

## 退院支援における病院と介護支援専門員の連携の現状と課題（第2報）

○坂口 和代、藤本 亜由美、中村 由紀子、勝山 和明（大津市保健所）  
中村 恭子、角野 文彦（滋賀県健康医療福祉部）

### 【はじめに】

一般病床における、平均在院日数が短縮化される中、市民が安心して病院から在宅療養に移行できるようにするためには、病院と介護支援専門員（以下、「ケアマネ」と）の連携が重要である。このことから、大津市では平成 26 年度に国のモデル事業である都道府県医療介護連携支援実証事業に参加し、市内全病院及び全ケアマネに協力を呼びかけ、病院とケアマネとの入退院支援ルールを策定し運用を開始した。今回は、運用開始前後の連携状況についてケアマネへ実施した調査から見えてきた現状と課題について報告する。

### 【調査概要】

|    |   |
|----|---|
| 対象 | 居宅介護支援事業所 125 か所<br>小規模多機能居宅介護事業所 13 か所<br>地域包括支援センター 7 か所        |
| 時期 | 平成 27 年 6 月   |
| 方法 | 配布：各事業所に対し郵送<br>回収：FAX・e-mail・情報提供会回収箱 等                          |
| 内容 | ・平成 27 年 6 月の担当状況及び入退院数<br>・入退院利用者に関する病院との連携状況<br>・病院との連携における課題 等 |

### 【調査結果】

（回答者数）231 人

（参考：H27.3 の給付実績のあるケアマネ等 334 人）

（回答内容）

（1）平成 27 年 6 月の担当利用者状況（人）

|        | 要介護  | 要支援  | 合計   |
|--------|------|------|------|
| 担当利用者数 | 5043 | 1739 | 6782 |
| 入院     | 193  | 36   | 229  |
| 退院     | 159  | 29   | 188  |

（2）入退院に関しての連携状況

ア) 病院からケアマネへの情報提供

（退院 188 人のうち連携状況の詳細についての回答があった 162 人について）（人）

| 詳細回答数     | 要介護                          | 要支援                         | 合計                           |
|-----------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
|           | 144                          | 18                          | 162                          |
| <b>あり</b> | <b>119</b><br><b>(82.6%)</b> | <b>15</b><br><b>(83.3%)</b> | <b>134</b><br><b>(82.7%)</b> |
| なし        | 23(16.0%)                    | 3(16.7%)                    | 26(16.0%)                    |
| 不明        | 2(1.4%)                      | 0(0.0%)                     | 2(1.2%)                      |

イ) ケアマネから病院への情報提供（人）

|           | 要介護                          | 要支援                         | 合計                           |
|-----------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 入院数       | 193                          | 36                          | 229                          |
| <b>あり</b> | <b>157</b><br><b>(81.3%)</b> | <b>15</b><br><b>(41.7%)</b> | <b>172</b><br><b>(75.1%)</b> |
| なし        | 36(18.7%)                    | 21(58.3%)                   | 57(24.9%)                    |

### （2）連携における主な成果と課題

（平成 27 年度 第 1 回 病院とケアマネジャーの入退院支援に関する情報交換会より）

| 介護支援専門員 | 成果  |
|---------|---|
|         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・共通のツールがあることで楽になった</li> <li>・病院から知りたい情報がもらえる（病状・退院日等）</li> </ul>   |
| 介護支援専門員 | 課題  |
|         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・カンファレンスが必要と感じても開催されないことがある。（サマリーだけでは不十分、わかりにくい場合がある）</li> <li>・ケアマネ全体への入退院支援ルールの浸透</li> </ul>   |
| 病院関係者   | 成果  |
|         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院ゴールの設定がしやすくなった</li> <li>・病棟看護師の関わりが積極的になった</li> <li>・早期からの連携ができてるとカンファレンスが“まるやか”な場になった</li> <li>・ケアマネと方針が共有でき一体感ももてた</li> <li>・ケアマネの求める情報が明確になった</li> <li>・病院内の看護サマリー、院内退院支援マニュアルの見直しをしていくことになった</li> </ul> |
| 病院関係者   | 課題  |
|         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟看護師への浸透</li> <li>・ご自宅の状況に関する情報収集の工夫</li> </ul>  |

### 【考察】

平成 26 年 6 月の入退院支援ルール策定協議開始前と比較すると、入院時のケアマネから病院への情報提供実施率が 24.7% 増加、退院時の病院からケアマネに対する情報提供実施率は 23.1% 増加しており大きく向上した。評価時期は入退院支援ルールの運用開始から 2 ヶ月程度の時期であることから、入退院支援ルールの浸透による成果と言うよりは、入退院支援ルールの策定プロセスにおいて市内全ケアマネ及び病院の看護部局及び地域連携関係者が共に協議を繰り返し作り上げたことが、連携の基盤を作ってきたものと考えられる。

前回の調査においては、「情報提供のものが生じる背景にはルールの不足と両者のコミュニケーション不足が大きな要因」と考察していたが、この点について、効果があったと考える。

また、双方共に成果を実感しており、ケアマネ、病院看護師全体への浸透を図ることの必要性を感じていた。

### 【おわりに】

入退院支援ルールの運用を開始し、病院関係者及びケアマネ間の連携、相互理解については一定の成果を挙げているが、患者の入退院支援の質の面からの評価が不十分である。今後は、連携状況に関する評価に加え、患者にとっての入退院支援に関する評価指標、評価方法について検討していく。