が行える

病棟看護師が情報共有

（出所）野村病院へのインタビューを基に MURC 作成

退院支援漏れをなくし進捗を促す効果

この「新患カンファレンス」の効果は、「毎週スクリーニングが繰り返されるので退院支援漏れが防げること」と「多職種での進捗管理ができること」である。

「新患カンファレンス」は10年ほど前から行われているが、当初は新規入院患者のみが対象となっていた。しかし、初回スクリーニング時には支援対象にならず、後から対象となった患者への対応が遅れたり、すでに支援を行っている患者に関しても病状の変化に対

応できず、度々退院支援漏れが発生したため、現在では、病棟の全入院患者に対象が拡大されている（名称に“新患”が付いているのはその名残である）。対象患者の拡大によって、野村病院では、入院時に病棟看護師やMSWが行うスクリーニングの他に、「新患カンファレンス」によって入院患者の最新状況を踏まえたスクリーニングが入院期間中毎週行われることになる。多職種が目線で繰り返し支援の必要性が判断されるため、何重にもチェックが入ることになり、急な方針変更などにも柔軟に対応することができている。

また、「新患カンファレンス」のもう一つの役割は、退院支援のペースメーカーとしての機能である。現場においては、各職種の日々の業務が多忙なこともあり、退院支援を優先できず、支援業務の滞りが生じることがある。しかし、毎週のカンファレンスがリマインドとなって進捗状況を確認できるため、支援が停滞するケースが減ってきている。さらに、定期的集まって退院支援について話し合いをし、支援の緊急度を共有したり、各部署が取り組むべき支援内容を明確にすることで、各部署がモチベーション高く退院支援の取組を続けられている。

都のモデル事業で病棟看護師のモチベーションが向上

さらに、野村病院では、平成27年度に東京都が行った「東京都退院支援マニュアル」のモデル事業への参加をきっかけに、病棟看護師を中心に職員のモチベーションが上がり、「新患カンファレンス」を中心とした退院支援をより充実させることができている。

モデル事業では約6か月間、「東京都退院支援マニュアル」に基づく入院早期からの退院支援を行っており、事業期間中は通常の「新患カンファレンス」の実施に加え、病棟の看護師長とMSWが毎日、入院7日目の入院患者に対してマニュアルのスクリーニングシートを使ったスクリーニングを行い、退院支援の実施を徹底していた。

その結果、病棟の看護師長が「新患カンファレンス」のスクリーニングの重要性を再認識し、病棟の看護師に率先して声を掛け退院に向けた情報収集を促したり、患者・家族に尋ねた入院前の状況と今の状況とを比較した上でどのような支援が必要かを考えるようになった。現在では、看護師長は入院前と入院中の状況を踏まえて、退院後の在宅療養の生活像や必要な在宅サービスを見据えた支援を行うようになっている。患者の最も近くで長時間接する病棟看護師のリーダーの意識が変わったことで、病棟看護師も退院支援の重要性を認識し始め、徐々に積極的な支援が行えるようになってきている。

4. 市内の居宅介護支援事業所との連携

患者の状況に応じて臨機応変にケアマネジャーと情報共有

野村病院には居宅介護支援事業所との間で特別な連携ツールや連携フローは設けておらず、電話やFAX、面談等、患者の状況に応じて最適な方法でケアマネジャーと連絡を取りあっている。このやり取りを通じて、退院前カンファレンスの必要性の判断や、必要な情報の交換などが図られているが、基本的にはMSWが病院の窓口となり、院内スタッフ

と市内のケアマネジャーが連絡や相談をスムーズに行えるようサポートしている。その結果、病院からケアマネジャーに退院後のサービス調整に必要な情報が提供できる体制が整えられ、両方で信頼関係を築くことができている³²。この他、多職種による支援についても評価が高く、市内のケアマネジャーからは野村病院との連携について、「地域の患者のことを考えてくれている」、「リハビリ職による自宅訪問はサービス調整でとても参考になる」、「窓口が明確で気軽に相談ができる」と述べている³²。

5. 連携のポイント

まとめ役の支えの下、各職種が努力を積み上げる

野村病院では医師、看護師、リハビリ職、MSW、栄養士などの多職種が退院支援に携わっているが、退院支援の担当者は「退院支援にリーダーはいない」という。特定の職種が強烈なリーダーシップを発揮して支援を進めるのではなく、各部署のリーダー職を中心に個人がモチベーションを高く持って退院支援に取り組み、その努力が集まったのが現在の野村病院の退院支援の姿である。社会資源に詳しいMSWとケアの中心にいる病棟看護師が患者・家族の退院後の生活に対する希望を丁寧に把握する、リハビリ職が自宅訪問をした上でケアマネジャーのサービス調整の相談にのる、栄養士が家族に対して食事指導を行う。各職種が専門性を活かして患者・家族の退院後の療養生活のために支援を行っているが、各職種が退院支援に真剣に取り組めば取り組むほど、退院支援全体をまとめる役割が必要になってくる。野村病院では現在MSWがそのまとめ役になっている。

MSWは、患者・家族に対しては、病棟看護師とともに退院後の生活意向について場を設けて話し合い、患者の生活や経済的な状況等を考慮した上で、具体的なサービスを提示しながら療養像をアドバイスしている。また、院内の多職種に対しては、毎週の「新患カンファレンス」で全入院患者の情報を集約・整理し、病棟と協力して退院支援の進捗管理を行っている。ケアマネジャーに対しては、野村病院の連携窓口として病棟の医療職との橋渡しや退院前カンファレンスの開催、ケアプラン作成に関する相談対応を行っている。退院に関わる家族や関係者と丁寧にコミュニケーションをとりながら退院支援を進めている専門部署があることで、地域から高い信頼を得ることができ、それが野村病院の充実した支援と円滑な連携を支えている。

6. 今後の課題と望まれる取組

地域の介護保険サービス事業所と医療職が交流する機会の設定

野村病院の退院支援の担当者は、院内の医師、看護師、リハビリ職が「地域にどのような介護保険サービス事業所があり、その事業所が何をどの程度行えるのか」といったことに対して情報が不足しているのではないかと考えている。入退院時の連携を行うには、連

³²三鷹市内の居宅介護支援事業所へのインタビューより

携機関同士がお互いの役割や特徴、得意な分野等を理解し、連携の在り方を深めていくことが大切であるが、病院や診療所間の連携と比較すると、医療職が介護保険サービス事業所のことを理解する機会は少ない。この結果、連携先の事業所に関する理解が十分でないことで過度な要求をしてしまったり「このような生活は行えないはずだ」と決めつけてしまったりと、患者の退院に関する可能性を狭めてしまうことが課題として認識されている。

医療職が在宅療養ではどのような支援ができるのかを理解し、そして介護保険サービス事業所も医療職の役割を理解することで連携の範囲は広がっていく。そのため、退院支援に関わる職種（医師、看護師、リハビリ職、MSW等）が地域の介護保険サービス事業所と交流し、事業所ごとに得意な分野や具体的な業務内容等を理解できる機会を設けることが必要ではないかと退院支援の担当者は考えている³³。スタッフ全員が地域の介護資源の現状を知り、より患者・家族・在宅チームの視点に立った生活設定ができるようになれば、入院中の在宅復帰に向けた訓練や看護計画をより現実に即したのものへと変えていける。そのためにも、自治体等が中心となり、地域の介護保険サービス事業所と病院がお互いのサービス内容を共有できる「医療・介護の交流会」が開催されることが望まれている。

³³野村病院へのインタビューより

(参考) 居宅介護支援事業所調査 (アンケート調査) 結果

三鷹市内の病院・居宅介護支援事業所の連携状況や課題を把握することを目的として、三鷹市内の居宅介護支援事業所 46 事業所 (悉皆) を対象にアンケート調査を実施した。

調査実施期間は平成 28 年 11 月 22 日～平成 28 年 12 月 28 日で、発送数 46 件に対し、有効回答数は 17 件 (有効回答率 37.0%であった。)

調査結果のまとめ

(1) 回答者・事業者の概況

- ・ 病院や診療所に勤務した経験については、「勤務経験がある」と回答したケアマネジャーは 2 割弱であった。保有資格については、福祉系の資格を有する人が多かった。

(2) 入院医療機関との連携状況

- ・ 入院医療機関への情報提供状況は、約 4 割が「利用者が入院すると必ず医療機関に情報提供する」、約 3 割が「気になる利用者が入院した場合は医療機関に情報提供する」、約 2 割が「医療機関から要望があれば情報提供している」であった。入院医療機関から求められる情報としては、入院前の状況 (利用サービス、健康状態、ADL、介護状況等)、家族状況などだった。
- ・ 約 9 割のケアマネジャーが利用者や家族の意向に沿った退院ができていると回答しており、意向に沿った退院のために重要なこととして、利用者や家族に対する丁寧な説明や、リハビリ職による自宅訪問の実施などが挙げられた。

(3) 入院医療機関との連携強化のための地域の取組

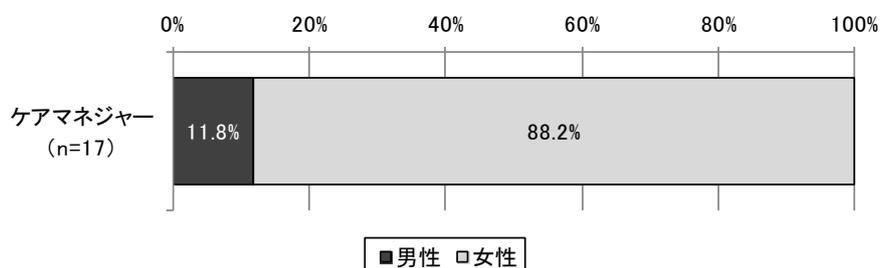
- ・ 入退院時の連携について効果があると思われる取組として、多職種での交流会やワーキンググループなどの顔の見える関係の構築に効果がある取組や、連携の困難事例を基にした病院と居宅介護支援事業所での事例検討などが挙げられた。

(4) 入院医療機関との連携における課題・今後の取組

- ・ 入退院時連携が十分でないため、退院後に問題が発生した経験があったケアマネジャーは約 4 割であった。入院医療機関との情報共有における課題としては、病院とケアマネジャーで共有している情報と欲しい情報が不一致であること、お互いの制度や視点に関する理解不足などがあった。
- ・ 今後、入院医療機関と情報共有をするために効果的な取組としては、「ケアマネジャーに対する教育・研修の実施」(70.6%)、「情報共有に関する共通の方法・ルールを作成」(58.8%)、「医療機関の職員に対する介護保険制度・在宅療養等の教育・研修の実施」(52.9%) が多かった。「ケアマネジャーに対する教育・研修」の内容としては、「医療機関との連携方法」が最も多かった。また、地域の仕組みとして、病院の多職種と交流したり互いの制度を勉強したりする機会の設定や、情報共有のための共通の書式やルールの作成などが挙げられた。

(1) 回答者・事業者の概況

図表 2-7 性別



図表 2-8 ケアマネジャーとしての実務経験年月 (n=16)

	平均	中央値
実務経験年月	9.2 年	9.8 年

(注) 実務経験年月の記載があった 16 人を集計対象とした。

図表 2-9 ケアマネジャーとしての実務経験年月の分布 (n=16)

	件数
1 年未満	0
1 年～5 年未満	4
5 年～10 年未満	4
10 年～15 年未満	6
15 年以上	2

(注) 実務経験年月の記載があった 16 人を集計対象とした。

図表 2-10 所属する事業所での勤務年月 (n=16)

	平均	中央値
勤務年月	6.6 年	5.5 年

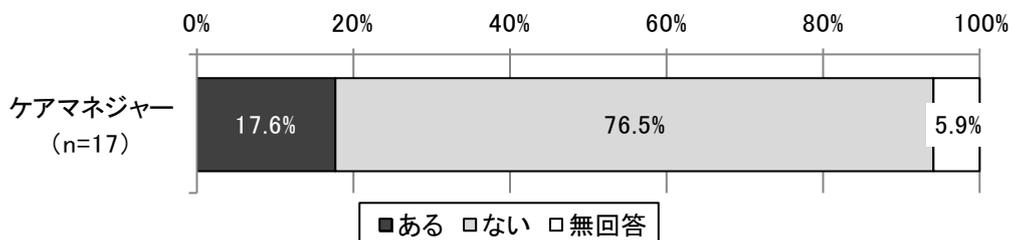
(注) 所属する事業所での勤務年月の記載があった 16 人を集計対象とした。

図表 2-11 所属する事業所での勤務年月の分布 (n=16)

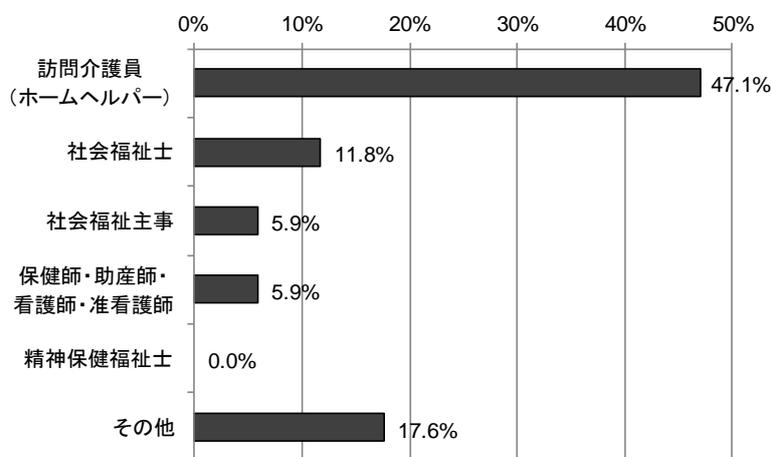
	件数
1 年未満	1
1 年～5 年未満	6
5 年～10 年未満	4
10 年～15 年未満	4
15 年以上	1

(注) 所属する事業所での勤務年月の記載があった 16 人を集計対象とした。

図表 2-12 病院や診療所に勤務した経験の有無



図表 2-13 保有資格 (n=17、複数回答)

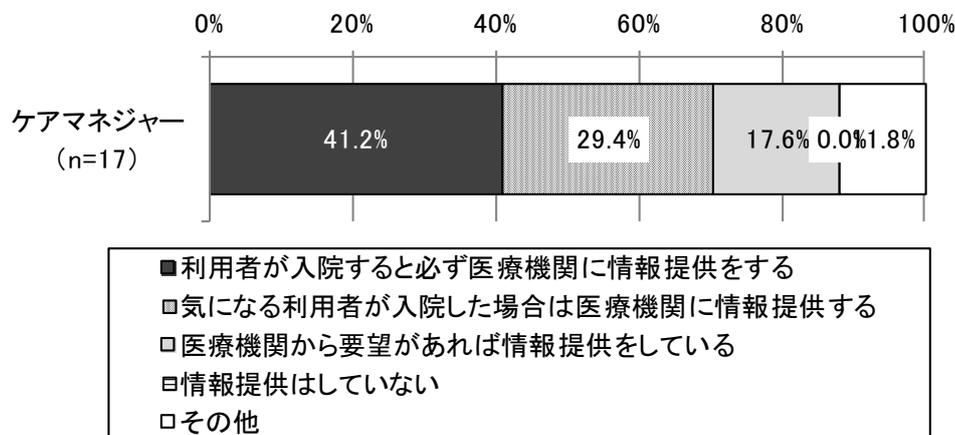


(注)「その他」の内容として、「薬剤師」、「歯科衛生士」、「あん摩マッサージ指圧師」が挙げられた。

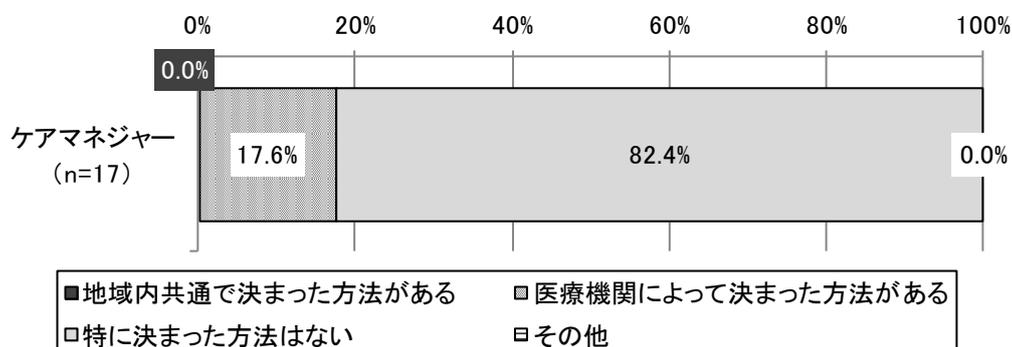
(2) 入院医療機関との連携状況

※野村病院に限定せず入院医療機関との連携について尋ねている

図表 2-14 三鷹市内の入院医療機関への情報提供状況



図表 2-15 入院医療機関と入退院時連携に関する決まった方法の有無



(注) ・サービス提供地域内の入院医療機関について尋ねた。
 ・「医療機関によって決まった方法がある」場合の作成主体は「病院」(3件)であり、決まっている内容は「共有すべき情報項目」(2件)、「医療機関の対応窓口」(2件)、「情報共有のための書式」(1件)であった。

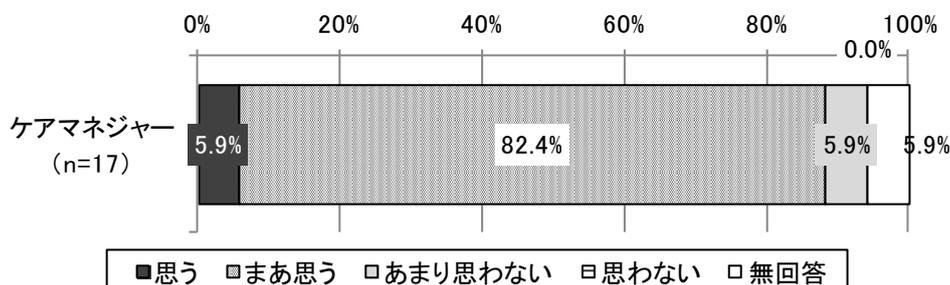
図表 2-16 入院医療機関への情報提供のタイミング・方法 (自由記述)

- ・ 医療機関から情報の提供を求められた時 (同旨含め 2 件)。
- ・ 入院を知った当日又は翌日。
- ・ できるだけ早いタイミングで電話・訪問をする。
- ・ 入院直後にMSWに連絡する。カンファレンスなどがあつたら参加する。
- ・ 入院日から 3 日以内にMSWに連絡のうえ書式を提出。
- ・ 予定入院の場合は、患者本人から情報提供書類を入院病棟の看護師に渡してもらう。緊急入院の場合は、(ケアマネジャーが) できる限り当日中に病棟を訪問して情報提供書を手渡している。
- ・ 可能な限り迅速に医療機関を訪問し、ナースステーションで担当看護師と面会しケアプラン (要望があれば本人の了承を得てフェイスシートやアセスメント表) を渡す。
- ・ 訪問診療を利用しているケースが多く、担当医と状況確認を行い、担当医から診療情報提供を行っている。
- ・ 入院が決まり医師と家族の面談等がわかった段階で一緒に話を聞いている。
- ・ 退院カンファレンスでの情報提供。 / 等

図表 2-17 入院医療機関が求める情報 (自由記述)

- ・ 入院前の利用サービス・ケアプラン (同旨含め 8 件)。
- ・ 入院前の健康状態や介護状況 (同旨含め 6 件)。
- ・ 家族状況やキーパーソン (同旨含め 5 件)。
- ・ 入院前のADL (同旨含め 4 件)。
- ・ 服薬情報 (同旨含め 2 件)。 / 等

図表 2-18 利用者や家族の意向に沿った退院ができていると思うか



図表 2-19 利用者や家族の意向に沿った退院のために重要なこと（自由記述）

- ・ 病状の悪化、再発予防のために必要な説明が十分でない。退院後、元の生活に戻り、悪化、再発を繰り返す人が多い（同旨含め 3 件）。
- ・ 退院後の ADL に合わせた環境整備のための PT、OT などによる自宅訪問（同旨含め 2 件）。
- ・ 退院時に家庭状況を勘案してほしい（同旨含め 2 件）。
- ・ 緊急時の受入れが可能かなど、家族や利用者の在宅での不安軽減（同旨含め 2 件）。
- ・ 利用者や家族はどうしたらいいのかわからないことが多いので、いろいろな選択肢を提示しながら十分に話し合うことが大切。
- ・ 早い時期からの退院調整。詳しい病状説明や退院後に必要となる処置等の共有・練習。
- ・ 利用者や家族の意向よりも病院の都合で決められることが多い。逆になることが重要。
- ・ 緊急時の対応方法を事前に確認しておく（救急要請、搬送先など）。ターミナルや高齢者の場合、延命措置をどこまで希望するか事前に確認する。 / 等

