

平成28年3月31日

深川市長 山下 貴史 様  
妹背牛町長 寺崎 一郎 様  
秩父別町長 神 藪 武 様  
北竜町長 佐野 豊 様  
沼田町長 金平 嘉則 様

北空知圏域在宅医療推進ネットワーク協議会  
会長 斎藤 泰一

### 北空知圏域における医療と介護の連携体制づくりに関する意見

北空知圏域においては、「住民が希望する療養生活（在宅医療を含む）を選択でき、安心して暮らせる地域づくり」を目指して、深川保健所が事務局となり在宅医療に関わる多職種の関係者が参画する「北空知圏域在宅医療推進ネットワーク協議会」を設置し、平成26年2月から地域の連携体制づくりなどの協議等を進めてきました。

こうした中、介護保険法の改正により、在宅医療と介護の連携推進については、市町が主体となり行うことが求められたことから、北空知圏域の1市4町で対応を検討、協議の結果、地域医療及び介護の総合的な提供体制の確保と連携について、継続的に協議、推進する仕組みとして、平成28年度から「北空知地域医療介護確保推進協議会」を設置するとともに、その連携体制づくりの拠点として、深川市立病院に「北空知地域医療介護連携支援センター」を設置することになったと承知しています。

今後は、この市町主体の新たな協議会が中心となり、在宅医療を含めた地域の医療と介護の確保及び連携について検討、推進していくこととなるため、これまで本協議会が取り組んできた「地域の連携体制づくり」に関する協議や研修などを継承することとなります。

つきましては、本協議会として、新たな協議会に対し、次のとおり意見を付して、これまでの協議成果（別添『在宅医療の充実』のための施策の検討）を提供いたしますので、在宅医療も含めたバランスのとれた医療提供体制や地域包括ケアシステムの構築に向け、新たな協議会が重要な役割を担っていただけるよう要望いたします。

また、引き続き、本協議会の各委員もそれぞれの立場で、新たな協議会等の活動に対して協力して参りたいと考えております。

#### 記

- 1 地域の連携体制づくりには、北空知の「地域の強みを活かす」視点も大切であり、病院や施設、そこに従事している人材など既存の資源を有効に活用し、地域で支え合う医療への転換を進めていただきたい。
- 2 市町主体の新たな協議会及び連携拠点となる「北空知地域医療介護連携支援センター」への期待は大きく、地域の関係者や住民とともに作り上げていく意識を持ちながら、協働してできることから取り組んでいただきたい。
- 3 地域の医療と介護の連携を推進するためには、支える人材の確保、リーダー等の育成が不可欠であり、多職種合同研修会などの共同開催のほか、関係者の顔の見える関係づくりを地域において積極的に進めていただきたい。
- 4 北空知の小さくてまとまりやすいという地域特性を活かし、住民が自分達の問題として医療・介護について考えてもらえるよう、理解を深める機会や参加ができる機会などを設けながら、「地域づくり」の観点で医療と介護の連携体制づくりを進めていただきたい。

