

令和元年度

北見市医療・介護連携支援センター 事業報告 資料

令和 2 年 3 月 31 日

事業受託者名：医療法人社団高翔会 北星記念病院

北見市医療・介護連携支援センターの運営指針

在宅医療の基本条件とは「不安なときはいつでも相談できて、必要なときは必要なだけの医療を提供できる医師がいてくれること。いつでも、必要なとき、必要な期間、入院できるベッドがあること。」であると考えます。このために北見地域における医療と介護資源を有効に活用する方法やその必要性を啓発し、仕組みを構築することが当センターの任務です。

そのためには、まず今後増加する在宅療養者の需要と医療・介護サービス供給である「量」の把握が必要です。需要に対応する供給量が現状でどのくらいあるかを把握するとともに、増やすべき量を推定します。

次に重要なのが在宅医療、介護を支える連携の「質」の向上です。単にサービスを提供できるだけではなく、連携によって住民の健康が維持できているか、介護度は改善・維持できているか、医療介護サービスに安心できているかなどの効果も大切です。これらを協議の場、研修会や広報によって実現します。

また本事業は「在宅医療と介護の連携」を趣旨として国から示されている事業ですが、北見市では医療と介護の連携に際し、「在宅医療」に拘らず広い範囲での「医療と介護の連携」と捉えています。よって当センターの事業の範囲を在宅医療に留まらず活動をいたします。

1 医療・介護連携に関する相談支援

- 1) 北見医師会や地域包括支援センター等の関係機関を訪問し、支援センターの役割等の周知を行うとともに、広報媒体を用いて情報発信を行う。
- 2) 北見市高齢者等支援ネットワーク会議、北見医師会、北見歯科医師会、北見薬剤師会や地域包括支援センター協議会等の会議に出席し、支援センターの役割を説明する。
- 3) 支援センターのチラシ及びホームページを開設し、活動を周知する。
- 4) 北見市医療福祉情報連携協議会が運用する北まる net の利用促進のための支援を行う。

センターの直通電話を設置し、医療機関、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所や訪問看護ステーションなどからの相談に対応した。

またチラシを作成し、各種会議が研修会等でセンターの活用に関する説明を実施した。

医療機関を訪問し、介護支援専門員が利用者の入院時に医療機関へ提出する「入院時情報提供書」を北まる net で受信して頂くよう医療機関へ働き掛けを行った。

2 地域の医療・介護の資源の把握

- 1) 北見における医療・介護連携に関わる資源を調査する。
- 2) 医療機関、歯科医療機関、居宅介護支援事業所、介護事業所や調剤薬局等を訪問し、北見市が毎年作成している「平時の連絡窓口一覧表」(地域の医療機関、介護事業所等の住所・連絡先等)を基に追加すべき社会資源等の情報を収集する。
- 3) 訪問した際に医療・介護連携に関わる課題(以下参照)について情報収集を行う。

訪問による調査はせず、4 つのワーキングチーム会議(以下参照)の開催に先立ち 4 分野ごとの課題等について調査を実施し、「ワーキングチーム事前調査結果 報告書」を作成した。(p5～p42)

3 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

- 1) 軽度急性期患者の緊急時の対応実態と訪問看護活用につなげやすい環境づくりを行う。
- 2) 在宅生活を阻害する肺炎や尿路感染など、軽度の急性疾病患者の課題を調査する。居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションや医療機関を訪問し、実態や患者数などを把握し、医療と介護の提供体制の課題を明らかにする。
- 3) 平時の療養支援に関しては、訪問看護事業所の業務に関する業務課題調査を行い、訪問看護サービスが活用されやすくなるよう医療機関、訪問看護事業所と居宅介護支援事業所等による検討会を開催する。

各職種や職能団体ごとに分野に特化した在宅医療・介護連携に関する現状と課題を把握し、各機関や団体の課題をコーディネートし、地域全体の共通課題の抽出し解決を目的として以下の 4 つのワーキングチーム会議を開催した。(p43)

分野別ワーキングチームより抽出された課題は以下の通り。

- 1) 訪問看護先で得た疾病悪化改善の提案などの訪問看護からの情報提供がケアプランへ反

映されにくい(訪問看護) 2) 訪問看護を開始するための手順が訪問看護ステーション及びケアマネ間でバラバラなので手間がかかっている(訪問看護) 3) 医療系サービスを活用したいが、利用者が納得できる説明が難しい(在宅ケアマネ) 4) 通院で身体介護を使うなど、通院困難な利用者が増加している(在宅ケアマネ) 5) 心不全など慢性疾患患者の退院指導をするが再入院者が減らない。(入退院支援) 6) 医療処置を必要とする患者の退院先がない、元の施設も受け入れない(入退院支援) 7) 薬剤師による在宅業務が可能だが、医師やケアマネから活用されない(調剤薬局) 8) 処方医への報告が一方通行、薬剤師を活用して欲しい(調剤薬局) 上記の課題を受け「訪問看護・在宅ケアマネジメント・入退院支援合同ワーキングチーム会議」を開催し、特に後述する「訪問看護開始にかかる手順・様式等(p52～p56)」の課題の検討を行い、令和2年2月19日開催の北見市高齢者等支援ネットワーク会議、医療介護連携推進部会にて承認された。
--

4 医療・介護関係者へ対する研修会

- 1) 以下をテーマとした研修会を開催し、連携相手に対する理解を深める。
- 2) 市内の居宅介護支援事業所の介護支援専門員に対し、医療機関への相談依頼方法についての課題を聴取し、医療機関に対する連絡調整の方法に関する研修を行う。
- 3) 医療と介護の連携の重要性と具体的方法を学ぶことを目的として、主に医療機関を対象に退院から在宅生活定着までの課題とポイントを学ぶ事例検討会を開催する。

分野別ワーキングチームの活動を医療介護関係者へ周知し、地域課題を共有する「きたみ医療介護連携推進セミナー」を令和2年3月10日(火)に開催予定としたが、新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から開催を延期とした。(p57～p59)

5 地域住民への普及啓発

- 1) 北見市医療福祉情報連携協議会が実施する医療と介護の連携推進に関する市民啓発活動に協力する。

北見市医療福祉情報連携協議会が主催する「持続可能な地域を考える—生活習慣病と介護予防—」をテーマとした、市民フォーラム(令和元年10月12日開催)について企画調整及び運営の協力を行った。(p60～p61)

6 その他(資質向上)

- 1) 在宅医療介護連携推進事業に関わる北海道、北海道看護協会など各団体等が主催するコーディネーター研修会等に参加する。

北海道が主催し、北海道看護協会が実施した「在宅医療介護連携コーディネーター研修会」へ参加した。(前期：令和元年9月18日～20日 後期：令和元年12月19日～20日 5日間)
(p62～p64)

以上

訪問看護連携ワーキングチーム事前調査結果 報告書

1. 本調査の目的

本調査は北見市高齢者支援ネットワークにおける、医療介護連携推進部会の活動の一環として、北見市及び北見市医療・介護連携支援センターが実施する「訪問看護連携チーム ワーキングチーム」の開催当日における、分野別課題把握のために実施します。

- 1) 訪問看護ステーションにおける医師及び介護支援専門員等との連携課題及び、訪問上感じる地域課題についての意見聴取と課題解決へ向けた方策案を検討します。
- 2) 特に本年度は、訪問看護業務における、医師との連絡、医療機関との連絡調整、調剤薬局との協力、ケアマネジャーとの調整などの具体的課題を明らかにするとともに、解決目標の設定とへ解決へ向けた活動方法を検討します。

2. 調査対象:訪問看護事業所(北見市内 13 カ所)

3. 調査期間:令和元年 7 月 1 日(月)から同年 7 月 16 日(火)まで

4. 回答事業所数:13 事業所中 13 事業所 (回答率 100%)

5. 調査の結果 (要旨)

1) 事業所の基本情報

- 介護保険制度以前から開設の事業所がある一方、平成 25 年度以降に設立した事業所も半数近くある。
- 看護職員数は 3~5 人の事業所が 6 割を占め、リハ職員は 1 割の事業所で配置している。
- 緊急訪問加算(介護保険)はすべての事業所が届け出をしているが、24 時間体制加算(医療保険)の届け出は 6 割の事業所に留まっている。
- 営業日は平日のみが半数を占めているが、休みなし(365 日)も 2 ケ所あった。
- 医療保険利用者が事業所平均約 10 名おり、月間 75 回の訪問を実施している。
- 介護保険利用者は事業所平均約 47 名おり、月間 210 回の訪問を実施している。
- 介護保険の利用者総数は 557 名、月間 2,560 件の訪問を実施していた(令和元年 5 月実績)。
- 緊急訪問の実績は回答事業所総数で月間 30 名、71 回の訪問となっていた。
- 夜間、休日待機の方法はすべての事業所で自宅待機(オンコール)の上、電話を所持していた。

2) 医師との連携

- 指示書医師からの約束指示は 8 割強の事業所で「指示をもらえる」と回答していた。
- 看護師から医師への上申に対する回答については不足、その他等の回答が 7 割でもう少し密な情報交換を希望していた。
- 主治医の指示書の遅延による運営への支障は 7 割の事業所が指示書の発行が遅れていると感じていた。
- 訪問診療を開始する医師に対し、7 割が協力したいと回答し、残りも一定の条件付きで協力したいと回答していた。

3) 医療機関との連携

- 現在は軽症だが予防的に入院が必要な利用者がいたという事業所が 6 割あり、半数の事業所が入院先を確保するのに難渋していた。

- 疾患別では肺炎、尿路感染、脱水が多く、1 事業所で年間 5 人前後の利用者がいると回答した。
 - 退院前カンファレンスへは「たまに呼ばれる」が 8 割を占め、すべて呼ばれている訳ではなかった。
 - 退院前カンファレンスで提示される患者情報は不足しており、訪問看護側で不足を確認しているという事業所が 7 割あった。
 - 医療機関で実施する退院前指導について、患者家族の理解度は半分くらいと回答する事業所が 6 割あった。
- 4) 地域包括ケア病棟の活用について
- 既に活用している事業所が 3 ヶ所あり、今後活用したいという事業所が 6 割あった。
 - 地域包括ケア病棟へ期待する役割は、軽症患者の予防的入院(軽度肺炎・尿路感染など)、レスパイト、かかりつけ医でなくても入院できる、などが上位を占めた。
 - 地域包括ケア病棟への入院へ至る依頼方法としては「バイタルや症状を連携室へ伝えるとおおよその入院の可否を回答してもらえる」という通常の外来受診より踏み込んで入院しやすい方法を病院で準備して欲しいという意見がほぼ全体を占めた。
- 5) 調剤薬局との連携
- 調剤薬局への相談をたまにでもしている事業所は 6 割を占めたが、ほとんどしていないと回答した事業所も 3 割あった。
 - 多剤投与などにはほぼ対応しており、調剤薬局とのやり取りは殆どの事業所が実施していた。
 - 患者の処方薬の整理は訪問看護の業務の一部であるとすべての事業所が回答していたが、「全て訪問看護の業務である」と回答した事業所はゼロであった。
 - 訪問薬剤指導を依頼したいケースは殆どの事業所で「ある」「たまにある」と回答していた。
 - 依頼したいケースでは「自己判断で減薬や休薬をしている」「間違った飲み方を頑なに信じている」「薬剤師という専門家の方が言う事を聞く」などの理由が上位を占めた。
 - 患者の処方薬の整理を患者宅や事業所で持ち帰って実施している事業所が 8 割を超え、事業所全体で 77 名の患者に対し、実施していた。
 - 訪問薬剤指導を薬局へ依頼したいケースはほとんどの事業所が感じており、事業所で約 5 名程度いた。
- 6) ケアマネジャーとの連携
- 訪問看護についてケアマネジャーは「理解している」と「あまり理解していない」がほぼ半数ずつであった。
 - ケアマネジャーからの利用者依頼の際に、多少の情報不足を感じている事業所が半数強あった。
- 7) 在宅医療推進への課題
- ✧ 今後の看護師採用とサービス提供量について、全事業所を合わせると 9 名の看護師を採用し、全事業所合計で 98 名の利用者を受け入れたいと希望していた。

調査結果表の集計(訪問看護ワーキング会議)

【事業所の基本情報】

1.開設年度(n=13)

H10 年以前	H 10 年～14 年	H 15 年～19 年	H 20 年～24 年	H 25 年以降
4	0	1	2	6

2.開設主体

医療法人	営利法人	社会福祉法人	一般社団法人	その他
3	5	1	3	1

3.事業所の職員数

1)看護職員常勤換算数

3 人未満	3 人～5 人未満	1.5 人～7.5 人未満	7.5 人～10 人未満	10 人～15 人未満
1	8	3	0	1

2)リハビリ職員(PT・OT・ST)の常勤換算数

0 人	0 人超 2 人未満	2 人～5 人未満
8	3	0

3)その他職員(事務・看護補助者等)常勤換算数

0 人	0 人超 1 人未満	1 人～2 人未満
7	2	2

4.利用者の状況 保険種別利用者数と訪問回数(令和元年 5 月実績)

医療保険利用者数	介護保険利用者数	自費その他利用数	全事業所合計数	事業所平均数
130	557	0	687	57.2 人
月間訪問回数(延)	月間訪問回数(延)	月間訪問回数(延)	月間訪問回数(延)	事業所訪問平均数
829	2,560	0	3,389	282.4 回

5.加算の届出の状況

1) 緊急時訪問看護加算の届出(介護保険)

有り(件)	13	無し(件)	0
有り(件)	7	無し(件)	2

2) 24 時間対応体制・連絡体制加算(医療保険)の届出

6.営業日

平日	平日+土	平日+土日	平日+土+祝日	全て	その他	合計
6	4	0	0	2	0	12

7.計画的な訪問の実績(令和元年 5 月実績)