（3）入院医療機関との連携強化のための地域の取組

※野村病院に限定せず入院医療機関との連携について尋ねている

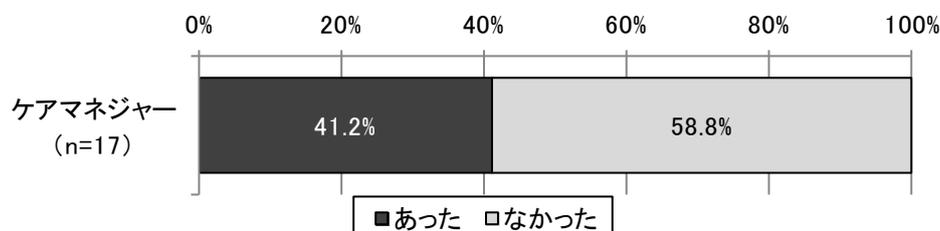
図表 2-20 利用者の入退院時の連携について効果があると思われる取組（自由記述）

- ・ 多職種交流会（同旨含め 2 件）。
- ・ 病気に関する勉強会。例えば吸引処置やストーマ等医療器具の取り扱いや基本的な知識があるとプランに反映しやすい。
- ・ がん末期で痛みもコントロールされていると判断され退院したが、帰宅直後より疼痛状態が悪化し、病院と在宅、家族への指導も含めて連携ができず、戸惑ったケースについて、後日病院と在宅の関連スタッフで“連携のあり方”について事例検討を行った。その後、同様のケースでは踏み込んで相談ができるようになった。
- ・ 多職種連携ワーキンググループにおける顔の見える関係づくり。
- ・ 病院の MSW や、MSW の行っていることの紹介。
- ・ 研修や勉強会。看護ステーションの看護師による研修等（精神科等）。
- ・ 医療連携シートの導入で医師と連携しやすくなった。 / 等

(4) 入院医療機関との連携における課題・今後の取組

※野村病院に限定せず入院医療機関との連携について尋ねている

図表 2-21 入退院時連携が十分でないため、退院後に問題が発生した経験の有無



図表 2-22 退院後に問題が発生した場合の状況（自由記述）

- ・ 正月をはさんでの入退院だったので、介護者に医療情報等がよく伝わらないまま退院した（患者自身も退院したくてうずうずしていた）。
- ・ 恥骨骨折と肺炎で入院中の利用者が、肺炎治療中という理解がなく強引に退院した。病院には情報提供していたが連絡はなく、ケアマネジャーから問い合わせ、週 1 回通院の指示を受けた。退院するも居住スペースである 2 階に自力で上がれず、近くのデイ・サービスのスタッフに協力を仰ぎ、ヘルパーを手配した。ケアマネジャーとしては退院前の連絡がなかったため、多方面に負担をかけ、調整のため別の利用者を後回しにするなど業務上の支障があった。利用者には問題は生じず肺炎も治癒した。
- ・ 退院前カンファレンス後、数日して退院したが、その数日のうちに病状やADLが悪化し、予想していたサービスでは間に合わず急な調整依頼をすることになった。
- ・ 家族より「今日退院します」との連絡があり、サービス調整が難しかった。
- ・ 退院後の在宅生活における留意点について医療サイドからの説明不足により、サービスの導入までに（説得）時間がかかり、病状が悪化した人がいた。
- ・ 遠方での入院でADLが正確につかめておらず、帰宅後に早急にサービスの調整を行う必要があった。 / 等

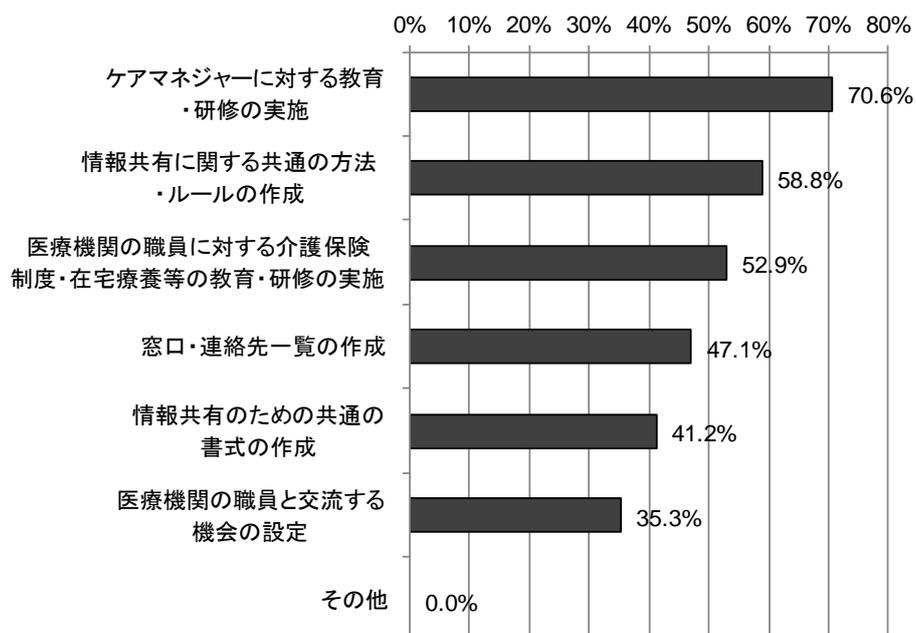
図表 2-23 入院医療機関との情報共有における課題（自由記述）

- ・ 医師の敷居が高く感じる（同旨含め 2 件）。
- ・ お互いが欲しい情報に違いがあり、連携時に決まった書式があるとわかりやすい（同旨含め 2 件）。
- ・ 退院の情報が入らないことがある。
- ・ 入院の際、MSWに連絡しても入院情報が共有されていないことがある。患者によってMSWが関わる時とそうでない時がよくわからない。
- ・ 退院後は病院との関係が切れてしまい、どこまで情報提供をしていいかわからない
- ・ 教育システムの違い。用語だけでなく視点・アプローチの違いを感じる。ケアマネジャーが医療・看護の視点を学ぶ機会を持つべき。
- ・ 在院日数の関係で、受け入れ体制の準備状況にかかわらず退院となる場合があり、交

渉の余地もなく困っている。

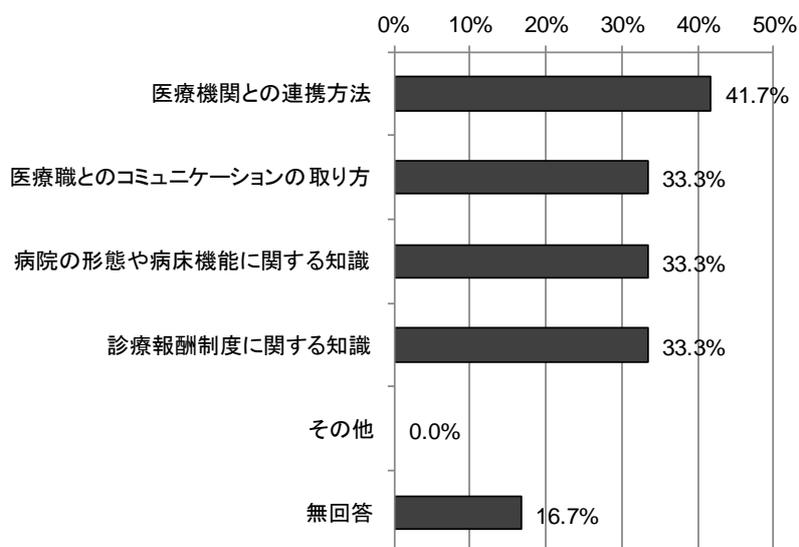
- ・ 連携しにくい病院が多い一方で、介護保険制度に理解があり連携しやすい病院もある。訪問診療の方が連携はしやすい。
- ・ 医療職の介護保険に対する無関心・勉強不足。 / 等

図表 2-24 入院医療機関と情報共有をするために効果的な取組 (n=17、複数回答)



図表 2-25 ケアマネジャーに対する教育・研修の内容

(「ケアマネジャーに対する教育・研修の実施」を選んだ人、n=12、複数回答)



図表 2-26 利用者の意向に沿った在宅復帰に役立つ地域の仕組み（自由記述）

<交流会・勉強会>

- ・ 医師、看護師、MSWも参加できる地域多職種との交流や勉強会の開催。
- ・ 医療に関する勉強会と交流会があれば医療と介護の連携が行いやすくなる。
- ・ 医師、看護師が介護保険制度を理解する必要がある。在宅療養を支援するPTやMSWとは連携できるが他の職種は連携しにくい。必要のない医療系の介護サービスを強制されることもある。
- ・ ケアマネジャー向けの医療知識の研修。医療側にも介護保険を知ってほしい。 /等

<情報共有の環境整備>

- ・ 病院ごとの相談窓口の一本化と共通書式の作成（同旨含め2件）。
- ・ 情報共有のため、共通書式、ルールが決まっていれば、スムーズに連携がしやすい。
- ・ インターネットを使った利用者情報の共有。Wikiのような個人の書き込み、情報が追加できるものがほしい。 /等

<その他>

- ・ 「来週退院」ではなく、退院1週間くらい前にカンファレンスができる余裕がほしい。
- ・ 利用者の必要とする社会資源等の情報一覧や紹介（難病、障害の家族会や取組等）があるとよい。
- ・ ADLが大きく変わる、処置が必要になるなど、変化がある場合は特に退院までの時間が欲しい。訪問サービスを探したり、会議開催のための多職種の時間調整は大変。 /等

事例3 医師会・自治体の事業を活用した連携促進

会議で浮かび上がった課題から改善策を事業化

“介護支援専門員等病院見学実習”で医療機能別の連携を学ぶ

大阪府堺市

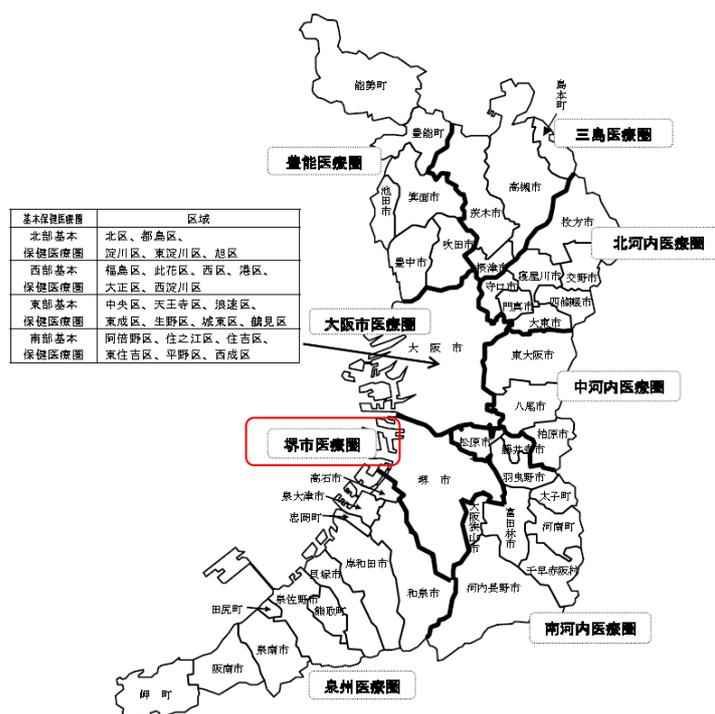
要約

- 堺市は人口約 84 万人の政令指定都市であり、1 つの市単独で二次医療圏を構成している。
- 堺市医師会主導で始まった医療・介護連携のための多職種会議「いいともネットさかい」では、関係者が定期的に一堂に会して、職種の壁を感じさせない自由な雰囲気の中で、連携に関する現場での課題やその解決策を検討している（市の職員もメンバーとして参加）。検討した内容は、在宅医療・介護連携推進事業等の公的な事業を活用することで具体的な取組につながる工夫をしている。
- 「いいともネットさかい」の病院部会である「C・C コネット」では、病院やケアマネジャーが集う「場」を設け、病院と介護の連携について、現場の課題解決に取り組んでいる。
- 例えば、入退院時連携の取組としては、ケアマネジャーが急性期病院と療養型病院を 1 日ずつ見学する「介護支援専門員等病院見学実習」がある。連携に与える効果は大きく、実習を経験したケアマネジャーは病院ごとの機能の違いを理解し、病院との情報共有が充実するようになっている。
- 今後は、市内のより多くの関係者が積極的に入退院時の連携が行えるよう、連携の裾野を広げる工夫が必要となっている。

●堺市の概要

面積 ³⁴	149.82km ²
人口 ³⁵	844,030人（平成28年12月末日時点）
65歳以上人口 ³⁵	228,317人（高齢化率27.1%）（平成28年12月末日時点）
人口密度	5,633.6人/km ² （平成28年12月末日時点）
後期高齢者医療被保険者数 ³⁶	92,865人（平成26年度）
要介護認定者数 ³⁶	要介護1：8,238人、要介護2：7,941人、要介護3：5,369人、要介護4：5,311人、要介護5：4,191人（平成26年度）
医療機関 ³⁷	病院：45施設 有床診療所：28施設 無床診療所：702施設
在宅に関する医療資源 ³⁷	地域医療支援病院：5施設 在宅療養支援病院：10施設 在宅療養支援診療所：156施設 訪問看護ステーション：95事業所
居宅介護支援事業所 ³⁸	居宅介護支援事業所：331事業所
介護保険施設等 ³⁹	介護老人保健施設：18施設、介護老人福祉施設：39施設、有料老人ホーム：68施設

●堺市の位置



（出所）「大阪府地域医療構想」（大阪府、平成28年3月）

³⁴堺市ホームページ 統計情報「推計人口・世帯数」

³⁵堺市ホームページ 統計情報「全市・区域別年齢別人口」

³⁶「堺市統計書 平成27年度版」（堺市）

³⁷「大阪府地域医療構想」（大阪府、平成28年3月）

³⁸日本医師会地域医療情報システム「地域別統計」（2016年6月現在の集計値）

³⁹日本医師会地域医療情報システム「施設別検索」（2017年3月27日時点の検索結果）

1. 堺市について

堺市単独で二次医療圏を構成し、入院は市内で完結

堺市は面積約 150km²、人口約 84 万人で、1km²あたり約 5,600 人が住む政令指定都市である。また、堺市単独で二次医療圏を構成している。

平成 27 年時点で市内には、45 の病院（5 の地域医療支援病院、10 の在宅療養支援病院）、28 の有床診療所、702 の無床診療所がある⁴⁰。人口 10 万人あたりの病院数と一般診療所数をみると、それぞれ 5.12 病院（全国平均よりも 1.46 ポイント少ない）、82.33 診療所（全国平均よりも 14.45 ポイント多い）となっている⁴¹。また、堺市では特に慢性期の病床が充実しており、人口 10 万人あたりの療養病床の病床数は全国平均と比較して 201.07 ポイント多い 453.35 病床である⁴¹。現在の病床数と大阪府地域医療構想（平成 28 年 3 月）で算出されている平成 25 年の必要病床数を比較すると、堺市では回復期病床で不足が見られるものの、その他の病床は概ね充足しており、入院患者は医療圏内で対応できていると思われる。また、関係者からは、堺市の住民の多くは市内の病院に入院しており、一部の患者のみが隣接している大阪市や和泉市の病院に入院するという声が聞かれた⁴²。

図表 3-1 病床機能報告制度による堺市の機能別病床数（平成 26 年 7 月 1 日時点）

単位：床

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	（無回答等）	合計
病床機能報告数	804	3,449	971	3,793	67	9,084

（出所）平成 26 年度病床機能報告結果を基に MURC 作成

この他、在宅医療の提供状況についてみると、159 の在宅療養支援診療所があり、人口 10 万人あたりでは 18.94 診療所で全国平均よりも 7.51 ポイント多い⁴¹。また、75 歳以上人口あたりの介護保険施設数は概ね全国平均を上回っている⁴³。市内全体としては、医療・介護の提供体制は整っていると思われる。

2. 堺市の医療・介護連携について

現場主導の協議によって医療・介護連携が進む

堺市では堺市医師会を中心に早くから医療・介護の連携が進められてきた。

平成 20 年度に堺市医師会が、医療・介護に携わる多職種が参加する「堺市における医療と介護の連携を進める関係者会議（いいともネットさかい）」を立上げ、医療・介護の関係者が連携の課題・取組を定期的に協議する機会を設けることで、関係者のネットワーク形

⁴⁰ 「大阪府地域医療構想」（大阪府、平成 28 年 3 月）

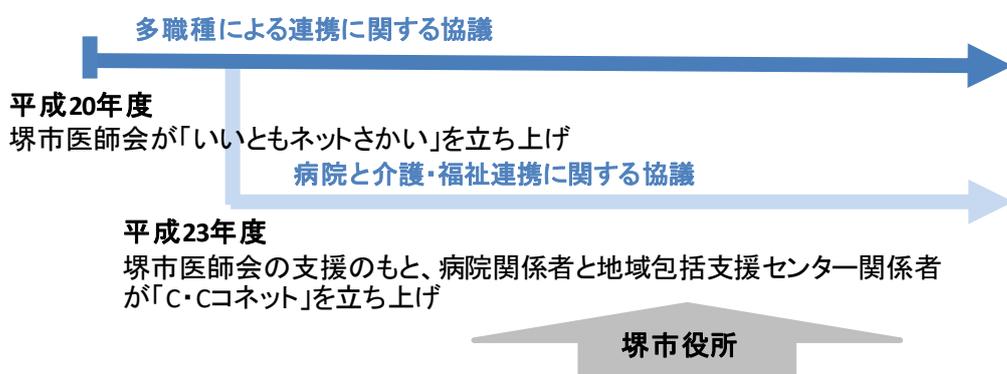
⁴¹ 日本医師会地域医療情報システム「地域別統計」（2016 年 10 月現在の集計値）

⁴² 堺市役所、いいともネットさかい、C・C コネット関係者へのインタビューより

⁴³ 日本医師会地域医療情報システム「地域別統計」（2016 年 6 月現在の集計値）

成や連携ツールの作成を行ってきた。平成 23 年度には、堺市内の病院と大阪介護支援専門員協会堺ブロック及び堺市基幹型包括支援センターによって、「いいともネットさかい」の病院部会である「堺地域『医療と介護の連携強化』病院連絡協議会（C・C コネット）」が立上げられ、病院と介護の連携も進み始めた。地域包括ケアシステムの構築に取り組み始めた頃からは、現場主導で進められてきた「いいともネットさかい」に堺市も積極的に参加するようになり、現在では現場の意見を市の取組に活かすなど、堺市医師会、堺市、現場の医療・介護の関係者の三者が協力しながら医療・介護連携の促進に努めている⁴⁴。

図表 3-2 堺市の医療・介護連携に関する取組主体の流れ



多職種による協議に参加し、現場の意見を市の制度・取組に活かす

(出所) 堺市役所、いいともネットさかい、C・Cコネット関係者へのインタビューを基に MURC 作成

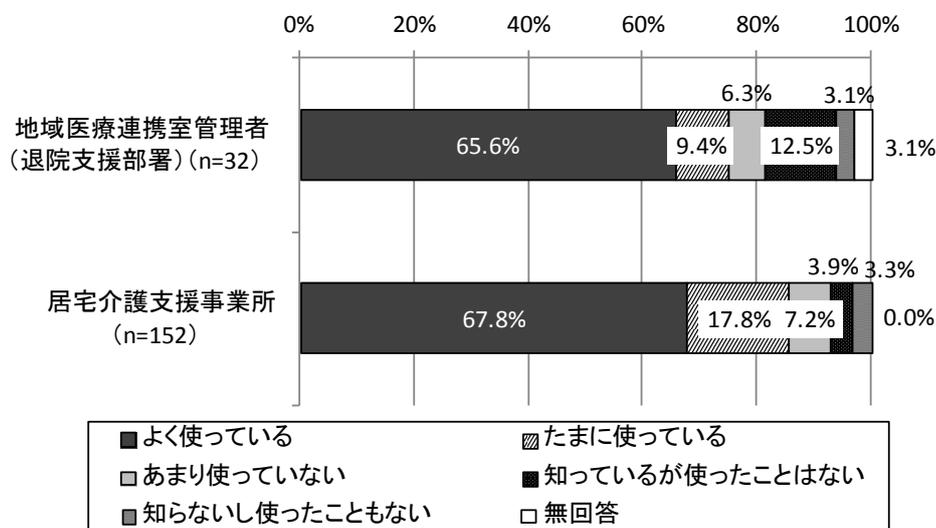
このような経緯から、市内の医療・介護の連携に関する意識は高く、情報共有等は一般的に行われるようになってきている。病院と居宅介護支援事業所の連携については、「C・Cコネット」が様々なツール（ケアマネジャー向けの病院窓口一覧表、入院時連携シート）を作成することで、ケアマネジャーが病院へ足を運びやすくなるきっかけをつくり、顔の見える関係性を構築する仕組みができてきた。