## 「在宅医療の充実」のための施策の検討

～「住民が希望する療養生活(在宅医療を含む)を選択でき、安心して暮らせる地域づくり」を目指して～

施策の方向	現状・課題(やれていること・今後やりたいこと)	将来のあるべき姿(あるとよい連携体制・仕組み・社会資源)	施策案(地域での取り組み)	新たな協議会
<b>在宅医療を担う医療機関の整備等</b> ○医療資源  ○社会資源・サービス	※収容型(病院完結型)のサービス(医療)が提供されてる  ・病床数は対人口比圏域最多(療養病床が圏域最多) ・往診対応医療機関は5箇所(訪問診療実施は他にあり) ・訪問看護実施機関は2箇所(24時間体制はなし) ・訪問リハの事業所がない ・在宅での口腔ケア、薬剤管理などが知られていない ・緩和ケアの取組が進められている  ・24時間対応の訪問介護もない(沼田町1箇所のみ) ・ターミナルケア等には往診以外の介護支援なども必要 ・インフォーマルなサービス、住民同士のつながりも必要 ・地域力をつけるため地域の声を支援する拠点が必要 ・高齢化で通院等の移動が負担となっている	※地域で支える(地域完結型)医療への転換  ・在宅療養者のバックアップ体制づくり ・往診対応の強化、補完する体制(診療ネットワークなど)づくり ・訪問看護体制の充実(24時間体制など) ・訪問リハ、看取りの体制づくり ・歯科訪問診療、薬剤訪問指導の推進 ・在宅緩和ケアの充実  ・往診対応等への介護サービスとの連携による補完体制づくり ・訪問介護体制の充実(24時間体制など) ・地域ケア会議の充実(課題発見、地域づくり資源開発機能の強化) ・地域の見守り等の体制づくり ・通院手段等の確保	<b>※入院(入所)機能の地域化(既存資源の有効活用)</b>  ○医療等資源調査による現況、意向の確認 ○医師会等との連携による体制づくりの検討(病診・診診連携:バックアップ体制・診療ネットワークの構築) ○訪問リハ、看取りの体制の検討 ○在宅口腔ケア、薬剤管理の体制の検討 ○在宅緩和ケアの推進  ○医療・介護の役割分担、連携を踏まえた基盤整備(病院・施設を活用した24時間看護・介護体制) ○生活支援サービスの基盤整備(高齢者自らが活躍する生活支援) ○安心して暮らせる住まい・交流の場の確保 ○交通手段の確保の検討	I一部会 II一部会  II一部会 II一部会 II一部会  II一部会  II一部会 運営会議 運営会議
<b>地域における連携体制の構築</b> ○病診連携・診診連携  ○医療と介護の連携  ○多職種連携の場  ○地域ケア会議	※医療と介護の連携が不十分  ・かかりつけ医と病院との連携が必要 ・診療所毎の往診連携(代替え、バックアップ)などが必要  ・病院、かかりつけ医、訪問看護の連携でよいケースがある ・早めの退院支援が必要 ・関係機関で役割分担、緊急対応等を事前の決めておく ・疾病予防、介護予防の推進も大切 ・高齢化の進行とともに認知症高齢者が増加  ・ケアマネは住民と近く、関係機関との橋渡し役となれる ・患者・家族の情報共有が必要  ・各々の力を結集、垣根を越えて話し合える場が必要 ・事例を通じた支援の共有、達成感などを得る	<b>※地域包括ケアシステムの構築</b>  ・在宅療養者のバックアップ体制づくり(再掲) ・往診対応の強化、補完する体制づくり(再掲)  ・医療と介護の連携拠点づくり(コーディネート機能) ・退院支援の活性化 ・連携に必要な共通の仕組みづくり ・地域リハビリテーション支援体制づくり(リハビリスタッフの在宅医療での活動) ・疾病予防、介護予防による日常的な健康づくり ・認知症高齢者を地域で支える体制づくり  ・多職種協働による在宅チーム医療の体制づくり ・情報共有によるチームでの支援体制づくり  ・地域ケア会議の充実(再掲) (個別課題の解決機能、地域包括支援ネットワーク構築機能の充実)	<b>※市町を主体とする連携体制への転換</b>  ○医師会等との連携による体制づくりの検討(再掲)  ○地域医療介護連携支援センター(仮称)による在宅医療連携拠点の整備(連携支援センターと地域包括支援センターとの連携体制の整備) ○退院時等カンファレンスの充実 ○在宅療養者の情報共有ツールなどの検討 ○地域リハビリテーションの充実 ○健康づくり運動教室などの充実 ○認知症初期集中支援体制などの検討  ○地域医療介護確保推進協議会(仮称)の設置 ○情報共有システムの活用(ICT化)  ○地域ケア会議の充実支援(市町支援)	II一部会  II一部会 I一部会 III一部会 II一部会 II一部会  運営会議 I一部会  III一部会
<b>在宅ケア体制の充実(人材育成)</b> ○顔の見える関係づくり  ○多職種の連携づくり  ○人材の確保	※医療と介護の連携が不十分  ・関係者で顔の見える関係がとれるとよい  ・事例の共有などが必要  ・医療・介護従事者の不足	<b>※在宅チーム医療の確保</b>  ・多職種が集う重層的・定期的な会合、研修  ・在宅チーム医療を担う人材育成  ・潜在有資格者の活躍	<b>※在宅医療を支える人材、地域リーダー等の育成</b>  ○多職種合同研修会の開催 ○介護支援専門員連絡協議会等との連携 ○中核支援機関主体の事例検討などによる研鑽 ○在宅医療従事者のスキルアップ  ○潜在有資格者の把握・活用の検討	III一部会 III一部会 III一部会 III一部会  運営会議
<b>住民に対する在宅医療の理解の促進</b> ○地域住民  ○患者・家族	<b>※入院・入所に依存したニーズ</b>  ・在宅医療について浸透していない地域(病院至上主義) ・見守る人も高齢化、地域のつながりが希薄化  ・患者本人、家族の在宅医療に対する理解、覚悟も必要 ・家で亡くなりたくない高齢者もいるが、病院で安心したい家族の思いもある(本人・家族の思いの把握、尊重が必要) ・単身、老老介護の方が増加、地域での暮らしが困難	<b>※住民の参画・協働の推進</b>  ・在宅医療を理解し選択できる環境づくり  ・地域の見守り等の体制づくり(再掲) ・住民が望む地域づくり(医療と介護のあり方も含め検討できる機会の確保)  ・地域と一体となった取組	<b>※自分達の問題として医療・介護を考えられるような活動</b>  ○啓発資材の作成、配布 ○地域住民を対象としたセミナー、講習会の開催  ○地域の小グループによる学習会等の実施 ○住民同志の支え合いやボランティアの育成  ○住民との意見交換(住民参加型)	I一部会 III一部会  III一部会 III一部会  III一部会