1) 計画的な訪問の実績について

有り(件)	4	無し(件)	8
-------	---	-------	---

2) 計画的な訪問の数割合

全利用者数 全事業所平均(人)	1.4 人
-----------------	-------

3) 計画的な訪問の回数割合のべ訪問数

全利用者数割合のべ訪問回数 全事業所平均(%)	4%
-------------------------	----

8.緊急訪問(早朝・夜間・深夜と土日祝日の日中)の実績(令和元年 5 月実績)

1) 緊急訪問の有無

有り(件)	10	無し(件)	1
-------	----	-------	---

2) 緊急訪問の人数と回数について

緊急訪問の人数 (全事業所合計)	緊急訪問のべ人数 (事業所平均)
45 人	101 人

3) 緊急訪問の時間帯について (回数)

早朝	夜間	深夜	土日祝日	全事業所合計	事業所平均
8	31	7	49	95 回	10.5 回

9. 営業時間外・休日の電話当番および緊急時の体制について

自宅待機(オンコール)	事業所・当直室待機	オンコールと当直の併用	その他	体制なし	体制なしの場合、今後体制構築の予定
12					

【医師との連携】

1. 主治医との連携

1) 主治医からの約束指示をもらえるか

ほぼもらえる	半分くらい	ほとんどない
10	0	2

2) 主治医からの約束指示で必要な頻度でケースはどういった場合か。(複数回答有)

ターミナル期	特別指示書が処方された患者	繰り返し熱発する患者
11	10	8

3) ステーションからの報告や上申に対する医師の回答内容は適切か

適切	不足	その他
4	3	3

4) 主治医からの指示書送付の遅延による運営の支障はあるか

ある	ない	その他
8	3	1

2. 訪問診療を始める医師への協力

1) 訪問診療を始めたい医師への協力はできますか

できる	できない	内容による
8		4

2) 協力できる場合、医師へ何をどれくらい協力できますか (ご意見下さい)

何を協力できるか	どんなふうに協力できるか	連絡の方法
医師が指示する事であればすべて	看護師の業務範囲内	携帯電話が中心になります
適切な状態報告 訪問依頼時の対応 状態変化時の対応 採血など	依頼時 必時時	電話 メール クラウドなど
要望あれば検討します。		
療養者と家族、医師の望むこと		
服薬の状況に応じた変更や処方を	服薬不可能や飲みづらい時などの錠剤の変更	

	現在訪問診療も行っており、オンコール体制を取、緊急時に対応している。 看護師の緊急対応電話に連絡をもらい担当医師に報告、指示で動いている。	訪問診療で看取りを行いました。が、いずれも平日の日中でしたので、死亡確認が早めに出来ている。 連休の時、早朝、夜間時の対応マニュアルに関してはまだ確立していない。
--	--	--

3) 在宅看取りの際に訪問医にお願いしたいこと、協力できること(夜間死亡時に翌朝訪問など)

(自由記載) ■ 医師によっては呼吸停止を看護者等が確認した時間を死亡時間としているため、施設等で呼吸停止時間を見逃さぬよう必死になっているケースもあり、死亡時間は医師が立ち合い、診断した時間の方が良いと思います。 ■ 死亡時間を訪問看護師が到着後にしてほしい。ご家族が呼吸停止を確認した時間にする医師がおり、その場合訪問看護の算定が出来なくなる為。 ■ 先を見越した症状に対する指示(薬・連絡方法) ■ 療養者と家族、医師が望むことの橋渡し役として連携を続けたい。 ■ 現状では特に問題はないが、今後訪問診療医が増加した場合はある程度のルール作りが必要だと思う。 ■ 死亡診断の日時で訪問看護の費用が請求出来ないことがある(死亡後の訪問看護は算定出来ない) ■ 夜間死亡時の対応 ■ 医師によっては、利用者の死亡時刻を家族や施設職員が呼吸停止を確認した時刻にすることがあり、看護師が訪問する前に死亡していたことになることがある。医師が死亡確認し診断した時刻が死亡時刻ではないかと思うのですが。

3.その他医師へのリクエストなど

(自由記載) ■ 当事業所は毎月主治医へ訪問看護報告書を提出しているが、医師が読んでいるかどうか不明。別件の際伝わっていない時もあるため、せめて外来の看護師は目を通し主治医へ伝えて欲しい。 ■ 在宅看取りの場合、医師の死亡確認の時間が遅くなる場合、エンゼルメイクを先に行ってもよいことにしていただきたい。 ■ 日中の診療の弊害にならぬよう、日々の訪問で緊急訪問の必要がないケアの提供とファーストコールの役割を継続したい。今後も訪問診療の開始と同時に訪問看護も開始となる体制を引き続きお願いしたい。

【医療機関との連携】

1. 予防的な入院

1)熱発など現在は軽症だが予防的に入院が必要な利用者がいたことはありますか

いた	いない	分からない
8	4	0

2)いた場合に入院先の確保で難渋していますか

難渋している	していない	どちらでもない
5	2	2

どちらでもない理由:

3)どんな疾患がこれに当てはまりますか(具体的な病態像)(複数回答有)

肺炎(誤嚥性含む)	尿路感染	脱水	その他
6	5	6	5

4)予防的な入院の需要はどのくらいありますか(前年度患者数)

0 人	1～5 人	6～10 人	11～20 人	21 人以上
3	4	1	1	0

2. 退院前カンファレンス

1)退院前カンファレンスに呼ばれるか

ほぼ呼んでくれる	たまに呼ばれる	ほぼ呼ばれない
3	9	0

2)カンファレンスでの情報や内容について

十分な情報である	情報が不足するのでこちらから聞いている	不足している	その他
4	8	0	1

3)退院時指導は医療機関から患者家族へ充分説明され理解していると思うか

理解している	半分くらいは理解している	ほとんど理解していない
2	7	1

4)医療機関ごとに呼ばれる頻度や重症度に差はありますか

ある	ない	まちまち
8	0	3

3.地域包括ケア病棟

1)北見市内に地域包括ケア病棟を持つ病院が幾つかあるが活用したいか

活用している	活用したい(今はしていない)	活用していない
3	7	2

2)活用の有無に限らず、地域包括ケア病棟に何を期待するか(複数回答可)

軽症患者の予防的入院(軽度肺炎・尿路感染など)	リハビリテーション	レスパイト	かかりつけ病院でなくても入院できる
9	3	11	10
急性期から転院した在宅復帰(ポストアキュート)	在宅からの救急入院(サブアキュート)	多剤投与などの調整	認知症の急性増悪
4	8	4	5
介護指導	回復期リハビリ病棟に行くほどリハビリを必要としない患者		
1	1		

3)どんな依頼方法だと便利ですか

バイタルや症状を連携室へ伝える と凡その入院の可否を回答できる (電話等で)	バイタルや症状を伝えて外来受 診次第だか行けそうだと回答が ある	現在の外来受診による医師の診 断にお任せする
6	6	1

4.その他

1)北見赤十字病院で心不全患者の再入院を減少させる取り組みをしていますが、心不全患者の再入院を防ぐために現在欠けていること、または有効だと思われる対策などについてお聞かせ下さい。

(例)心不全患者は退院時にケアマネジャーへ訪問看護が必要だと病院から指示して欲しい

- 訪問看護で生活指導をしても、生活習慣を変えるのは困難。医師からも協力して欲しい。北見赤十字病院ばかりではありません。
- 患者さん毎に管理のポイントが違うので、循環器外来と訪問看護が情報を共有し、気軽にいつでも連絡できる専門の窓口があるといいと思います。
- 訪問看護を利用いただき、予防からの関わり。
- 病状悪化による早期発見のため、訪問看護を勧めて欲しい。
- 退院時指導に必ず呼んで欲しい。療養者と家族と一緒に指示内容を聞くことで、日常生活の注意点や受診の必要な時を共有できる。療養者と家族にすると病院と訪問看護がつながっているとの安心感にもなる。
- 外国では食品業界と協力して、缶詰や加工食品の減塩を数年かけて徐々に薄味にし、減塩対策をとった。少しずつ変えることで気づかず薄味に慣れるといった取り組みは有効だと思う。
- 入退院を繰り返す患者に対しては、訪問看護を導入し、心不全手帳を有効に活用することで病状の変化を把握しやすく早期の受診につなげることが可能ではないかと思う
- 退院先が施設であれば、施設職員への介護指導等。

【調剤薬局等との連携】

1.調剤薬局との連携

1).調剤薬局への相談調整をしていますか

いつもしている	たまにしている	ほとんどしていない	その他
1	8	3	0

2)調剤薬局は多剤処方などのケースに対応してくれますか

いつもしてくれる	たまにしてくれる	ほとんどしてくれない	その他
5	6	0	1

3)自己管理困難な患者さんの処方薬の整理を患者宅や事業所持ち帰りで実施していますか

ほぼしている	している場合がある	していない	その他
3	7	1	0

4)実施している場合の業務負担はどのくらいですか

患者 1 人あたり時間（全事業所平均）	利用者数（全事業所合計）
1.6 時間	77

5)処方薬の整理業務についてどう考えていますか(訪問看護師の業務かどうか)

すべて訪問看護の業務	訪問看護業務の一部	訪問看護の業務ではない
0	12	0

6)訪問薬剤指導を依頼したいと思うケースはありますか

ある	たまにある	ほとんどない
4	7	0

7) 訪問薬剤指導を依頼したい具体例を幾つか教えてください(複数回答可)

認知症で管理が出来ない	単身者で管理ができない	内服や病状の理解が乏しい	間違った飲み方を頑なに信じている
5	1	6	6
自己判断で減薬や休薬をしている	管理できないことを隠している	薬剤師という専門家の方が言う事を聞く	
8	2	5	

8)訪問薬剤指導を依頼したいと思うケースは事業所全体のどのくらいですか

0 件	1～5 件	6～10 件	11～20 件	21 件以上
0	8	1	0	0

9)調剤薬局、病院薬剤師へ聞きたいこと、または依頼したいこと。

- 受診する医療機関数が多かったり、同一病院でも複数科受診の場合、訪問看護師だけでは管理しきれない。同一薬局が関わっている場合は薬剤師にお任せの方が確実だと思う。
- 薬剤指導を依頼している患者さんは数名いるが、ほぼ連携がとれない。問い合わせをしても「看護師は口を出さないで欲しい」と言われたりすることがある。サービス担当者会議に出席するになどして考え方を聞いてみたい。
- 病院薬剤師は退院まで自己管理が出来ない患者の把握と自己管理の方法をどうしているのか。訪問看護利用者が訪問日まで内服できるセットをお願いしたい。
- 自宅でカレンダーを利用していれば、自宅と同じ方法で入院中も継続できれば良いと考えている。
- 他院処方薬の薬剤で類似の調整
- 認知症等の利用者が受診したことを忘れ、同月に複数回受診した場合、その度に薬が処方されるケースが時々ある。そのような場合の薬局側の対応というのは可能か。
- 薬の有効期限が不明なことが多く、薬袋などに明記することはできないか(頓服など)
- 残薬調整を管理して頂きたい。

【ケアマネジャーとの連携】

1. ケアマネジャーとの連携

1) ケアマネジャーは訪問看護のサービス内容を理解しているか(事業所全体の意見として)

充分理解している	理解している	あまり理解していない	ほとんど理解していない
1	7	3	0

2) 理解していると考えられるケアマネジャーの割合

全体の 0～10%	全体の 11～30%	全体の 31～50%	全体の 50%以上
1	0	0	7

3) ケアマネジャーからの困る依頼や相談にはどんなものがありますか

- 訪問看護が今すぐ必要とは思えないが、緊急訪問が出来るという理由で依頼が来るのは適切ではないのではないか。訪問頻度も月 1～2 回の定期訪問なので、普段の様子が分からないことが多い。
- 体調の悪い時だけ入って欲しい、ホームヘルパーの手配がつかないのでオムツ交換を看護師がして欲しい。限度額やお金がないので入浴と服薬管理を 30 分でして欲しい。入院が必要だか、家族が難しいので、説得に行っていて欲しい、など。
- 入浴介助後の風呂掃除や急な依頼、訪問日依頼。
- 単位が足りないとことでの准看護師のみの訪問依頼。”
- 30 分で排便誘導、入浴介助など、身体状況から安全安楽なケアの視点ではなく、料金が優先と考えられる場合。
- 胃ろう、自己導尿など特別管理加算対象の算定対象に対し、ケアマネジャーの独断で加算を付けてもらえない時。”
- ホームヘルパーの受診同行が出来ないので、訪問看護で対応して欲しい。医師の指示書に無い依頼
- 訪問看護以外の業務をせざるを得ないことがある(例えば、訪問のついでに食事を温めて提供する等)。ヘルパー不足で見つからないため、ヘルパーで対応可能な排泄ケアや入浴、保清などの支援の依頼が増えている。受診日調整などをすべて一任されることがある。
- 介護保険の限度額が満額なので医療保険で行って欲しいとか、毎日朝・夕の2回入って欲しいなど。

2. 利用者を依頼される際、ケアマネジャーから提供不足と感じる情報やアセスメントはありますか

ない	多少ある	かなりある	自分(看護師側)で情報を入手する
1	8	1	1

どんな情報やアセスメントですか

- 訪問看護で何をしたらいいか掴みきれないこともあると思うが、認知症の方の対応に困って訪問看護を入れ、ほぼ看護師へ丸投げで患者家族への訪問看護の理解がない。医療情報を把握していないケアマネジャーさんが多いので、情報収集は最初から実施するケースが多い。
- 訪問看護サービス時に毎月モニタリングとして同時に訪問にくるケアマネジャーさんがいます。看護師に聞かれないことをケアマネジャーへ話したい利用者さんもいると思うので、たまには別に訪