堺市医師会、堺市、関西大学が共同で市内の全医療・介護関係機関に行ったアンケート調査結果⁴⁵によると、「医療と介護の連携はできているか」という問に対し、「十分連携している」と「ある程度連携している」を合わせた割合は、病院の地域医療連携室管理者（退院支援部署）で 93.8%、居宅介護支援事業所で 75.0%であった。また、入院時連携シートの利用状況についてみると、病院の地域医療連携室管理者（退院支援部署）と居宅介護支援事業所で「よく使っている」が 65%を超えている。市内では入院時の情報提供が定着しており、病院と居宅介護支援事業所の連携は良好と言えるだろう。

⁴⁴堺市役所、いいともネットさかい、C・Cコネット関係者へのインタビューより

⁴⁵「堺市における在宅医療・介護連携に関する調査（中間報告 2017.1.13）」

図表 3-3 入院時連携シートの利用状況



(出所)「堺市における在宅医療・介護連携に関する調査 (中間報告 2017.1.13)」より MURC 作成

3. 堺市の連携が進んだ仕組み

検討した取組の事業化が議論と連携を活性化

堺市内では様々なツールや取組がつくられることで連携が推進されてきた。それは、堺市医師会と現場関係者でつくられた「いいともネットさかい」と「C・C コネット」という、現場が感じるリアルな課題共有と実践的な解決策の検討が行える場があり、その議論の内容を医師会や市役所が支援して事業化を行ったからである。

「いいともネットさかい」は医師会の呼びかけをきっかけとした有志の集まりであり、平成 20 年度の立上げ以降、在宅医療・介護の関係者が 2 か月に 1 回集まって連携のための検討を重ねている。また、「C・C コネット」は、病院とケアマネジャーとの連携に特化した「いいともネットさかい」の病院部会であり、市内の病院の多職種や居宅介護支援事業所・地域包括支援センターのケアマネジャーなどが集まって、連携における課題の抽出と解決方法をグループワークの手法を用いて実践している。「C・C コネット」は「いいともネットさかい」のように定期的に行う会議体ではなく、連携強化を目的とした取組実施のために必要に応じて委員が集まる協議体の形をとっている。なお、「C・C コネット」の代表者は「いいともネットさかい」に委員として参加しており、「C・C コネット」で検討・実施された取組は「いいともネットさかい」でも共有や検討が行われている。

図表 3-4 「いいともネットさかい」、「C・Cコネット」の概要

いいともネットさかい	
目的	医療・介護の関係者が定期的に集まって、相互の連携を深め、連携推進のための取組を検討・実施すること
開催頻度	2か月に1回（平成20年度～）
委員	堺市医師会、堺市歯科医師会、大阪狭山市・堺市美原区歯科医師会 ^(注) 、堺市薬剤師会、大阪介護支援専門員協会（堺ブロック）、介護支援ネットワーク協議会・さかい、大阪府訪問看護ステーション協会（堺ブロック）、認知症疾患医療センター、堺老健会、堺市社会福祉施設協議会、C・Cコネット、さかい地域包括・在宅介護支援センター協議会、大阪府歯科衛生士会（堺支部）、堺市役所、堺市社会福祉協議会 ※各職能団体から推薦された委員が参加している
事務局	堺市社会福祉協議会



病院と介護・福祉の連携について検討する部会

C・Cコネット	
目的	病院関係者と福祉・介護従事者の連携体制を構築し、連携強化等を目的とした研修等の取組を展開すること
取組の実施頻度	連携強化のための研修等を年3～5回実施（平成23年度～） ※委員は取組実施のために、必要に応じて会議を設ける
委員	堺市内の病院、大阪介護支援専門員協会（堺ブロック）、大阪府訪問看護ステーション協会（堺ブロック）、堺市社会福祉協議会、堺市内の基幹型包括支援センター・地域包括支援センター
事務局	堺市社会福祉協議会

（出所）堺市役所、いいともネットさかい、C・Cコネット関係者へのインタビュー、堺市医師会ホームページを基に MURC 作成

（注）大阪狭山市・堺市美原区歯科医師会は、平成29年4月より「一般社団法人 狭山美原歯科医師会」に変更予定。

「いいともネットさかい」では多職種で連携における課題や困りごとを共有、共通項を抽出、次の会議で解決策を検討、という流れで検討が進み、出された解決策は在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業）等を使って積極的に取組として実行されている。また、実際に取組が行われた後は、事務局や携わった関係者から結果の報告が行われ、次回の方向性についてまた協議を行うというPDCAサイクルが回っている⁴⁶。

会議の雰囲気は非常に明るく、職種の壁を超える率直な意見やユニークなアイデアが飛び交う⁴⁷。会議の参加者いわく「市の会議などでは話せないようなことも『いいともネットさかい』なら言える」ほど、場の雰囲気は自由である。この自由闊達な雰囲気を生み出している要因は“現場の有志による会議”という認識と、議論したアイデアが事業として実際に行われている実績だろう。自分が出した問題意識やアイデアが事業化されることは、取組による連携環境の改善に加え、出席者のモチベーションのアップにもつながる。議論

⁴⁶堺市役所、いいともネットさかい、C・Cコネット関係者へのインタビューより

⁴⁷堺市役所、いいともネットさかい、C・Cコネット関係者へのインタビューより

がアウトプットとして形になるからこそ、議論の場が活性化し、よりよい取組が生まれるという好循環を生み出している。

なお、現場の課題を抽出し解決策を事業化することに対して、堺市医師会、堺市、社会福祉協議会の果たす役割は大きい。堺市医師会は「いいともネットさかい」に対して、立ち上げを行うとともに医師会の委員が座長として議論をまとめる役割を果たすなど、強いリーダーシップを発揮している。また、「C・C コネット」に対しては委員としての参加はないが、検討された取組に対して在宅医療・介護連携推進事業等を活用して資金面等でサポートをしている。堺市は、以前は「いいともネットさかい」のオブザーバーとしての立場にとどまっていたが、今では複数の課の担当者が協議に参加し、現場の関係者と共に医療・介護連携に取り組んでいる。社会福祉協議会は「いいともネットさかい」と「C・C コネット」の事務局として、会議や取組の運営に携わっている。

4. 「介護支援専門員等病院見学実習」の実施

医師会等の支援を受けて、急性期・回復期・療養型の病院見学を実行

これらの協議の仕組みから生まれた病院と居宅介護支援事業所の連携のための先進的な取組に「介護支援専門員等病院見学実習」がある。

きっかけは「C・C コネット」の研修会で「医療と介護の連携上の問題点と解決策」についてグループワークを実施した際に、「ケアマネジャーは病院の機能分化や時間の流れなどについて理解できていないのではないか」、「ケアマネジャーが病院のことを知るために実際に病院を見学してはどうか」という現場の意見が出されたことである。

ケアマネジャーが連携を困難に感じる一つの要因として、病院の外からは、「医療機能に応じて、退院の決定プロセスや多職種の支援プロセスが異なること」が見えづらいため、ケアマネジャーが急性期病院から急な退院の連絡を受け、短期間でケアプランの調整を求められることは、病院に対する一方的な不満になっていると考えられた。そこで、実際にケアマネジャーが急性期病院と回復期・療養型病院の中に入って、それぞれの機能や役割、退院支援の体制、多職種の関わりの違いを学んでもらうことで、病院との連携に対する心理的なハードルを下げ、それぞれの医療機能に応じた連携ができるようになることを目指し、病院見学実習が企画・事業化された。

「C・C コネット」ではケアマネジャーが病院見学を行うために実習先となる市内の病院に協力を要請し、統一した実習プログラムを作成した。平成 24 年度・平成 25 年度は大阪府転退院調整・在宅医療円滑化ネットワーク事業、平成 26 年度は堺市医師会が行う在宅医療連携拠点事業、平成 27 年度・平成 28 年度は堺市の地域支援事業の中で事業を実施した。事業体は変わるが、5 年間にわたり「C・C コネット」が運営することで継続的に研修を行っている⁴⁸。

⁴⁸堺市役所、C・C コネット関係者へのインタビューより

実習内容

平成 28 年度の実習は、急性期病院と回復期・療養型病院の機能の違い（時間軸の違い、職種の関わり方の違い、退院支援プロセスの違い等）を理解してもらうために、それぞれの機能を持つ病院に各 1 日ずつ見学実習する形式で行われた。

具体的な実習内容は、各病院が果たしている役割や入院から退院までの支援の流れの説明、ケアマネジャーと接点を持つ部署の紹介、病棟の見学等である。実習後には、実習生と受入病院の担当者が集まり、実習の感想や学びをどのように実務へ活かしていくかについてグループワークを実施している。ここで得られた意見は次年度の実習内容に反映させている。

なお、実習生の費用負担はなく、実習受入病院に対しては事業費から研修費が賄われている。平成 28 年度では急性期の 5 病院と療養型の 5 病院、計 10 病院が実習受入病院として協力している。なお、療養型病院のうち 3 病院は回復期の機能を併せ持つため、一部の実習生は回復期・療養型の両方の病院を経験できる。

図表 3-5 平成 28 年度介護支援専門員等病院見学実習の概略

【目的】

- 介護支援専門員等が急性期病院と療養型病院の機能や役割、入院生活の流れを知り、病院と相互理解を深めること
- ケアプラン作成における問題や解決に向けた取組等を病院と共有し、介護・医療が一体となって検討することができるようになること

【対象者】

- 堺市内の居宅介護支援事業所または地域包括支援センター・基幹型包括支援センターに勤務する介護支援専門員として実務を行っている人 等

【プログラム内容】

急性期病院・療養型病院を各 1 日ずつ、計 2 日間の見学実習を行う。実習前には各実習病院で事前オリエンテーション、実習後には実習生全員でフォローアップ研修を実施する。

1. 事前オリエンテーション

ケアマネジャーが病院を訪問し、病院からの実習時の注意点について指導を受ける。また、病院とケアマネジャーで実習内容等のすり合わせを行う。

2. 見学実習

- 朝礼、申し送りへの参加
- オリエンテーション（病院の概要、機能、役割等の学習）
- 地域医療連携室、医療福祉相談室の機能、役割の学習
- 入退院の流れの学習
 - －在宅医、施設、病院等との連携、対象病棟の違いについて
 - －入退院に関する必要書類や情報について
 - －在宅医、施設、各病院との連携について
- 関係部門について
 - －医師・看護師・リハビリ職、その他医療従事者の機能や役割について
- 実習の振り返り、質疑応答

※上記の内容は全病院での必須項目であり、実習生の希望や実習病院の状況に応じて内容の追加変更が生じる場合がある。

3. フォローアップ研修

実習から数か月後、実習の感想・学び、実務への活かし方について、実習生と受入病院の担当者とディスカッションを行う。

【選考】

- 申請書類（志望動機、目的）による書面審査（募集人員：20名）

（出所）堺市役所、C・Cコネクト関係者へのインタビュー、「平成28年度介護支援専門員病院見学実習実施要領」を基にMURC作成

実施のためのポイント

「C・Cコネクト」の関係者によると、病院見学実習の実施にあたっては実習病院の協力を得ることとプログラムの作成について大変な苦労があったそうだが、成功要因として以下の点が挙げられた⁴⁹。

<実習病院の協力>

- 大阪府、堺市、在宅医療連携拠点事業等の公的な事業による実施
- 堺市医師会からの協力要請
- 地域医療支援病院の協力

<プログラムの作成>

- 実習病院とケアマネジャーによる横並びのプログラム作成
- 経年でのプログラムの見直し・改善

実習病院の協力を得ることについては、在宅医療連携拠点事業等の公的な事業に入ったことで、対外的な交渉を行う上でのハードルが下がり、資金面でのサポートも得られることになった。さらに、「C・Cコネクト」は後ろ盾が堺市医師会、事務局が社会福祉協議会という体制の強みがあり、医師会のバックアップのもと協力依頼を行えたことで各病院長の承諾が得られやすくなっている。また、「C・Cコネクト」の委員のうち、病院の委員は堺市医師会の主要病院長会議に出席する病院によって構成され、市内すべての地域医療支援病院が委員として参加している。地域医療支援病院は地域の医療の中核を担うという使命を持ち、地域の医療関係者等への研修を積極的に行っているため、他の病院と比較して協力が得られやすかったこともポイントである⁵⁰。

プログラムの作成については、初年度は地域医療支援病院である急性期病院のみでの実施であったが、地域医療支援病院によって特色が異なる中で、統一した実習内容を提供することが課題であった。そこで、「C・Cコネクト」の委員である病院関係者とケアマネジ

⁴⁹堺市役所、C・Cコネクト関係者へのインタビューより

⁵⁰堺市役所、C・Cコネクト関係者へのインタビューより

ヤーで協議を重ね、病院が見てもらいたいポイントとケアマネジャーが見たいポイントを照らし合わせながらプログラムを作成した⁵¹。

実施初年度では、実習の時間配分や細かなポイントに病院間で差が生じてしまい、実習生の評価と成果にばらつきがあった。そこで、フォローアップ研修を通じて、事業の振り返りを行い、次年度に向けたプログラムの見直しと改善を重ねている。初年度の実習生の感想で急性期病院だけでなく療養型病院への実習の希望も出されたため、平成25・26年度は急性期病院と療養型病院の2コースを設置した。その後、どちらか一方の病院見学だけでは機能の差がわかりづらいとの声を受けて、急性期病院と療養型病院を各1日ずつ見学する1コース開催に変更した⁵²。このように、経年で実施することでPDCAによるプログラム改定が行え、また、実習病院にも受入の経験値が蓄積されるので、毎年よりよい病院見学実習に進化させることができている。初年度以降の実習生の評価が高くなっていることを考えると、単年度ではなく複数年度でプログラムを充実していくことが重要だと思われる。

図表 3-6 介護支援専門員等病院見学実習の内容の変化

平成24年度	平成25年度・平成26年度	平成27年度・平成28年度
1コース 急性期病院で連続2日間実習し、フォローアップ研修に参加	2コース ●急性期病院（連続2日間） ●療養型病院（1日間） のどちらかを選択して実習し、フォローアップ研修に参加	1コース 急性期病院・療養型病院で各1日ずつ計2日間実習し、フォローアップ研修に参加

(出所) 堺市役所、C・Cコネット関係者へのインタビューを基にMURC作成

実習の効果

実習前の段階では、ほとんどのケアマネジャーが病院の中で行われている業務内容を理解できていなかったが、急性期病院と回復期・療養型病院の退院支援の方法や退院決定プロセスを学ぶことで、①病院の医療機能の違いを理解して連携できる（ケアマネジャーが急性期医療に参画していることを自覚する）、②入退院する利用者に対して病院の医療機能に応じた説明ができる、③病院との情報共有が充実する、④学習意欲が向上するなどの効果が挙げられている。

実習生は急性期病院と回復期・療養型病院の中に入って、入院から退院までに関わる院内の多職種やその関わり方について見学実習ができるため、それぞれの病院がどのような機能の下、どれくらいの時間をかけて在宅療養に向けた支援を行っているかを知ることができる。ケアマネジャーが病院の使命や支援のスピード感を理解することで、なぜ病院

⁵¹堺市役所、C・Cコネット関係者へのインタビューより

⁵²堺市役所、C・Cコネット関係者へのインタビューより

が入院直後から情報を求めるのか、なぜ退院予定日の連絡が急になるのか、どのような情報が必要なのか、今まで疑問を抱いていた病院側の求めに理解を示すようになる。「C・Cコネット」の関係者によると、実習生は、自らも急性期医療を支える一員だと認識し、「退院連絡がきたら、できる限り早く受入体制を整えることが重要」という考えで、スピードの速い急性期病院であっても退院支援の動きに並行する形で情報提供やサービス調整を行えるようになる」と話している。

さらに、実習生は医療機能の違いについて理解することで、利用者に対して、入院病院が果たしている役割や入院期間の目安、今の入院病院と転院先の病院の違いなどを説明できるようになる。利用者にとっては、既に信頼関係が築けているケアマネジャーから説明を受けられることで、病院からの説明とは違った安心感が得られるだろう。

また、この他、病院から求められている情報を積極的に提供できるようになる、病院の医療職と共通言語でコミュニケーションを図ることの重要性に気付くなどの効果も出ている。このようなケアマネジャーの意識の変化は、ケアマネジャーが病院の事情を理解して連携を行える点において病院側にとって大きなメリットとなる。また、実習自体が病院とケアマネジャーの交流の機会になり、介護側の事情を理解するきっかけとなっている。病院見学実習の受入には時間的・人的コストが発生するが、その後、効果的な連携が進められることはコストに見合う価値があると思われる。

図表 3-7 介護支援専門員等病院見学の実習生の感想（一部）

（医療機能の違いについて）

- 入院から退院の流れを知ることで、ケアマネジャーがどのタイミングで関わっていくかを、改めて確認することができた。
- 病院の機能を知ることによって次のステップや次の支援へつなぐことができると感じた。
- 入院時に利用者や家族へ「この病院はここまでの役割」という説明がしやすくなった。利用者も家族も安心して入院生活を過ごすことができるようになったように感じる。
- 1番よくわかったことは、入院から退院まで病院内でどのような流れになっているかということ。急性期病院から療養型病院に移るタイミングを学び、急性期病院の入院期間が短いことを利用者の家族に説明することができるようになり、介護保険の導入時期などにも役立っている。

（病院との情報共有について）

- 提供した情報が院内でどのように活用されているかや、記入する時に何を伝えればよいか分かり、業務で実践できている。
- 入院した時にこれまでどのような生活をおくっていたのかを病院に伝えることが、在宅の支援者として大事なことだと思った。
- 入退院時連携シートを書く回数が格段に増えた。シートを提出することによって、リハビリの状況や経過、治療の状況など、退院に至るまで相談してもらえるようになった。

(学習意欲について)

- 診療報酬は難しくてすべては理解できていないが、点数の加減があることがよくわかり、病院の事情を知ることができた。ケアマネジャーは医療知識に乏しいことが多いが、医師や看護師に病気のことや薬のことを質問するには、ケアマネジャーも医療のことを知っておく必要がある。医療と介護の言語を知ることが大切。
- 医療と介護が同じ土俵に立つには、介護側が医療の知識を身につけることが大切だと思った。

(その他)

- 病院は敷居の高い場所だと思っていたが、決してそのようなことはないを知った。
- 「知らないこと」「見ていないこと（見えないこと）」に関する不安を軽減することができた。

(出所) 堺市役所提供資料を基に MURC 作成

5. 今後の課題と望まれる取組

より多くの医療職・ケアマネジャーに取組を広げていく

堺市では、介護支援専門員等病院見学実習等を始めとした多様な取組が打ち出されているが、病院とケアマネジャーの連携についてみると、連携する病院の職種はMSWや退院支援看護師などの地域医療連携実務者に限られており、病院の規模によっても医療・介護連携に対する温度差は大きい。また、ケアマネジャーが提供した生活情報（入院時連携シート）を病院内での診療計画、看護計画、リハビリテーション実施計画、退院支援計画に十分に反映できているとは言い難い。ケアマネジャーについては、平成28年度の介護支援専門員等病院見学実習の応募者数が募集人員20人に対し30人となっており、市内に331の居宅介護支援事業所がある状況を踏まえると応募者数は少ない。また、少数ではあるが依然として入院時連携シートを活用していないケアマネジャーがいる⁵³。

そのため、今後は現在の取組を堺市内の関係者に広げていき、全体のボトムアップを図ることが課題となっている。「C・Cコネット」では、より多くのケアマネジャーに興味を抱いてもらえるよう、介護支援専門員等病院見学実習の周知方法を工夫したり、対象者に応じたプログラム（新人向け実習、ベテラン向け実習）を作成することを検討している。また、病院に向けては、既に行っている病棟看護師・退院調整看護師向けの研修会を発展させて、看護師等の病院職員のための介護見学実習を実施する予定である⁵⁴。地域の居宅介護支援事業所や地域包括支援センター、訪問看護ステーションへの見学実習が行なわれれば、病院の看護師等の多職種がケアマネジャーや訪問看護師等の地域の多職種の役割や困っていることを理解することにつながる。その上で、ケアマネジャーからの生活情報を活かしながら、病院の多職種がケアマネジャーと密に連絡を取り合う関係を築ける可能性が