平成28年3月31日

深川市立病院地域医療連携室長 様  
深川地域訪問看護ステーション所長 様  
管内市町地域包括支援センター長 様

北海道空知総合振興局保健環境部  
深川地域保健室企画総務課長

第4回患者支援に係る連携推進のための検討会開催結果及び

北空知地域医療介護確保推進協議会退院調整・在宅生活支援部会への継承事項について  
保健福祉行政の推進について、日ごろから、ご理解ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、平成28年3月17日に開催した標記検討会には、お忙しい中貴所属の担当者の方へ出席していただきありがとうございました。限られた時間ではありましたが、有意義な検討の機会となりました。

今後は、平成28年4月から設置される北空知地域医療介護確保推進協議会退院調整・在宅生活支援部会へ本検討会を継承することとなります。

つきましては、退院調整・退院支援に係る課題と取り組みについての検討結果及び退院調整・在宅生活支援部会への継承事項を次のとおり送付しますので、部会での検討事項としてご活用くださいますようお願いいたします。

記

送付内容

- (1) 退院調整・退院支援に係る課題と取り組みのまとめ検討結果
- (2) 北空知地域医療介護確保推進協議会 退院調整・在宅生活支援部会への継承事項

連絡先

企画総務課 主査（保健推進）佐藤

電話 0164-22-1421

FAX 0164-22-1479

e-mail sato.hitomi@pref.hokkaido.lg.jp

## 北空知地域医療介護確保推進協議会退院調整・在宅生活支援部会への継承事項

### (1) 退院調整・退院支援のさらなる充実

- ・ 医療機関及び地域支援担当者の連絡窓口の明確化
- ・ 事例検討の実施：地域ケア会議等を活用し、困難事例の共有・集積から課題を明確にし、具体策を検討する体制構築
- ・ 医療機関関係者が患者の在宅生活をイメージできる場の設定

### (2) 退院支援が必要な対象者を見落とさず支援する体制の構築

- ・ 退院支援スクリーニング視点・方法の再確認
- ・ 高齢者以外の要医療者、要サービス利用者の退院支援スクリーニングの検討
- ・ 入院早期の患者情報について医療機関と地域支援機関との情報共有のあり方の検討
- ・ 入院時・退院時連携加算等診療報酬についての再確認

