

医療ソーシャルワーカーとケアマネジャーとの連携に関するヒヤリング報告¹

平成 21 年度に調査研究委員会では、都内居宅介護支援事業者における各種加算の請求実態と加算要件に対する認識に関するアンケート調査を実施しました。

その結果、私たちケアマネジャーが医療との連携に創意工夫が必要なことがわかりました。介護保険では、3 年に一度報酬改定が行われますが、どのような改定が行われようとも利用者のために役立つ調査をしようという視点に立って、今年度は「医療ソーシャルワーカーとケアマネジャーとの連携に関するヒヤリング」を行うこととしました。

高齢者は年齢を重ねれば重ねるほど入退院を否が応でも経験する確率が高くなります。利用者が治療後できるだけスムーズに在宅復帰できるためには、在宅と病院でのサービスがスムーズな連携のもとに行われ、ケアマネジャーと病院のスムーズな情報共有が必要です。

医師との連携はもちろんですが、入院する際に病院の窓口になって下さるのは医療ソーシャルワーカーであることが多く、その方たちが入院患者のためにケアマネジャーにどんな情報を求めているかを知ることは有意義なことであり、それは医療との連携のうえでも重要であると考えました。

そこで平成 22 年 7 月と 8 月に、都内の医療ソーシャルワーカー合計 27 人に、個別対面（各 10～20 分程度）またはグループ（40 分程度）でヒヤリング等を行いました。

今回の結果が、今後医療ソーシャルワーカーとのより良いコミュニケーションの一助になり、ひいては利用者の入院中や退院後の生活がより暮らしやすくなればと思います。

1. 背景および目的

平成 21 年度に調査研究委員会では、都内居宅介護支援事業者における各種加算の請求実態と加算要件に対する認識に関するアンケート調査を行いました。その結果、各種加算の中でも医療連携加算と退院退所加算が特に請求留保の割合が高いことが明らかになりました。医療連携加算は請求留保の割合が 63.9%と高く、その理由として「情報の提供を行わなかった」「病院からの情報提供を求められなかった」などが挙げられ、退院退所加算も請求留保の割合が 30.9%で、「病院から情報がもらえなかった」などが理由に挙げられ、医療と介護の連携に課題がある状況が示唆されました。医療側と介護側の双方がどのような情報を必要としているかをお互い理解しあうことが、真の意味での連携につながることを期待されます。

今回は医療との連携をよりスムーズにするために、ケアマネジャーに何が求められているのかを、都内の病院に勤務している医療ソーシャ

ルワーカー（以下、MSW）の方々にヒヤリングを行いました。

また、MSW の方々とケアマネジャーとの交流会を行った地域の実施後の成果を今後の方向性を探るヒントとしました。

2. 方法

(1) 平成 22 年 7 月と 8 月に、都内 MSW 合計 27 人に、個別（各 10～20 分程度）またはグループ（40 分程度）で以下の項目についてヒヤリングを行いました。

- ① ケアマネジャーから欲しい情報について
- ② ケアマネジャーとの連携で困っている点、要望

分析は、ヒヤリング中に語られた内容を書きとめ、箇条書きにした上で、類似する項目を分類し、「欲しい情報」と「困っている点・要望」という大項目に整理しました。

(2) 平成 22 年 7 月に、某市の地域包括支援セ

ンターが主催したケアマネジャー32人とMSW16人による交流会に参加し、その後双方に事後アンケートで以下の内容を質問しました。交流会では、8名程度のグループに分かれ、約1時間の情報交換を行いました。

- ① 交流会の満足度とその理由
- ② 病院とケアマネジャーの連携を密にするために、更に必要なこと

交流会の満足度についてはアンケート結果を集計し、その他の項目については自由記述の内容を整理しました。

3. 結果

(1) ヒヤリングの結果

1) MSWが欲しい情報(表1)

表1 MSWが欲しい情報

入院前の生活

- ・ 自宅での生活の様子…自炊していたのか、家族が食事を運んでいたのか等の暮らしぶり
- ・ 近所との関係は良いのか。入浴はどのようにしていたのか等
- ・ 受けていたサービス(ケアプラン)
- ・ ADL(どのくらい動けていたか)