⁵³堺市役所、C・Cコネット関係者へのインタビューより

⁵⁴堺市役所、C・Cコネット関係者へのインタビューより

ある。堺市では、今後、医療・介護連携に積極的でない専門職に対するアプローチを模索し、市内の多くの関係者に連携の裾野を広げていく必要がある。

事例 4 保健所主導のルールに基づく連携

多職種を巻き込んで医療圏全域での連携ルールを策定 継続的なモニタリング・協議でルールの活用を促進し続ける

兵庫県中播磨二次医療圏

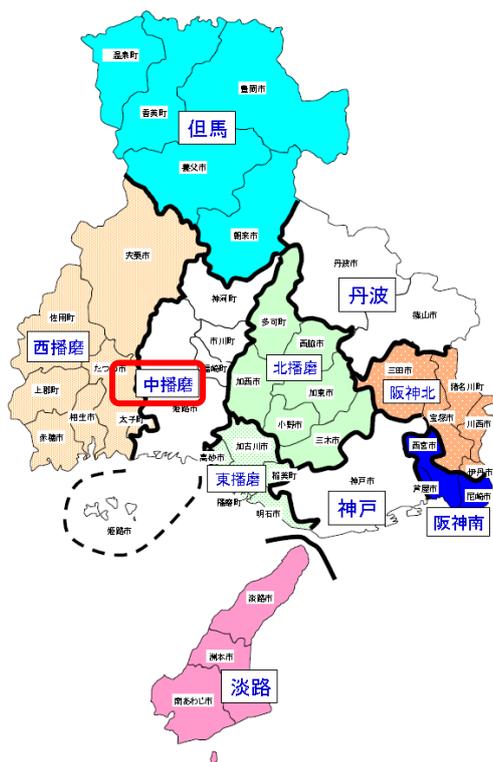
要約

- 中播磨二次医療圏では、圏域内にある 38 の病院と 166 の居宅介護支援事業所が入退院時連携を行うために、姫路市保健所が主導で「病院－在宅連携ルール」を作成。どの病院でも使いやすいよう最小限の情報共有をルール化することで、圏域全体での退院調整漏れの解消を目指した。
- 連携の当事者となる多職種が協議して連携ルールを策定することが重要と考え、地域の看護協会の協力を得ながら、病院のMSW・看護師、居宅介護支援事業所のケアマネジャーがお互いの状況を理解し、連携ルールの必要性や内容を議論する機会を設けた。この取組の結果できたのが「病院－在宅連携ルール」である。
- 中播磨二次医療圏の取組のポイントは、連携ルールを策定しただけではなく、現在も運用状況のモニタリングや運用状況に関する協議の場を設け、使われ続ける仕組みを整備している点である。
- こうした取組の結果、圏域内のほとんどの病院・居宅介護支援事業所が連携ルールを活用しており、入退院時の情報共有が定着している。また、連携ルールの導入・運用によって情報共有が円滑に行えるようになり、退院調整漏れ率の改善など顕著な効果も見られている。
- 病院・事業所単位で見ると連携状況に格差があり、情報提供の内容やタイミング、連携の質の評価方法等について課題が認識されており、今後は、連携の質を把握し改善していく取組や病院と居宅介護支援事業所がお互いの制度や考え方を理解する機会を設けるような取組が望まれている。

●中播磨二次医療圏の概要

構成市町村	姫路市、神崎郡（神河町、市川町、福崎町）
圏域面積 ⁵⁵	865.16km ² （平成27年10月1日時点）
人口 ⁵⁵	579,325人（平成27年10月1日時点）
65歳以上人口 ⁵⁶	146,414人（高齢化率25.6%）（平成27年）
人口密度	669.6人/km ²
医療機関 ⁵⁶	一般病院：35施設 -療養病床を有する病院：18施設 精神科病院：3施設 有床診療所：30施設 無床診療所：411施設
在宅に関する医療資源 ⁵⁶	地域医療支援病院：3施設 在宅療養支援病院：7施設 在宅療養後方支援病院：2施設 在宅療養支援診療所：59施設 在宅療養支援歯科診療所：48施設 訪問看護事業所：48事業所
居宅介護支援事業所 ⁵⁷	居宅介護支援事業所：166事業所
介護保険施設等 ⁵⁸	介護老人保健施設：12施設、介護老人福祉施設：48施設、有料老人ホーム：8施設

●中播磨二次医療圏の位置



(出所)「兵庫県地域医療構想」(兵庫県、平成28年10月)

⁵⁵ 「兵庫のすがた 2016」(兵庫県)
⁵⁶ 兵庫県地域医療構想(兵庫県、平成28年10月)
⁵⁷ 日本医師会地域医療情報システム「地域別統計」(2016年6月現在の集計値)
⁵⁸ 日本医師会地域医療情報システム「施設別検索」(2017年3月27日時点の検索結果)

1. 中播磨二次医療圏について

医療圏内の完結率は高いが、医療資源は姫路市に集中

中播磨二次医療圏は兵庫県の南西部に位置し、姫路市と神崎郡（神河町、市川町、福崎町）からなる。医療圏の人口は約 58 万人、65 歳以上人口は 25.6% であり、高齢化率は全国平均よりやや低い。中播磨医療圏の特徴は、人口と医療資源が中核市である姫路市に集中していることであり、医療圏の人口の約 9 割、医療圏内の病院 38 病院のうち 35 病院が姫路市にある。

図表 4-1 病院数及び稼働病床数
(中播磨二次医療圏、一般病床・療養病床を有する病院)

上段：施設、下段：床

市区町村	上段：病院数（全体） 下段：病院の稼働病床数（全体）	上段：病床機能別の病院数 下段：病床機能別の病院の稼働病床数			
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期
姫路市	33	6	24	10	16
	4,933	704	2,639	563	1,027
神崎郡神河町	1	0	1	1	0
	155	0	104	51	0
神崎郡市川町	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0
神崎郡福崎町	1	0	0	0	1
	73	0	0	0	73

(出所) 平成 27 年度病床機能報告結果「報告一覧表」を基に MURC 作成

(注) 複数の病床機能を持つ病院があるため、病床機能別の病院数には重複がある

医療圏内の機能分化は進み、概ね病院ごとに役割分担ができて⁵⁹。また、中播磨二次医療圏内の入院充足率は、一般病床 117.9%、回復期リハビリテーション病床 110.6%、療養病床 99.8% であり⁶⁰、入院患者のほとんどが圏域内で対応できている。

医療圏内の医療資源・介護資源の充足状況については、在宅医療を提供する医療機関がやや不足しているという声が聞かれる⁶¹。実際、中播磨二次医療圏の人口 10 万人あたりの一般診療所数及び在宅療養支援診療所数はそれぞれ 62.0 施設と 10.4 施設であり、全国平均に対してそれぞれ約 6 ポイント、約 1 ポイント少ない⁶²。姫路市内の一部の地域では、新規で訪問診療を依頼できる診療所が少ないといった声が上がっている⁶³。また、神崎郡でも、医師の高齢化により在宅医療の提供が困難になりつつある。神崎郡では患者の高齢化が進

⁵⁹ 姫路市役所へのインタビュー

⁶⁰ 兵庫県地域医療構想（兵庫県、平成 28 年 10 月）

⁶¹ 姫路市役所へのインタビュー、姫路市内の病院へのインタビュー、中播磨二次医療圏内の病院を対象としたアンケート調査より

⁶² 日本医師会地域医療情報システム「地域別統計」（2016 年 10 月現在の集計値）

⁶³ 姫路市内の病院へのインタビュー

むとともに、交通の利便性の悪さや施設のバリアフリー化の遅れから、通院が困難となるケースも多い⁶⁴。この他、介護老人福祉施設や慢性期の医療機関、訪問看護ステーションも不足しているとの指摘がある⁶⁵。

2. 「病院－在宅連携ルール」を用いた連携

保健所主導の連携ルールで情報共有のヌケモレをなくす

中播磨二次医療圏は圏域内の完結率が高いが、38 の病院と 166 の居宅介護支援事業所があるため、圏域内全域で顔の見える関係性を構築することは難しい。また、姫路市の病院と神崎郡の居宅介護支援事業所のように遠距離での連携も度々必要となっている。

このような広域かつ多施設・多事業所間での情報共有の徹底を目指し、姫路市保健所は、中播磨健康福祉事務所と協力し、患者の入退院時の円滑な連携のために「病院－在宅連携ルール」を作成した。姫路市保健所は連携ルールの策定目的を「圏域内で情報共有が必要な患者・利用者のヌケモレをなくす」こととし、現場で広く活用してもらえるように、①多職種の協議に基づくルールの策定、②どの病院でもできる最小限の内容のルール化、③運用後のモニタリングと協議の実施を基本方針として作成・運用に取り組んでいる。

図表 4-2 「病院－在宅連携ルール」の目的と方針

目的	圏域内で情報共有が必要な患者・利用者のヌケモレをなくすこと
方針	【策定】 多職種による課題の共有や協議を基に策定する 【内容】 どの病院でもできる最小限の内容を連携ルールとしてまとめる 【運用】 運用のモニタリングと多職種による協議を継続する

策定の経緯・策定方法⁶⁶

病院の多職種とケアマネジャーが協議しながら作成

中播磨二次医療圏の「病院－在宅連携ルール」は、脳卒中患者を対象とした一部の回復期病院とケアマネジャーの情報提供ルールを土台として、病院のMSW・看護師、ケアマネジャーでの協議を基に発展させたものである。

中播磨二次医療圏では、2006 年から姫路市内の脳卒中の病院間ネットワーク「中播磨シームレスケア研究会」が立ち上がっており、保健所の支援を得ながら、医療と介護の連携を視野に入れた活動が行われていた。

契機となったのは、2008 年に行われた「中播磨シームレスケア研究会」と在宅関係者による連携に関する話し合いである。ケアマネジャーから病院の退院調整、特に情報提供の内容等について多くの不満が挙げられたため、当時の姫路市保健所は問題意識を持ち、2010

⁶⁴中播磨健康福祉事務所へのインタビューより

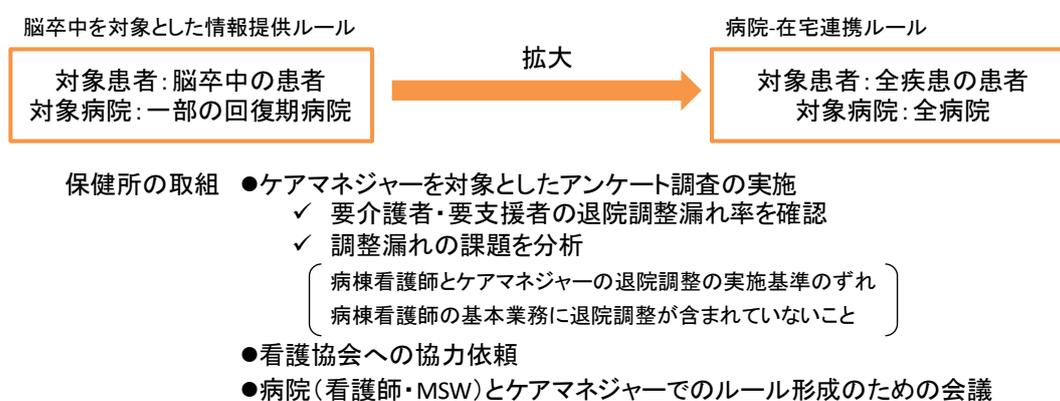
⁶⁵中播磨二次医療圏内の病院を対象としたアンケート調査より

⁶⁶「隔月刊 地域連携 入退院支援」(2014 年 1-2 月号)、姫路市役所へのインタビュー

年から脳卒中患者における病院とケアマネジャーの情報提供ルールを導入した。

この導入が順調に進んだため、翌年には、既存の脳卒中の病院間ネットワークを拡大していく戦略で、脳卒中を対象とした情報提供ルールを全疾患・全病院へ拡大することを目指した。しかし、対象疾患が広がることで専門外の疾患については検討できないと考える医療職の協力が得られにくくなり、病院の地域連携部門からは、退院調整の必要性を判断しているのは病棟看護師であり、拡大のためにはMSWだけでなく病棟看護師の協力を得ることの重要性が指摘された。そのため、姫路市保健所は、既存のネットワークの拡大という戦略では連携の体制が十分ではないと判断し、新たなルールの策定に向けて病棟看護師も含めた体制づくりが必要であると考えた。

図表 4-3 連携ルール拡大の経緯



(出所) 姫路市役所へのインタビューを基に MURC 作成

姫路市保健所は、まず、病院の退院調整の実態を把握するために、医療圏内の全ケアマネジャーに対しアンケート調査を行った。この結果、直近 1 か月の退院調整漏れ率が要介護者で 18.9%、要支援者で 61.1%と非常に高いことが判明した。この退院調整漏れ率の高さの原因は、病棟看護師が入院時のスクリーニングを行う際に「地域連携部門につなぐ患者＝退院調整が必要な患者」と考え、地域連携部門につながない患者は要介護者であっても退院調整の対象者とみなされていないことにあるのではないかと推測し、連携上の課題を「病棟看護師とケアマネジャーの退院調整の実施基準のずれ」と「病棟看護師の基本業務に退院調整が含まれていないこと」と結論付けた。

アンケート調査により、課題解決のためには病棟看護師の協力が必要不可欠であることを改めて確認できたため、姫路市保健所は地域の看護協会に対して協力を要請した。地域の看護協会では病棟看護師による患者の意思決定支援について課題意識を抱いていたこともあり、病院の看護部門に協力を呼びかけてもらえることとなった。この結果、ケアマネジャー、病院の地域連携部門 (MSW)、病棟看護師の関係三職種による初回の会合においては、28 病院から約 80 名の参加者が得られた。この会合で、アンケート調査結果の共有や

ケアマネジャーからの事例報告を行うことで、病棟看護師を含めた関係職種が入退院時連携の現状と課題、連携の重要性を共有することができ、その後は病院とケアマネジャーによる5回の協議（各職種の役割の確認やルールの内容、運用方法等の検討）を経て連携ルールが完成した。2013年から圏域内の全病院・全居宅介護支援事業所でこの連携ルールの運用が始まった。

これらの経緯を踏まえると、ルール策定のポイントとして以下の3点が挙げられる。

- 1 医療・介護の関係職種を巻き込んで作成する
- 2 データを基に地域の課題を見える化し、多職種で共有する
- 3 職能団体の協力を得る

第一に、少数の関係者だけが関わったルールとならないよう、当事者である地域の医療・介護従事者をできるだけ多く巻き込んで作り上げるプロセスが重要である。医療・介護の連携は、各職種の役割や業務内容、制度等が異なるため、「なぜその作業が必要なのか」「何に対して困っているのか」がお互いに見えにくいという問題がある。ルールの作成にあたっては、まず、医療・介護の多職種がお互いの状況について深く理解しあうことが必要である。

第二に、連携ルールを地域の課題解決のためのツールとするためには、地域全体を総括するようなデータをつくり、「課題を見える化」することが効果的である。一部の関係者の意見だけでなく、地域の実態を客観的に把握するデータがあることで、連携における課題とルールの必要性が職種の垣根を越えて広く共有できる。

第三に、ルール策定の過程では地域の職能団体の協力を得ることが効果的である。医療・介護の連携は各専門職の協力が不可欠であるが、円滑に事業を進める上で職能団体から協力を得ることは効果が大きい。看護協会のネットワークは広く看護師への影響力も大きいため、看護師の参加を求めると看護協会の協力を得ることは有効である。また、病院や医師会、看護協会等の職能団体に対しては保健所が窓口となるとスムーズに進むことも多いので、自治体主導でルール等の作成を行う場合は、保健所を巻き込むこともポイントとなる。なお、ケアマネジャーについては、中播磨医療圏では、地域のケアマネジャーが集まって連携について議論する「タウンミーティング」が既にあったため、職能団体ではなく「タウンミーティング」を基に協議を進めている。既存の取組を活用することがスムーズな協議につながる場合や、地域によっては包括的な職能団体が組織されていない場合があるため、状況を見極めながら必要に応じて職能団体に協力を求めていくことが大切である。

連携ルールの内容

どの病院でもできる内容をケアマネジャーが利用しやすい形でルール化

中播磨圏域の連携ルールは、退院調整漏れをなくすことを目的として「どの病院でもできる最小限のこと」をまとめたものになっている。病院とケアマネジャーの情報共有について、要介護者と一部の要支援者の患者を対象に、いつ・誰が・誰に・どのような方法で・どのような情報を共有するかが明確になるよう、「病院－在宅連携ルールの手引き」、「連携ルール参加病院 運用一覧」、「退院調整共有情報」、「入院時情報提供書」が作成されている。

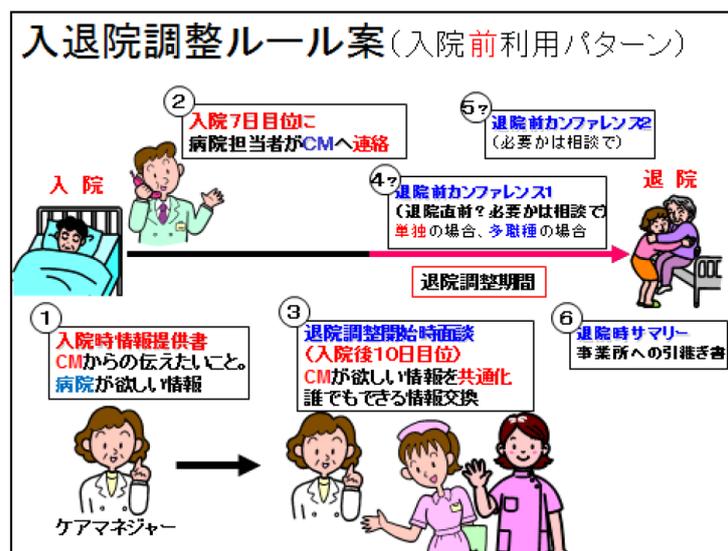
図表 4-4 連携ルールの概略

内容	<ul style="list-style-type: none"> ● 「病院－在宅連携ルールの手引き」…情報共有のフロー ● 「連携ルール参加病院 運用一覧」…各病院の連絡先・担当者・連絡方法の一覧 ● 「退院調整共有情報」「入院時情報提供書」…情報共有のフォーマット（様式）
----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(出所) 姫路市役所へのインタビューを基に MURC 作成。上記資料は兵庫県介護支援専門員協会のホームページで閲覧可能 (<http://www.himeji-caremanet.com/benri/inf8.cgi>)

「病院－在宅連携ルールの手引き」では、入院前に介護保険を利用していた場合と入院後新たに介護保険を利用する場合とに分けて、連携の流れが示されている。フローに沿って「退院調整共有情報」と「入院時情報提供書」の2つの書類を記載すれば、情報共有がスムーズに行える設計となっている。

図表 4-5 入退院調整のフロー



(出所) 中播磨二次医療圏の「病院－在宅連携ルールの手引き」より転載
<http://www.himeji-caremanet.com/pdf/tebiki>

「連携ルール参加病院 運用一覧」では、手引きと同様に入院前に介護保険を利用していた場合と入院後新たに介護保険を利用する場合とに分けて、病院ごとの連絡先・連絡方法

等を一覧にまとめている。一覧の内容が単に窓口と連絡先の記載だけでなく、ケアマネジャーが連絡しやすい詳細な情報で構成されていることが特徴である。FAX送付時の確認の可否や、退院調整のフローごとに病院の担当職種が細かく掲載されており、フローの手順に応じて誰とどのように連携をとる必要があるのかが一目でわかるようになっている。

図表 4-6 「連携ルール参加病院 運用一覧」の項目

<p>《既に介護保険を利用している人について》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネジャーからの入院時情報の提供先 (手渡しの場合の連絡先、FAX の場合の連絡先・確認の可否・確認先の電話番号) ・ 退院調整期間を残しての在宅判断の可否 ・ ケアマネジャーへの連絡者、面談主体者、退院日連絡者 <p>《新たに介護保険を利用する人について》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険の説明者 ・ ケアマネジャー契約の支援者 ・ 契約後のケアマネジャーへの連絡担当者 <p>《退院後のケアプラン提供について》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 提供の可否、必要な患者の条件、必要なケアプラン ・ ケアプランの提供先(送付方法、宛先、FAX の場合の確認の可否・確認先の電話番号)

(出所) 中播磨二次医療圏の「連携ルール参加病院 運用一覧」を基に MURC 作成

図表 4-7 「連携ルール参加病院 運用一覧」の記載内容(一部)

病院名	既に介護保険を利用していた(ケアマネジャーが付いている)場合						
	①ケアマネジャーからの入院時情報はどこに?				②退院調整の期間を残し、在宅判断は可能?	③誰がケアマネジャーに電話する?	④ケアマネジャーとの面談主体は?
	手渡しの場合	FAX の場合					
宛先(FAX番号)		確認の可否	確認先電話番号				
A病院	電話連絡の上、地域連携室へ	地域連携室直 FAX~~	FAX 前に要	~~~	×(医師判断)	地域連携室	地域連携室
B病院	直接病棟に電話連絡(家族に病棟を聞いて)(病棟がわからない場合は地域連携室に)	地域連携室 FAX~~	否		看護師判断で○(医師判断や家族希望で×の場合も)	病棟看護師、家族の場合もあり	病棟看護師
C病院	電話連絡の上、地域連携室へ	地域連携室代表 FAX~~	否		○(8割)	地域連携室	地域連携室
D病院	地域連携室に電話連絡(代~~~)後、病棟へ手渡し	地域連携室直 FAX~~(宛先記載不要)	否		○	地域連携室	病棟退院調整看護師(拡大カンファは連携室)