### (3) 病院全体、病院と地域との連携体制の構築

- ・ 病院全体での退院調整・支援に関する協力・連携体制の整備
- ・ 病院と地域の連携体制の維持：患者支援に係る連携推進のための検討会の継続

### (4) 地域住民への在宅サービスに関する普及啓発

- ・ 地域住民に対して活用できる制度、サービスについての情報提供の実施
- ・ 訪問看護サービスの普及啓発

退院調整・退院支援に係る課題と取り組みのまとめ検討結果

課題項目	検討会等であった課題への取り組み等	取り組みで改善したところ	取り組みを実施したが課題が残るところ	その他(新たな課題等)	継承事項(案)	
1 退院時に連絡がなく、在宅生活が困難となった事例や急に退院が決まり、調整の余裕がなく困る事例があった(H26. 3. 14)	患者の退院時に係る情報について ○入院時にケアマネジャーから連絡した患者については、地域医療連携室我窓口となり連絡している ○退院後に患者と家族が在宅生活で困らないか?という視点で調整する ○必要な患者については、退院前カンファレンスができたら良い(H26. 10. 15)	HP ・退院前カンファレンス実施 平均7回/月程度開催	HP ・臨床側は、具体的に在宅生活をイメージする力は弱い。退院に向けての準備が不十分。 <b>治療が中心で治ればよしという意識。在宅療養への準備は不十分。</b> ・連携室が仲介することで、非効率的で情報が適切に伝わらないこともある	HP ・左記の点について、連携室からきつかけ作りをしていく	・医療機関関係者が患者の在宅生活をイメージする場の設定→ <b>院内で実施</b> ・病院全体での退院調整・支援に関する協力・連携体制の整備 ・退院調整・退院支援の更なる充実 ・連絡窓口の明確化 ・サービス調整のルール確認・学習→ <b>困難事例の集積から共通した課題を確認し具体策を検討</b>	
		ST 退院前のカンファレンスができる。	ST	ST タイムリーな変化に対応するため、連携室だけではなく院内全体の協力・連携体制が必要。		
		深 退院時に、すぐサービス利用とならないケースについても連絡を頂くなどし連携できた。	深 介護申請し認定が出る前のケースの退院後のサービスについて、包括に連絡なく相談がすすめられていたことがあった。	深		
		妹 地域医療連携室と連絡が密になり、退院に向けての調整がある程度早い段階からできるようになった。	妹 以前よりは減ったと思うが、おそらくケースによっては急きょ退院が決まることは今後も予測される。そのような場合でも、退院後についての連絡調整が連携室(病棟・外来通して)と円滑に取れると良い	妹		
		秩 ・一時期は連絡が来るようになっていた。 ・入院時のケアマネを尋ねる電話は連携室から来る。	秩 ・最近、あまり連絡が来ていません。 ・介護認定の申請があつて初めて退院後大変な状況だったことを知ったケースが、ここ1年位で数ケースあった。 <b>(がんターミナルが2件ほど)</b>	秩		・電話一本の連絡でも良いのではないか。
		北 連携室から退院に向けてかなり以前から、週1回程度状況報告があった。また、退院前の関係者のカンファレンスも2回ほど事前につづることができ、退院後のサービス調整がスムーズに行えた。	北 退院が急遽決定する場合もあると思うが、退院予定については可能な限り早めに連絡をいただきたい。特に短期入所サービスの利用が必要な場合は、調整に一定の時間が必要となる。	北		
沼 ・事前に連絡を受けることにより、サービスの調整が図りやすくなった。 ・患者または家族の視点に立って調整できている。 ・必要に応じて退院前カンファレンスができている。	沼 概ね連絡調整は上手くいっている。今後もさらに連携を密にしてい行く必要がある。	沼				
