

ケアマネジャーとの
連携強化に向けた取り組み

社会医療法人栄公会 佐野記念病院 地域連携室 久米友里

社会医療法人栄公会佐野記念病院は、関西国際空港対岸の大阪府南部泉州医療圏に位置し、整形外科と脳神経外科をメインにした急性期（53床）・回復期病棟（42床）計95床の小規模ケアミックス病院である。急性期病棟では骨折外傷や脳卒中の治療に対応し、手術は整形外科を中心に約2,000件を実施している。回復期病棟においては急性期治療後の集中的なリハビリテーションを提供し、「地域の健康寿命延伸に貢献する」ことをグループの共通ミッションに掲げている。

当院の状況

当院の平均在院日数（2022年度）は急性期病棟で8.7日、回復期リハビリテーション病棟では27.4日で（図表1）、病床稼働率は年間90%弱であるが、時期によっては空きベッドは十分でなく、退院調整の際の患者さんが抱える社会的問題の影響を極力減らしながら、治療状況に応じた適正な在院日数を維持しなければならない。

団塊の世代が75歳を迎える「2025年問題」の波は、大阪泉州地域での高齢化による影響も伴って医療現場にやってきている。当院では図表2のように75歳の入院患者さんは年々増加し、要介護認定を受けている入院患者さんも合わせて増加している。

病院概要

名称 社会医療法人栄公会 佐野記念病院
所在地 大阪府泉佐野市中町2-4-28
電話 072-464-2111
病床数 95床（うち、一般53床、回復期リハ42床）
HP <https://sanokinen.jp/>

新規入院患者数のうち、介護保険の認定を受けている患者さんと申請中の患者さんは2022年度で29.9%を占めており、2021年度は27.8%、2020年度の24.5%と比較して5ポイント以上も上昇している（図表3）。

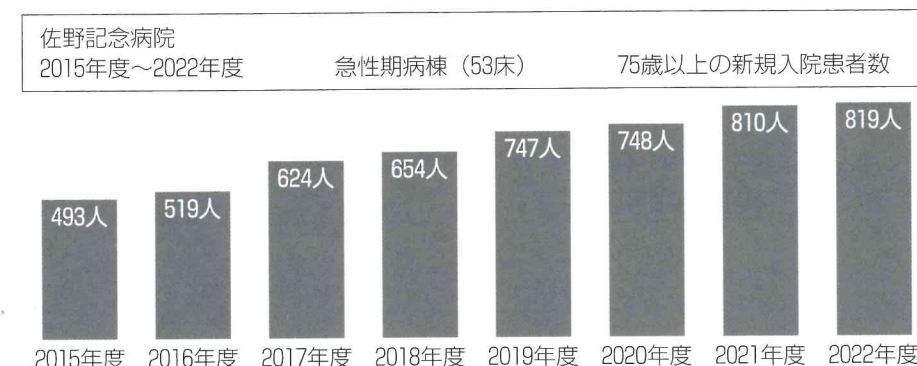
現場の肌感覚としても医療だけで完結することが年々難しく感じており、介護福祉サービスとの連携は必須である。95床と限られた病床数という病院事情と高齢入院患者さんが増加するなかにおいても、地域連携室MSWの役割は重要である。治療経過やリハビリ進捗状況に合わせて社会的な問題をクリアしながらスムーズかつ一人ひとりに合った退院支援が求められており、病院運営上においても年々重要視されている。

高齢入院患者さんの退院支援を進めるにあたり、介護サービスを調整して自宅等へ退院されるケースは少なくないが、その際はケアマネジャー（以下、ケアマネ）との連携は欠かせない。また、患者さんにとってケアマネは、ケアプランの作成以外にも