(出所) 中播磨二次医療圏の「連携ルール参加病院 運用一覧」を基に MURC 改編

連携ルールの運用

策定後のモニタリング・協議により連携ルールを改定

姫路市保健所は連携ルールの継続的な利用を目指し、策定後に連携ルールの運用を協議する場や、現場の医療・介護従事者の意識向上を図る取組を設けている。

策定後は毎年 2 回、退院調整漏れ率や入院時情報提供書の提出状況のモニタリングのため、中播磨全域のケアマネジャーに対してアンケート調査を実施している。また、この結果を踏まえて、病院とケアマネジャーが連携ルールの運用や改定のための協議を行う「タウンミーティング 病院在宅連携委員会」と、ケアマネジャーが連携ルールの課題把握や理解を深める「タウンミーティング ケアマネ・包括部会」を開催している。

図表 4-8 連携ルール運用後の主な取組

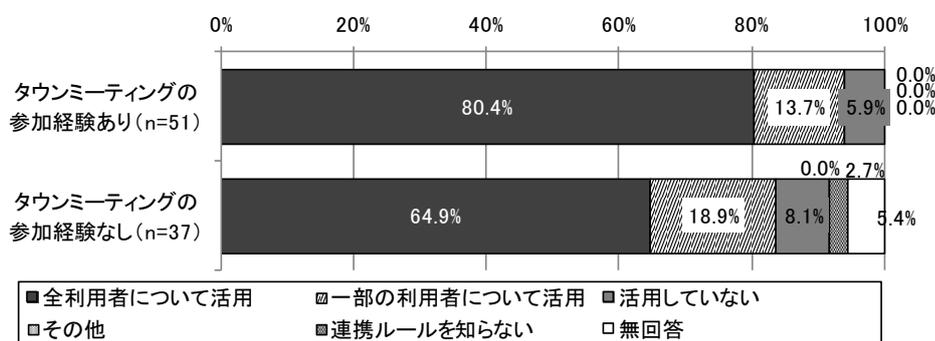
取組	対象者	実施頻度	内容
アンケート調査	全ケアマネジャー	年2回	(調査項目) 1. 担当件数 2. 担当件数のうち当月中に病院から退院した件数 (退院した病院名、担当診療科、病院からの退院調整の連絡状況、退院前ケア会議の開催状況、介護・予防の別) 3. 当月中に病院に入院した件数 4. 病院との退院調整での問題点等
タウンミーティング 病院在宅連携委員会	病院(約35機関)、 ケアマネジャー代 表者(約20名)	年2回	連携ルールの運用に関する協議
タウンミーティング ケアマネ・包括部会	ケアマネジャー (約60名)	年2回	連携ルールの課題の把握、周知

(出所) 姫路市役所、中播磨健康福祉事務所からの提供資料を基に MURC 作成

診療報酬は 2 年に 1 度改定され、医療機関の状況も刻一刻と変化していく。2025 年に向けて大きく制度が変わりゆく中でも、中播磨医療圏域では協議の場を継続的に設けることで、その時々状況に合ったルールに変更できるようにしている。例えば、最近のルール変更事例として、ケアマネジャーが病院からケアプランの提出要請を受けても、対象となる患者や第何表を提出すべきかが判断できないという声を受け、ケアプランの共有の要否、必要な内容、送付方法・宛先等の記載が「連携ルール参加病院 運用一覧」に追加された。

また、定期的に協議し理解を深める場があることでルールが形骸化してしまうことを防ぎ、新しい居宅介護支援事業所への連携ルールの周知や、既に利用している病院・ケアマネジャーが連携の必要性を再確認できる機会となっている。中播磨医療圏内のケアマネジャーを対象としたアンケート調査では、回答者のおよそ 6 割が「タウンミーティング ケアマネ・包括部会」に参加しており、参加経験がない人と比較すると連携ルールの活用状況がよいという結果も得られている。

図表 4-9 連携ルールの活用状況（中播磨二次医療圏のケアマネジャー）



（注）中播磨二次医療圏の居宅介護支援事業所を対象としたアンケート調査より

なお、この連携ルール策定後の取組については姫路市がコーディネート役を務め、姫路市保健所と中播磨健康福祉事務所はオブザーバーとして参加している。これは、保健所が担ってきた地域の医療・介護連携支援に関する業務を市に移管したためであり、現在は、姫路市が在宅療養を中心とした医療・介護連携の支援、姫路市保健所が病院の支援という役割分担で、両者が協力しながら連携の推進に向けた取組を行っている。また、中播磨健康福祉事務所が参加することで、姫路市と神崎郡との連携も図られている⁶⁷。

3. 連携ルールの活用状況・効果

多くの病院・ケアマネジャーが連携ルールを活用し、退院調整漏れを削減

現在、連携ルールは中播磨医療圏で広く普及・定着しており、圏域内のケアマネジャーの約9割が連携ルールを活用し、約8割が利用者の入院時には必ず医療機関に情報提供を行っている⁶⁸。また、活用状況に差はあるものの、圏域内のほとんどの病院でも連携ルールが認識され、運用が広まっている⁶⁹。

この連携ルールの実効性は非常に高く、運用後には圏域内の退院調整漏れ率が大幅に改善された実績がある。一般病棟の患者について早めにケアマネジャーに連絡を入れることで、退院調整漏れとなるケースが減った病院もある⁷⁰。

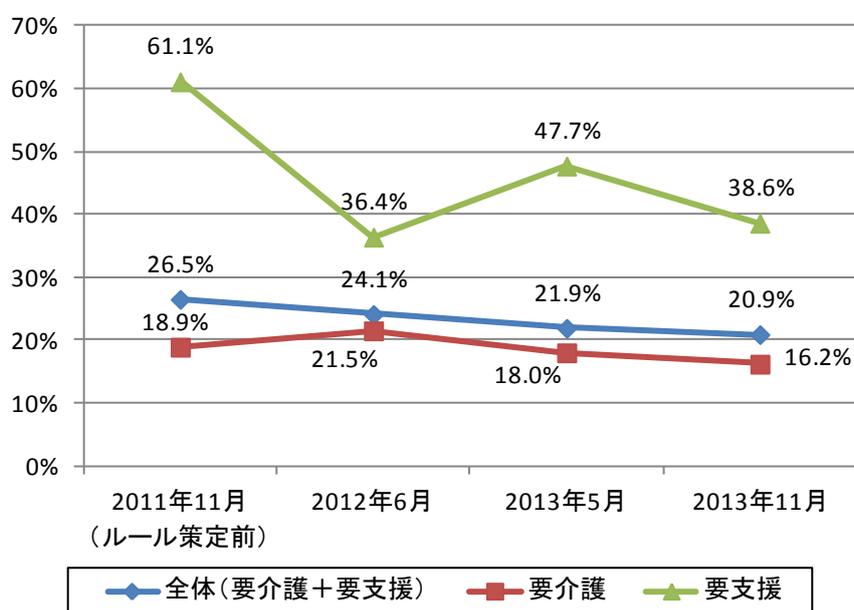
⁶⁷ 姫路市役所、姫路市保健所、中播磨健康福祉事務所へのインタビューより

⁶⁸ 中播磨二次医療圏内の居宅介護支援事業所を対象としたアンケート調査より

⁶⁹ 中播磨二次医療圏内の病院を対象としたアンケート調査より

⁷⁰ 姫路市内の病院へのインタビューより

図表 4-10 退院調整漏れ率の推移（中播磨二次医療圏）



（出所）「平成 26 年度都道府県医療介護連携調整支援実証事業担当者会議 資料 2-4」を基に MURC 作成

この他、連携ルール策定の主な効果として、①病院の窓口が明確になり連絡・サービス調整がスムーズになった、②連携実績の乏しいケアマネジャーが様式に則って情報共有できるようになった、③顔の見える関係性の構築につながった、④個人情報の受け渡しに難色を示していた病院が情報提供するようになった、⑤連携ルール作成にあたり病院担当者とケアマネジャーがお互いの役割・状況を理解することで距離が縮まった、などが挙げられる⁷¹。

連携ルールの導入から 5 年が経過した現在では、連携ルールに基づく情報共有を基本とした上で、各病院や事業所が独自で情報の共有や活用の方法について工夫している姿がアンケート調査結果から明らかになっている。

連携ルールの策定・運用に加え、施設・事業所がよりよい連携に努めた甲斐があつてか、ケアマネジャーの約 9 割が患者本人やその家族の意向に沿った退院ができていると考えている⁷²。中播磨医療圏では連携ルールを多職種が活用することで、患者や家族の意向が関係者に共有しやすくなり、退院後も意向に沿ったサービス提供が行われるようになっている。

⁷¹ 姫路市内の病院、居宅介護支援事業所のインタビュー、中播磨二次医療圏内の病院・居宅介護支援事業所を対象としたアンケート調査より

⁷² 中播磨二次医療圏内の居宅介護支援事業所を対象としたアンケート調査より

《連携事例：医療法人仁寿会石川病院》

MSWが仲介役となり、ケアマネジャーによる患者の状況把握や調整をサポート

姫路市にある石川病院（一般病床 60 床、回復期リハビリテーション病床 57 床）では、連携ルールに沿った形でケアマネジャーとの面談や退院前カンファレンスを行っているが、医療職とケアマネジャーがコミュニケーションをとる際には、地域連携室のMSWが仲介役となって情報共有を図るようにしている。例えば、ケアマネジャーの訪問時にはMSWも病棟に同行し、ケアマネジャーに代わって医師・看護師に声を掛けて質問したりする。医療職ではないが医療職と近い立場にあるMSWが医療職との間に入って確認をしたり質問をしたりすることで、ケアマネジャーがほしいと考えている情報を得やすいように配慮している。

また、ケアマネジャーと在宅療養に向けた検討を行う中で、MSWが家族の介助がどの程度可能かを早い段階でできるだけ具体的に把握するようにしている。退院時のイメージができていない家族に対しては、治療前の元気な状態と現在の状態を説明しながら、退院後に受入れられる「希望ライン」と「最低限のライン」を本人や家族に確認している。急性期病床からの転院患者の家族の場合、希望ラインを「一人でトイレに行ける」「歩行ができる」とすることがほとんどだが、実際にはそのラインまで到達することは少ないため、MSWが「車椅子でトイレまで行き、手すりを使って排泄を行えるラインだと自宅に戻れるか」と現実的な療養イメージを本人や家族に質問することで最低ラインを探りながら、その情報を基にケアマネジャーと退院に向けた調整のための議論をするようにしている。

《連携事例：姫路医療生活協同組合居宅介護支援事業所》

連携ルールの様式に項目を追加し、病院との早期の調整を実現

姫路医療生活協同組合の居宅介護支援事業所では、連携ルールの様式に「ケアマネジャーが課題に感じていて病院に確認してほしい事柄」を記入する欄を追加で設けている。入院時から利用者の在宅復帰に向けた課題を病院と共有し、継続的に議論していくことを目的としたもので、実際に、退院日の連絡を待たずに在宅復帰に向けた課題解決のための取組が行えている。

例えば、入院中に 1 日 3 回服薬が必要な独居の利用者がいたが、在宅では確実に服薬管理できるのが日中だけの可能性が高かった。そのため、早期に「最も重要な薬を昼間に服薬できないか」と病院に相談し、病院側で日中の服薬で症状をコントロールできるかを確認してもらった。入院中に問題がないことが確認できたため、円滑に在宅療養につなげることができた。

4. 連携のポイント

行政によるきめ細やかな調整と支援

中播磨の多くの病院・事業所で「病院－在宅連携ルール」が活用されている背景には、姫路市保健所（現在は姫路市）による一貫した支援がある。策定から運用において保健所がリーダーシップを発揮し“協議の場を設定し関係者をまとめたこと”は、活用において重要な役割を果たしている。

二次医療圏単位で議論を行うことは、病院・事業所単位の取組では困難であり、広く影響力を持つ自治体や保健所等の行政の支援が必須である。姫路市保健所は連携ルール策定時から多くの関係職種が集まって議論することを重視し、既存の協議の場と職能団体の協力を組み合わせながら、当事者となる多職種を巻き込んで協議を進めてきた。連携ルールの策定に携わった関係者によると、関係者間の意見がぶつかり調整が難航した際には、姫路市保健所がお互いの事情を理解する方法を模索しながら、地道に調整を進めてきたと言う。連携ルールの策定過程で参加する関係者が多ければ多いほど、意見の統一は難しく衝突も避けては通れない。しかし、一部の関係者だけで作成されたルールはともすると現場の医療機関や居宅介護支援事業所では活用しにくく、結局は形骸化しやすい。姫路市役所が、時にリーダーシップを発揮し、時に仲介役となり、粘り強く圏域内の関係者を集めてまとめる働きを行ったことはその後の活用を果たす役割として大きいと思われる。

また、策定時だけでなく運用後も姫路市保健所（姫路市）が協議の場を設け、必要なデータをつくるなどしてコーディネート役を果たしている。連携のためにルールをつくることは連携の道をつくったに過ぎず、実際の連携においては、病院・事業所がその道をどのように進むかが重要である。保健所（市役所）が定期的に議論を行える状況を維持することで、実態に即したルールの改定や活用意識の徹底が図られ続ける。

5. 今後の課題と望まれる取組

目指すべき連携に向けた個別事例の振り返り

中播磨医療圏内の病院や居宅介護支援事業所からは、連携における課題として、「連携ルールに則った連携ができていない病院・居宅介護支援事業所がある」、「病院からケアマネジャーの連絡が退院直前となる」、「ケアマネジャーが提供した情報が病院内で共有されていない」などが挙げられており⁷³、連携の状況や質について病院・事業所で格差が生じている懸念がある。

このような病院・事業所での連携状況や質の格差を改善するには、連携ルールの周知徹底もさることながら、個々の連携におけるよかった点・悪かった点を評価し、連携の質を高めていき、連携担当者にとっても効果を実感できるものとしていくことが必要である。

姫路市によると、現在、連携ルールのモニタリングが行われているが、情報共有と退院

⁷³中播磨二次医療圏内の病院・居宅介護支援事業所を対象としたアンケート調査より

調整の実施に関する「量」は把握できても「質」の評価はできていない。また、ケアマネジャーから病院へケアプランの提供が行われるようになってきたが、受け取った病院側が実際にケアプランをどのように活用しているかは不明の状況であり、どのような情報共有の内容・方法がよいのかを検証する仕組みが今はないということであった。

患者の意向に沿った質の高い退院支援を地域全体で実施していくためには、形式上のフィードバックにとどまらず、個別事例を基に連携に必要な情報や、サービス調整の期間、視点等はないか検証し、どのような連携を行うべきかを協議する場が必要である。地域の関係者が個々の事例を持ち寄って議論を行い、目指すべき連携の在り方を共有していくことで、連携に意欲的でない病院・事業所も連携の重要性や効果を認識するようになり、地域全体の連携の質は上がっていく。今までは見えづかった他の病院・事業所の取組や工夫を共有していくことで全体のスキルアップ・退院調整の質の向上も期待できる。

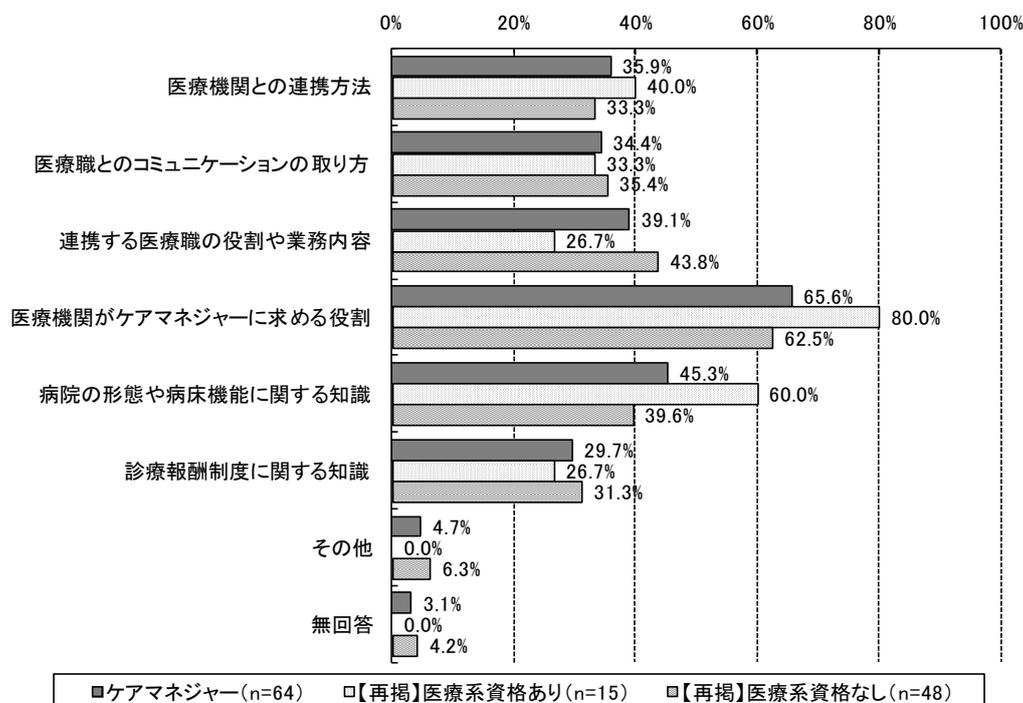
医療・介護の制度や考え方を学習する場の設定

中播磨の病院のMSW・看護師、居宅介護支援事業所のケアマネジャーは、ともに、お互いの制度や職能、考え方等に関する理解不足を課題として認識している。アンケートの回答内容を見ると、病院は、MSW以外の看護師やリハビリ職も生活を中心としたケアを行うための「在宅療養の視点」を持つことを課題として挙げ、ケアマネジャーは病院に対し、全人的な観点からの支援や介護保険サービスについて詳しく理解することを求めている。また、ケアマネジャーは、依然として医療職とのコミュニケーションに心理的な抵抗感を感じている。

病院・ケアマネジャーはこのような課題解決のため、お互いの制度等を理解できる研修や勉強会の設定を強く望んでいる⁷⁴。今後は、地域の医療機関に協力を仰ぎながら、ケアマネジャーに対して医療制度の体系的な知識習得のための研修や病院実習などの機会を設けたり、医療機関に対して介護保険制度や介護保険サービスの内容、在宅療養で必要な視点を学べるような勉強会を設けることも有効と思われる。

⁷⁴中播磨二次医療圏内の病院・居宅介護支援事業所を対象としたアンケート調査より

図表 4-11 ケアマネジャーに対する教育・研修で望まれる内容
 (入院医療機関と情報共有をするために効果的な取組として「ケアマネジャーに対する教育・研修の実施」を選んだ人、n=64)



(注) 中播磨二次医療圏の居宅介護支援事業所を対象としたアンケート調査より

(参考) 居宅介護支援事業所調査 (アンケート調査) 結果

中播磨二次医療圏における「病院－在宅の連携ルール」の活用状況や、病院・居宅介護支援事業所の連携状況・課題を把握することを目的として、圏域内の全居宅介護支援事業所 161 事業所を対象にアンケート調査を実施した。

調査実施期間は平成 28 年 11 月 22 日～平成 28 年 12 月 28 日で、発送数 161 件に対し、有効回答数は 91 件 (有効回答率 56.5%) であった。

調査結果のまとめ

(1) 回答者・事業者の概況

- ・ 病院や診療所の「勤務経験がある」と回答したケアマネジャーは、3 割弱であった。介護福祉士の資格を有する人が 6 割弱で最も多く、保健師・助産師・看護師・准看護師の医療系資格を有する人は約 15%にとどまった。

(2) 入院医療機関 (病院・有床診療所) との連携状況

- ・ 7 割強のケアマネジャーが、全利用者について連携ルールを活用しており、タウンミーティングの参加経験がある人に限定するとその割合は 8 割を超えた。
- ・ 連携ルールの課題としては、連携ルールを利用していない病院があることや、病院からケアマネジャーに対して十分な情報提供がないこと、病院内で情報の共有が徹底されていないことなどが挙げられた。
- ・ 利用者や家族の意向に沿った退院については、全体の 9 割弱ができていると考えていた。患者の意向に沿った退院のために重要なこととして、病院の役割や予後等についてのわかりやすい説明や、早期での病院と在宅チームの連携・情報共有などが挙げられた。