家族

- ・ キーパーソン…申し出た人にいくら説明しても話が伝わらない場合等ある。本当のキーパーソンを教えてもらえると助かる。
- ・ 家族関係、役割分担…ケアマネジャーが苦労して関わっていた事情等教えてもらえると助かる。家族背景を教えてください。
- ・ 介護力
- ・ 緊急連絡先
- ・ 家族の理解度を教えてください。

医療

- ・ 訪問看護を受けていたか、いなかったか。受けていた場合は事業所名
- ・ 主治医名と医療機関名
- ・ かかりつけ医の診療情報提供書
- ・ 疾患に至る原因・疾患名・処置内容・状態像…これにより受け入れの可否の目安ができる
- ・ 在宅時に処方されていた薬

その他

- ・ ケアマネジャーの連絡先(事業所名など)
- ・ 退院に向けて必要な条件
- ・ 社会資源情報

2) MSWが困っている点・要望(表2)

表2 MSWが困っている点・要望

入院時

- ・ ケアマネジャーが、病院に来ない。
- ・ ケアマネジャーと連絡が取りにくい。
- ・ 本人家族に聞いてもケアマネジャーがどの事業所かわからなくて困ることがある。FAXで申し出ていただけると助かる。
- ・ 最初から、在宅は無理と言わないでほしい。

入院中

- ・ ケアマネジャーが、全然病院に来ない
- ・ ケアマネジャーがアポイントを取らずに、急に来る。
- ・ 入院中にキーパーソン以外の人からの意見も多くて交通整理がつかないことがある。もともとの役割分担がどのようになっているのかわからなくて困ることがある。
- ・ 入院中に、ケアマネジャーを変えたい、主治医を変えたいという希望があるケース。いつ、誰が行動し、決まるのかが不明で困る。
- ・ 入院中は、病院が取り仕切る。在宅は、ケアマネジャーが取り仕切る。その辺のモラルをお互い持った方が連携がスムーズになる。
- ・ 退院後のサービス導入予定がわからない。

退院時

- ・ ケアマネジャーあてに看護サマリーを欲しが
- ・ 全然病院に来なかったのに、退院が決まると「退院日を延ばしてほしい」と言う。
- ・ 医療依存度が高くなると、「うちではできません」と言う。
- ・ 介護力不足でも、経済的問題で退院しなければならぬ時にケアマネジャーに力を貸してほしい。
- ・ 事業所によっては「入院＝契約解除」となっている。
- ・ 退院間近になって連絡をすると、切れているケアマネジャーとつながっているケアマネジャーがいる。ケアマネジャーがいないと、在宅復帰はむずかしい。
- ・ 新しいケアマネジャーをどこがさがすのか。病院か家族か、前任のケアマネジャーなのか地域包括支援センターか。

表2 MSWが困っている点・要望(つづき)

その他

- ・ ソーシャルワーカーとケアマネジャーお互いの立場でできることできないことをある程度はつきりしていただけるとありがたい。(特に独居や家族の協力が少ない場合。)
- ・ 顔の見える関係であること。
- ・ 退院支援を進めているのか、転院・施設を探すのか方針が決まらないケース。
- ・ 末期がんだが、「積極的治療しない意思がある」もしくは「小康状態なので退院可能」で病院としては退院させたいが、ケアマネジャーと家族が反対していて進まないケース。
- ・ いわゆる社会的入院と言われるようなグレーゾーンの人の対応に困っている。
- ・ 共通言語で話せる必要がある。たとえば、加算についても病院とケアマネジャーで違う。仕事内容を理解し合える関係が理想。
- ・ 病院の種類と使い方の違いを理解してほしい。救急病院と療養型病院は、役割が違う。急患で療養型病院にかかろうと相談してくるケアマネジャーもいる。
- ・ 地域包括支援センターと居宅ケアマネジャー事業所の違いも、病院からはわかりにくい。
- ・ 話がわかりにくいので、もっと要点をまとめてから聞くようにしてほしい。
- ・ 医療の知識をもっと勉強してほしい。
- ・ 本人・家族の意思確認をしたいのに、ケアマネジャーの思いだけで話さないようにしてほしい。
- ・ 書面だけが連携ではないので、もっとコミュニケーションをとるようにしてほしい。
- ・ 生活保護で区分の低い人は入院しにくい現状がある。