問してはいかがでしょうか。

- 入院中の経過、退院時薬の内容や病状、治療の経過の情報が不足している。
- 療養者、家族の病気に対する理解度や今後の想いについてなど。
- 既往歴や家族情報、服薬状況が曖昧なことがある
- 病歴・内服状況(薬剤使用)。かかりつけ医の数など。

3.その他 ケアマネジャーへのリクエストをお聞かせ下さい

- 訪問看護を依頼する際は最低でも主治医へ伝えて欲しい。医療機関へ指示書の依頼等のやりとりを全て任せるとこちらも困ります。
- 最近も訪問看護の活用が初めてというケアマネジャーさんがいました。訪問看護の役割で重症化、介護予防を行うことが使命ですので、実践発表やグループワークなど何度も一緒にやり顔の分かる関係になれば良いと思います。
- 状態変化によるサービス見直しの提案をした際には対応をスムーズにして欲しい。また経過について利用者家族にも説明して欲しい。
- 退院後から訪問看護を利用する場合は必ず入院中のサマリー(要約)が欲しいです。
- 事前に分かっていたと思われることを当日の朝に連絡をいただくことがあるため、早めに連絡を頂きたい

【在宅医療推進への課題 その他】

1.利用者(週 2～3 回)の利用者だとすると、今後何名位の利用者の受け入れが可能ですか。(全事業所合計)

全事業所合計受け入れ可能数	回答なし(回答欄未設置のため)
---------------	-----------------

2.今後スタッフ確保が出来ると仮定した場合、あと何名の看護師、利用者を受け入れたいと思うか(今後の予定)

確保したいスタッフ数(全事業所合計)	受け入れたい利用者数(全事業所合計)
9 人	98 人

3.その他(自由意見をお聞かせください)

- 私も病院勤務時にそうだったが、病院の医師、看護師は在宅にあまり興味がないと思う。退院したらもう終了といった感じです。この人は退院後どう生活していくのかという視点で入院中から関わっていただけると良いと思います。
- 当ステーションは施設看取りが多い。最期まで施設で生活し看取りを望むことが多くなり、介護職員との連携も重要であり、また課題もある。(前年度施設・在宅看取り 26 件)
- 現在訪問診療部門と訪問看護と行い、緊急対応に応じているので、スタッフの確保とそのスタッフが即戦力になることが望ましい。
- 24 時間体制がスタッフの健康を損なわず行える体制。

在宅ケアマネジメントワーキングチーム事前調査結果 報告書

1. 本調査の目的

本調査は北見市高齢者支援ネットワークにおける、医療介護連携推進部会の活動の一環として、北見市及び北見市医療・介護連携支援センターが設置する「在宅ケアマネジメントワーキングチーム」における、分野別の課題を把握するために実施します。

- 1) 居宅介護支援事業所等における介護支援専門員からの連携に係る課題及び、ケアマネジメントから感じている地域課題についての意見を伺い、課題解決に向けた方策等を検討します。また、併せて医療系サービス活用に対する課題や外来通院困難者の実態を把握するための方策等についても検討します。
- 2) 特に本年度は、居宅介護支援における、主治医との連絡等の課題、医療系サービスとの連絡調整やケアプラン作成上の課題、訪問診療を必要とする利用者の対象及び需要などを明らかにするとともに、課題解決に向けた目標の設定と活動方法を検討します

2. 調査対象:居宅介護支援事業所及び地域包括支援センター

3. 調査期間:令和元年 7 月 10 日(水)から同年 7 月 29 日(月)まで

4. 回答事業所数:居宅介護支援事業所 41/49 事業所中 事業所 (回答率 83.6%)

地域包括支援センター7/7 事業所中 事業所 (回答率 100%)

合計 全事業所 48/56 ヶ所 (回答率 85.7%)

5. 調査の結果 (要旨)

1) 事業所の基本情報

- ① 平成 20 年以降に開設した居宅介護支援事業所が 45%であった。
- ② 営利法人が運営する居宅介護支援事業所が 51%であった。
- ③ ケアマネジャー3 名未満の小規模事業所が 54%を占めた。
- ④ 特定事業所加算Ⅱと特定事業所加算Ⅲの割合は全事業所の 41%が算定していた。
- ⑤ 令和元年 5 月における給付管理数は要介護者 2,976 件、介護予防者 965 件、総合事業給付管理数は 1,329 件であった。
- ⑥ 居宅介護支援事業所の平均利用者数は、要介護者 72.6 件、介護予防 10.5 件、総合事業者 10.7 件であった。
- ⑦ 全ケアプランに対する「入院時情報連携加算」及び「退院・退所加算」の算定率はそれぞれ 0.9%であった。
- ⑧ 末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント(令和元年 5 月実績)の算定件数は 2,976 件中 1 件のみであった。
- ⑨ 平日(月から金)までの営業事業所は 71%であり、。営業時間外・休日の電話当番および緊急時の体制は 90%の事業所で対応していた。

2) 主治医及び医療機関との連携

- ① 主治医との十分な情報提供は「できている」「まあまあできている」と回答した事業所が 89%を占めた。
- ② 主治医への情報提供の方法は「主治医→ケアマネ連絡票」で充分であると回答した事業所が

93%を占めた。

- ③ 6割強のケアマネジャーは歯科医師や薬剤師へ情報提供していると回答した。
- ④ 医療系サービスの提供にあたり、主治の医師等に意見を求めた後にケアプランを提出しているか、その効果について半数のケアマネジャーは効果を感じていない(医師からの反応がない)と感じていた。
- ⑤ 「入院前の本人の生活に対する意向」の中に、治療やケアに関することについて、今は書けないが、今後話をすべてだと思いう意見が最も多く、34%を占めた。
- ⑥ 退院時カンファレンスに必ず訪問看護を呼んでいる事業所は半数強(54%)に留まっており、訪問看護を呼んでいない理由は「日時の調整がつかない」が27%あった。

3) 医療系サービスとの連絡調整やケアプラン作成上の課題

- ① ケアマネジャーが訪問看護をサービスへ組み入れるかどうか迷う時とは、訪問看護対象かどうか分からない(22%)という一方で、利用者の理解が得られないという理由もあった。
- ② 要介護者に対する訪問看護の算定率は16%で、要支援者に対する算定率は4%であった。
- ③ 今後訪問看護を利用したいと思っているケース数で「1～5件ある」と回答した事業所が61%を占めた。
- ④ 訪問看護サービスから提供される利用者の情報で参考になっていることで最も多かったのは「体調や症状のこと」その次は「内服薬のこと」であった。
- ⑤ 訪問薬剤指導(居宅管理指導)は51%の事業所が活用していると回答した。
- ⑥ 訪問薬剤指導をサービスへ組み入れるかどうか迷う時は「訪問薬剤指導の対象かどうか分からない」が回答の21%を占め、また「どこの調剤薬局が実施可能か分からない。訪問可能な薬局リストがあると有難い」や「訪問看護で総合的に対応してもらっているので必要性を感じない」などもある一方で「利用者の理解を得るための説明が難しい」など、利用者に説明について困難を感じていることが分かった。
- ⑦ 要介護者に対する訪問薬剤指導の算定率は3%で、要支援者に対する算定率は1%であった。
- ⑧ 訪問薬剤指導を依頼したいと思うケースでは「認知症で管理が出来ない」「自己判断で減薬や休薬をしている」などが上位の回答を占めた。
- ⑨ 今後訪問薬剤指導を利用したいと思っているケース数で「依頼予定はない」と回答した事業所が38%ある一方で「1～5件ある」と回答した事業所は54%を占めた。特に地域包括支援センターでは71%が「利用する予定がある」と回答していた。

4) 訪問診療を必要とする利用者の対象及び需要について

- ① 現在訪問診療を利用している利用者は31事業所で170名いた。
- ② 今後訪問診療を受ける可能性のある利用者として、「通院介助に身体介護をつけている」「エレベーター無しの集合住宅に居住」「家族の付き添いが難しい」「受診すると疲労して2～3日体調が悪くなる」という利用者は229名いた。
- ③ 上記のうち、「通院介助に身体介護をサービスでつけている」利用者が最も多く110名(24%)を占めていた。

調査結果表の集計

【事業所の基本情報】

1.開設年度

H 10 年～14 年	H 15 年～19 年	H 20 年～24 年	H 25 年以降
1	14	14	7

2.開設主体

医療法人	営利法人	社会福祉法人	一般社団法人	その他
7	21	15	4	1

3.事業所の職員数

1)介護支援専門員常勤換算数

3 人未満	3 人～5 人未満	1.5 人～7.5 人未満	7.5 人～10 人未満	10 人～15 人未満
26	12	6	4	0

2)社会福祉士の常勤換算数(地域包括支援センターのみ)

0 人	0 人超 2 人未満	2 人～5 人未満
0	5	2

3)保健師等の常勤換算数(地域包括支援センターのみ)

0 人	0 人超 2 人未満	2 人～5 人未満
2	5	0

4)その他職員(事務・看護補助者等)常勤換算数

0 人	0 人超 1 人未満	1 人～2 人未満
35	6	7

4.利用者の状況 保険種別利用者数と訪問回数(令和元年 5 月実績)

要介護者数	介護予防者数	総合事業者数	全事業所合計数	事業所平均数
2,976	965	1,329	5,270	62 (要介護のみ)

5.加算の届出の状況

1) 特定事業所加算の届出(令和元年 5 月実績) (居宅介護支援事業所のみ)

加算Ⅰ	加算Ⅱ	加算Ⅲ	加算Ⅳ	加算無し
0	12	5	0	25

2) 入院時情報提供加算の状況について(居宅介護支援事業所のみ)

入院時情報提供加算Ⅰ	入院時情報提供加算Ⅱ	無し
38	9	25

3)退院・退所加算の状況について(居宅介護支援事業所のみ)

退院・退所加算(Ⅰ)イ 450 単位	退院・退所加算(Ⅰ)ロ 600 単位	退院・退所加算(Ⅱ)イ 600 単位
7 件)	2 件	3 件
退院・退所加算(Ⅱ)ロ 750 単位	退院・退所加算(Ⅲ) 900 単位	算定無し
0 件	0 件	29 ケ所

6.営業日

平日	平日+土	平日+土日	平日+土+祝日	全て	その他
34	6	1	5	0	3

7. 営業時間外・休日の電話当番および緊急時の体制について

自宅待機(オンコール)	電話転送	その他
12	32	2

【主治医等との平時の連絡等の課題】

1.主治医とは十分な情報提供ができていますか

できている	まあまあできている	できていない	その他
2	40	2	2

2.主治医へどんな情報を伝えているか

ケアプラン作成(新規・更新・区分変更後)について	利用者の医療・看護・介護・症状について	サービス担当者会議について
39	25	3
福祉用具貸与(購入)について	医療系サービスの導入について	その他
23	39	10

3.主治医等への情報提供

1)主治医への情報提供の方法は「主治医→ケアマネ連絡票」で充分か

充分である	不足している
42	4

2) 主治医への情報提供「主治医→ケアマネ連絡票」の作成提出件数(令和元年5月実績)

0件	1～3件	4～9件	10～15件	15件以上
9	21	9	6	3

3)歯科医師へ情報提供していますか

している	していない	したことはない	その他
29	8	7	3

したことがない理由

- ① 対象者がいない。
- ② 必要時している。
- ③ 関わりがない。
- ④ 噛み合わせ、租借など情報提供すべき内容が今ひとつ分からない。
- ⑤ 居宅療養管理指導の必要がない場合。

4) 薬剤師へ情報提供していますか

している	していない	したことはない	その他
32	9	5	1

薬剤師へ情報提供したことがない理由(自由回答)

- ① 関わりがない。
- ② 薬剤管理、内服状況を頻回にチェックして
- ③ 欲しい場合は訪問看護へ依頼している。
- ④ 確認したい状況が互いにある時のみ提供し

ている。

④ 居宅療養管理指導の必要がない場合。

5)医療系サービスの提供について、主治の医師等に意見を求めた後にケアプランを提出したことによる効果について

効果を感じている	多少感じている	感じていない	分からない	その他
0	10	21	15	1

【医療機関との連携】

1.「こんなケースでも在宅生活を続けられているケース」(自由回答)