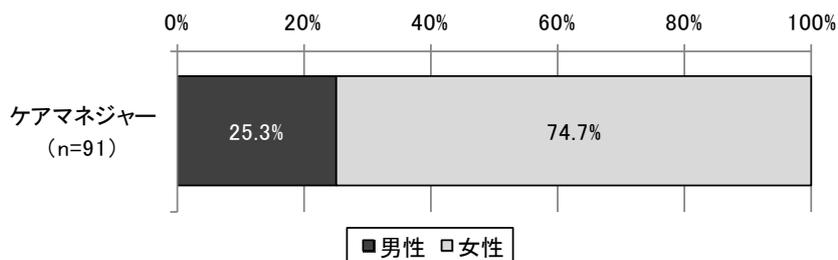
(3) 入院医療機関との連携強化のための課題や地域の取組

- ・ 入院医療機関との情報共有に関する課題として、情報提供に協力的でない病院があること、担当者がわかりにくい病院があること、病院の医療職が在宅での生活を見据えての支援ができていないこと等が挙げられた。また、病院とケアマネジャーで、転院や医療サービスの利用についてどちらが判断・調整を行うかが明確でない点も指摘されている。
- ・ 今後、入院医療機関と情報共有をするために効果的な取組については、「ケアマネジャーに対する教育・研修の実施」(70.3%)、「医療機関の職員に対する介護保険制度・在宅療養等の教育・研修の実施」(51.6%)、「医療機関の職員と交流する機会」(48.4%)が多かった。特に、「ケアマネジャーに対する教育・研修」の内容としては、「医療機関がケアマネジャーに求める役割」が最も多く、次いで「病院の形態や病床機能に関する知識」となっていた。また、医療系資格を有していないケアマネジャーは「連携する医療職の役割や業務内容」に関する要望も高かった。

- ・ 利用者の意向に沿った在宅復帰に役立つ仕組みとしては、病院とケアマネジャーがお互いの制度や役割への理解を深める機会の設定や、連携のよかった点・悪かった点を確認し次に活かしていく仕組み等が求められていた。

(1) 回答者・事業所の概況

図表 4-12 性別



図表 4-13 ケアマネジャーとしての実務経験年月 (n=89)

	平均	中央値
実務経験年月	8.7年	8.8年

(注)実務経験年月の記載があった89人を集計対象とした。

図表 4-14 ケアマネジャーとしての実務経験年月の分布 (n=89)

経験年数	件数
1年未満	1
1年～5年未満	16
5年～10年未満	34
10年～15年未満	29
15年以上	9

(注)実務経験年月の記載があった89人を集計対象とした。

図表 4-15 所属する事業所での勤務年月 (n=90)

	平均	中央値
勤務年月	6.9年	5.1年

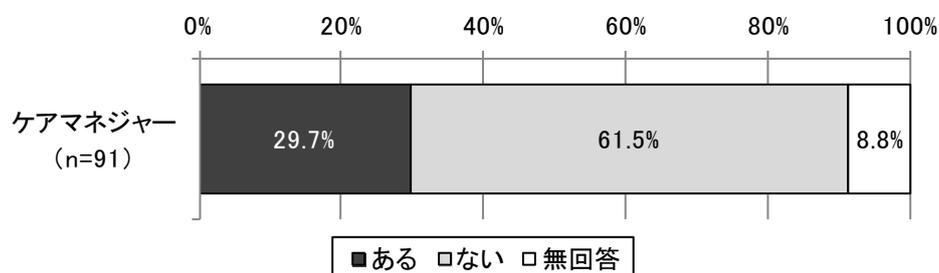
(注)所属する事業所での勤務年月の記載があった90人を集計対象とした。

図表 4-16 所属する事業所での勤務年月の分布 (n=90)

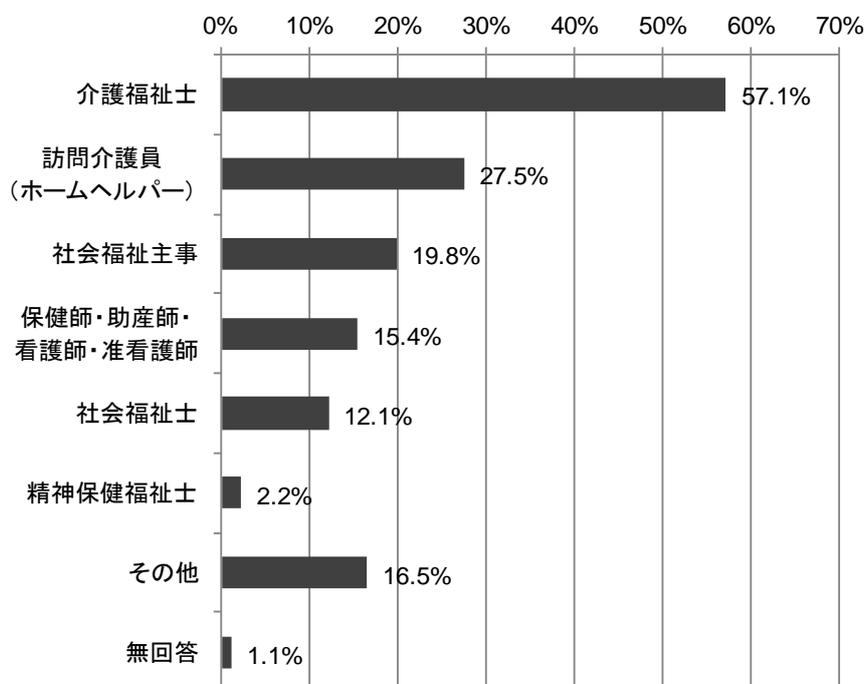
	件数
1年未満	4
1年～5年未満	40
5年～10年未満	22
10年～15年未満	17
15年以上	7

(注)所属する事業所での勤務年月の記載があった90人を集計対象とした。

図表 4-17 病院や診療所に勤務した経験の有無

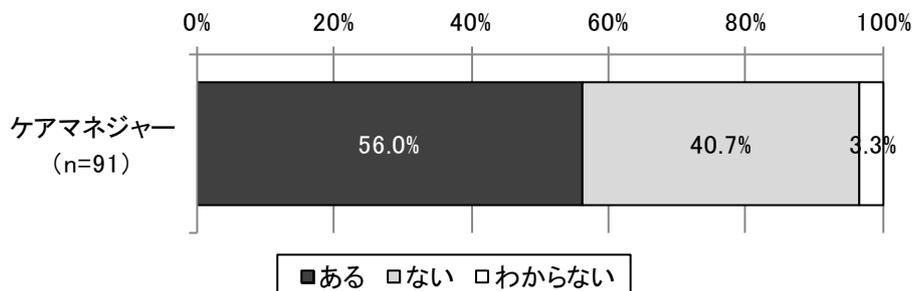


図表 4-18 保有資格 (n=91、複数回答)



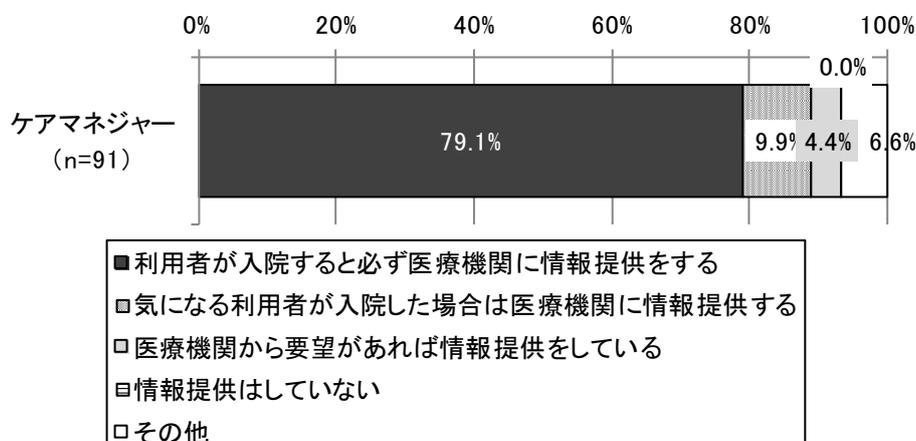
(注)「その他」の内容として、「薬剤師」、「歯科衛生士」、「管理栄養士」、「栄養士」等が挙げられた。

図表 4-19 中播磨二次医療圏のタウンミーティング（ケアマネ・包括部会）の参加経験

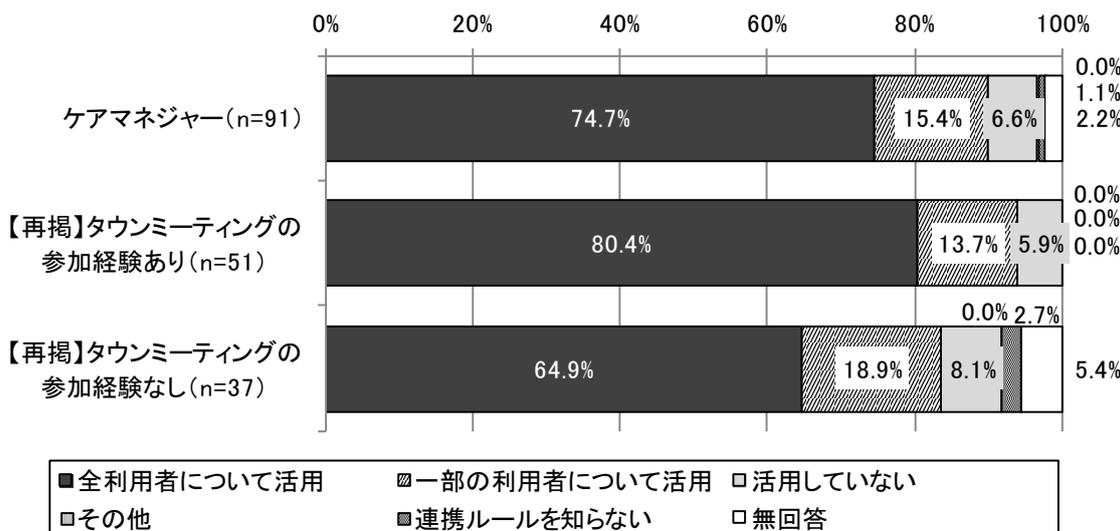


(2) 入院医療機関との連携状況

図表 4-20 入院医療機関への情報提供状況



図表 4-21 「病院－在宅連携ルール」の活用状況



(注)「一部の利用者について活用」の理由として、「往診をしている病院に入院する場合、カルテがある」、「要介護の利用者のみ」、「定期的に一泊のみ入院している利用者は活用していない」、「短期検査のための入院時は活用しない」等が挙げられた。

図表 4-22 連携ルールを活用する上で工夫していること（自由記述）

＜情報提供の内容＞

- ・ 在宅中の様子や困りごとを伝えている（同旨含め6件）。
- ・ 家族が伝えにくく思っていることを伝えている（同旨含め2件）。
- ・ 退院時に問題になりそうな点（家屋の状況、介護力など）を伝えている。
- ・ 退院時家族がどの程度の状態（ADL）での退院を期待しているか、入院前の状態を記載している。
- ・ 在宅での課題（身体状態や介護状況、家庭、住環境等）や、退院の際に必要な条件、退院に向けて調整・検討する必要があることなどを記載している。
- ・ 本人・家族の気持ちを記入するようにしている。 /等

＜情報提供の方法＞

- ・ できる限り病院を訪問し、顔の見える関係の構築に努めている（同旨含め9件）。
- ・ できるだけ早い段階で情報提供書を提出する（同旨含め5件）。
- ・ （病院の）担当者に会えるまで数回通う。
- ・ 文書で記載しきれない内容は、早めに担当者に面談で伝えるようにしている。どうしても伝えたいことや、気になることは下線や色を変えるなどして記入している。 /等

＜その他＞

- ・ 必要と思われる利用者には、入院時に退院前カンファレンスの依頼をする（同旨含め3件）。
- ・ 退院時に看護サマリーの提供をお願いする（同旨含め2件）。
- ・ 退院後の介護保険サービスの利用で変更すべき点を提案してもらえようMSWに依頼している。
- ・ 連携ルール上の入院時情報提供書の内容が病院関係者から「役に立たない」と言われることがあるため、事業所独自のシートにて情報提供を行っている。 /等

図表 4-23 連携ルールを活用することの効果（自由記述）

＜病院側の意識の変化＞

- ・ 病院側にケアマネジメントを行う上での連携の必要性を感じてもらうことができた。
- ・ 利用者が入院した時にはケアマネジャーが入院先の病院に行き、話をするのがあたりまえと病棟看護師に思われていると感じる。 /等

＜心理的ハードルの軽減＞

- ・ 手引き・ルールがあると遠慮なく連携できる。
- ・ 病院との関わりに苦手意識を持っていたケアマネジャーの（心理的）ハードルが下がった。
- ・ MSWを通じて主治医への確認事項が聞きやすくなった。 /等

<情報共有の円滑化>

- ・ 連絡がとりやすく、スムーズになった（同旨含め5件）。
- ・ 入退院時の連絡先が明確になり、連絡しやすい（同旨含め5件）。
- ・ 退院が決まればすぐに連携室から連絡が入るようになった（同旨含め2件）。
- ・ 初めて連携する病院でも困ることなく、連携をスムーズに行うことができている。
- ・ 統一された書類になったことで、必要な情報が読み取りやすくなった。 /等

<顔の見える関係性の構築>

- ・ 顔の見える関係ができ、深い連携ができている（同旨含め2件）。
- ・ ソーシャルワーカーと会う機会が増え情報交換がしやすくなった。
- ・ 情報提供することを病院側も理解して、連携室等の担当者と顔が見える関係ができている。退院後、通院となった際の調整相談や在宅での問題点を医師、看護師に連絡してくれる病院もある。 /等

<退院前カンファレンスの充実>

- ・ カンファレンスで、病状以外の内容でも検討が行えるようになった。
- ・ 退院時カンファレンスの要請がしやすくなった。
- ・ 入院時に情報提供することで、予備知識を持って退院前カンファレンスに参加してもらえる。 /等

<退院後の調整の円滑化・充実>

- ・ 情報を共有できるので、その後の支援がスムーズに行く（同旨含め8件）。
- ・ 退院後のサービス利用にスムーズにつなげるよう、身体状況やリハビリの内容、食事形態・内容、退院後の体調の注意点等をアドバイスしてもらえる。
- ・ 退院時に在宅生活に関する不安を相談しやすい。入院中のリハビリ等で在宅環境に合わせたリハビリ要素を取り入れてもらえる。
- ・ 住宅の状況を伝えることで早めに自宅訪問を計画してもらえ、退院後の生活イメージを共有することで入院中におけるリハビリの目標が明確になったことがあった。この他、築150年（トイレ・風呂が屋外）の家屋に住む利用者について、退院後の住まいをどうするかについて話し合いができスムーズに退院できた。 /等

<利用者の安心感の向上>

- ・ 在宅復帰に向けた情報交換ができるため、退院直後から安心して自宅療養ができ、本人・家族も戸惑いなく過ごせていると思う。
- ・ 病院とケアマネジャーから家族や本人に、退院に関する話を統一的にできることで、退院支援を受ける側も安心できる。 /等

図表 4-24 連携ルールの課題（自由記述）

＜病院における連携ルールの活用状況の格差＞

- ・ 連携ルールが活用されていない病院がある（同旨含め5件）。
- ・ 大きな病院、総合病院等では連携がとりにくい印象がある。窓口である地域連携室が多忙なのか、情報提供書をFAXしても返信がないことがある。いつのまにか退院というケースもある。
- ・ 病院により格差があり、地域連携室がない病院や病棟看護師が対応している病院は連携ルールの周知ができておらず、スムーズでない。
- ・ 小規模病院等で窓口担当が連携ルールを知らない場合に「個人情報なので」と連携をしないことがある。 /等

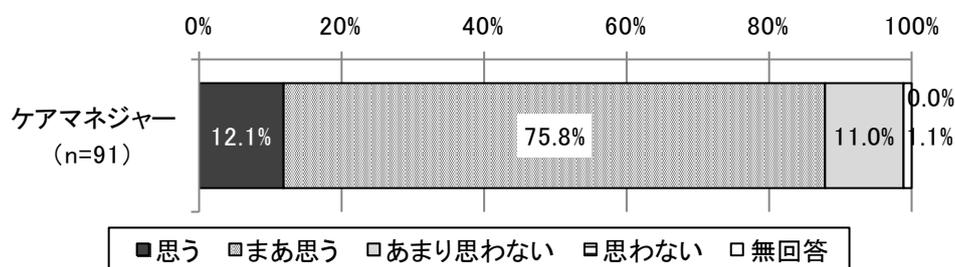
＜病院からケアマネジャーへの連絡＞

- ・ 情報を提供してもなかなか連絡がない場合がある。
- ・ 病院によっては退院までに情報が間に合わないことが多い。
- ・ 入院時の連携はスムーズだが、退院時は退院報告がないことがある。 /等

＜その他＞

- ・ （病院内で）連携室と病棟との連携がうまくいっていないことが多くあり、どちらかに提供書を渡しても情報が伝わらない（同旨含め3件）。
- ・ 新設やタウンミーティングに参加していない居宅介護支援事業所に連携ルールが周知されていない（同旨含め2件）。
- ・ レスパイトや頻回の入院時にルールの適用が必要か。加算に重きを置いていないか。
- ・ 救急搬送された場合、情報提供が可能だったとしても、救急の看護師はケアマネジャーの役割や情報提供書についての知識が少ない。また、受付事務職員も同じであり、病院全体の周知があればよいと思う。
- ・ 転院先の医療スタッフに在宅での様子が伝わっていないことが多い。 /等

図表 4-25 利用者や家族の意向に沿った退院ができていると思うか



図表 4-26 利用者や家族の意向に沿った退院のために重要なこと（自由記述）

＜意向の確認＞

- ・ 退院後の暮らしをどうしたいのかを確認することが必要（同旨含め3件）。
- ・ 退院前カンファレンスの前に、状況や意向を確認するためのカンファレンスや医師の意見を聞ける場を設けること。 /等

＜病状等に関する丁寧な説明＞

- ・ 本人または家族に対して病院からの細やかな説明（同旨含め2件）。
- ・ 病院側の説明を家族・利用者が聞いても、専門的すぎて理解できていない（同旨含め2件）。
- ・ 病院の役割や退院の必要性について丁寧な説明ができていないと感ずることがある。いまだ「追い出された感」を訴える利用者がある。 /等

＜早期の退院連絡・情報共有＞

- ・ 退院間近にならないと利用者・家族・ケアマネジャーに説明や連絡がないことがある（同旨含め3件）。
- ・ 退院後の緊急時の受入れが整っていること。

＜病院と在宅関係者の連携＞

- ・ 利用者・家族それぞれの意向をできるだけ具体的に理解し、実現するための調整連絡を丁寧に迅速に行う。そのために医療機関と在宅支援スタッフの連携をしっかりと行うことが重要（同旨含め2件）。
- ・ ケアマネジャーから在宅生活のための社会資源（介護サービスを含む）の情報提供を行う。退院後について「自宅での生活は無理」と周囲の者だけで決めてしまわない。
- ・ 住環境、介護サービス等の状況がわからないまま退院となるケースもあるので、医療職の自宅訪問が必要。 /等

＜利用者・家族の不安解消＞

- ・ 家族の不安解消（同旨含め2件）。
- ・ カンファレンスが退院の直前に行われることが多く、家族の気持ちが十分に整理できていない時がある。長期入院の場合、途中のカンファレンスに参加させてもらえると、各事業所からのアドバイスもでき、家族の安心につながると思う。病院ではできていても在宅に帰って同じようにできないことに対する不安に対処できるようにする。 /等

＜その他＞

- ・ 意向に沿うことが重要だとは思わない。病院は治療を行う場であることを患者・家族が認識できていないことが問題。
- ・ 早期のMSWの介入。ケアマネジャーとMSWがよい関係であり、それが家族や利用者にもわかること。 /等

図表 4-27 連携に効果がある自治体や保健所、職能団体等が行っている取組

(連携ルール以外) (自由記述)

- ・ 地域包括支援センターが中心となり行っているブロック研修で、多職種連携の研修会を行うことがあり役立っている (同旨含め 5 件)。
- ・ 医療との連携ルールのタウンミーティング (同旨含め 4 件)。
- ・ 姫路市によるケアマネジメント力向上会議に参加することで、医師を含む医療専門職と意見交換や情報交換ができる (同旨含め 2 件)。
- ・ 病院主催の地域の関係者が集まるカンファレンスがあり、違う立場に立って考えられるので参考になる。
- ・ 地域ケア会議やケアマネジメント向上会議でも多職種の関わり方が学べたり、反省のできるよい機会となっている。 / 等

(3) 入院医療機関との連携のための課題や地域の取組

図表 4-28 入院医療機関との情報共有における課題 (自由記述)

<病院との連絡のとりづらさ>

- ・ 病状などが家族を通さないと聞けない場合が多い (同旨含め 2 件)。
- ・ 病院によって取組状況に差がある。
- ・ 主に急性期の病院の連携室または連携担当者と連絡がとりにくい。
- ・ 対応窓口が病棟の場合、担当看護師が不在で連絡がなかったり、日によって担当者が変わることがある。
- ・ 情報共有を求めても協力してくれない医療機関がある。医療機関から、退院後の介護サービスに関する意見、骨折・難病の利用者へのリハビリ内容・強度に関する詳しい情報がほしい。 / 等