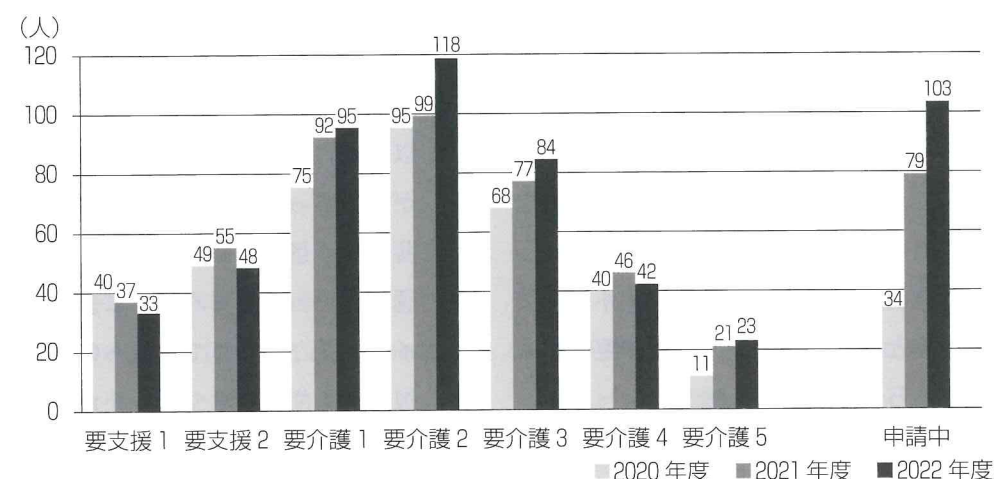
図表1 病棟ごとの平均在院日数の推移

		2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
平均在院日数	急性期	9.1	9.2	8.5	8.7
	回復期	25.8	25.9	24.2	27.4

図表2 急性期病棟における75歳以上の新規入院患者数の推移



図表3 新規入院患者における介護認定の状況



	要支援（人）		要介護（人）					介護認定者計（人）	申請中（人）
	1	2	1	2	3	4	5		
2022年度	81				362			443	103
2021年度	92				335			427	79
2020年度	89				289			378	34

退院後の相談相手や地域の介護サービスや医療機関との連携を図る存在でもある。また独居や身寄りのない方には家族さんの代わりに入院時のキーパーソンとしての役割を担っているケースも見受けられる。客観

的な視点を持って助言してくれる存在であり、重要な役割を担っている。

以上の点を含め、医療機関にとってもケアマネは患者・利用者さんのQOLを向上させるためにも連携は欠かせない存在である

が、以前は当院ではケアマネとの連携において課題点があった。

ケアマネとの連携上の課題

ケアマネとの連携課題の代表的なものとしては、連携の遅れや情報共有、コミュニケーション不足が挙げられるが、具体的な課題としては、

- ・入院してすぐに連絡をせず、退院に向けた調整のタイミングで連絡した（コンタクトが遅い）。
- ・退院が決定しても担当ケアマネに連絡を忘れ、そのうえ、担当ケアマネの都合を確認せずに担当者会議の日時を調整した。
- ・ケアマネから、「入院時ケアマネジメント連絡票をどこにもっていったらいいかわからない」「病院に相談したいことがあってもだれ宛に連絡したらいいかわからない」という声があった。
- ・生活状況を把握しているケアマネ目線での提案と、病院の治療方針や予定とに乖離があった。

このような課題は患者さんへの影響も大きく、連携強化に向けて改善が望まれた。そこで、地域連携室ではケアマネとの連携について入院・外来でのルールを次のように取り決め実施した。

“入院”におけるケアマネとのルールづくり

- ポイント① 入院になった経緯や治療方針予定などをケアマネに情報提供
介護認定を受けている患者さんが入院し

た場合、病棟MSWが担当ケアマネに1営業日以内に電話連絡することをルール化した。入院した状況と病院の窓口になる相談員が誰であるかを伝える（支援に向けての連携確認）。担当ケアマネからは入院前の状況の聞き取りを行い、ヒアリング内容はカルテに記載。全職種に共有することで早期に治療計画策定が可能となる。

ポイント② 院内の多職種で共有・検討した内容を担当ケアマネに都度報告

対象患者さんの病態や動作レベルのゴールとおおよその退院目標日（社会的な問題を考慮しない退院可能日）を各職種間で検討し、担当ケアマネと共有することにした。病態やリハビリの進捗などに応じてゴール設定や退院目標日の変更があれば都度連絡するようにしている。