2 全ての患者が地域医療連携室を通すわけではない。病棟により地域連携室を活用する患者の差がある(H26. 3. 14)	地域医療連携室の活用が必要な患者についてスクリーニング基準を作成<基準> ・75歳以上 ・介護保険利用者 ・独居 ・高齢者二人世帯(H26. 8. 11、H27. 3. 24)	HP ・スクリーニング活用し、ケアマネとの連絡が取りやすくなった	HP ・患者に係る情報が変わった時に、データベースの更新がされていないことがある	HP ・院内においても、担当の範囲及び連携の整理が必要	・院内連携の充実 ・高齢者以外の要医療者、要サービス利用者のスクリーニング→ <b>院内で検討</b> ・スクリーニングの方法、視点の確認 ・連絡窓口の明確化→ <b>ケースによって変わる場合もある</b>	
		ST 高齢者に関するスクリーニング基準の明確化はできている。	ST	ST 高齢者以外の健康保険利用者で継続して医療が必要な人や障害者サービスの利用が必要な人を誰がどのように支援・連携していくか。		
		妹 在宅復帰に心配なケースは連携室を通して連絡をいただいていると思っており、病棟による差は感じない。	妹 スクリーニング基準外(例えば独身の子供と親世帯等)でも、日常の生活、セルフケア如何(いかん)によって、QOLや病気の再発、悪化、進行に大きな影響があると思われるケースについても情報があると、支援のきっかけができる可能性がある。	妹		
		秩 ・病棟と連携室ではどのような成果となったのか、お聞きしたい。	秩 ・元気な方は必要ない。 ・連携対象全員を同じ扱いにする必要はない。 ・じっくり支援する人と、市町へ電話1本で済ます人と分けてもいいのではないか。 ・入院中にしっかりした足取りでない方や、「退院後の生活に心配はないか?」と聞いて「ある」と答えたはじっくり支援対象にする等。	秩		・スクリーニング自体が看護師の負担にならないように、簡単に一言聞いて分けるくらいのスクリーニングが良いのではないか。 ・負担にならないスクリーニングと、負担にならない連携。
		北 左記の基準の患者については、地域連携室からの連絡があった。	北	北 左記基準以外の方で、訪問看護みのりを利用されている方の情報提供を地域連携室にお願いしたが、訪問看護みのりの担当看護師から直接連絡をいただいた。今後どちらを窓口とした方が良いか迷ってしまった。		
		沼	沼 連携室を介さない患者については連携が図れていない場合がある。	沼		
3 入院の経過や治療内容、病状について情報がもらえると良い(H26. 3. 14)	入院時にケアマネから連絡があった患者については、退院時サマリーを返している(H26. 10. 15)	HP 連絡があつただけでは退院サマリーは返していません	HP	HP	・在宅生活継続、再入院予防の視点でのサマリー内容の検討→ <b>院内で検討</b>	
		ST サマリーや添書はもらえている。	ST 入院経過はわかるが、診断や今後の生活上の留意点、予測される病状なども書いてもらえるとケアプランに反映したり、本人・家族教育もでき、再入院の予防に努める事ができる。	ST		
		深 退院時カンファレンスが開催されたケースについては参加しサマリーを頂いている。	深 事業所によって、入院時情報連携加算を積極的にとるところとそうでないところがあるため、偏りがあると思われる。今後、連携センターと各市町包括とで課題を引き継ぎ検討していく必要があると思われる。	深		
		妹 退院時に連携室から連絡いただいております、必要なケースに関しては、サマリーが頂いていると思う。	妹 ケースによっては、入院中の経過や在宅復帰後の生活に対する留意点が記載されているとありがたい。	妹		
		秩 その後の状況をお聞きしたい。	秩	秩		
		北 入院時連絡した患者については、退院時のサマリーをいただいている。	北	北		
沼 概ね退院時の情報はもらっている。提供がない場合は要求している。	沼	沼				