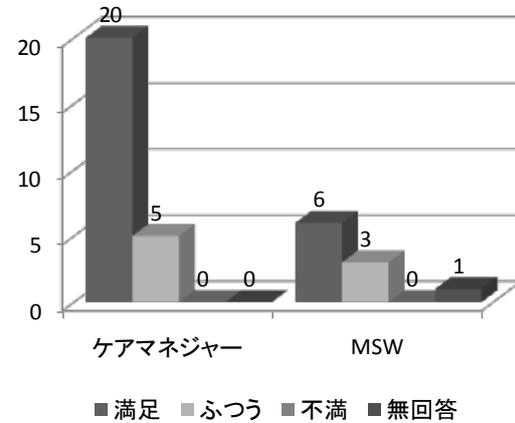
(2) 交流会実施後のアンケート結果

1) 交流会の満足度とその理由

ケアマネジャーは回答のあった25人中20人が満足と答え、MSWは10人中6人が「満足」と答えていました。(図1)

その理由は、「お互いの立場や仕組みや考え方などを知ることができた」、「普段忙しくてなかなか聞けない疑問点なども聞くことができた」、「実際に顔を合わせて直接話すことができ現場で活かせる情報や意見を知ることができた」などでした。「ふつう」と答えた方の意見には「時間が短かった」という意見があり、同様の意見は「満足」と答えた方の中にも複数みられました。

図1 交流会後の満足度



2) 病院とケアマネジャーの連携を密にするために、更に必要なこと(表3)

表3 病院とケアマネジャーの連携を密にするために更に必要なこと

- ・ 顔の見える関係
- ・ 定期的な情報交換の機会
- ・ お互い小さなことでも連絡をしてみる。
- ・ 病院側もケアマネジャーの業務を理解すべきであるし、在宅のむずかしさを理解すべきと思う。ケアマネジャー側も、それぞれの地域の病院の特徴をつかみ、仕組みを理解する歩み寄り。

4. 今後の連携のポイント

(1) 入院した時から、退院時のことを考える。

MSWの方にお話を聞く中で、病院の形態や病気の種類ごとに、在院日数の目安を意識して仕事を進めていることがわかりました。

最近、特に普及が進んでいるDPC導入の急性期病院では在院日数の短縮化が進んでおり、入院時に退院予定を決めるケースが増えてきています。しかし、すぐに在宅での生活が厳しいケースの転院先である医療療養型病床群の場合、「患者分類における医療区分」(別紙1参照：厚生労働省告示第92号、平成18年3月6日)により患者を3区分に分類することが定められています。医師及び看護職員により常時、監視及び管理を実施している(バイタルサインが4時間以内ごとに観察され医師が確認している)

状態や、人工呼吸器や酸素療養を実施するなど高度な医療処置を要する患者層が「医療区分3」、24時間常時ではないが医療必要度が高い難病や気管切開患者などは「医療区分2」、その他の慢性期医療に当たる「医療区分1」。なかでも区分1は入院の必要性がないと判断された疾患名や状態であり、できるだけ早く在宅に戻るように報酬が低く抑えられています。

また、「区分3」であっても、24時間持続点滴は7日間までが限度という制限もあり、「区分2」でも尿路感染症は14日まで、リハビリは30日まで、脱水は7日までと限度を定められているものも項目の半数を占めます。その上、ADL区分1~3や看護師等の人員配置基準を照らし合わせた複雑な診療報酬体系となっています。

以上を踏まえると、ケアマネジャーは入院時から病院を退院してくる目安を意識し、その情報を病院側から得ておくことにより、長くてもこの時期には退院もしくは転院するだろうという見通しを持って仕事をする可以考虑されます。

