

医療ソーシャルワーカーの退院支援における 介護支援専門員との連携の工夫〔ダイジェスト〕

第 52 回北海道医療ソーシャルワーク学会 グループ企画

医療ソーシャルワーカーと介護支援専門員相互の役割分担を考える

- ・医療制度改革による病院ソーシャルワーカーの業務の影響
- ・介護保険制度改革「医療と介護の機能分化・連携の推進」
- ・退院・退所時加算の創設による介護支援専門員の業務拡大
- ・我々と介護支援専門員との協働活動や業務分担をどのようにデザインしていくべきか

開催日：平成 21 年 4 月 18 日
10:30 ~ 12:00
場所：北海道厚生年金会館

開催の趣旨と背景

開催の背景

医療制度改革により、医療機関の機能分化や在院日数短縮が進んでいる。医療機関のソーシャルワーカーはその影響を受け、短期間での援助を迫られている。また介護保険制度では平成21年度改定において「医療と介護の機能分化・連携の推進」が重点課題の一つとなった。これを受け「利用者の状態に応じ、居宅介護支援における入院時や退院・退所時の評価を行う」ことが、平成20年12月12日開催の第62回社会保障審議会介護給付分科会で発表された。これは、社会保障費削減の施策のなか、最小で最大の効果を上げたいという政策上の狙いや、制度開始から9年が経つ介護保険制度の成熟化によって、地域での課題が明確化したことが誘因となっている。

全国の介護支援専門員の人員数は92,915人となり(平成18年介護サービス施設・事業所調査結果の概況より)、1年間で1万4,620人増えた。今後、介護支援専門員は介護保険施策と現場の介護サービスを支える主たる担い手となりつつある。

趣旨と内容：

平成21年度介護報酬改定による介護支援専門員の役割拡大は、介護支援専門員の人員増と相まって保健医療機関に勤務するソーシャルワーカーの退院支援の内容に影響が現れると推察する。予想として退院前の介護支援専門員とのカンファレンス標準化や、介護支援専門員による入院患者への退院調整参画、入退院時における情報提供の義務化などである。

私達医療ソーシャルワーカーはこういった環境の変化に対し、益々クライアントと所属機関の両者に有効な効果をもたらす必要がある。そのため、居宅介護支援事業所に勤務する介護支援専門員との協働による援助活動は今後必須といえる。

今回のワークショップは、こういった介護支援専門員との協働活動や業務分担をどのようにデザインしていくべきかについて検討することを趣旨として開催した。次ページ以降は演者以外の企画メンバー執筆による当日のダイジェストを紹介する。

〔関〕



グループ企画風景 I



グループ企画風景 II

目次：

開催の趣旨と背景	1
開催後のアンケートから	1
企画趣旨と調査結果報告	2
医療との連携について	3
箱の中の医療ソーシャルワーカーはとつきにくい	3
マルチモデルからインターモデルへ 連携への期待 -MSWの立場から-	3
質疑応答	4
演者からのコメント	4
コメンテーターより	4

開催後のアンケートから

本企画に参加した50名の方からアンケートを実行委員会より連絡をいただきました。アンケートは多くの「良かった」という意見を頂きましたが、そのなかの意見を5つにまとめたものをお知らせいたします。

1. 内容が充実しており、興味深く聞けた。
2. 連携の必要性を感じながらも、その手段の難しさをあらためて感じた。
3. 逆の立場(MSWが施設SW、またはその逆)の意見を聞いてよかった。
4. ケアマネ・MSW双方が、相手方に期待していることが分った。
5. ケアマネとの関わりについて見つめ直す良いキッカケとなった。

ご協力頂いた皆様、ありがとうございました。

企画趣旨と調査結果報告

【はじめに】

医療と介護の連携推進が重点課題の一つとなっている。4月の介護報酬の改定により、入院時や退院時にケアマネが病院へ出向いて情報交換をすると、評価が付くことになった。これに伴い、MSWの退院支援の内容にも影響が出てくると予測する。退院前のケアマネとのカンファレンスの標準化やケアマネによる入院患者への退院調整参画の推進、入退院時における情報提供の義務化などである。時代は大きく変わりつつある。本改定をクライアントと所属機関の両者に有効な効果をもたらすチャンスと捉え、ケアマネとの協働による援助活動が今後必須である。どんな連携をつくるかを今日この場で皆と深めていきたい。遠慮せず、言いたいことや皆が日々取り組んでいる実践について話して欲しい。相手に対し言いたいことが言えないと、相手も同様で思っていることを素直に言ってもらえない。そのため、今日は思い切って思っていることを発言する場にして欲しいと思う。