以前は、退院直前に担当ケアマネに連絡しがちであったが、状況を都度タイムリーに共有し、目標日以内に介護サービスなどの調整を行ってもらうように変更した。

ポイント③ かかりつけ医への連絡・連携

担当ケアマネだけでなく、かかりつけ医にも入退院の連絡を行うことで、担当ケアマネもかかりつけ医との連携が取れ、患者さん自身も入院治療が終われば安心して地域に戻って生活が送れるようにアシストすることにした。

“外来”におけるケアマネとのルールづくり

当院では入院対応だけでなく外来対応も行っているが、高齢患者さんが時間内受診だけでなく、時間外や救急搬送で来院する

図表4 問診票に介護認定の状況などの欄を追加した

診療申込書		記入日：令和 年 月 日	
ふりがな	性別	生年月日	
氏名	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日生（ 歳）	
現住所	〒 -		
電話番号	-	携帯番号	-
当院にどのような方法で来院されましたか？		自家用車・送迎バス・タクシー・徒歩・その他	
過去に当院を受診したことはありますか？		あり・なし・わからない	
過去に旧姓で受診歴のある方は記載ください		旧姓：	
他院からの紹介状はお持ちですか？	はい	いいえ	
他院からのCD-R（画像）はお持ちですか？	はい	いいえ	
交通事故によるケガですか？	はい	いいえ	
業務中・通勤途中・学校でのケガですか？	はい	いいえ	
はいと答えられた方は 会社又は学校名・電話番号を記載ください	会社・学校名		
	電話番号	-	
介護認定について記載ください		要介護 1 2 3 4 5	要支援 1 2 なし
介護サービス利用中の方は、ケアプランセンター名 ケアマネジャー名を記載ください		ケアプランセンター名	
		ケアマネジャー名	
医療機関・介護施設に入院・入所の方は記載ください		医療機関・施設名	
自宅生活の方は、生活環境を記載ください		1人暮らし・夫婦2人暮らし・その他2人以上暮らし	
問診表 ID No. [] 来院時間 []			
■症状のある部位はどこですか？ （右の絵に○で印をつけて下さい）		身長	体重
■いつ頃からですか？		cm	kg
体温		（本人）（℃）	

（マーカーが追加項目）

ことは少なくない。独居生活など社会的背景が問題となり、受診直後に再度転倒して入院されるケースを目にすることがあった。

このようなケースを未然に防ぐために、担当ケアマネとは外来の段階でも連携は欠かせない考える。入院の有無に関係なく、外来通院の患者さんであっても社会的背景や病態を把握し、少しでも入院とならないように介護予防目的を含め、ケアマネと連携した（地域連携室 前方担当が主に対応）。ポイント① 受診された経緯や治療方針予定などを担当ケアマネに情報共有（入院の場合と同様）

ポイント② 再診時など継続的に状態確認を行い検査結果や治療方針など必要に応

じて追加報告

ポイント③ 病態と介護必要度に応じて家族や担当ケアマネと連携しながら介護サービスや施設入所の調整を行う

・外来 問診票の改良

介護認定状況、通院手段や生活状況（独居など）などを記載いただく欄を追加した（図表4）。

問診表の内容についてはスクリーニングを行い、介入が必要そうである患者さんをピックアップしている。

ケアマネジャーの記載があれば外来通院の段階から連絡し受診内容を共有。

次回受診や注意事項、検査の予定なども

図表5 患者に渡す医療介護相談の案内

ご相談ください

骨折や脳梗塞などを発症し、ご本人や家族さんで
悩み事がある際には、遠慮なくご相談ください。

お名前 [] ID (診療券番号) [] 令和 5 年 月 日

たとえば…

- ・ 今後の自身や家族の生活について (例)一人暮らしで生活が不安…
- ・ 介護保険や介護サービスについて (例)介護保険の説明を聞きたい…
- ・ 今後のリハビリについて (例)当院までリハビリ通院できない…