- ① 要介護5の76才女性、家族の介護と訪問看護、訪問介護サービス利用で生活している。
- ② 要介護5の筋ジストロフィー症で全介助。高齢者住宅にて、訪問介護、通所サービスを利用。介護保険と障害支援サービスを組み合わせで在宅生活を継続。
- ③ 夫婦ともに認知症、90才、子どもは遠方。ヘルパー、通所、訪看で連携し在宅を継続。
- ④ 寝たきり全介助、子と同居。訪問診療、介護サービス様々を利用し在宅生活。
- ⑤ 要介護5の95才女性。就労する娘との二人暮らし。退院後サービス利用で生活。
- ⑥ 要介護4の認知症。息子と二人暮らし。徘徊するも通所、関係機関見守り、徘徊高齢者検索(GPS)サービス利用で生活。
- ⑦ ターミナルでほぼ寝たきり状態の67歳女性。夫と二人暮らし。訪問診療・訪問看護・訪問介護・福祉用具貸与・短期入所療養介護・訪問入浴を利用し自宅で生活している。
- ⑧ インスリンの自己管理が不完全な高齢者世帯であるが、訪問看護・訪問介護・通所リハビリでDM管理の助言や見守りをうけながら生活している。
- ⑨ 中度認知症の85歳男性。ADL自立。家族は遠方にいるが、訪問介護等で生活。
- ⑩ 軽度認知症95才女性。ADL一部介助。単身。ヘルパー、近隣、友人見守りで生活。
- ⑪ 認知症80才男性。本人の年金で家族6人生活。介護者は要支援。子供は定職なし。
- ⑫ 住宅型有料老人ホームで診療所が併設されており、在宅酸素でも生活できる。
- ⑬ 両下肢麻痺で車椅子。63才女性。団地2階に居住。単身だが、ヘルパーや近隣の見守りで生活。
- ⑭ 中度認知症の単身87才女性。団地の知人の支援やヘルパー利用で生活。
- ⑮ 中度認知症の独居90才女性。家族は遠方。デイ、ショート、ヘルパー利用で生活。
- ⑯ 酸素10ℓの70才男性。入退院繰り返すが自宅で生活。
- ⑰ 中度認知症夫婦80才代。毎日の訪問介護で何とか生活を維持している。
- ⑱ 90才の独居女性。認知症と脊柱管狭窄症で杖歩行、要介助。緊急通報システム導入で近隣の見守り、訪問介護と通所サービスで生活。
- ⑲ 後縦靱帯骨化症の85才女性。単身だが、ヘルパーや近隣の見守りで生活。
- ⑳ 両下肢切断の70才男性。医療機関の受診は拒否。近隣の見守りで生活。
- ㉑ 生活保護で家族や支援者がいない。アパートへ住む67才単身男性。
- ㉒ 知的障害72才男性。下宿で独居。心筋梗塞、脳梗塞。居宅療養管理指導とヘルパー支援で生活。
- ㉓ 57才男性。下宿で独居。インスリン自己注できず、毎日通院し外来で実施し、在宅継続。
- ㉔ 64才女性。近隣家族いるが、独居。狭心症あり内服多数。認知症あり外出してしまう。小規模多機能と訪問薬剤指導で生活。
- ㉕ バルン留置の独居女性。ヘルパー、訪問看護で在宅生活。

- 26 認知症 78 才男性。同居の妻も認知機能低下。ヘルパー、訪問看護で在宅生活。
- 27 ADL 全介助の 86 才、独居男性。ヘルパー平日 2～3 回訪問。デイで入浴。娘が毎日訪問し在宅生活。
- 28 中度認知症、ADL 自立の 90 才独居女性。週 5 回の配食サービス、週 5 回のデイサービス、ヘルパーの家事援助で在宅生活。
- 29 要介 3。93 歳女性。認知あり。ADL ほぼ自立。ストーマあり。独居で訪看、ヘルパー利用し、近隣の方の支援にて生活。
- 30 要介 5。96 歳女性。70 歳代の娘 2 人で介護している。多種のサービス、往診で在宅で生活。
- 31 要介 3。85 歳男性。長谷川式 14 点。独居 1 日 2 回ヘルパー、土曜日 DS 利用。
- 32 娘 2 人(札幌、京都)半年に 1 回来る。CM と都度電話で報連相を行っている。
- 33 アルコール依存症の 70 才独居男性。ADL 一部介助。訪看・ヘルパー・デイなど使い何とか生活。
- 34 アルコール性認知症の 72 才男性。ヘルパーデイや家族の見守りで生活。
- 35 片麻痺中等度の 72 才男性。ADL ほぼ全介助。デイ・訪問や短期入所で家族の負担軽減して生活。
- 36 70 才女性。透析実施。二人暮らしで夫は稼働中。訪看・ヘルパー、兄夫婦の見守りで生活。
- 37 要介護 5 の 88 才女性。限度額超えだが在宅生活継続中。
- 38 夫婦ともにⅢa の認知症。二人暮らし。ヘルパー等で生活。
- 39 末期でも自宅を希望するのであればサービスを活用して在宅生活できます。たとえ 1 日でも希望すればサービス調整します。
- 40 84 才女性、ADL 全介助。バルン留置。訪問診療・訪問看護うけ生活。
- 41 83 才女性。重度の認知症。毎日デイサービス利用。受診すると不穏になるので訪問診療を受けている。
- 42 自立度Ⅱb の 87 才独居女性。ヘルパー、デイ、知人の見守りで生活。
- 43 100 才女性、寝たきり要介護 5。息子 85 才と二人暮らし。ヘルパー、訪問看護、自宅看取り希望。
- 44 大腿部頸部骨折、中度認知症独居女性。手術せず在宅。デイとヘルパー毎日利用で生活。
- 45 寝たきりで家族同居だが日中は一人。ヘルパー、訪看、デイ週 5 回で在宅生活。
- 46 中度認知症の 87 才独居女性。通所、ヘルパー、配食サービスと従妹の見守り受けて生活。
- 47 独居で認知症の 93 才女性。週 2 回のヘルパーと安否確認ヤクルトの支援で生活。
- 48 身内無しの高齢者夫婦。夫の希望で在宅生活。
- 49 認知症の 91 才女性。市内に身内なし。毎日ヘルパー支援で生活。
- 50 知的障害の妹と同居。サービス利用で在宅生活。
- 51 車いす生活の独居。毎日の訪問介護で生活。
- 52 寝たきり要介護 5 の女性。夫婦生活。毎日の保訪問介護で生活。
- 53 軽度認知症状ある 70 代女性。ADL 自立。インスリン注射に見守り必要だが、別居家族とヘルパーの訪問が調整でき在宅復帰。(家族週 5、ヘルパー週 2)
- 54 独居。ADL 自立。家族が月 1 回訪問。ヘルパー週 2 回程度利用で生活
- 55 中度認知症の高齢者。サービス利用無しでも家族や近所の方の支援で生活している。
- 56 独居で市内に家族無し。デイ、ヘルパーで生活している。
- 57 認知症、一人暮らし、インスリン手技が困難。インスリン時間を医師に調整して頂き、ヘルパー等の見守りのもと在宅独居生活が行えている。
- 58 がんで ADL 全介助の 76 才女性。夫と二人暮らし。道外に住む娘が長期滞在し介護。
- 59 中度認知症の 89 才女性。独居だが、友人が来て、外出支援などしてくれる。
- 60 重度認知症、ADL 全介助の 89 才女性。短期入

- 所を上手に使い、家族が介護を続けている。
- 61 意思疎通困難でADL全介助の82才女性。要介護5。ショートステイ子、の介助で生活。
- 62 66才男性要介護5。人口呼吸器。週5回のデイ。レスパイト入院で在宅生活。
- 63 中等度認知症の79才女性。歩行器で移動。シルバーハウジングで通所サービスと配食サービスを利用。
- 64 83才男性。妻と同居。車いす。訪問リハと通所サービスを利用。
- 65 転倒を繰り返す85才女性、独居。入浴・掃除のヘルパーでADL改善し生活。
- 66 訪問診療へ切り替えることにより、不慮の自宅死へのリスクが軽減する。
- 67 中度認知症の女性(介護2)要介護4の夫との二人暮らし。
- 68 重度認知症の要介護5の女性。精神疾患を持つ娘との二人暮らし。
- 69 介護者が認知症または精神疾患。ヘルパー、デイサービス等で何とか在宅生活。
- 70 病院スタッフは在宅は無理といったが、本人の意向で在宅生活が継続できている。
- 71 退院後何かあったら病院が受け入れを約束でき、多職種で連携して在宅が出来た事例がある。

- 2) 「入院時情報提供書」の中に「入院前の本人の生活に対する意向」の中に、治療やケアに関することは書けますか

書ける	書けない	そういう話はしていない
11	1	7
分からない	今は書けないが、今後話をすべきだと思う	その他
7	15	7

2 医療機関との対応

- 1) 入院前に訪問看護を利用していた場合、又は、退院後に訪問看護の利用予定がある場合、退院時カンファレンスに訪問看護を呼んでいますか

いつも呼んでいる	たまに呼んでいる	呼んでいない
23	19	3

- 2) 上記の質問で訪問看護を呼んでいない理由がありますか

呼びづらい	日時の調整がつかない	呼ぶことを思いつかない	その他
2	13	0	6

- 3) 医療機関からの急な退院の連絡があり、対応が困難な例を教えてください(自由回答)

- ① 退院日が直近の連絡で福祉用具を週末緊急で調整。
- ② 明日退院と言われても何とか対応しています。
- ③ 今日退院するのでサービスを入れて欲しいという連絡。
- ④ 日曜日に退院すると、金曜日に病院から連絡あり。状況も詳しく分からず、介護サービス調整が困難。
- ⑤ サービス調整が困難。プランが間に合わない。
- ⑥ 入院中に2回訪問。退院後自宅内の環境調整等が必要と予測したため、医療相談室へ退院時情報提供頂くよう依頼し了解を得たが、次に連

- 絡があったのは自宅退院した後でしかも家族だった。病院からは連絡がなかった。
- ⑦ 同居家族が自宅で看取りたいと主治医に相談すると、訪問診療医へ連絡されすぐに往診となった。
 - ⑧ 過去の連携会議で出た事例と同じ連絡無し退院が続いています。
 - ⑨ 退院前に連絡を医療機関へ依頼していたが、当日退院と言われ環境が整わなかった。
 - ⑩ 病院より退院日連絡があったが、家族の仕事都合で変更になり、調整に手間がかかる。
 - ⑪ 退院後の入居先は決まらないのに退院日が決まっている。
 - ⑫ 介護申請前に退院予定だと新規で連絡がある。何も決められない。
 - ⑬ 1 日前の退院連絡や何の連絡もなく退院していたケースもあった。
 - ⑭ 小林病院や北見中央病院では比較的急な退院連絡が多い
 - ⑮ 急遽退院の連絡が来て、受け入れ体制が間に合わない。
 - ⑯ 病院医療相談室と病棟看護師で方向性が全く違うケースあり、家族とケアマネジャーが混乱した。
 - ⑰ ADL ほぼ自立だったが車いす状態で退院の連絡が来る。
 - ⑱ 最近はない。
 - ⑲ 土日の退院は遠方の場合だと、迎えも自費サービスとなる。対応に困難。
 - ⑳ ケアマネジャーが決まっていない方で、すぐに退院したいという連絡。
 - 21 週末退院の連絡が金曜日に来る。サービス調整が間に合わない。
 - 22 退院日 2～3 日前の新規ケースの退院調整。
 - 23 本人の状態に変化がサービス調整の必要がない場合にも急に連絡がくることがあるが、対応困難な事例は殆どない。
 - 24 住宅改修が必要な身体状態なのに何も準備できていない。
 - 25 重度の認知症があるため、短い入院期間で退院。そのため再入院を繰り返している。
 - 26 土日に外泊訓練した翌月曜日に退院するとの連絡。
 - 27 転倒、骨折で寝たきり状態。月の中旬に病院から電話あり「治療が終わったので月末に退院してください」入院先で転院などの斡旋なし。
 - 28 入院前に無かった医療機器をつけての退院指示への対応。
 - 29 入院中認知症が進行し、急遽退院が決定したものの、連絡は家族のみでケアマネジャーへは連絡無しだった

4) その他 医療機関に対する要望を教えてください(自由回答)

- ① ADL の変化があった場合は早めに知らせて欲しい。
- ② 退院の連絡が入らない。
- ③ 入院前と特変なくとも病院へ来て欲しいと連絡がありますが、その場合は書面だけ良いと思います。
- ④ サマリーの具体的なものが欲しい。
- ⑤ 入院時情報提供行っているけど、退院の連絡がない。
- ⑥ 病院によって MSW の対応が様々。情報をくれな
- いことが一番困る。
- ⑦ 認知機能や理解力が低下している利用者に対し、受診時ヘルパーが同行することが多いが、診察時の内容をヘルパーへも教えて欲しい。(同意書が必要であれば各医療機関の同意書を作成して欲しい)
- ⑧ 土曜日に救急搬送にて入院。祭日の月曜日に入院時情報提供しようとしたら、担当不在と断られた。
- ⑨ 退院前の連絡を必ずして欲しい。

- ⑩ 医療機関により主治医意見書の提出が遅く、要介護認定結果が遅延する。
- ⑪ 入院連絡が家族に無いことが多いので、医療機関から連絡もらえると助かる。
- ⑫ 退院後、外来で症状や薬の相談にのって欲しい。
- ⑬ 相談員がいない医療機関の相談窓口の明確化。
- ⑭ 退院時期は認定調査のあとにお願いしたい。(早く動いて欲しい)
- ⑮ 可能な限り退院時のカンファレンスを開催して欲しい。
- ⑯ 入院時に情報提供しても何の対応もしてもらえないことがある。
- ⑰ ターミナルの新規依頼の場合(予後が一週間でも)介護保険対応は必要か？。自費対応も選択肢に入れて欲しい。
- ⑱ 服薬変更時は相談して欲しい(対応の可否確認)。
- ⑲ 入院時は MSW と情報共有していたが、退院時は在宅の様子を知らない看護師から連絡が来ることもある。
- ⑳ MSW がいる医療機関は相談や情報提供がしやすい。
- ㉑ 病院の相談窓口はあっても、病棟看護師から直接連絡がくる。事業所の休みの土曜日にくることもある。
- 22 退院に向けサービス調整を行い、あとは退院日が決まったら教えていただく、とした時でも、退院当日の連絡では調整できないことがあるので、できれば早めに教えてほしい。
- 23 MSW と病棟看護師の話にズレがある。院内で方針を統一して欲しい。
- 24 退院調整の担当者によっては『医師の判断のため』と本人や家族、在宅支援者の意向を聞き入れられない方もいる。担当者によっては医師に再調整を図ってくれる方もいる。
- 25 医療処置が必要で、医師から訪問看護の判断したが、家族への説明の際に医師が訪問介護を入れるべきと(ケアマネ不在時に)説明した。連携を密にして欲しい。
- 26 医療機関によって、また外来や病棟の看護師毎に介護保険についての知識の差がありすぎると思う。
- 27 入院時情報提供行っている、退院の連絡がないところはまだある。