(2) 「医療の知識」特に病院の特性や病院の報酬の仕組みを勉強する。

一口に病院と言っても、形態がいく通りもあります。(別紙2参照：中医協診-2-2、平成21年4月15日)

東京都内でも、大学病院が数多く点在する都心と、老人ホーム・老人保健施設・療養型病床病院が数多く点在する多摩地区とでは地域差がありますが、病院の形態によって平均在院日数(入院日数)の目安を知ることができます。

平均在院日数(入院日数)は看護師配置の施設基準によって19~60日以内と幅広くあります。その病院の玄関に掲示してある施設基準を確認する必要がありますので一概にはいえません。回復期リハビリテーション病床は疾患により90~180日と幅があります。

入院中、病院は本人・家族への病状説明が義務付けられています。私達ケアマネジャー側は本人・家族との連絡体制をしっかりしておいて、病院の病状説明時に同席するなどの対応が有効な場合があります。直接の面談がかなわない場

合に限り文書のやり取りをする等、最初から文書ありきで形式的なやり取りになってしまうよう注意が必要です。

病院の形態の例

一般病院

- DPC:診断群分類別包括制度を適用して入院診療費を算定する病院。特定機能病院や急性期病院がこの方式を導入している割合が多い。
- 特定機能病院:大学病院等高度医療を行う病院
- 回復期リハビリテーション病床
- その他

療養病棟

- 医療療養病床
- 介護療養病床(2017年度末で廃止予定)
- 回復期リハビリテーション病床

精神病棟

結核病棟

診療所

- 有床診療所(19床以下の入院ベッドを持つ)
 - 無床診療所
-

(3) 継続的な情報交換の重要性

今回、MSWとケアマネジャーの情報交換を行った地域の事後アンケートを参考にすると、普段は忙しくてなかなか会うこともむずかしく、お互いの疑問を訊くこともできない状況にあることがわかりました。今回の交流会では時間が短かったという出席者の感想から、定期的継続的に情報交換の場を設ける希望があることも確認できました。実際に顔を見て話した内容は、現場で活かせる情報が多く、お互いの立場や状況を共有できるものでした。ケアマネジャーとMSWがお互いを理解しあうことは利用者のためにも大変有意義であることが明確になりました。

(4) 地域での交流会開催の主体となる機関

今回の交流会は地域包括支援センターが主体となって開催されました。

ケアマネジャーとMSWをつなぐ機関として、地域包括支援センターのほかに「ケアマネジャー連絡会」「MSWの会」などが期待されます。

また交流会の後に MSW の方から、「次回はコーディネートするので救急病院の MSW とこのような会を開催してはいかがでしょうか?」「当院の見学会を含めた会もどうでしょう。」「病院にケアマネジャー連絡会、市役所等から公文書をいただき、ケアマネジャー対象の見学会などを開催してはいかがでしょうか?特に、公立病院。どこも連携したがっています。」というお声をいただきました。一度きっかけを作ると自発的に発展していくことが期待されます。

他職種連携の観点から、自主的に行われている各種勉強会等に率先して参加してみることも連携の機会となることでしょう。

ちなみに、私達ケアマネジャーの職能団体である「東京都介護支援専門員研究協議会」のように、MSW の方々の職能団体として「東京都医療社会事業協会」があります。今回のインタビュー調査に協力してくださった方々も、加入なさっている方が多かったです。

5. まとめ

基本に立ち返り、私達ケアマネジャーが、ケアをマネジメントする目的は何でしょうか。目の前の利用者が、尊厳を持って住み慣れた地域でまたは施設等で生活し、本人の希望する人生

を全うできるように真摯に向き合いサポートすることです。

医療福祉保健等各種関係機関等と連携を密にすることは利用者のために有効です。そのためには、ケアマネジャーが医療機関ともよりよいコミュニケーションがとれるよう、病院の仕組みや医療関係者の立場、視点を学ぶ努力が必要となります。また、在宅の状況を知るケアマネジャーとして病院が期待する情報を提供することも大切です。それでこそ、退院時にこちらの希望する病院の情報を気持ちよく提供してもらえる「お互いさま」の関係ができるのです。コミュニケーションのきっかけとして、交流会にせよ、病院訪問にせよ、顔を合わせることは大変有効と思われました。