……など

その他でも病院相談員が伺いますのでお気軽にご相談ください。

【悩み事記入欄】

* ご相談された内容等は秘密厳守しております。また、相談は無料です。

相談時間 平日 9:00~18:30 ※水曜日は17:00まで
 土曜日 9:00~12:00 ※土曜午後、日祝は不在

佐野記念病院 地域連携室 (代表)072-464-2111

相談時間外であってもスタッフにお尋ね頂ければ後日ご連絡いたします。

スタッフ記入欄 配布者: 対応者 ()

共有することで、今後の介護サービス調整につなげてもらう。

なお、ケアマネの記載がなくても、高齢患者さんの一人暮らしの方で、診療内容によってはご本人に連絡をし、受診後困っていることはないか連絡を入れる。

・ 院内連携の工夫

受診したその後の状況について、MSWから状況確認の連絡が必要と思われるケースについては、外来看護師、外来クラークが医療介護相談の案内兼アンケート用紙を診察室で手渡すことで、介入希望の方から

地域連携室に声がかかるようなシステムを構築した(図表5)。また、救急や再診、夜間受診で来院された患者さんで、翌営業日の朝に申し送りで外来スタッフから連絡が入るようにルール化した。

受診後のケアが必要と思われるケースについては、主に看護師から当直明けにMSWに報告してもらい、その後患者さんの担当ケアマネに連絡することで再転倒などの問題に発展しないように取り組んでいる。

取り組みの効果

新規入院患者数や手術件数が増加するなかでも、平均在院日数は新型コロナウイルスによる院内クラスター等の影響もあり2022年度はやや増加するも、維持することができている(図表6)。取り組み

の成果もあり、介護サービス調整待ちなど治療外の要因が影響し、退院日が伸びないように取り組むことで、入院期間は最小限にとどめることができている。

取り組みを通じて地域のケアマネとのやりとりが増え、協力し合える関係性が構築されたと実感している。

さらに、取り組み検証を行うため近隣のケアプランセンターにアンケートを行った結果として、37件中35件から「連携に満足している」と高い評価をもらった。外来受診報告や入院連絡が早期であることでプラン変更などすぐに対応できるため、助かつ

図表6 コロナ禍でも在院日数を維持した

						コロナ禍		
						2015年度	2016年度	2017年度
一般急性 期病棟	新規入院数	1,472	1,391	1,537	1,628	1,752	1,681	1,818
	平均在院日数	8.37日	9.16日	9.73日	9.3日	9.1日	9.2日	8.5日
回復期 病棟	新規入院数	355	391	428	475	574	533	585
	平均在院日数	31.37日	30.02日	29.74日	27.37日	25.8日	25.9日	24.2日

ているという言葉も頂戴した。その一方で、土日祝日を挟むと連絡が遅れるなどの意見も頂戴し、現在対応策を検討中である。

終わりに

高齢者の療養場所が病院から在宅へと移行が推し進められているが、要介護の方のもとより、「要支援」の方のフォローを行うキャパシティーが十分でない状況である。近隣の地域包括支援センターにおいても例外なく介護予防ケースの受け入れが難しくなっており、退院支援業務を進めるなかで予防のケアプランの調整は容易ではない。

また、周辺地域ではケアプランセンターの閉鎖が相次いでおり、その他のケアプラ

ンセンターへの負担が大きくなり、ケアマネのプラン件数が増加する中で担当する利用者さんに十分な時間を割り当てることができていないという声も聞く。

このような中でも今後ケアマネの役割は地域包括ケアシステムを支える観点でも大きな存在であると感じる。だからこそ、医療と介護の連携強化を図るとともに、当法人ではグループ内でケアマネの人員体制を増員したり、MSW業務と兼務するなど新たな提供体制を模索している。

地域高齢者の介護予防と健康寿命の延伸に寄与できるよう、院内連携および地域のケアマネをはじめとした地域連携をさらに模索し支援体制を充実させたい。