【医療系サービスとの連絡調整やケアプラン作成上の課題】

1.訪問看護サービス

1)訪問看護をサービスへ組み入れている割合はどのくらいか (※令和元年 5 月実績)

要介護(総件数・割合)	要支援(総件数・割合)
459 / 2,933 件 (16%)	73 / 1,978 件 (4%)

2) 訪問看護をサービスへ組み入れるかどうか迷う時はどんな時か

訪問看護対象か分からない	病状が軽度で断られるかも	なんとなく依頼しづらい	依頼方法が分からない	その他
10	6	0	0	25

訪問看護をサービスへ組み入れるかどうか迷う時はどんな時か(自由回答)

- ① 訪問回数頻度・服薬管理を訪問にするか薬剤師に依頼するか迷う。
- ② 迷うことはないが、訪問看護側で空きの調整が困難な時が困る。
- ③ 本人か必要性を理解していない。
- ④ 利用者が？(事業所が？)訪問看護の必要性を理解してもらえない。
- ⑤ 限度額に制限あり、必要回数を利用できない

- い。
- ⑥ 迷わない。
 - ⑦ 限度額や自己負担の関係。
 - ⑧ 利用者、家族の同意が得られない。
 - ⑨ 本人よりお金がかかるから必要ないと断られる。
 - ⑩ 服薬管理が困難になっているにもかかわらず、本人が受け入れない。
 - ⑪ 費用負担や必要性を説明するのが難しい。
 - ⑫ 本人が断る。
 - ⑬ 利用金が高額
 - ⑭ ケアマネジャーが必要性を感じても利用者が拒否する。
 - ⑮ サービス単価が高く、利用者が敬遠する。
 - ⑯ 利用料金が低い。
 - ⑰ 本人と家族の理解が得られない。
 - ⑱ 訪問看護の必要性を利用者が分かってくれず、かつ訪問介護より単価が高く、敬遠される。
 - ⑲ 料金が低い。

3) 今後訪問看護を利用したいと思っているケース数

予定なし	1～5 件	6～10 件	11 件以上
9	30	3	2

4) 訪問看護サービスから提供される利用者の情報で参考になっていること

内服薬のことについて	感染症(肺炎)などの連絡	皮膚や褥瘡の有無
37	18	30
主治医からの情報	体調や症状のこと	その他
32	40	3

2. 訪問薬剤指導

1) 訪問薬剤指導(居宅管理指導)を活用していますか

している	一部している	していない	したことがない
22	5	13	5

2) 訪問薬剤指導をサービスへ組み入れている割合はどのくらいか (※令和元年 5 月実績)

要介護(総件数・割合)	要支援(総件数・割合)
66/2,300 件 (3%)	12/1,741 件 (1%)

3) 訪問薬剤指導をサービスへ組み入れるかどうか迷う時はどんな時か

訪問薬剤指導の対象か分からない	病状が軽度で断られるかも	なんとなく依頼しづらい	依頼方法が分からない	その他
10	0	4	3	29

訪問薬剤指導をサービスへ組み入れるかどうか迷う時はどんな時か(自由回答)

- ① どこの調剤薬局が実施可能か分からない。訪問可能な薬局リストがあると有難い。
- ② 本人か必要性を理解していない。
- ③ 必要性を感じない
- ④ 薬の管理は自分でできると断られる。

- ⑤ 施設へ配薬される際に直接薬剤師へ確認している。
- ⑥ 病院からの助言により依頼している。
- ⑦ 沢山の内服薬があり、本人が管理しきれず残薬が多数あるときに依頼したい。
- ⑧ 訪問看護で薬管理を依頼している。
- ⑨ 訪問看護なら毎週の管理が可能である。
- ⑩ 訪問看護で総合的に対応してもらっているので必要性を感じない。
- ⑪ 何ヶ所もの薬局から処方してもらっている場合、どこの薬局にすればよいか迷う。
- ⑫ 利用者の理解を得るための説明が難しい。
- ⑬ 利用してもらいたいが利用者は必要性を感じていない。
- ⑭ 薬局から遠い。
- ⑮ 既に訪問看護を利用している。
- ⑯ 依頼したことがないので迷いがある。
- ⑰ 今まで必要な方がいなかったなので、利用していない。
- ⑱ セットのみでは服薬できない認知症のケースでも何か方法があるのだろうか。
- ⑲ 該当する調剤薬局に薬剤師が1名しないなく、対応できない。
- ⑳ 本人に必要性を感じてもらえない。
- 21 麻薬の薬剤処方などで必然的に薬剤師は関わる。
- 22 かかりつけ薬局が決まっていない場合。
- 23 利用者が訪問を受け付けてくれない場合、自己負担面など。

4) 訪問薬剤指導を依頼したいと思う具体例（複数回答可）

認知症で管理ができない	単身者で管理できない	内服や症状の理解が乏しい	間違った飲み方を信じている
29	24	26	19
自己判断で減薬や休薬をしている	管理できないことを隠している	薬剤師からの方が言う事を聞く	その他
28	11	15	5

5) 今後訪問薬剤指導を利用したいと思っているケース数(事業所数)

予定なし	1～5 件	6～10 件	11 件以上
18	27	2	0

【訪問診療を必要とする利用者の対象及び需要について】

1. 訪問診療について

1) 訪問診療をうけている利用者（※令和元年 5 月実績）

いない(事業所数)	いる(事業所数・人数)
16	31 事業所所・170 名

2) 今後訪問診療を受ける可能性のある利用者はどのくらいいるか。(通院困難基準と人数)

利用者の状況と通院困難な可能性の理由	人数
① 通院介助に身体介護をサービスでつけている	110
② エレベーター無しの集合住宅に住んでいる	6
③ 家族の付き添いが難しい	65
④ 受診すると疲労して 2～3 日体調が悪くなる	46
⑤ その他の通院困難理由()	2
合計	229

3) 今後訪問診療を受ける可能性のある利用者の通院先と通院困難な可能性の理由（上位 4 位まで）

通院困難な可能性の理由

- ① 通院介助に身体介護を訪問介護サービスでつけている
- ② エレベーター無しの集合住宅に住んでいる
- ③ 家族の付き添いが難しい
- ④ 受診すると疲労して 2～3 日体調が悪くなる
- ⑤ その他の通院困難

医療機関名		利用者数 ①～⑤の和	上記の通院困難な可能性の理由内訳数				
			①	②	③	④	⑤
1		43	22		17	3	1
2		23	16		7		
3		4	1		2	1	
4		13	11			1	1
5		6	4		1		1
6		4	1			1	2
7		6	1			4	1
8		1				4	1
9		4	4				
10		6	5			1	
11		4				4	
12		50					50
13		2	2				
14		1				1	
15		1					1
16		1			1		
17		2	1			1	
18		1				1	
19		3			3	4	
20		2				2	
21		4	1		3		
合 計		181	69	0	34	28	58

調剤薬局ワーキングチーム事前調査結果 報告書

1. 本調査の目的

本調査は北見市高齢者支援ネットワークにおける、医療介護連携推進部会の活動の一環として、北見市及び北見市医療・介護連携支援センターが設置する「調剤薬局ワーキングチーム」における、分野別の課題を把握するため会議に先立ち、北見市内の調剤薬局を対象に調査を実施します。

- 1) 調剤薬局等における医療機関退院後の入院医療機関との処方等に関する連携に係る課題、訪問薬剤指導における現状と課題、及び訪問看護サービスとの連携に係る課題についての意見聴取と課題解決に向けた方策等を検討することを目的として実施します。
- 2) 特に本年度は、居宅療養管理指導や在宅患者訪問薬剤管理指導などが多く活用され疾病悪化を防ぎ、ケアマネジャーや訪問看護からの訪問薬剤管理指導の依頼や薬に関する相談が多く寄せられるようになることを活動の目標とし、その方法を検討します。

2. 調査対象:北見市内の調剤薬局 46 薬局

3. 調査期間:令和元年 11 月 8 日(金)から同年 11 月 15 日(金)まで

4. 回答事業所数:調剤薬局 37/46 (回答率 80.4%)

5. 調査の結果 (要旨)

1) 薬局の基本情報

- ① 2 人以上と 5 人以上の薬剤師が在籍する薬局が 10 薬局ずつで最多であった。
- ② 介護支援専門員資格を所持している薬剤師が在籍する薬局は 4 薬局で 5 人いた。
- ③ 薬局の立地状況は、診療所前が最多で 22 薬局(n=37)あった。
- ④ 令和元年 9 月の来局患者数は 1,000~1,499 人の薬局が最多で 13 薬局(n=37)であった。
- ⑤ 北海道健康づくり支援薬局の認定薬局数は 7 薬局で、今後認定を受ける予定が 2 薬局あった。
- ⑥ 健康サポート薬局の届け出は 7 薬局で、今後届け出予定が 5 薬局あった。

2) 在宅業務について

- ① 過去に在宅業務をしたことがある薬局は 24 薬局で、したことがないのは 12 薬局であった。(n=35)
- ② 令和元年 9 月に在宅業務をした薬局は 21 薬局で内訳は以下の通りであった。
 - (ア) 在宅患者訪問薬剤管理指導料 のべ 29 件(17 人)
 - (イ) 居宅療養管理指導料 のべ 116 件(70 人)
 - (ウ) 介護予防居宅療養管理指導料 のべ 13 件(7 人)
 - (エ) 上記に該当しない在宅業務 のべ 34 件(17 人)
 - (オ) 令和元年 9 月に在宅業務をした合計は 111 人に対して、のべ 192 件行っていた。
- ③ 今後の在宅業務の増加の可能性について、「可能で予定あり」と回答した薬局は 9 件で、「人員など条件によって増加する」と回答した薬局は 15 件あった。
- ④ 今後訪問可能な月間のべ訪問件数については 1~5 件と回答したのが 15 薬局、6~10 件と回答したのが 4 薬局あり、16 件以上と回答した薬局は 2 件あった。(合計 20 薬局)
- ⑤ 在宅業務を最初に行ったきっかけについては、「介護支援専門員、看護師など医師以外の要望」が 15 件と最多で、続いて患者・家族からの要望で 9 件であった。

- ⑥ 在宅業務を行っていない薬局に理由を尋ねたところ、「薬剤師不足」が最多で 7 件あった。
 - ⑦ 在宅業務を行っていない薬局に今後の在宅業務予定について尋ねたところ、「今後きっかけなどあれば行いたい」が 4 件、「分からない」が 7 件であった。(n=11)
- 3) 在宅業務の対象患者像等について
- ① 在宅業務が必要と思われる患者像について尋ねたところ(複数回答)、「単身者で管理ができない」が最多で 29 件、続いて「認知症で管理が出来ない」27 件、「間違った飲み方をしている」26 件、「内服や病状の理解が乏しい」21 件であった。(自由意見は後述)
- 4) 他職種との連携について
- ① 医師との連携について「課題はない(16 件)」と「課題あり(14 件)」がほぼ同数であった。(自由意見は後述)
 - ② 訪問看護師との業務分担(複数回答)については、「薬剤師の訪問が必要と感じたら遠慮なく相談して欲しいと思う」、「患者の処方薬の整理はケースによって薬剤師も協力すべきだと思う」が 27 件で同数で最も多かった。
 - ③ 介護支援専門員との連携(複数回答)については、「薬剤師の訪問が必要と感じたら遠慮なく相談して欲しいと思う」との回答が 29 件で最多、次が「症状の変化について薬が原因か電話等の相談も可能(営業時間内)」で 23 件であった。
 - ④ 他職種との連携方法への取り組みについては、「他職種との連携向上を図るため研修会の開催・参加」が 23 件で最多となり、「地域ケア会議等における検討・情報共有」と「地域ケア会議以外の会合における検討・情報共有」が 11 件との回答であった。
- 5) その他意見については調査集計票を参照のこと。

調剤薬局ワーキングチーム会議 事前調査集計表

I 薬局の基本情報

No.	設問	回答				
1	貴薬局へ勤務する薬剤師数 (非常勤含む)	1 人	2 人	3 人	4 人	5 人以上
		6	10	6	5	10
2	上記のうち介護支援専門員 資格の保有数	0 人	1 人	2 人	3 人	4 人以上
		33	3	1	0	0
3	貴薬局の立地状況はどれに あてはまりますかについて	診療所前	中小病院前	大病院前	医療モール内	面分業
		22	9	5	1	0
4	令和元年 9 月の来局患者数 (処方患者実数)	499 人以下	500～999 人	1,000～1,499 人	1,500～1,999 人	2,000 人以上
		0	5	13	9	10
5	北海道健康づくり支援薬局の 認定を受けていますか	受けている		受けていない		今後受ける予定
		7		28		2
6	貴薬局は健康サポート薬局 の届け出をしていますか	している		していない		今後届け出する予定
		7		25		5

II 在宅業務について

7	(過去に)在宅業務を実施したことがあ りますか	ある	24			
		したことはない	12			
8	令和元年 9 月に在宅業務を実施しまし たか	した	21			
		していない	5			
9	令和元年 9 月の以下の算定数と人数					
	①在宅患者訪問薬剤管理指導料		29 件(のべ件数)		17 人	
	②居宅療養管理指導料		116 件(のべ件数)		70 人	
	③介護予防居宅療養管理指導料		13 件(のべ件数)		7 人	
	④上記に該当しない在宅業務		34 件(のべ件数)		17 人	
	⑤ ①+②+③+④の合計		192 件(のべ件数)		111 人	
10	今後在宅業務を増やすことは可能で すか、または増やす予定はありますか	可能・予定あり	条件による(人員など)		不可能(現状のまま)	
		9	15		1	
11	今後在宅業務など訪問可能 なのべ件数(月間)	1～5 件	6～10 件	11～15 件	16 件以上	
		15	4	0	2	
12	(初めて)在宅業 務を行ったきっ かけについて(複 数回答可)	患者・家族からの要望があった				9
		医師からの要望があった				3
		介護支援専門員、看護師など医師以外の職種から要望があった				15
		地域ケア会議等で要望があった				0
		外部からの要望はなかったが局内で在宅業務を行うことを決定した				2