6. 参考文献

- 1) 中医協 診-2-2、平成 21 年 4 月 15 日
- 2) 中医協 診-2-3、平成 21 年 4 月 15 日
- 3) 「医療療養病床の診療報酬上の取扱い」厚生労働省告示 92 号、平成 18 年 3 月 6 日
- 4) P.F.ドラッカー著、上田惇生訳、「マネジメント エッセンシャル版—基本と原則」、ダイヤモンド社、2010 年 9 月 10 日

¹ 平成 22 年度調査研究委員会メンバー(五十音順): 石山麗子, 大川潤一, 栗原直美, 小山茂孝, 立野麻衣子, 中村真理, 藤田仁朗, 牧野雅美(委員長), 水下明美, 水村美穂子, 吉江悟

患者分類における医療区分

区分1	区分2	区分3
医療区分3、2に該当しない者	<p>医療区分3に該当しない者のうち以下のいずれかの条件に該当する者</p> <p>【疾患・状態】</p> <p>10 筋ジストロフィー症</p> <p>11 多発性硬化症</p> <p>12 筋萎縮性側索硬化症</p> <p>13 パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ヤールの分類Ⅲ、日常生活障害Ⅱ度以上))(パーキンソン症候群は含まない)</p> <p>14 その他の難病 (2,11,12,13以外の疾患で特定疾患治療研究事業対象となるもの)</p> <p>15 脊髄損傷(頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合)</p> <p>16 慢性閉塞性肺疾患(Hugh Jones V度の状態)</p> <p>17 悪性腫瘍(疼痛コントロールが必要な場合に限る) (WHO's pain ladder 第2段階以上の麻薬投与が条件)</p> <p>18 肺炎に対する治療を実施している状態 (画像上浸潤影を認め、血液検査で炎症所見がある場合)</p> <p>①9 尿路感染症(「細菌尿」もしくは「白血球尿(>10/HPF)」)に対する治療を実施している状態 ※連続する14日間を限度とする 再発可</p> <p>②0 傷病等によりリハビリテーションが必要な状態※発症日より30日以内</p> <p>②1 脱水に対する治療を実施している状態、かつ発熱を伴う状態 (「尿量減少、体重減少、BUN/Cr比の上昇等が認められること」) ※連続する7日間を限度とする 再発可</p> <p>②2 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態 (例)「黒色便」「コーヒー残渣様嘔吐」「喀血」 「痔核を除く持続性の便潜血陽性」 ※出血をみとめてから7日間を限度とする</p> <p>②3 頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態、かつ発熱を伴う状態 (一日複数回) ※嘔吐のあった日から3日間を限度とする</p> <p>24 褥創に対する治療を実施している状態(2度以上又は2箇所以上) (2度:25の記述に同じ。治療計画を立て治療を実施していること)</p> <p>25 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態(開放創2度以上) (2度:皮膚層の部分的喪失「びらん」「水疱」「浅いくぼみ」等以上)</p> <p>②6 せん妄(注1)に対する治療を実施している状態 ※7日間を限度とする 再発可</p> <p>27 うつ症状に対する治療を実施している状態(注2)</p> <p>28 他者に対する暴行が毎日認められる状態 ※医師又は看護師2名以上(少なくとも1名は医師であること)の判断が一致すること なお、医師を含めた当該病棟の医療従事者により、原因や治療方針等について検討を行い、治療方針に基づき実施したケアの内容について診療録等に記載すること</p> <p>【医療処置】</p> <p>29 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法</p> <p>③0 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ発熱又は嘔吐を伴う状態 ※連続する7日間を限度とする</p> <p>31 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態</p> <p>32 気管切開・気管内挿管(発熱を伴う状態を除く)</p> <p>③3 頻回の血糖検査を実施している状態(1日3回以上) ※検査日から3日までを限度とする</p> <p>34 創傷(手術創や感染創を含む)、皮膚潰瘍又は下腿もしくは足部の蜂巣炎・膿等の感染症に対する治療を実施している状態 (1日2回以上、ガーゼ等の交換が必要な場合に限る)</p>	<p>以下のいずれかの条件に該当する者</p> <p>【疾患・状態】</p> <p>1 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態 ※バイタルサインが4時間以内毎に観察され医師が確認していること</p> <p>2 スモン</p> <p>【医療処置】</p> <p>3 中心静脈栄養(消化管異常、悪性腫瘍等により消化管からの栄養摂取が困難な場合。経管栄養との一部併用の場合は離脱についての計画を作成し実施している場合)</p> <p>④ 24時間持続して点滴を実施している状態 ※連続した7日間を限度とする</p> <p>5 人工呼吸器使用している状態</p> <p>6 ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔洗浄を実施</p> <p>7 気管切開・気管内挿管かつ発熱を伴う状態(発熱に対する治療をしていること)</p> <p>8 酸素療法を実施している状態 ※安静時、睡眠時、運動負荷いずれかで動脈血酸素飽和度が90%以下 ※毎月末評価を行い診療録に記載</p> <p>9 感染症の治療上の必要性から隔離室で管理を実施している状態</p>