【アンケートの結果】

退院時、97%のMSWがケアマネに情報提供している。方法は電話、文書、カンファレンスの順に多い。一方でケアマネからの情報提供は、電話、訪問、文書の順に多く、訪問が多いのはケアマネの特徴であろう。情報提供のが充分か、については「どちらでもない」と言う回答が一番多く、MSWの71%は情報提供の方法

道東脳神経外科病院 関 建久

について協議していた。MSWからケアマネに伝えたい情報と、ケアマネが欲しい情報は、いずれも診療情報とADLが上位であった。

退院時、連携相手に期待する役割としては、MSWもケアマネも1位は「退院後の療養生活の安定」で、続いて「介護サービスの提供」と「本人家族への心理社会的手当て」の2つで同じであった。

MSWからケアマネへの期待は、ケアマネによって退院支援の内容は変わるものの、入院中や退院時の協働援助者として期待しており、自宅での生活の情報や退院後の情報のみならず、本人・家族のニーズも共有したい、との考えが多かった。

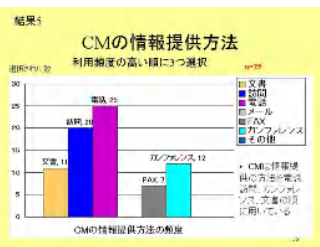
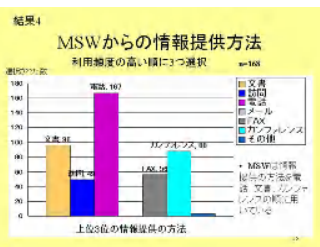
ケアマネからMSWへの期待としては、退院後の課題の明確化・動機付けを行い協働して援助したい、院内職種との橋渡し機能やケアマネのカンファレンス参加などの調整を期待したい、診療情報等だけではなくMSW評価も共有してケアマネジメントに活かしたい、との意見があがっていた。

連携改善に対する自由意見としては、連携の重要性は理解しているが、互いが必要とする情報の協議や役割を確認する研修会が必要、との意見が両者から出ていた。

両者が歩み寄ってチームとしての協力関係を積極的に結ぶことが必要であり、協力し合う仕組みを地域で標準化していく作業が必要であろう。



関とコメントーターを務めた中平氏



医療との連携について

平成12年からケアマネジャーの仕事をしており、この5年間位は初任ケアマネジャーに対し講義している。

ここ2年位の研修参加者は、基礎資格が介護福祉士のケアマネジャーが増えている。基礎資格が介護福祉士のケアマネジャーが増えた背景には、医療法改正による看護基準の変化からケアマネ有資格者の看護師が病院で勤務するようになった事、介護職の処遇評価が悪いため条件のよい職種に移行してきている事が考えられる。

研修では、介護支援専門員研修課程における医療との連携について、専門

総合福祉センターさんあい 岡 大輔 氏

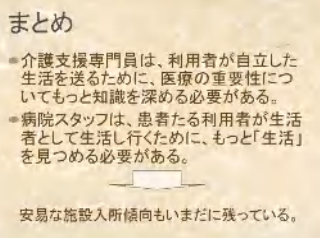
性からの見地によって、チームによるケアプランの練り上げが重要である。

ケアマネジャーは、利用者が自立した生活を送るために、医療の重要性についてもっと知識を深める必要がある。病院スタッフは、患者たる利用者が生活していくために、もっと「生活」を見つめる必要がある。利用者を知り、生活をともに考えていく、そのために必要な情報を互いに考え、提供しあうことが必要。

この職能を超えたソーシャルアクションを私達から発信できるように、MSWも援助職として変わらなければならない。



4名のパネラー 手前左側が岡氏





函館市医師会病院 八重樫 優氏

箱の中の医療ソーシャルワーカーはとっつきにくい

函館市医師会病院 八重樫 優氏

私は、介護支援専門員との連携を強化するまでは、介護支援専門員に対して「退院阻害要因」「医療の知識がない」等と考えていた。また、介護支援専門員から見た病院は、「箱物」であり、箱の中の医療ソーシャルワーカーはとっつきにくいと見られていると考えていた。