課題項目	検討会等であつた課題への取り組み等	取り組みで改善したところ	取り組みを実施したが課題が残るところ	その他(新たな課題等)	継承事項(案)
4 ケアマネジャーからの入院時の情報提供はあるところとないところがあり、居宅介護支援事業所に偏りがある(H26. 3. 14)	ケアマネジャーからの病院への情報提供について ○市町地域包括支援センターにおいて、地域ケア会議や個別の相談をとおして、連携が図れるよう働きかける(H27. 3. 24)	HP ・情報のやり取りは、一部ではできている ・情報提供があつたケースは退院時サマリーを返している	HP (情報提供したら、コストに繋がるのでは)	HP	・連携加算等診療報酬についての情報提供・確認 ・入院早期に確認出来る体制づくり→本人・家族からの発信、病院からの発信、地域からの発信
		深 地域ケア会議では、連携室、居宅の参加があり顔が見える関係となっているが、個別の連携については事業所によっては連携がとれていない事業所はあると思われる。	深 事業所によって、入院時情報連携加算を積極的にとるところとそうでないところがあるため、偏りがあると思われる。 今後、連携センターと各市町包括とで課題を引き継ぎ検討していく必要があると思われる。	深	
		妹 直営の居宅支援事業所は包括支援センターも兼務している状況。他、もう1か所の居宅支援事業所のケアマネージャーも入院の事実がわかった時は連携がとれている。	妹 入院して何日も経ってから、家族や病院以外から知り得た情報(相談経路以外)だと、情報提供する前に連絡を躊躇する時がある。	妹	
		秩 ・その後の状況をお聞きしたい。	秩	秩	
		北 すべての支援ケースではなく必要な方について、連携室に連絡し、情報提供を依頼している。家族からの情報提供で問題のない方については、特に連絡を行っていない。	北	北	
		沼 居宅介護支援事業所が入院を確認できた段階で、医療機関へ情報提供をしている。	沼 医療機関の意見を聞きたい。	沼	
5 本人家族は介護保険サービスを利用しているのか理解していない場合がある 高齢者は保険証などを多くの書類の管理が大変一式持ち歩けると良い(H26. 8. 11)	病院で本人の介護保険サービスの利用の有無を確認する方法について ○介護保険証を受診時に携帯するように本人・家族への指導を行う ○各市町において地域ケア会議等を活用し、ケアマネージャーに伝える ○病院でどうしても把握できない場合には各市町の地域包括支援センターに確認する(H26. 10. 15)	HP ・各地域包括に問い合わせ対応していただいている	HP	HP ・患者、家族が主体的でなく、(連絡、手続き等)ケアマネに任せきりになっているケースもある	・入院患者のサービス活用状況の把握方法、情報共有のあり方について検討 ・患者本人、家族への普及啓発の必要性
		深 地域ケア会議にて、介護保険証の携帯について話していない。次回ケア会議にて周知する予定。	深 病院から、介護認定の確認の連絡がよくあるため、保険証持参は徹底されていないと思われる。	深	
		妹 受診時は介護保険証も携帯するよう、ご本人・ご家族への指導は随時始めており、一式セットにしている人は増えている。	妹 町としてセットで携帯できるケースの配布については今後の課題 総合事業が始まり、その対象者についての情報提供や、介護認定後に居宅支援事業所が決まると、サービスを使っても保険証に事業所が記載されていない場合もある。	妹	
		秩 町内のケアマネージャーに、担当ケースへの指導を依頼した。	秩 ・病院の外来や病棟でのその後の状況をお聞きしたい。	秩	
		北 地域ケア会議のにおいて、介護支援専門員に介護保険証も携帯するようにご本人やご家族への指導を依頼している。	北	北	
		沼 ・本人または家族に対し働きかけはしているが、実際に持参されているかは不明。 ・ケアマネージャーには理解をいただいている。 ・認定の無い方や不明の方は概ね連絡をいただいている。	沼 医療機関の意見を聞きたい。	沼	
6 その他(新たな課題等があれば記載)				HP ・在宅療養支援(訪問看護等)を受けるための方法、手段が十分に知られていない ・介護力が弱い、キーパーソン不在などのケースに介入困難さを感じる	・住民に対して、活用できる制度、サービスについての情報提供 ・困難ケースの共有→医療機関・地域を含めたチームで支援 ・病院での連携室と病棟の連携体制の充実 ・入院時スクリーニングシートの再検討 ・訪問看護サービスの啓発活動(訪問看護STの協働)
			秩 連携が来るケース ・ターミナル ・退院後の施設入所等 ・片麻痺等の病気 連携室の担当が決まれば連絡が来るので、支援が必要なのに決まらずに退院してしまう人がいるのではないかと。	秩 ・入院中のリハビリの対象者について片麻痺等はなるが、肺炎やロコモ等で動けない人は対象になっていないのではないかと。 ・担当が決まる時期は病棟のスクリーニング次第となるのか。 ・簡単で誰でも必ずできるスクリーニング方法はあるか。	