(注1)「せん妄の兆候」は、以下の6項目のうち「この7日間は通常の状態と異なる」に該当する項目が1つ以上ある場合 a.注意がそらされやすい b.周囲の環境に関する認識が変化する c.支離滅裂な会話が時々ある d.落ち着きがない e.無気力 f.認知能力が1日の中で変動する

(注2)「うつ状態」は、うつ症状が初めて見られた日以降において、以下の7項目の回答点数(1点:3日間のうち1、2日観察された/2点:3日間のうち毎日観察された)の合計が4点以上の場合。A.否定的な言葉を言った B.自分や他者に対する継続的な怒り C.現実には起こりそうもないことに対する恐れを表現した D.健康上の不満を繰り返した E.たびたび不安、心配事を訴えた F.悲しみ、苦悩、心配した表情 G.何回も泣いたり涙もろい
なお、医師を含めた当該病棟の医療従事者により、原因や治療方針等について検討を行い、治療方針に基づき実施したケアの内容について診療録等に記載すること

病院の機能に応じた分類(イメージ)

医療法上の位置づけ

一般病床

療養病床

病床数 343,400床
病床利用率 90.7%
平均在院日数 177.1日

病床数 913,234床
病床利用率 76.6%
平均在院日数 19.0日

718施設
288,610病床

DPC

特定機能病院

82施設
64,523病床※1

※1 一般病床に限る

専門病院
20施設
6,151病床

一類感染症
19施設
79病床

救命救急
202施設
6,453病床

特定集中治療室
592施設
4,307病床

新生児特定
集中治療室
198施設
1,329病床

総合周産期特定
集中治療室
75施設
600病床
781病床

広範囲熱傷
25施設、52病床

脳卒中ケアユニット
58施設
355病床

ハイケアユニット
68施設
776病床

一般病棟

5,437施設
700,358病床

回復期リハビリテーション

入院料1 入院料2
195施設 716施設
11,602床 39,066床

亜急性期

入院料1 入院料2
1,017施設 45施設
11,951床 900床

障害者施設等

816施設
62,116床

特殊疾患

入院料1 入院料2
84施設 109施設
4,251床 7,739床

小児入院医療管理料
入院料1 入院料2 入院料3
35施設 187施設 329施設
2,704病床 7,986病床 8,868病床

緩和ケア病棟
193施設
3,780病床

療養病棟

3,650施設
211,592床

介護療養病床

2,608施設
110,730(人)

有床診療所一般

8,022施設、102,064病床

診療所後期高齢者
335施設、1,454病床

有床診療所療養
1,247施設
10,443病床

精神科救急

42施設
2,615病床

精神科急性期治療病棟

入院料1 入院料2
219施設 20施設
10,967病床 1,016病床

精神病棟

1,335施設
188,796病床

精神療養

819施設
90,382病床

認知症病棟

入院料1 入院料2
373施設 62施設

結核病棟

225施設、8,177病床

施設基準の
届け出:平成
20年7月1日
現在