<カンファレンスの内容>

- ・ 退院前カンファレンスを希望しても、病状だけで必要ないと判断して開催してもらえない (同旨含め 2 件)。
- ・ 退院前カンファレンスに、介護保険サービス事業所が出席できない病院もあり、カンファレンス時にサービス事業所の意見や考えを伝えたり、病院の考えを確認できない。
- ・ カンファレンス開催時点で退院の目途がついていない。 / 等

<医療職の在宅療養に関するイメージ不足>

- ・ 患者の疾病だけでなく家族や自宅での生活にも目を向けてほしい。
- ・ 医療職が在宅での生活をイメージできることが必要。
- ・ 退院は病院での生活の延長と考えている人が多い。病院のスタッフ内で入院中の様子を見て退院を決めるのではなく、自宅での生活の様子がわかる在宅スタッフと一緒に退院後の生活をサポートしてほしい。 / 等

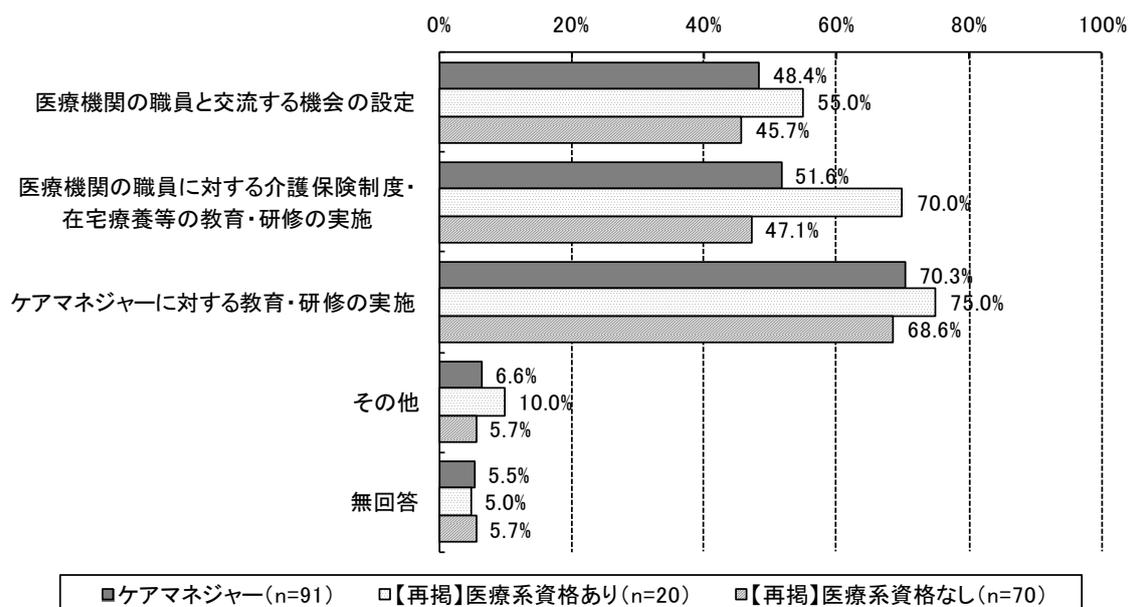
＜医療職への心理的ハードル＞

- ・ 医師（病院）への敷居が高い。
- ・ 連携をとる上で、対等の立場であればいいが、医療的な知識が低いため、こんなことを聞いてもいいのかと尻込みしてしまう場面がある。それぞれの役割での意見、情報共有ができればと思っているが難しい。 /等

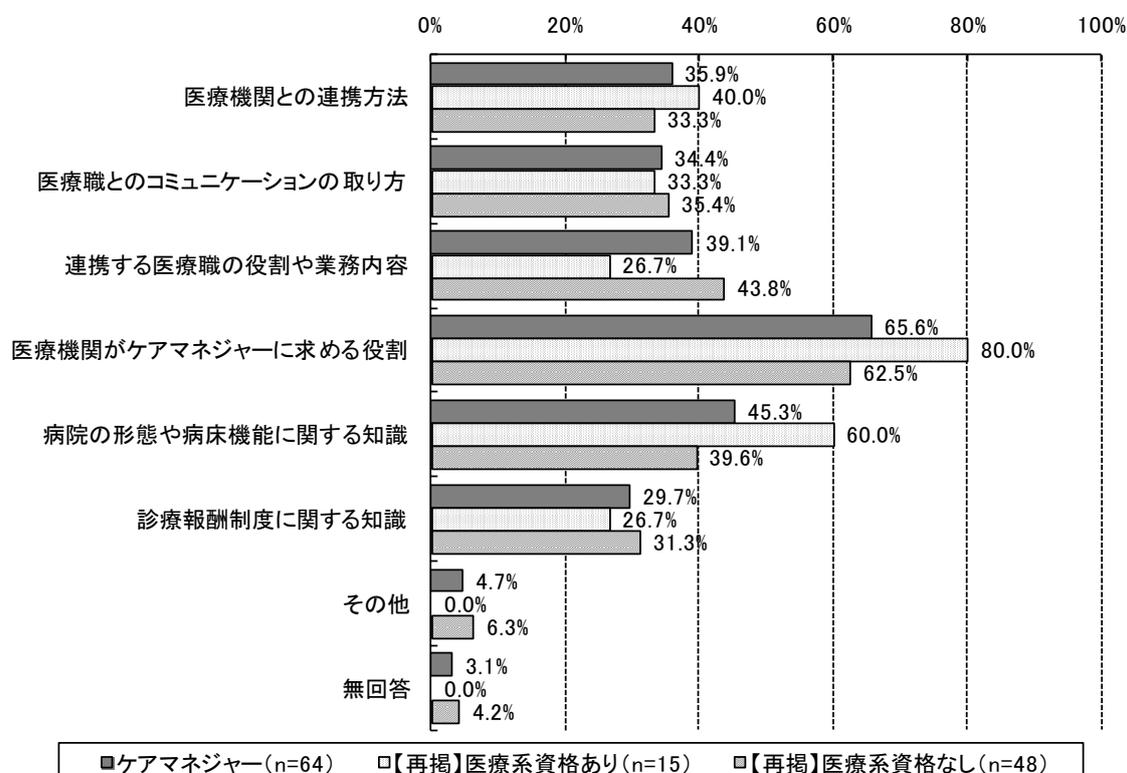
＜その他＞

- ・ ソーシャルワーカーに相談した内容が、病棟看護師やリハビリ職に伝わっているのか不安がある（同旨含め3件）。
- ・ リハビリ病院や療養病院への転院を希望する場合でも、ケアマネジャーに調整依頼がくる。転院の場合、病院で探す方がよいのではないか。
- ・ 退院後に医療の提供が必要な場合、介護保険で対応可能かどうか誰が判断するのか。 /等

図表 4-29 入院医療機関と情報共有をするために効果的な取組



図表 4-30 ケアマネジャーに対する教育・研修の内容
 (「ケアマネジャーに対する教育・研修の実施」を選んだ人)



図表 4-31 利用者の意向に沿った在宅復帰に役立つと思う地域の仕組み (自由記述)

<医療職・介護職の相互理解を深める機会の設定>

- ・ 病院側も介護保険制度・在宅療養等に関する研修が必要で、医療関係者も利用者の病気だけではなく、全人的な観点から見てほしい。
- ・ 在宅復帰が様々な面で難しい利用者が、施設やサ高住に入所できず、自宅に帰るしかない場合が一番困る。医療職には、そういう利用者をケアマネジャーに任せるとい人が多いと思う。医療機関にカンファレンス等で在宅の難しさ、厳しさなどをわかってほしい。ケアマネジャーが医療のことを理解し、医療職が利用者を総合的に理解したカンファレンスが必要だと思う。
- ・ 在宅復帰を希望する人に「これでは在宅は無理なので施設に」と簡単に言わないでほしい。介護保険の施設やサービスに関してもっと勉強してほしい。
- ・ 医療機関 (特に医師) に対して敷居が高い。医療機関のルールを理解することで医療機関との連携もとりやすくなり、その結果、利用者の情報も多く入り、プランに反映できるようになると思う。
- ・ リハビリに力を入れている病院、認知症に強い病院、透析のできる病院等、病院の特徴をより明確に知りたい。
- ・ 病院のことをケアマネジャーが知ったり、病院スタッフが退院後自分たちのケアや指導が活かされているかを知る機会を持つと、お互いを知ることにもなり、役に立つよ

うに思う。 /等

<その他>

- ・ 連携してよかった点、悪かった点（ほしかった情報、お互いのイメージが異なっていた点等）を確認し、事例をもとに次に活かす仕組み（同旨含め2件）。
- ・ 退院後、既存の介護保険サービスだけでは支援が不足することがある。公的なサービスで賄えない部分は、地域で支えられると助かる。例えば一人暮らしの高齢者について、必要に応じて退院前カンファレンスに自治体の関係者（隣保長など）も参加できれば退院後も隣保で支援ができると思う。
- ・ 現在活用している連携ルールは入退院時のやり方について各々の病院で違いがあり、できるだけスムーズに行くために病院、在宅、お互いに意見を出してつくったものである。少し時間はかかるが、お互いを知り、ムダのない連携をしていくことを考える場が必要。それをきちんと継続してとりまとめる場所（役割機関）が重要。 /等

(参考) 病院調査 (アンケート調査) 結果

中播磨二次医療圏の病院の退院支援の実施状況、「病院－在宅連携ルール」の活用状況、居宅介護支援事業所との連携状況・課題等を把握することを目的として、圏域内の一般病院 34 病院（本事業のインタビュー調査の対象病院は発送対象外とした）を対象にアンケート調査を実施した。

調査実施期間は平成 28 年 11 月 22 日～平成 28 年 12 月 28 日で、発送数 34 件に対し、有効回答数は 9 件（有効回答率 26.5%）であった。

調査結果のまとめ

(1) 病院の概況

- 急性期の機能を有する病院は 5 施設であった。また、退院支援加算の届出状況を見ると、「退院支援加算 1」が 3 施設、「退院支援加算 2」が 4 施設、「届出なし」が 2 施設であった

(2) 入院患者の状況

- 入院患者のうち、退院支援が必要な患者の割合は、病床機能によらず約 6 割であった。また、退院支援が必要な患者のうち退院が困難な患者の割合は、病床機能によらず 4 割弱であった。

(3) 退院支援の実施状況

- 全施設が退院支援を行う部門を有しており、部門のMSWや病棟看護師が連携しながら退院支援を行っている病院が多かった。病床機能が複数ある場合は、病棟ごとに主となる退院支援担当職種が異なっていた。
- 連携ルールの活用状況をみると、全病院が「活用している」と回答したが、連携が必要な患者のうち連携ルールに基づいて連携している患者の割合は平均で約 3 割であり、患者によっては連携ルールの利用が十分ではない状況にあった。活用における課題としては、運用にあたっての病院・居宅介護支援事業所双方の認識不足等が挙げられた。
- 連携にあたっての工夫としては、ケアマネジャーだからこそ知りうる情報（在宅復帰への課題、入院前の生活状況等）の積極的な収集や、ケアマネジャーからの提供情報を基に面談の開催時期や自宅訪問の実施を検討することなどが挙げられた。
- 患者の意向に沿った退院支援ができていない割合は、支援が必要な患者の約 7 割であり、課題としては、在院日数の制限の中で質を落とさずに退院支援を行うこと、医療職が協力して患者・家族の意向をくみ取ること等が挙げられた。

(4) 入退院時連携に関する課題や連携強化の取組

- ケアマネジャーとの連携の課題として、サービス調整の方法や医療職とのコミュニケーションの取り方が指摘された。今後は、医療・介護の多職種が顔の見える関係を構築し、互いの状況を理解しあえる場づくりが求められている。

(1) 病院の概況

図表 4-32 救急医療体制 (n=9、複数回答)



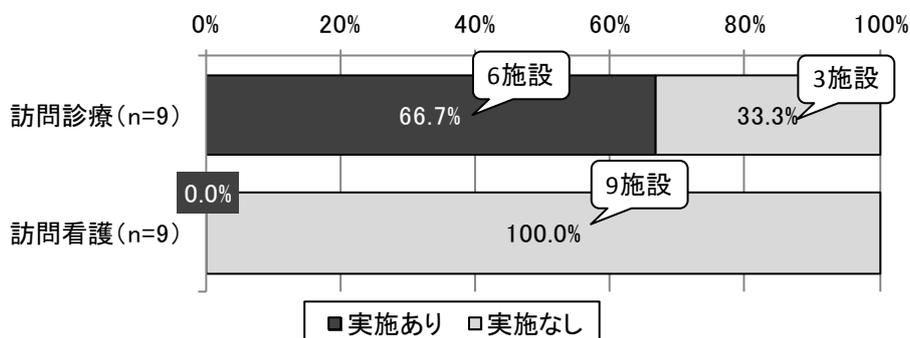
図表 4-33 平成 28 年度の病床機能報告の報告病床機能 (n=9)

報告病床機能	病院数 (施設)
急性期	1
急性期・回復期	2
急性期・回復期・慢性期	2
回復期・慢性期	1
慢性期	3

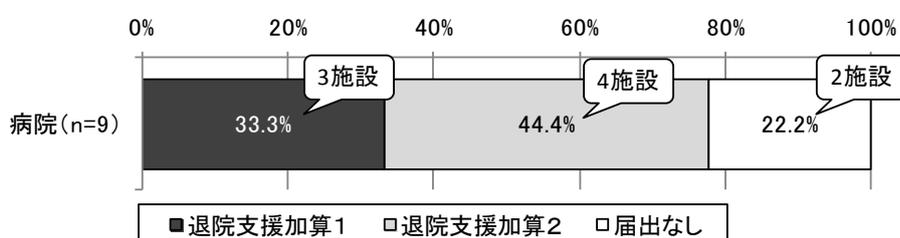
図表 4-34 稼働病床数 (n=9)

稼働病床数	病院数 (施設)
50 床未満	1
50 床～99 床	2
100 床～149 床	3
150 床～199 床	2
200 床以上	1

図表 4-35 病院からの訪問診療・訪問看護の実施有無



図表 4-36 退院支援加算の届出状況



(2) 入退院患者の状況

図表 4-37 入院患者のうち、退院支援が必要な患者の割合

	平均値	中央値
一般病床 (n=5)	6.0 割	7.0 割
一般病床以外 (n=7)	5.9 割	7.0 割

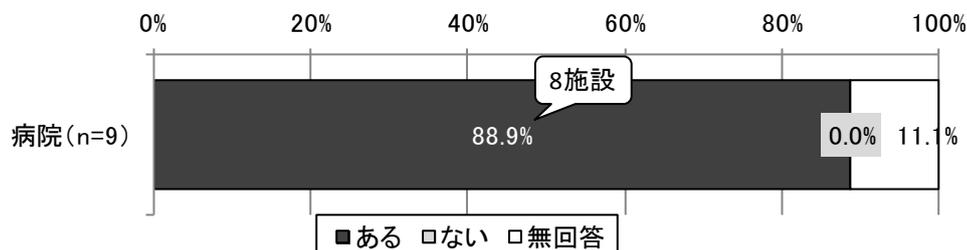
(注)入院患者のうち、退院支援が必要な患者の割合の記入があった施設を集計対象とした。

図表 4-38 退院支援が必要な患者のうち、退院が困難な患者の割合

	平均値	中央値
一般病床 (n=5)	3.6 割	4.0 割
一般病床以外 (n=6)	3.8 割	4.0 割

(注)退院支援が必要な患者のうち、退院が困難な患者の割合の記入があった施設を集計対象とした。

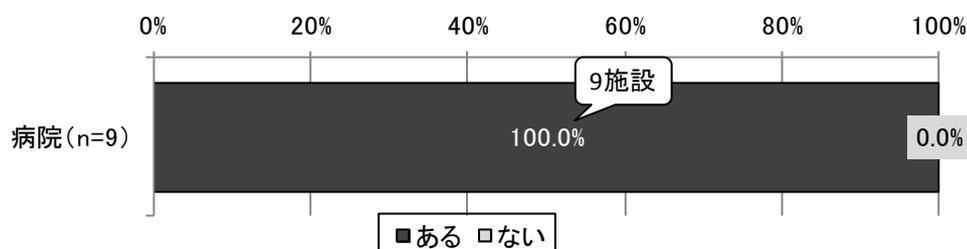
図表 4-39 不足している医療資源・介護資源の有無



(注) 不足している医療資源・介護資源として、「在宅医」(4 施設)、「介護老人福祉施設」(4 施設)、「慢性期の医療機関」(2 施設)、「訪問看護ステーション」(2 施設)、「介護老人保健施設」(1 施設)、「サービス付き高齢者向け住宅」(1 施設)が挙げられた。

(3) 退院支援の実施状況

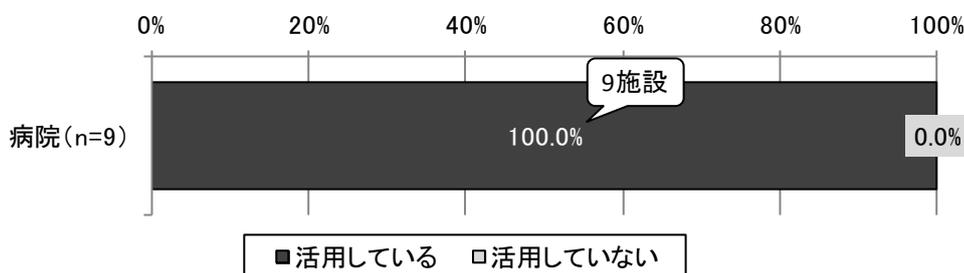
図表 4-40 退院支援を行う部門の有無



図表 4-41 退院支援の実施体制（自由記述）

- ・ 地域連携室のMSWが中心となって行っている。
- ・ 病棟看護師と地域連携室のMSW、看護師が連携して行っている。
- ・ 病棟看護師が中心となって支援。地域連携室のMSWがサポート。
- ・ 一般病棟では入院時に地域連携室のMSWが中心となって問題抽出を行い、病棟看護師と話し合いのもと早期介入を行っている。地域包括ケア病棟においても同様に各コメディカルと共働し、早期の退院支援を目指している。
- ・ 病棟看護師が中心となって支援し、社会資源を使う場合は併設の居宅介護支援事業所のケアマネジャーが対応する。
- ・ 一般病棟では、病棟リーダー看護師が主体となって支援し、社会資源が必要な場合に地域連携室がサポートする。地域包括ケア病棟では、病棟看護師が主体となり、リハビリ、MSWと連携して支援している。回復期リハビリ病棟では、病棟看護師が中心となり、リハビリ、MSWで支援している。療養病棟では、病棟看護師、病棟リンク看護師が中心となって、他の担当看護師に呼びかけ、支援不要時にリハビリ、地域連携室がサポートする。
- ・ 一般病棟では病棟看護師が中心に支援。回復期リハビリ病棟ではMSW、病棟看護師、リハビリ職で支援。

図表 4-42 連携ルールを活用状況

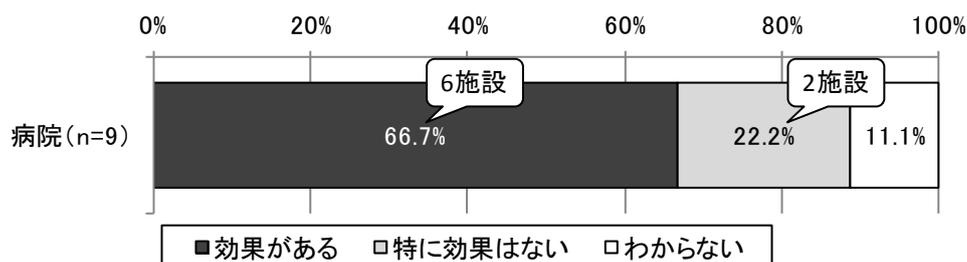


図表 4-43 連携が必要な患者のうち、連携ルールに基づいて連携している患者の割合

	平均値	中央値
連携が必要な患者のうち、連携ルールに基づいて連携している患者の割合 (n=7)	3.3 割	1.0 割

(注)連携が必要な患者のうち、連携ルールに基づいて連携している患者の割合の記入があった施設を集計対象とした。

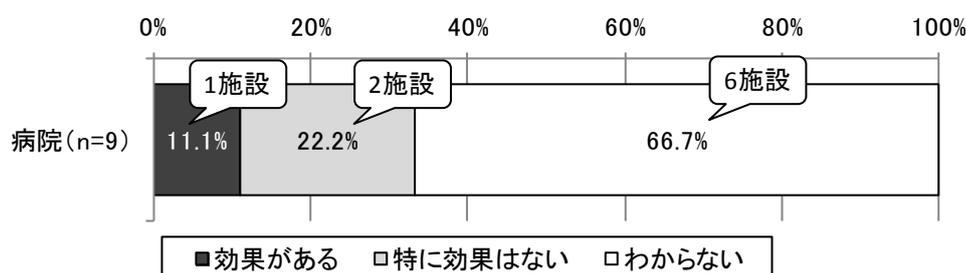
図表 4-44 連携ルールの活用におけるケアマネジャーとの連携上の効果



図表 4-45 連携ルールの活用におけるケアマネジャーとの連携上の効果

- ・ 顔の見える関係の構築につながってきた。
- ・ 連携ルールを使用しているエリアとそうでないエリアの境界に立地しているが、差が歴然である。連携ルールを運用している事業所に関しては連携の流れが定着しており、早期に情報共有や課題の把握ができる。
- ・ 病棟としてもケアマネジャーと直接会って話をする事で、在宅での様子がわかる。
- ・ 在宅生活での状況把握ができる場合がある。情報提供内容にはムラがある。
- ・ 病棟看護師とケアマネジャーが直接やりとりを行うことが可能になり、患者の情報共有がスムーズになった。
- ・ 情報の共有がすぐに行える。

