

# 活動成果報告書

平成27年度（第19回）「チヨダ地域保健推進賞」

## 活動テーマ

兵庫県淡路圏域における医療・介護連携の構築  
～多職種連携による地域支援体制づくり～

応募グループ名称及び氏名（グループの場合は代表者名）

淡路県民局洲本健康福祉事務所企画課

代表者：平瀬 千恵

勤務先：淡路県民局洲本健康福祉事務所（洲本保健所）

所 属：企画課

所在地：〒656-0021

兵庫県洲本市塩屋1丁目439-1

TEL：0799-26-2036

FAX：0799-22-3345



## ◇活動方針

要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最後まで続けるためには、医療・介護連携等を含めた「地域包括ケアシステム」を、地域の特性に応じて作っていくことが必要である。

高齢者、特に介護保険利用者は「医療」と「介護」の両方が必要になることから、当圏域では平成25年に病院と在宅療養の継ぎ目である「退院時の連携」の実態をケアマネジャー（以下ケアマネと略）に調査した。

その結果、ケアマネへの連絡がないまま自宅へ退院となった事例が全体の30%程度あることが分かり、中には在宅療養が十分に準備できていないまま退院となったケースもあった。

ケアマネは在宅療養となる利用者について、病院と連携を取りたいと考えているが、ケアマネの多くの基礎資格は福祉職であり、病院の医療職に対して「敷居が高く、どのように質問したら良いかわからない」と感じていることも分かった。

一方、それを受けて平成26年に管内病院12病院の各病棟及び地域医療連携室の退院支援担当者に「地域連携に関する調査」を実施。「入院患者の退院支援において、ケアマネとの連携は重要」との回答がほぼ全数を占めていたが、「ケアマネとタイミング良く連携しづらい」「相手の必要な情報が何かよく分からない」という回答が複数あった。

病院担当者（地域医療連携室ソーシャルワーカー、看護師等）、ケアマネは互いの連携が重要と感じながらも病院・地域という所属の違い、医療職と福祉職の専門性の違いなどから連携の手法や視点が異なることが分かった。

これらの調査結果を受け、業務上日常的にケアマネ・病院看護等との連携をしている保健師が中立な立場で問題解決を図れるよう保健所が事務局となって、病院担当者とケアマネ、地域包括支援センターが退院支援のあり方に

# 活動成果報告書

ついて協議し、退院時情報のやりとりを同じひとつのルールのもとで行うことを目指して検討していった。

病院側・ケアマネ側がそれぞれの専門性を知ることで互いの立場を理解し、それぞれが納得でき実効性のある一定のルールの下で退院支援を行うことを目的に、それぞれの職種別への研修会も実施しながら検討し、かかりつけ医の立場である医師会の助言も得てルール（案）を作成。

平成 27 年度は、検討したルール(案)について病院・ケアマネに経過も含めて説明し、5 月より運用を開始している。

## ◇活動内容とその成果

- ①退院支援ルール（案）運用開始後の圏域内の連携についての調査（病院、ケアマネ双方に対し）
- ②ルール(案)の運用状況を検証し、連携がうまく進む内容か、検討するためのメンテナンス会議（医療・介護連携合同会議）の開催
- ③上記で抽出された圏域内の医療・介護連携の課題を解決するため多職種連携研修会の開催と、医療・介護連携について実践的な活動を学ぶための研修受講
- ④修正内容を盛り込んだ退院支援のためのルール(案)の冊子作成

上記活動内容の成果は

①運用開始から 5 ヶ月経過した平成 27 年 10 月に、ケアマネ・病院にそれぞれに退院支援ルール運用後の連携についてアンケート調査を実施。ケアマネアンケート結果は 169 人のケアマネから回答を得た。「退院連絡なし（連絡もれ）」の件数が 18.9%（平成 25 年調査では 30%、平成 27 年 3 月調査では 20.7%）と減少しており、病院からの連絡なしに退院する件数が減少していることがわかった。

また、病院アンケートでは、「入院時にケアマネからの情報提供を得られる件数が増え、生活課題に関する情報収集ができるようになった」「ケアマネへの連絡を意識するようになり、退院時連絡数が増加した」等の回答があった。

②①の調査結果の他、医療・介護連携にかかる圏域の課題を検討するため、医師会・病院（看護・地域連携担当等）・地域包括支援センター・ケアマネが参集して「淡路圏域医療・介護連携合同会議」を開催。

調査の結果から、ケアマネ側は病院と連携することで「医療依存度が高いケースやターミナル期のケースの連携で支援の見通しがつき、役割分担ができた」と回答し、病院は、ケアマネとの連携で「入院前の生活を考慮した支援ができる」「ケアマネの来院回数が増えた」と回答があった現状を共有した。

双方が共通して感じている連携のメリットは、「以前より情報量が増えた」「自分が行う支援に、提供された情報を生かすことできている」こと等であり、検討を重ねて合意が得られた一定のルールのもとに、共通の目的（ケースへのよりよい支援）に向かうことを確認できた。

また、ケアマネに対しては「かかりつけ医との連携」についても同時に調査しており、結果を報告。「ケアプランやサービスに医療面からの助言が得られた」という一方、「医師は忙しいので連絡を遠慮してしまう」等の意見もあり、かかりつけ医との連携について現在すでに運用している主治医との連絡システム「あわじケアマネタイム」の活用を含めて強化する必要がある。

今後は、急な退院へのケアマネの対応や、短期入院時の情報提供等ルールの確認や連携の質の向上に向けての課題は多いが、互いの専門性を理解し退院支援ルール(案)を共通のツールとしながら連携を推進していきたい。

# 活動成果報告書

## ◇今後の計画

③上記のような課題を解決するため、「医療・介護を取り巻く施策と地域包括ケア」についての多職種合同での研修会を開催予定である。

医師会・病院・地域包括支援センター・ケアマネ・訪問看護ステーション職員等、連携が必要な多職種が一堂に会し、地域包括ケアと今後の淡路圏域での医療・介護連携を共に考える機会としている。

また今年度は「地域医療構想」の策定に向けて当圏域内でも保健医療福祉の関係機関が協議を重ねてきた。

地域医療構想は、2025年の医療需要と病床の必要数と目指すべき医療提供体制を実現するための施策を示すものである。

医療の機能分化を図る中で、退院時の医療・介護連携が円滑に進まなければ在宅療養への移行は困難となる。

今年度も、地域医療構想という国の大きな流れの中での医療・介護連携の役割やその具体策としての退院支援ルール(案)の重要性をケアマネや病院に伝えてきたが、今後もひき続き情報提供しそれぞれの機関が役割分担できよう働きかけたい。

④「淡路圏域医療・介護合同会議」の中で協議された内容について、一部修正や双方で約束事項を確認する。

修正内容に合意を得て、「平成27年度版ルール(案)」として各施設に配付し、活用予定である。

今後も、毎年アンケート調査での連携の状況把握と課題解決に務め、一層の医療介護連携が進むように活動を推進していきたい。