そこで、医療ソーシャルワーカーは何者なのか？と考えた時、日本医療社会事業協会では、医療機関にソーシャルワーカーがいる意味として、「MSWはその組織内と外部のコミュニケーションを

通訳・解説する役割」と掲げていた。所属する病院の役割を外部へ発信する、外部からの情報をキャッチする等の役割を担っている。この役割を踏まえ、介護支援専門員との情報交換の方法を見直すことで、連携を図る事ができた。

連携強化のポイントとして、「相手を知る、相手を動かす、相手を褒める、顔を出す、顔を知る、顔を売る、困ったら集まる」ことが挙げられ、ソーシャルワーカーからアクションを起こして連携の強化を図って行く事ができると考える。

MSWひとり言 (板ばさみ)
決して板ばさみの環境を好んではいけない
板ばさみの環境をバワーに変えよう！！
MSWから板ばさみを取ると何が残るの？
専門職だから進んではさまれよう！！
もっと大きな板にはさまれよう！！



札幌麻生脳神経外科病院 星野 由利子氏

マルチモデルからインターモデルへ

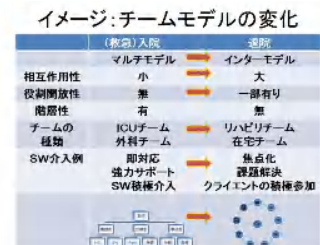
札幌麻生脳神経外科病院 星野 由利子氏

SWとケアマネジャー、情報交換だけではなく誰でも行っているはず。しかし、ただの情報交換で終わるのではなく、互いにその情報どう活かすか介入するかが重要。

急性期でのチーム体系は、各専門職種の種類が小さいマルチディシプリナリチームであることが多い。その中で、SWは早い段階からクライアントの情報を得てアセスメントを行い、そのアセスメントにより退院前にどのような支援を行うかプランニングする。急性期ではチームが主治医を中心としたマルチモデルであっても、退院が近づくとき在宅チームとの相互作用が大きいインターモ

デルへと変化していくことが多い。

今後、ケアマネジャーや地域包括支援センターへの連携をより早い段階からスタートできるよう、オーダーリングに連動させるなどスクリーニングの工夫を行っていく必要がある。SWとケアマネジャーが互いの役割や専門性を理解し協力することで、互いの実践が良い結果をもたらすと考えられる。また、4月からの介護報酬改定により、どんどんケアマネジャーからの情報提供が増えていくことが予想される。その情報にSWがどう対応していくのか、検討が必要。



連携への期待 -MSWの立場から-

北斗病院 大野 浩二氏



北斗病院 大野 浩二氏

「ケアマネジャーとの連携」というテーマを基に、どんな情報交換をしたらよいか(情報の種類・伝達方法の工夫)MSW側で努力することは何か、どうチームワークを組むか(連携へ期待すること)、の大きく3つに分けてまとめた。

連携とは、単なる「連絡」「報告」ではなく、同じ目的を持つもの同士が連絡を取り合い、協力して物事に取り組むことである。つまり、「協力」という視点が不可欠。MSWとケアマネジャーは、患者さんがその人らしく、自立した生活に向けて支援をしたいという気持ちを持っている。根本にある思いはお互い一緒であり、情報交換を行なう等、協力の視点を持れば

連携できる。具体的に連携するための出発点は、積極的に顔の見える関係を作るべき。ケアマネは病院の誰と話をすればよいのか迷うことも多く、まずはMSW側から話しかけ、ケアマネジャーに連携する相手を明確に示してはどうか。

これにより、支援計画・アセスメントを確認し、ケアマネジャーと認識の共有化を図ろう。また、患者さんやご家族を巻き込んで話を進めることが大事。

ケアマネジャーの基礎職能は様々あり、様々な視点・アセスメント・力量があることをMSWは認識しよう。チームワークを作り上げていくために、合同研修や事例検討などを通して関係作りを目指そう。

具体的連携へ

- まずMSW側から「話そう」！
～連携する相手は誰？とケアマネジャーも不安
・相談窓口のアピール
・担当のケアマネジャーを確認
- ケアマネジャーは、MSWをつかまそう！
・問題点や課題の確認