図表 4-46 連携ルールの継続的な協議における連携上の効果



図表 4-47 連携ルールの活用にあたり工夫していること（自由記述）

- 入院時情報提供書や連携室同士のやりとりを介して早期に面談をもった方がよいか検討している。自宅訪問も積極的に計画し、生活の場へ安全に帰れるよう支援している。
- 入院時情報提供書を基に、入院前の生活を把握してから面接をするようにしている。
- 文書をFAXで送付する場合、電話を入れてもらう時に、ケアマネジャーの視点からみた在宅での課題を聞くようにしている。
- 入院前の生活状況や在宅サービス、家族関係（関係性、介護力等）がわかるので、今後のことを話す上で参考にしている。またケアマネジャーの事業所や担当者の名前がわかり連携が図りやすい。

図表 4-48 連携ルールの活用にあたり課題に感じること（自由記述）

- 地域の実情に応じた小地域での連携ルールが必要。運用について病院側、在宅側ともに共通認識不足。
- 加算算定のために行い、情報が薄い場合がある。
- ケアマネジャー全体にルールが普及していない。

図表 4-49 退院支援が必要な患者のうち、
患者の意向に沿った退院支援ができていない患者の割合

	平均値	中央値
退院支援が必要な患者のうち、患者の意向に沿った退院支援ができていない患者の割合 (n=8)	6.8 割	6.5 割

(注)退院支援が必要な患者のうち、患者の意向に沿った退院支援ができていない患者の割合の記入があった施設を集計対象とした。

図表 4-50 患者の意向に沿った退院支援の課題（自由記述）

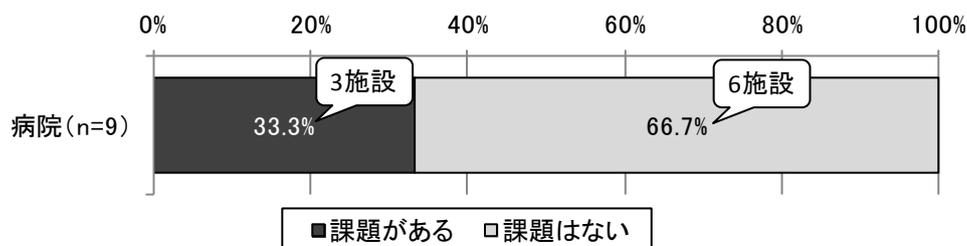
- 医師主導のインフォームドコンセントになっていないか。また、高齢者が受ける医療行為についてジレンマ（老衰の患者への人工栄養など延命処置について）を感じる。
- 病院の状況（稼働など）により、患者・家族の意向をくみ取れない時があるが、その際にどこまで質を落とさず退院支援をできるのかが課題である。
- 医師の協力や理解が得られにくい（訪問看護の必要性を理解してもらえないなど）。医

師と看護師のコミュニケーション不足。

- ・ 家族の意向が優先されやすい。
- ・ 患者と家族の意向の違い。 /等

(4) 入退院時連携に関する課題や連携強化の取組

図表 4-51 居宅介護支援事業所との連携における課題の有無



図表 4-52 居宅介護支援事業所との連携における課題

- ・ 入院中の患者に対し、ケアマネジャーが直接本人・家族とやりとりをし、サービスの調整を行っていることがある（ケアマネジャーによって調整の仕方がバラバラであり、混乱する）。
- ・ 入院した患者のことで地域連携室に連絡がくるが、全員の患者の把握はできないので、もっと病棟やケアマネジャーが直接情報共有できるようになってもらいたい。 /等

図表 4-53 入退院時連携に役立っている自治体や職能団体等の取組

(連携ルール以外) (自由記述)

- ・ 当院主催で行っている地域の関係者が集まるカンファレンスは、院内と在宅関係者の顔の見える関係づくりの一助になっている。在宅医療介護連携推進協議会の立上げ。
- ・ 兵庫県看護協会播磨支部主催の看護師間の連携交流会。姫路市医師会主催の地域連携会議など。

図表 4-54 今後行ってほしい取組 (自由記述)

- ・ 退院支援加算の充実 (マンパワーの確保)。患者中心、生活中心の医療介護への「考え方」の転換と、それを多職種で共有すること。
- ・ 退院支援だけでなく、いつでも気軽に情報共有ができる関係構築が重要。顔の見える場を多く設けてほしい。
- ・ 病院、在宅などそれぞれの状況を理解できる機会が増えたらと思う。
- ・ ケアプラン立案時の本人の思いに関する情報を共有したい (在宅でどう暮らしたいと考えていたのかを知りたい)。
- ・ 連携を行う関係者 (MSWや退院支援看護師) のみならず、医師、セラピスト、薬剤師などへの教育、患者や家族への啓発を進めてほしい。

第3章 まとめ

本調査では、急性期の医療から回復期、慢性期、在宅医療・介護まで、患者の意向に沿った切れ目のない医療・介護サービスの提供を目指して、地域の実情に応じた入退院支援に関する取組や医療・介護連携のための効果的な取組を調査した。

ここでは、調査結果を整理するとともに、連携における課題ごとに自治体・職能団体・医療・介護関係者等が実施可能な取組を紹介する。

1. 事例調査結果の整理

(1) 各事例の取組内容

事例1 看護師を中心とした連携（茨城県笠間市）

人口約8万人の笠間市には、市内に4つの一般病院、17の居宅介護支援事業所があり、お互いに“顔の見える関係”をつくり、円滑な連携が行われている。

地域医療の中核的な役割を果たしている茨城県立中央病院では、かつては、医療機関や居宅介護支援事業所との連携について看護師の関心が薄く、患者の在宅復帰像をイメージできない看護師も少なくないという課題があった。その対応策として、看護局長が中心となって、“看護師が患者の意向を正確に把握し、意向に沿った転院や在宅移行を実現させること”を目標に、病院－病院間や病院－訪問看護ステーション間での看護師の人事交流、病院看護師の「1日訪問看護同行研修」等を行った。その結果、連携先の役割や機能に関する理解を深めると同時に、自身の役割や機能を自覚することで、連携への意識が高まっている。こうした取組に加え、現在は、市内の病院間で、定期的に看護師とMSWが病棟を訪問し転院患者に関する情報共有を行う取組や、病院看護師がケアマネジャーからのケアプランの相談に対応する取組等が行われている。日常生活圏でお互いのことを知る、多様な研修や訪問が行われることで、医療－医療間、医療－介護間で“顔の見える関係”が構築され、明示されたルール等がなくとも切れ目のない連携が行われるようになっている。

事例2 院内の多職種による退院支援（東京都三鷹市）

東京都三鷹市は人口約18万人で、市内に8つの病院がある。病院・診療所がそれぞれ連携のための取組に力を入れている地域であり、様々な取組が作用しあって市内全体の連携が充実している。病院と居宅介護支援事業所との連携では、地域内で統一されたルールや書式はないが、それぞれが適切な方法を用いて円滑な情報共有を行っている。

三鷹市にある野村病院は、急性期と回復期の機能を持つケアミックス型の中小病院であり、地域に根差した医療を提供している。野村病院では、院内の多職種が積極的に退院支援に関与しており、地域のケアマネジャーからの評価も高い。院内での多職種による連携を進めるため、週1回の情報共有カンファレンス（新患カンファレンス）を開催しており、関係職種が毎回、入院患者全員について退院支援の必要性や支援の進捗確認を行っている。

その結果、退院支援漏れや支援の停滞が少なくなり、患者の円滑な退院を実現させている。特定の職種が強烈なリーダーシップを発揮して支援を進めるのではなく、MSWをまとめ役として、各部署のリーダー職を中心に個人がモチベーションを高く持って退院支援に取り組むのが特徴であり、そのための仕組みが整えられている。

事例3 医師会・自治体の事業を活用した連携促進（大阪府堺市）

堺市は、人口約84万人の政令指定都市であり、1つの市単独で二次医療圏を構成している。

堺市には、堺市医師会が立ち上げた医療・介護連携のための多職種による会議「いいともネットさかい」があり、地域の関係者が定期的集まり、連携に関する課題や解決策が検討されている。また、病院やケアマネジャーの有志が立ち上げた「C・Cコネット」（「いいともネットさかい」の病院部会）は、病院と介護の連携に関する協議体として、現場の課題解決策を協議している。これらの会議や協議体で検討された課題解決策は、堺市や堺市医師会における在宅医療・介護連携推進事業等を活用することで具体的な取組につながる仕組みとなっている。

このような仕組みから、堺市では、ケアマネジャーが急性期病院と療養型病院を1日ずつ見学する「介護支援専門員等病院見学実習」が生まれている（企画・運営は「C・Cコネット」の委員である病院関係者やケアマネジャーの有志。事業に係る費用は堺市や堺市医師会等の事業により支援）。「介護支援専門員等病院見学実習」が連携に与える効果は大きく、実習を経験したケアマネジャーは病院ごとの機能の違いへの理解が深まり、病院との情報共有が充実するようになっている。

事例4 保健所主導のルールに基づく連携

中播磨二次医療圏では、圏域内にある38の病院と166の居宅介護支援事業所の入退院時連携のために、姫路市保健所が主導で「病院－在宅連携ルール」を作成し、ルールに則った連携が圏域内全域で行われている。

中播磨二次医療圏では、姫路市保健所が、病院との情報共有に関するケアマネジャーの問題意識を受け、医療圏内の全ケアマネジャーを対象としたアンケート調査等を実施・分析し、入退院時連携に関する地域内の課題を整理した。その上で、地域の看護協会への協力依頼等を行うことで関係職種を巻き込んだ協議を実現させ、どの病院でも実行できる、また運用を継続できるよう最小限の内容をまとめた連携ルールを作成し、退院調整漏れを改善している。策定後にはルールの活用状況のモニタリングや運用を協議する場を設けることで、活用度の向上や連携に向けた関係者の意識向上を図っている。

策定から運用において保健所がリーダーシップを発揮し“協議の場を設定し関係者をまとめたこと”で、情報共有の手順や内容が標準化され、効率的に情報共有が行われるようになっている。

（２）自治体や職能団体等が果たすべき役割

各事例を俯瞰すると、病院・居宅介護支援事業所の日常的な情報共有や独自で行っている連携のための取組で“顔の見える関係性”を構築し、円滑な情報共有を行う地域もあれば、地域内共通のルールや書式に基づいた方法で情報共有を行う地域もあった。望ましい連携の在り方は、地域の人口・面積、医療・介護の充足状況、連携すべき病院や診療所、居宅介護支援事業所等の数など様々な条件によって異なる。

そのため、地域の連携を支援するための画一的な方法はなく、自治体や職能団体等が「地域の連携実態や関係者が連携のために望むことを把握」し、「ニーズに合った支援を行う」ことが重要である。

例えば、連携のために望むことを把握する方法としては、中播磨二次医療圏のアンケート調査のような定量的な把握、堺市の関係者における意見交換の場の設定のような定性的な把握等がある。また、支援を行う方法としては、中播磨二次医療圏のように、地域の関係者の意見集約・協議のために自治体が主体となって動く場合もあれば、堺市のように、既に職能団体や関係者で進められている取組に対して自治体が必要に応じてサポートする場合もある。

なお、自治体や職能団体が果たす役割の一つに「地域内の関係者を広く集める機能」がある。病院や居宅介護支援事業所単独では地域内の多くの関係者を集めることは困難なことが多いため、地域内での連携に関する協議や多機関・多職種間での交流や研修の設定にあたっては、自治体や職能団体のリーダーシップが望まれることが多い。

（３）病院や居宅介護支援事業所等が果たすべき役割

病院では、患者の退院意向を実現するために、居宅介護支援事業所や訪問診療を担う医療機関、訪問看護ステーション等と早期からの連携が望まれている。病院の多職種による退院支援、特にリハビリ職による退院前の自宅訪問等については、専門家による住宅改修や福祉用具の選定等に関するアドバイスが受けられることで、スムーズな自宅退院につながるなど居宅介護支援事業所のケアマネジャーからの評価が高い。院内の医療職については、在宅療養や介護保険制度について理解を深めた上で、患者の意向を踏まえて、在宅復帰に向けた支援や在宅療養の関係者と連携を行うことが望まれている。

また、病院から患者・家族に対して、病状や退院後の療養のイメージを丁寧にわかりやすく伝えること、退院に向けての意向や退院後の生活意向を具体的に把握して、院内の多職種で共有するとともに適切な職種が適切なタイミングで関与することが必要である。

なお、病院と地域の医療・介護関係者との連携においては、地域医療連携室等の専従のMSWが中心的な役割を果たしている。病院に専従のMSWがいる場合、病院の連携窓口が明確で、MSWが病棟とケアマネジャーの仲介をしながら情報共有を行うので、連携が円滑に進みやすいという傾向がみられている。病院と居宅介護支援事業所間の連携においては、病院がMSWを配置するなどし、連携窓口の明確化と地域への情報発信が望まれて

いる。

居宅介護支援事業所のケアマネジャーについては、医療保険制度や病院の機能、医療職とのコミュニケーションの方法を理解し、病院のMSWや医療職に対して相談しながら、適切なケアプランの作成やサービス調整を行うことが望まれている。“顔の見える関係性”の構築や利用者がスムーズに在宅復帰を実現するために、積極的に病院に足を運んでの情報共有が期待されている。

2. 入退院時連携にあたっての主な課題と対応策の提案

事例調査結果を踏まえ、以下(1)では、患者の意向に沿った切れ目のない医療・介護サービスの提供体制を実現する上での課題とその対応策について整理した。また、(2)では、特に自治体に対応策を実施するにあたり、地域内のどのような関係者と協力したらよいかといった観点から、患者の意向に沿った入退院支援、医療・介護の連携を進めていくうえでの留意事項をチェックポイントとして掲載した。

(1) 主な課題と対応策

事例より明らかになった入退院支援や医療・介護連携のための課題に対して、考えられる対応策をまとめた。

特に、自治体や職能団体の方については、地域の医療・介護の実態を把握した上で(例えば、医療・介護資源の充足状況、それぞれの医療機関が担っている機能や連携窓口となるMSWの有無といった各医療機関の特徴、患者の入退院の流れ、病院と居宅介護支援事業所での情報共有状況等)、課題と対応策の検討を進め、在宅医療・介護連携推進事業(介護保険の地域支援事業)の中で必要な取組を進めていただきたい。

病院に関する課題と対応策

課題 1

- 地域の病院間で入退院支援の実施状況や連携の状況に差がある。

考えられる対応策と実施主体

- (自治体・職能団体)
- ◇ 入退院支援に関する病院間の意見交換会の開催（地域内の病院が、退院支援の実施状況や取組を共有したり入退院時連携の課題について話し合う機会）
 - ◇ 病院と在宅関係者（居宅介護支援事業所、訪問診療を担う医療機関、訪問看護ステーション等）の連携ルールや情報共有様式の策定【事例 4】
 - ◇ 自治体立病院を地域の連携の中核と位置付け、自治体立病院を主催として地域の病院関係者の交流や研修会の実施（特に地域全体の多職種の人材育成・質の向上を図るという重要な役割を自治体立の病院が担っていくという姿勢も重要）【事例 1】
 - ◇ 病院の管理者向けの地域包括ケアシステムの理念や連携に関する研修等の実施
- (自治体・職能団体・病院)
- ◇ 入退院支援に携わる職員の病院間の人事交流（公立病院やグループ内で複数の病院がある場合）【事例 1】

課題 2

- 病院の医療職が、在宅での療養生活や介護保険制度の利用方法・サービス内容、介護の関係者の視点等を理解した上で支援・連携を行えていないことが多い。
- 病院職員が、患者・家族に対して、退院後の療養生活の意向に関する丁寧な確認や、患者の立場に立ったわかりやすい病状及び具体的な退院後の療養像（在宅療養のイメージ）の説明ができていないことがある。

考えられる対応策と実施主体

- (自治体・職能団体・病院)
- ◇ 病院職員に対する訪問看護師への同行研修・在宅療養生活の見学等の設定【事例 1】
 - ◇ 病院と在宅関係者（居宅介護支援事業所、訪問診療を担う医療機関、訪問看護ステーション等）での事例検討会（病院が行った退院支援や入退院時連携の内容、在宅療養生活の状況について在宅関係者からフィードバックを受ける機会）の開催
- (病院)
- ◇ 医療職と患者・家族の面談の際にMSWが必ず同席する仕組みづくり

課題3

- 病院内の病棟の職員と地域医療連携室等のMSWの間で、患者・家族の意向や居宅介護支援事業所のケアマネジャーから提供された情報が共有されていないことがある。

考えられる対応策と実施主体

- | | |
|------|---------------------------------------|
| (病院) | ◇ カルテ等を用いた院内における情報の一元管理 |
| | ◇ 病棟と地域医療連携室等の定期的な情報共有カンファレンスの実施【事例2】 |

居宅介護支援事業所に関する課題と対応策

課題

- 病院の医療職に対して心理的な距離があり、コミュニケーションをとることに抵抗感を示すケアマネジャーがいる。
- 病院の機能や医療職がどのような役割を果たしているかの把握が十分ではないケアマネジャーがいる。
- ケアプラン作成や医療職との接し方について、ケアマネジャーごとの力量差が大きいことがある。

考えられる対応策と実施主体

- | | |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (自治体・職能団体・病院・居宅介護支援事業所) | ◇ 病院見学実習（医療機能の説明、病棟業務の見学、病棟職員との交流）の実施【事例3】 |
| (自治体等) | ◇ ケアマネジャー向けの研修の実施や学習用冊子等の作成（テーマ：医療制度や医療職の役割、病院が求めるケアマネジャーの役割、医療職とのコミュニケーションのとり方等） |
| | ◇ 病院と在宅関係者（居宅介護支援事業所、訪問診療を担う医療機関、訪問看護ステーション等）の連携ルールや情報共有様式の策定。また、ルールの運用状況のモニタリングや、運用を促すための勉強会及び改定のための協議の開催（広域や多施設・多事業所間での連携が必要な地域の場合）【事例4】 |
| (病院) | ◇ 病院からケアマネジャーに対して医療面に関するOJT指導【事例1】 |

その他連携に関する課題と対応策

課題

- 患者・利用者が病院の機能分化や介護保険サービスの利用方法・内容を理解しておらず、退院後の生活や在宅療養のイメージが持てていないことが多い。

考えられる対応策と実施主体

- | | |
|--------|-------------------------------------------------------------------|
| (自治体等) | ◇ 自治体による住民教育（地域の医療・介護資源の状況、医療・介護の制度、地域の中でどのように療養できるかのイメージを包括的に紹介） |
|--------|-------------------------------------------------------------------|

(2) 自治体が医療・介護の連携を進めていく上でのチェックポイント

本調査の事例では、医療・介護の連携においてリーダーシップを発揮する存在は、事例ごとに様々であった（保健所、医師会、公立病院の看護局長、現場関係者の協議体等）。今後、自治体の担当者が、患者の意向に沿った入退院支援や医療・介護の連携を進めていく際には、下記のチェックポイントを参考に、①どのような存在と協力できるか、②自治体としてどのように関与するかを検討した上で望ましい取組を進めていただきたい。

- 地域で医療・介護関係者が連携について協議する協議体はあるか
- 地域で中核的な役割を果たしている公立病院はあるか
- 地域に医療・介護連携についてリーダーシップを発揮している病院はあるか
- 地域に医療・介護連携についてリーダーシップを発揮している医療・介護関係者はいるか
- 地域に医療・介護連携について協力的な職能団体はあるか（在宅医療・介護連携推進事業等を利用して取組に協力できる職能団体はあるか）
- 保健所は医療・介護連携について協力的か

厚生労働省保険局医療介護連携政策課委託事業
平成 28 年度地域における医療・介護の連携強化に関する調査研究
(効率的かつ効果的な退院支援を行うための連携の在り方)

報 告 書

平成 29 (2017) 年 3 月

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
〒105-8501 東京都港区虎ノ門 5-11-2
電話 : 03-6733-1024