		その他 ● 在宅に興味があり、取り扱いの多い同グループ内の別薬局で勤務していた。 ● 入居先の施設からの要望。 ● 会社の方針として在宅業務があり、算定はしていなかったが、条件を満たしていたので居宅療養管理指導として算定を開始した。	
13	(No.「在宅業務を実施したことがない」方) 在宅業務を行っていない理由は何ですか(複数回答可)	薬剤師の人員不足のため	7
		在宅業務を行う費用(人件費・設備費等)が経営上、大きな負担	3
		薬剤師が高齢であり体力的な問題がある	2
		在宅業務の経験・知識がなく、対処方法がわからない	3
		患者や医師などに確認したが、必要性がなかった	1
		患者や医師などに確認はしていないが、必要性を感じていない	3
		その他 →無し	
14	「在宅業務を実施したことがない」方へ今後の在宅業務予定についてお聞きます	今後きっかけなどあれば行いたい	分からない
		4	7

Ⅲ 在宅業務の対象患者像等について

15	在宅業務が必要と思われる患者像 (通院が困難で、医師が必要と認めた患者を前提に、またケアマネジャーに判断しやすい例をあげていただけると助かります)	認知症で管理が出来ない	27
		単身者で管理ができない	29
		内服や病状の理解が乏しい	21
		間違った飲み方をしている	26
		自己判断で減薬や休薬をしている	21
		管理できないことを隠している	16
		介護支援専門員や看護師の言う事を聞いてくれない	11
		その他 (上記に準ずる具体的な患者像) ● 終末期の患者 ● 家族管理でも間違った管理をしているケース ● 色々な医療機関からたくさんの薬をもらっている方 ● 長期間の投与をされている方 ● 規則正しい生活ができない場合	

Ⅳ 他職種との連携について

16	医師との連携について	課題はない	課題がある
		16	14
		どんな課題ですか(自由意見) ● 処方の量が多く患者さんが飲めていない場合、減薬したいが医師へどのように伝えたら良いか難しい。 ● 薬剤師の介入に対して否定的な医師もまだいらっしゃるため、一度断ら	

		れるとその後協力を依頼しにくい。 ● 同様の理由が関係するケースもあるが、他科受診の患者さんの医療機関を減らす際にどう対応したらよいか迷う。” ● 相手が大病院ということもあるが、主治医とは報告書を提出するのみのやり取りで顔が見えない状況が多い。 ● 個人病院の方は看護師やケアマネジャーとカンファレンスできる機会があった。 ● 訪問診療を実施する医師が北見には少なすぎる。一部の医師らへ負担がかかり過ぎ。 ● 基本的に医師代行者(看護師等)とのやり取りになるため、医師本人へどこまで情報が伝わっているか疑問。報告書への反応もなく、一方向のコミュニケーションになってしまっている気がする。 ● 門前医療機関以外の病院との連携。 ● 患者さんとの情報共有についての医師らとの話し合いの場が必要。 ● 相談窓口が分からない。 ● 報告書を提出しているが、情報が共有されているかどうか心配。 ● 医療機関ごとに連絡方法が異なり分からない。 ● 医師の意図するところや要求が知りたい。 ● 報告書の内容が反映されていない事がある。 ● 医療機関と薬局との距離が遠い場合が大変(特に最初の導入時在宅の経験、知識が殆どない医療機関はさらに大変)。	
17	訪問看護師との業務分担について(複数回答可)	患者の処方薬の整理はケースによって薬剤師も協力すべきだと思う	27
		薬剤師の訪問が必要と感じたら遠慮なく相談して欲しいと思う	27
		連携の在り方についての話し合いの場が必要	13
18	介護支援専門員との連携について(複数回答可)	薬剤師の訪問が必要と感じたら遠慮なく相談して欲しいと思う	29
		症状の変化が薬によるものかどうかの電話等の相談も可能だ(但し営業時間内)	23
		サービス担当者会議も予め連絡あればなるべく参加したいと思う	18
		連携の在り方についての話し合いの場が必要	14
19	他職種との連携の具体的方法・内容についてどのようなことに取り組んでいますか(複数回答可)	他職種との連携向上を図るため研修会の開催・参加	23
		地域ケア会議等における検討・情報共有	11
		地域ケア会議以外の会合における検討・情報共有	11
		地域の医療機関・介護施設等の連絡先をリスト化し、地域で共有	5
		地域の医療機関・介護施設等と都度、連絡を取り合っている	9
		医師の在宅訪問への同行	1
		該当なし(他職種と連携していない)	6
		その他(1件)広域性のカバーに対する対応	

V 要介護者等が地域で暮らすため介護サービスに対する薬剤師の立場からのご意見をお聞かせください。

- 医師の指示通りの内服ができておらず、残薬のある同じ薬を繰り返し処方されている患者さんが多くいます。薬の適性使用と無駄な処方を避けるために薬剤師の在宅業務は有効だと思われる。
- 現状の介護度よりも重度ではないかと感じたケースがあった。(介入頻度が少なく本人が我慢している状態だった)
- 「在宅業務＝薬を整理して配達するだけ」といった考えが強いように感じます。薬剤師自身も頑張らなければと思いますが、患者・家族・関わる職種の方の意識を変えてもらうよう働きかけなければならないと思う。
- 薬剤師による居宅療養管理指導がもっと一般的になっていけば良いと思う。
- 薬剤師が実施する介護サービス(居宅療養管理指導)は現状の制度で問題はないと感じている。但し本制度を多職種が知ってもらい、活用することにより、要介護者や家族にとって住みやすい地域になるのではないかな。
- 薬剤師の理想ではなく本人の満足を優先に考えます。
- 何もできることはないような気もしますが、薬や病気に対する不安を取り除くことを少しは出来るのでしょうか。
- 介護サービスについてどのようなものがあるのか特徴などすべての薬剤師が深く理解することで利用者(介護サービスを必要とする方)にサービスを提供できるのではないかと思います。
- 研修会(他職種)の開催など、北見は多く、頑張っている印象がある。但し人員に余裕はなく、思うように参加できないのが残念です。
- 時に「この患者さんへは訪問して薬の整理や説明をした方がいい」と感じる場合があります。その step をどのようにしたらいいものかなどで一歩が踏み出せません。具体的方法をどの薬局でも把握できるようになると、できる範囲で身近なところから実施できるのではと思います。(研修会に参加できなくても在宅業務の方法や実例など情報が入ると助かります)〃
- 潜在的な介護サービスの需要はたくさんあると思われる。我々としては相談や依頼を待っているだけの受け身な立場から、もっと積極的に関わっていく姿勢が必要であると感じています。
- 他職種の方とケア会議でお話しさせていただく機会がありますが、薬剤師に何ができるのか分からないという方が多いのかなという印象を受けます。薬のことで困ったことがあれば薬局へ相談して頂ければ役に立てることもあるかと思いますので、困ったことがあれば相談して頂ければと思います。
- 薬の服用に関してだけではなく、栄養管理の面でも在宅での支援を必要とされるケースが多いと感じております。薬剤師がその方の生活圏に入り、気が付くことをベースに的確な生活指導を行うべきだと考えています。

入退院支援ワーキングチーム事前調査結果 報告書

1. 本調査の目的

本調査は北見市高齢者支援ネットワークにおける、医療介護連携推進部会の活動の一環として、北見市及び北見市医療・介護連携支援センターが設置する「入退院支援ワーキングチーム」における、分野別の課題を把握するために実施します。目的は以下の通りです。

- 1) 医療機関の退院支援に係る在宅や施設及び介護支援専門員等との連携に係る課題についての意見聴取と課題解決に向けた方策等を検討する。
- 2) 特に本年度は、①自宅退院への社会資源の不足について、②施設入所者の退院後の再入所困難ケースの実態について、③高齢者の軽度救急(肺炎・尿路感染・慢性心不全等)の受け入れと退院支援の課題解決に向けた目標の設定と活動方法を検討します

2. 調査対象:北見市内の医療機関(有床診療所及び病院)全 19 機関

3. 調査期間:令和元年 8 月 23 日(金)から同年 9 月 9 日(月)まで

4. 回答事業所数:有床診療所 5/6 (回答率 83.3%)

病院 12/13 (回答率 92.3%)

合計医療機関 17/19 ヶ所 (回答率 89.4%)

5. 調査の結果 (要旨)

1) 機関の基本情報

- ① 入退院支援の独立部署が設置されている医療機関は 52.6%であった。
- ② 入退院支援加算を算定している 6 つの医療機関のうち、半分の 3 機関は最上位の加算 1 の算定をしていた。

2) 高齢者の入退院の状況について

- ⑦ 令和元年 7 月の 65 才以上の入院患者の総数は 1,543 人で、このうち北見市内からの入院数は 1,052 人で 68.1%を占めた。
- ⑧ 上記のうち北見赤十字病院だけに限ると北見市内からの入院は 60.6%であり、北見市外からの入院患者割合は約 4 割を占めていた。
- ⑨ 令和元年 7 月の 65 才以上の総退院患者数(北見市内のみ)は死亡退院者 60 人を除き 921 名で、このうち自宅退院は 724 人で自宅退院率は 78.6%であった。
- ⑩ 令和元年 7 月の 65 才以上の総退院患者数(北見市内のみ)のうち自宅以外への転帰数は 197 人。うち医療機関への転院数は 65 人で、転院率は 7%(65 人÷724 人)であった。(p6 表 1 参照)
- ⑪ 令和元年 7 月の 65 才以上の総退院患者数(北見市内のみ)のうち自宅以外への転帰数 197 人のうち、自宅から来たが自宅以外に転帰した患者数は 76 人で 8.3%あった。
- ⑫ 施設(自宅等・施設系)、から来たが元の療養先へ戻れなかった(転院など)患者は 14 人であった。
- ⑬ 上記のうち、施設(自宅等・施設系)、から来たが元の療養先へ戻れなかった理由で最も多かったものは「経管栄養で経口摂取ができない」で 9 件あった。
- ⑭ 施設(自宅等・施設系)から来たが元の療養先へ戻れなかった場合に退院支援に難渋したと回答した 3 つはいずれも急性期機能を持つ機関であった。
- ⑮ 施設(自宅等・施設系)から来たが元の療養先へ戻れなかった場合に退院支援に難渋した理由と

しては「治療は終了したが、入院期間が予定より延長」、「新しい受け入れ先が見つからなかった」、「ベッドコントロールに支障があった」が同数で 14 件ずつあり同数であった。

- ⑯ 医療機関として施設側と退院受け入れ等について施設側等と協議することについて 76.4%、13 機関が「協力したい」と回答した。

3) 退院支援に伴う地域の資源で不足していると思われることについて

- ⑩ 退院支援の際、地域の資源で不足すると思われるサービスについて、最も不足すると回答したものは、医療処置(経管栄養・喀痰吸引など)を行える施設系の事業所が少ない(15 機関 88.2%)であった。
- ⑪ 上記に加え、訪問診療を行う 医療機関が少ない(12 機関 75%)、医療処置(喀痰吸引)を行う訪問介護の事業所が少ない(12 機関 75%)、医療処置(経管栄養・喀痰吸引)を行う短期入所サービスの事業所が少ない(13 機関 76.4%)、短期入所サービスを行う事業所が少ない(12 機関 75%)という結果であった。

表1

令和元年7月の入退院状況



入退院支援ワーキングチーム事前調査結果 集計表

I 機関の基本情報

No	設問						
1	医療機関の種別をお選びください	診療所(有床)	5		病院		12
2	入退院支援の独立部署はありますか	無し	9				
		有り	8				
		部署名	医療相談室・地域医療連携室・退院支援課・入退院支援室・保健福祉課・医療情報連携室				
		人数	平均 3.25 人				
3	入退院支援加算を算定していますか	していない	11				
		している	6				
		加算 1	3	加算 2	3	加算 3	0

II 高齢者の入退院の状況について

No	設問	回答
4	令和元年 7 月の 65 才以上(介護保険第 1 号被保険者)の入院患者数を教えてください。	1,543 人
5	上記入院患者数のうち、北見市からの入院数を教えてください。	1,052 人
6	令和元年 7 月の 65 才以上(介護保険第 1 号被保険者)の退院患者数を教えてください。	1,298 人
本設問以降は北見市在住の患者さんのみでご回答ください		
7	令和元年 7 月の 65 才以上の総退院患者数数を教えてください。(死亡退院を除く)	921 人
	令和元年 7 月の 65 才以上の自宅院患者数数	724 人
	令和元年 7 月の 65 才以上の自宅外転帰の人数→①～⑧合計	197 人
	①医療機関	65 人
	②施設・自宅等(自宅ではない在宅)	31 人
	③施設(特養・老健・介護療養型施設)	40 人
	④特定施設入居者生活介護(ケアハウスなど)	7 人
	⑤地域密着型サービス(認知症グループホーム)	17 人
	⑥サービス付き高齢者住宅	5 人
	⑦有料老人ホーム	29 人
	⑧その他	3 人
8	上記の退院患者のなかで、元の居住場所へ転帰しなかった以下に該当する患者数を教えてください。	
	自宅から来たが自宅以外に転帰した	76 人
	施設(自宅等・施設系)、から来たが元の療養先へ戻れなかった(転院など)	14 人