↓
支援計画・アセスメントを確認し、
認識の共有化を図ろう！

質疑応答

① 情報は電話やカンファレンスで共有する事がほとんどで、退院直前になってから関わる事が多い。リハビリ経過や入院生活等、入院時から退院までの経過を共有していけたら良いのではないかと思う。

② これまで介護支援専門員の業務をしてきた。旭川は、ソーシャルワーカーがいない病院が多く、ソーシャルワーカーがいても協会に入会していない等あり、顔を合わせたことがないと電話しにくい。

やはり病院は箱もので、とつきにくい印象がある。ソーシャルワーカーから介護支援専門員へ連絡してもらえると連携はスムーズかと思う。

③ 日々、介護支援専門員との連携が大きな悩みの一つになっている。介護支援専門員から病状の問い合わせがあるが、全ケース関わっているわけではない。また家族の了解は得ているかの確認が必要。

介護支援専門員は医療機関のどこに聞いたら良いのかわからず、相談室へ問い合わせしているのが実情。病院は箱もので連携取れにくいことも事実。ソーシャルワーカーが何でも屋にならない為には、どこで線を引いたらいいのかが悩みだ。

④ 主任介護支援専門員として、介護支援専門員連絡協議会の支部長をしている。介護支援専門員の基礎資格の8~9割が介護福祉士である。共通言語が難しく、病院がどんな役割、機能なのか全然知らないのが現状。介護支援専門員は、医師や看護師には連絡しにくいと、相談室があるとラッキーと考えている。連携する事で介護報酬をもらえるようになったので、介護支援専門員は、これからどんどん病院と連携したいと考えている。

連携を図っていく為の解決策として、介護支援専門員とソーシャルワーカーと一緒に研修をする機会を考えている。



質疑応答の様子 I



質疑応答の様子 II

演者コメント

【関】連携では介護支援専門員とどうコミュニケーションをとっていくかが重要。連携を断っていたら患者さんが減り、所属機関への不利益に繋がる。介護支援専門員とソーシャルワーカーがお互い関わる場所や接点を増やさなければならない事は、共通認識できた。この4月から介護報酬改定によりルールが変わった。ルールが変わると、ソーシャルワーカーも変わらなくてはいけない。今後は、北海道全体で協議をしつつも会員自身の活動する個別事情のあるそれぞれの地域で具体的にやっていくことが必要。

【岡】ケアマネジャーと顔の見える関係を作りましょう。MSWから声をかけて、力を

見せ付けることが大切。

【八重樫】病院の機能を明らかにする事で、ケアマネジャーと良い連携ができる。常に相談業務を行うだけではなく、地域にアクションしていく事が大事。

【星野】介護支援専門員との連携のために必要な情報でどんどんFAXがくるようなら、それをチャンスとして考え、ソーシャルワーカーとして関わっていく人に良い影響を及ぼせるといいのではないかと。地域へ介入して地域を変えていこう。

【大野】介護支援専門員との連携を対応することを視野に入れ、介護支援専門員連絡協議会等、外へ私達が率先して連携推進の活動を示していこう。

コメンテーターより

自分の成功事例、失敗事例を考えると、自分からプロポーズした方が成功したと思う。介護支援専門員とすぐに連絡をし、ソーシャルワーカーサイドのやり方に巻き込んでいく方法である。介護支援専門員に言われたまま動くのではストレスが溜まってしまふ事もある。今後は八重樫さんの連携の強化ポイント例を参考にしながら、先手必勝でやってみましょう。

中平

グループ企画メンバー

代表: 関 建久(道東脳神経外科病院)

岡 大輔(総合福祉センターさんあい)、八重樫 優(函館市医師会病院)

大野 浩二(北斗病院) 高杉 美紀(開西病院)

星野 由利子(札幌麻生脳神経外科病院) 中平 大悟(自宅)

中嶋 綾・小林 日奈・上野 あゆみ(網走脳神経外科・リハビリテーション病院)

佐藤 文彦・相原 純代・高橋 由衣(介護老人保健施設 あるかざる)

山崎 章・関 雅美(道東脳神経外科病院)

【お問い合わせ先】

グループ企画代表

関建久(道東脳神経外科病院)

abashiri-seki@r4.dion.ne.jp

電話 0157-69-0300