No	設問	回答
9	前記のうち、「施設(自宅等・施設系)、から来たが元の療養先へ戻れなかった」理由とその数を教えてください	合計 14 人
	経管栄養などが必要になり、経口摂取ができないと受け入れ不可と言われた	9 人
	酸素を使用しており受け入れ不可と言われた	1 人
	喀痰吸引が必要となり受け入れ不可と言われた	2 人
	認知症症状が強くなり受け入れを断られた	0 人
	入院期間が長くなり、元の療養先を退所扱いとなった	2 人
	内服薬など処方内容で再入所を断られた	0 人
	褥瘡があり再入所を断られた	0 人
	その他の理由(自由記載) ① 家族が自宅退院を希望した。専門科での入院治療による転院 ② 急性期病院から転院した <u>経口不可で医療処置のある患者が退院支援に難渋する。</u> ③ もともと ADL が低く、 <u>自宅での生活がギリギリの方は入院期間が長期化する傾向である。</u> ④ 施設に入院となった場合、在籍期間を確認し、退院調整をしている。 ⑤ ある程度栄養確保できるくらい経口できないと施設系は受け入れが難しい。摂取量少ないまま施設系に行くと、数日で脱水・発熱等で救急受診して入院に至ってしまう。 <u>入退院を繰り返さないよう、妥当な行き先を探すのが難しい。</u> ⑥ 酸素は HOT 導入して自宅や施設に行く事可能だが、 <u>施設系は「夜間看護師がいない」という理由で断れる。</u> 医療療養型も微量の酸素なら不要になったら退院、又は微量なら長期入院の対象にならないと言われる。以前、高専賃が HOT 導入して受け入れてくれたが流量が3L/分になった際に「 <u>流量が多いので</u> 」と戻りを断られた。 ⑦ 入院してせん妄見られ早期退院をお願いすると、部屋が2階で階段に近いところなので危険であること、 <u>夜間は職員が一人になるので見きれないという理由で高専賃に戻れなかった方もいた。</u> ⑧ <u>地域密着型の場合、1ヶ月という期限を言われることがある。</u> 北見市から指導されているのでという理由を言われる事業所もある。 ⑨ 自宅以外の生活の場合は“施設”と認識している方が多く、高専賃でも“施設”と考えて状態が変わっても当然、必要な介護を受けながら生活できていると思っている。高専賃によっては、車椅子になっても看れるが、トイレや食事が自立していることが条件というところがあり、 <u>高齢で自宅で生活できない状態の方が高専賃に入っているはずなので、車椅子自立というのは現実的ではない。</u> ⑩ 入院1ヶ月未満で、 <u>病状(がんの診断がついた)理由に GH を退去となった。</u> ⑪ <u>ADL 低下を理由にケアハウス等を退去となった。(2 人)</u> ⑫ <u>浣腸処置のため GH を退去となった。</u> ⑬ <u>がんやがん以外の看取りを高齢者住宅、特養でお断りされた。(4 人)</u>	

	⑭ インスリン注射があるため断られる。(1人)		
10	「施設(自宅等・施設系)、から来たが元の療養先へ戻れなかった」場合に貴院で退院支援に難渋しましたか(該当箇所) ☒	はい	3件
		いいえ	4件
	治療は終了したが、入院期間が予定より延長された		14件
	新しい受け入れ先が見つからず難渋した		14件
	ベッドコントロールに支障があった		14人
	特に困っていない		0件
11	「施設(自宅等・施設系)、から来たが元の療養先へ戻れるために、入院中から退院後に協力体制を医療機関として施設側と協議することについてどう思いますか	協力したい	13件
		協力できない	0件
		協議はできる	1件

Ⅲ 退院支援に伴う地域の資源で不足していると思われることについて(該当箇所)☒を記入)

No	設問	回答	
12	退院支援の際、地域の資源で不足すると思われるサービス		
	訪問診療を行う 医療機関が少ない	思う	12 件
		思わない	1 件
		不明	4 件
	訪問看護を行う 医療機関・事業所が少ない	思う	8 件
		思わない	6 件
		不明	3 件
	医療処置(経管栄養・喀痰吸引など)を行える施設系の事業所が少ない	思う	15 件
		思わない	0 件
		不明	2 件
	訪問リハビリテーション（医療保険）を行う医療機関が少ない	思う	9 件
		思わない	4 件
		不明	4 件
	訪問リハビリテーション（介護保険）を行う事業所が少ない	思う	6 件
		思わない	7 件
		不明	4 件
	通所リハビリテーション（介護保険）を行う事業所が少ない	思う	7 件
		思わない	5 件
		不明	4 件
	通所系サービス(通所リハビリ テーションを除く)を行う事業所が少ない	思う	7 件
		思わない	5 件
		不明	4 件

	短期入所サービスを行う事業所が少ない	思う	12 件
		思わない	2 件
		不明	2 件
	訪問介護サービスを行う事業所が少ない	思う	9 件
		思わない	5 件
		不明	3 件
	医療処置(喀痰吸引)を行う訪問介護の事業所が少ない	思う	12 件
		思わない	2 件
		不明	2 件
	医療処置(経管栄養・喀痰吸引)を行う短期入所サービスの事業所が少ない	思う	13 件
		思わない	1 件
		不明	3 件
	医療処置(経管栄養・喀痰吸引)を行う通所サービスの事業所が少ない	思う	12 件
		思わない	2 件
		不明	3 件
	看取りを行える介護施設・施設系の事業所が少ない	思う	11 件
		思わない	3 件
		不明	3 件
	特にない	思う	0 件
		思わない	0 件
		不明	0 件

退院支援に伴う地域の資源で不足していると思われることについてご意見をお聞かせください

- ① 在宅支援に対してはケアマネジャーが対応してくれるのであまり問題は感じないが、入院後在宅生活が困難となった患者様が入居できる施設が見つからず、入院生活が長期化されてきている。
- ② 透析患者でも対応可能な施設が必要。
- ③ 80 才から 90 才の入院患者は複数の疾患を持ち、重篤な病気を抱えながらも在宅や施設で支えていけるようなサービスや協力が必要。
- ④ 定期巡回型のサービスが増えたり、グループホームへの医療サービス利用が可能になるとよい。
- ⑤ 心疾患を持つ患者が退院後、在宅で心リハを継続し段階的に進める必要がある場合、高齢者施設を探しても断られることが多く、心臓に限らず施設でのリハビリの充実を望む。

■ 自宅退院への対応として

- ⑥ 高齢患者が入院すると急性期治療を受けるためベッド上が生活スペースになり、安静(点滴・モニター・転倒予防等)期間となる。リハビリや離床を進め ADL 低下を予防するようケアしているが、入院の原疾患発症前の状態にまで戻って自宅退院にならない。以前より多少は低下しての退院になる。
- ⑦ 退院後、1ヶ月でも良いので在宅サービスを濃厚に導入していただけると自宅退院へのハードルが下がる。介護認定結果が出なくても“重点的な退院後サービス”としてヘルパーや配食サービスを低額で受けられるようにならないか？

■社会的入院への対応として

- ⑧ 高齢独居、認知症、虚弱な方など、地域で生活している時点で問題は把握していても対応困難な状態が続き、その結果救急搬送され帰宅困難で入院となる事例がある。
- ⑨ 脱水・低栄養・・・生活支援がされていれば入院に至らなかった事例もある。重症化することを未然に防ぐ対応や、退院許可が出た時点で生活支援が整うまで介護保険で受け入れできるところを確保していただけないか？介護の問題を医療で解決する考えは良くない。
- ⑩ 例えば、当院では救急患者を受け入れるために必ず空床準備して緊急受け入れを可能にしている。介護施設で連携して、入院の必要性はないが、一時的に介護が必要な方の受け入れをしてもらいたい。当番制で空床確保するなどの対応が取れないか？“ロングショート”という呼び名で入所生活に近い生活をされて、その施設入所を待っている方もいるようだが、“ショートステイ”なのだから、目的に合った利用ができるよう、是非、検討していただきたい。
- ⑪ 二次救急の当番病院で、当番日でも“満床”という理由で当院に搬送される患者がいる。社会的入院患者の搬送が多くなると本来の救急患者の受け入れに支障をきたす事態が発生するのではないかと危惧している。
- ⑫ 経管栄養や数回の喀痰吸引、HOT（自己管理不可）の方の受け皿が不足していると思う。また、インスリン自己注射など、自分で困難な方は行き先がないのが現状だと思う。
- ⑬ ヘルパー、訪問看護の方の人数が増えることを望みます。
- ⑭ 家に帰せないので転院したい（少し考え準備する場所として）とケアマネが希望する、地元（市外）の病院の受け入れが難しい、という背景は「地域の資源が不足している」からではないだろうか？
- ⑮ 退院後に家族が再び自宅での介護を望めるような医療と介護が連携できるような関係づくり。各施設の強みや弱みなど具体的な特色が分かるような一覧があると便利だと思います。

IV 退院支援が円滑に実施されるために各サービス分野に対するご意見をお聞かせください

施設系事業所 に対する意見 (自由記載)	① 医師からの説明に同席し、情報を共有して欲しい。 ② 入院中の患者さんの様子を見に来て欲しい。ケアが施設で継続して可能なのか認識を一致させるめ。<u>同じ施設の種類の同じケアをできるところとできないところがある。</u> ③ 施設を退居する方向となってからの入院相談になると、入院が長期化する傾向にあるため、早い段階で相談を行って欲しい。 ④ 施設から入院された患者さんのご家族が(施設の)経費負担を考え退居手続きを取り、戻れない事例がある。<u>入院期間の見通しなど病院施設間の情報共有が必要。</u> ⑤ 短期間でも入所できると、患者の自宅やご家族の介護体制を整えることができる。施設によっては、数回にわたりカンファレンスに参加して下さり、円滑に退院調整を図ることができた。 ⑥ 入院された場合には、治療が終われば退院となるので、いつ頃？どのような状態で？戻ってくるかを家族や病院と連携を図って受け入れる準備をして頂きたい。 ⑦ 排尿の訴えが多く病棟内で手に余る患者さんが施設入所し、訴えが軽減し穏やかにすごしていることを伺い、ケアの重要性を感じました。
----------------------------	--

	⑧ 病院側へは「退所」といいつつ、家族と施設側で全く相談していないケースがあった。その後の行き先についても関係のある施設で十分にご家族と相談して欲しい。 ⑨ (入院後の経過により)病状で施設へ戻ることが難しくなる場合があるが、退院時連携で情報を共有し、住み慣れた場所で過ごす時間が持てると良いと思う。 ⑩ ケースにより退院支援の方法が変わります。ルールをつくっても立ち位置が違う以上コミュニケーションのミスは起こります。
居宅ケアマネジャーに対する意見 (自由記載)	① <u>アドバンス・ケア・プランニングを在宅生活から活用して欲しい。</u> ② 入院時の利用者の情報提供がない場合がまだある。 ③ <u>また他院から当院へ転院してきた場合にケアマネジャーからの在宅での情報提供がない。</u>転院時に前医から情報提供されるとケアマネジャーさんは思っているようだ。 ④ 入院中の患者さんの様子を見に来て欲しい。電話や文書で伝えるより、患者さんの様子が正確に分かります。 ⑤ 術後、介護区分変更の相談をする際、すぐに面談に来てくださって助かっている。 ⑥ 入院期間が短縮しているため、ご家族との調整に時間がかかる事例では、ケアマネジャーから進行状況について情報提供をお願いしたい。 ⑦ <u>地域でも ACP について考えて頂きたい。</u>日頃の関わりの中でご本人がどのような考えを持っているのか。知っていて情報提供して頂けるとありがたい。 ⑧ <u>施設入所が難しいことはケアマネジャーも十分把握していると思うので、入院を機に生活の場を替えるのではなく、元の生活場所へ戻るにはどうするか？を一緒に考えて頂きたい。</u> ⑨ <u>一部のケアマネジャーですか、(自宅生活への)サービス調整ではなく、転院させるように家族へ助言し、自宅退院可能な方が転院せざるを得ない状況になることがあった。</u>在宅でどのようなサービスが可能なのか、まずはそこからご家族と相談して欲しい。 ⑩ <u>ケアマネジャーが転院先を探して来たり、転院を希望する場合がある。</u>主治医の判断無しに転院調整はできないことを理解して頂ければと思う。 ⑪ もし介護が必要になった時どうするか、本人・家族との話し合いを平時からできればよいと思う。 ⑫ 少しでも互いの立場を理解することがミスを少なくする方法だと思います。 ⑬ 自宅での介護に不安を抱いていたご家族がケアマネジャーさんの後押しで自宅復帰に繋がりました。サービスの手配も迅速に行ってもらい助かりました。

訪問看護事業 所に対する意見 (自由記載)	① 入院前の情報提供が徹底されており、術後ケアに活かすことが出来ている。 ② 退院調整カンファレンスの際、訪問担当者が参加してくださると、患者、ご家族が安心でき、調整を図りやすいと思う。 ③ 主に緩和ケアの方や急に退院が決まった方などをご相談させて頂くことがある。突然の相談にも関わらずご協力を頂き感謝しております。病院側として、どのような看護ケアマネジャーが必要か、今後の多職種カンファレンスを実施していき、情報共有し連携させていただきたいです。 ④ 食事摂取が難しくなり家族も疲弊し入院せざるを得ない状況であったが、点滴の処置以外に介護者へのケアにも注力し再起まで自宅で過ごすことが出来、入院以外の考えの幅が広がりました。
-----------------------------	---

V その他意見(自由記載)

① <u>要介護認定の更新の際、主治医意見書と一緒に ADL サービス利用目的等が分かる問診票のようなものがあると意見書に反映できると思う。</u> ② グループホームから入院したが、喀痰吸引があり、老健へ退院した。今後の療養先を選定するにあたり、家族の迷いなどあり、意思決定に時間がかかったケースがあった。 ③ <u>経管栄養、サクションが必要な人の支援体制がとれる施設などが少ない(受け入れに関してカベが厚い)。</u> ④ <u>現場の介護士さんなどへの教育的サポート体制が増えたら有難い。</u> ⑤ 社会資源は無限でないので、限られた資源を有効に活用するためにはどうするか？。多職種で検討できると良いと思います。 ⑥ 急性期病院として他市からも患者の受け入れをしている。地元へ帰す調整となっても地元でリハビリ継続が困難で結局、北見市内に北見市外の方々が調整となるケースが多い。<u>地元の方は地元での受け入れをスムーズにしていきたいが、その後の行き先(施設など)について不透明な場合、(北見市内の医療機関でも)受け入れ調整に難渋してしまうのも課題かと思う。</u> ⑦ 小規模多機能について。1ヶ月入院していたら登録解除と事業所より説明される。<u>入院期間の状況を見ながら猶予を検討したり、退院時からの再利用を相談したりさせて欲しい。</u>どうしても難しければ、次の療養先、ケアマネジャー調整の対応、相談を受けてもらいたい。 ⑧ <u>本人、家族へ病院に長く入院できる時代ではなくなったことを周知する場があると良い。</u> ⑨ かかりつけ医と病院の役割分担を促せるような仕組み作りが必要と思う。 ⑩ 施設(自宅等・施設系)から来た方が、元の療養場所へ戻られるために、入院中から施設側と協議し退院へ向けて協力体制を整えるようにしておりますので、ご協力お願いいたします。 ⑪ 精神科は一般科と異なり入院が長期化してしまう現状を医療と介護の連携により円滑な退院支援に繋がることを願います。
--

分野別ワーキングチーム会議（分野別ワーキングチーム会議の開催概要）

	訪問看護 ワーキングチーム	在宅ケアマネジメント ワーキングチーム	調剤薬局 ワーキングチーム	入退院支援 ワーキングチーム
期 日	令和元年 7 月 22 日(月)	令和元年 8 月 7 日(水)	令和元年 12 月 16 日(月)	令和元年 9 月 25 日(水)
対 象	北海道訪問看護ステーション連絡協議会北見地区管理者等 18 名	北見地域介護支援専門員連協、北見市ケアネットワーク会議構成員、地域包括支援センター等 13 名	北海道薬剤師会北見支部会員 (調剤薬局) 12 名	医療機関(病院・有床診)における入退院支援担当者、地域連携担当者(MSW・看護師) 34 名
目 的	訪問看護ステーションにおける医師及び介護支援専門員等との連携に係る課題、訪問時に感じる地域課題について	居宅介護支援事業所等における連携課題及び、地域課題について医療系サービス活用に対する課題や外来通院困難者の実態を把握に向けた方策等の検討	調剤薬局等における医療機関との処方等に関する連携に係る課題について 訪問薬剤指導における現状と課題、及び訪問看護サービスとの連携に係る課題について	医療機関の退院支援に係る在宅や施設及び介護支援専門員等との連携に係る課題についての意見聴取と課題解決に向けた方策等について
調 査 結 果 現 状 と 課 題	介護保険利用者総数は 557 名、月間 2,560 件の訪問を実施(令和元年 5 月実績、利用率 15%)となっていた 訪問看護開始の手順がバラバラで標準化されていないことが判明した 訪問診療を開始する医師に対し、7 割が協力したいと回答 事業所全体で今後 10 名の看護師を増員し 100 名程度の利用者を訪問したいと回答した	令和元年 5 月における給付管理数は要介護者 2,976 件、介護予防者 965 件、総合事業給付管理数は 1,329 件だった 訪問看護活用を迷う時は、対象不明(22%)という一方で、利用者の理解が得られないという理由もあった 後訪問診療を受ける可能性のある利用者として、「通院介助に身体介護をつけている」「EV 無し集合住宅に居住」「家族付添いが難しい」「受診すると疲労で 2～3 日体調が悪くなる」という利用者が 229 名いた	市内 46 の調剤薬局のうち、在宅業務(訪問薬剤指導など)の実施薬局は 24 薬局 (45.6%) 令和元年 9 月に在宅業務をした患者は 111 人、のべ 192 件行っていた 今後の在宅業務について、「可能で予定あり」と回答した薬局は 9 薬局あった 処方医への報告が一方通行なので、薬剤師を活用して欲しいと考えていた 在宅業務を最初に行ったきっかけについては、「介護支援専門員、看護師など医師以外の要望」が 15 件と最多だった	令和元年 7 月の 65 才以上の総退院患者数(北見市内)は死亡退院者 60 人を除き 921 名で、このうち自宅退院は 724 人自宅退院率は 78.6%であった 施設から来たが医療処置などで元の療養先へ戻れなかった患者は 14 人いた 入院して状態が悪くなり経口摂取困難、認知症症状の悪化で施設に戻れなくなり困っている 認知症症状の悪化や、喀痰吸引や経管栄養、透析導入になると施設への入所のハードルが高くなり、医療行為が高い方は受け入れ先が少なく困る

◆合同ワーキングチーム会議開催(訪問看護 12 名・在宅ケアマネ 12 名・入退院支援 23 名)

期日 令和2年1月27日(月)

議題 ①訪問看護:開始手順の標準化・連携様式、②入退院連絡:調査結果・連絡様式 他

第1回 訪問看護連携ワーキングチーム会議 議事録

日時：令和元年7月22日（月）18時30分から20時10分

場所：北見市役所 まちきた大通ビル 5階 A会議室

参加事業所：11事業所

事務局等：6名（北見市、北見市医療・介護連携支援センター、北見保健所等） 合計18名

1 開会あいさつ 地域包括ケア推進担当主幹

北見市高齢者支援ネットワークの下部組織として「医療介護連携推進部会」が設置されている。今年度の当該会議にて、4つのワーキングチームの活動が承認された。北見市としては医療介護連携推進の要のなるのが訪問看護だと考えており、本ワーキングチームを開催したところである。忌憚ない意見を聞かせていただき、地域の医療介護の課題を抽出し、解決へ繋げたいと考える。

その後、参加の自己紹介を実施した。

2 議題

1) 報告事項

- ① 北見市医療・介護連携支援センターの活動について説明。
- ② 本ワーキングチームの位置づけと目的について説明。
- ③ 事前調査の結果について関センター長より説明。

2) 協議事項 ワーキングチームが取り組む課題と活動について（意見交換）

■訪問看護開始に係る手順について

- 病院医師へ指示書依頼時「分からないから(指示書を書)いておいて」と言われ困ることがある。
- 医療系のサービスは医師の意見が必要になるが、手順等を分かっているケアマネがいる。どうしたらいいのかと聞かれることがある。（訪問看護を併設している事業所はケアマネに教えることができる）
- 病院との連絡調整に苦手意識が強く、どう連絡したらいいか分からないというケアマネもいて、訪看に任されることがある。
- ケアマネが必要な書類を担当医へ依頼してから、訪看は訪看で指示書を依頼しているがそのことを知らないケアマネがいる。
- ケアマネの中には主治医意見書で必要なサービスに訪問看護にチェックがついていれば主治医の承諾を経ずに訪問看護利用できると間違って理解している人がいる。
- 病院でも個人病院だと訪問看護に対する理解に曖昧なところが多い。ケアマネと訪看の書類の違いが分かっている。
- ケアマネによって手順の違いがある。できるケアマネもいるが・・・皆分かるようにしてほしい。
- 今の様式（主治医⇔ケアマネ連絡票）だとケアマネによって情報量の差があるので再検討が必要。指示書も医師が書くのが大変なら記載部分を少なくするなどした方がいいかもしれない。良く分かってないケアマネが書いた内容を医師がそのまま記載するので必要な項目が記載されず、

訪看から依頼してもケアマネから依頼されてないと言われ変更できず困ることもある。

- 指示書を出しても医師が患者の状態を良く分かってないため、普通は医師から指示を出すのに、訪問看護側から医師に逆に指示を出す形になっている場合もある。訪問看護開始時の標準手順のようなものがあるといいのではないか。医師へ依頼した内容と全く違う医師からの指示があり困ってしまう。ケアマネの情報がそうだったのかもしれないが書類のやり取りがスムーズにいかない。
- 医師も訪問看護の必要性を感じていないのか、指示書がきたから書いているだけという感じがする。ケアマネからの文章は病院側の診療報酬で算定できるが、訪看と病院のやり取りでは算定できないので病院側のメリットがないからなのか。
- 訪問看護側が書類に追われるので困ることがある。手続きに時間がかかるのでもっと効率的にやる必要がある。省略化に繋がる方法を考える必要がある。
- 看取りの時間について看護師が確認した呼吸停止時間が医師の死亡診断時間となる場合があるので、医師が立ち合い死亡確認した時間にして欲しい。

■介護保険利用について

- 末期ガンで余命宣告され在宅に戻った方が要支援 1 の認定で下りるケースが北見市は多い。北見市以外の地域は要介護認定が出ることが多いと聞く。要支援だと限度額が少なく、何もサービスを利用できず亡くなる方もいる。ベッドも介護タクシーも利用できない。
- 要介護認定審査会のメンバーの中で要支援だと介護タクシーが利用できないことを知らない人もいる。メンバーによっても介護度が違うもではないか
- 末期がんで余命宣告を受けた利用者が介護保険申請をしたら要介護 1 などのルールにして欲しい。
- 主治医意見書を作成する医師がガンを診ていない医師が書くと、末期がんなど記載されず、正確な情報が要介護認定審査会で示されない場合もあるのではないか。
- 要支援認定を受けたため区分変更をしても結局間に合わない。他の市ではガンは要介護 1 で出しているところもあるので北見市もそうならないか。

■ケアマネが作成するケアプランに訪問看護の視点は反映されているか

- 利用者の症状や遵守すべき生活上こと(飲水量など)の重要な事柄についてはケアマネに言ってプランに取り込んでもらっている。ケアマネのプランと訪看のプランの内容をずれないようにしている。
- 担当者会議前や担当者会議時に確認してくれているので問題ない。
- ケアプランに確認が必要な項目を入れてもらうことにより、ケアプランの目標も達成しやすくなり各サービス事業所も分かるので共有できる。
- 心不全の飲水量なども訪看が医師の指示を確認してケアマネ、デイサービス等と共有している。デイサービス利用日はデイで飲水できる量を決めている。(ヘルパーが病院に付き添った場合は訪看でも受診状況を確認して関係機関と情報の共有をしている)
- 退院時は関係機関で確認が必要。日常的なちょっとしたやり取りで伝わることもあるのでうま

く共有できたらいいと思う。

○ ケアマネが医療のことがあまりわからず病状のことなど関係機関にうまく伝えられない時は、訪問看護で直接デイサービスやヘルパーへ伝えることもある。

➤ ケアマネの職種によっても視点も違いそれぞれのストーリーもあるので、完全な合意がないとしても、担当者会議のみならず日常的なやり取りができる環境が必要かもしれない。

■今後の取り組みについて(要確認)

1. 訪問看護サービスを開始する手順がバラバラのため、業務の煩雑化や利用が伸び悩んでいることが分かった。今後、訪問看護サービスの開始にあたり、基本手順を明らかにすることが必要。訪問看護事業所、ケアマネジャー、医療機関(指示書主治医)を含めた打合せを行う。
2. 疾病予防や重度化予防のためには、訪問看護事業所とケアマネジャーとのタイムリーな情報交換が必要だが、連絡基準が不明確であることが分かった。今後はサービス担当者会議以外で、訪問看護側よりケアマネジャーへ連絡する基準や連絡の有用性などについてケアマネジャーの理解を得る必要がある。
3. 要介護認定審査会で申請者の情報が明らかになっていないため、末期がんの要介護認定において、要支援など軽度に認定されるケースがある。今後は、主治医意見書記載にあたり、主治医への周知は難しいことから、申請者である医療機関担当者やケアマネジャーらの意見書記載医師に対する、福祉用具や介護サービス利用のための患者情報提供について、ケアマネジャー、医療機関連携担当者を含めた打合せを行う。

3) その他

以上

第1回 在宅ケアマネジメントワーキングチーム会議 議事録

日時：令和元年8月7日（水）15時～17時10分

場所：北見市役所 まちきた大通ビル 7階H会議室

参加者：介護支援専門員 13名

事務局 4名 合計17名

1 開会あいさつ 地域包括ケア推進担当主幹

北見市高齢者支援ネットワークの下部組織として「医療介護連携推進部会」が設置されている。今年度の当該会議にて4つのワーキングチームの活動が承認された。

2 議題

1) 報告事項

① 北見市医療・介護連携支援センターの活動について

関センター長より説明。

② 本ワーキングチームの位置づけと目的について

関センター長より説明。

③ 事前調査の結果要旨について

関センター長より説明。

2) 協議事項（意見交換）

① ワーキングチームが取り組む課題と活動について（意見交換）

■主治医との連絡等の課題について

医師・歯科医師・薬剤師との連携はできているか

- 医療系のサービスを利用するときは「主治医⇄ケアマネ連絡票」作成し意見をもらっている。充分にできているかどうかは分からないが、アンケートに答える時は妥当な「まあまあ」を選んだ。
- 薬剤師との連携は居宅療養管理指導や、在宅訪問薬剤管理指導と介護でも医療でも使える手軽さがあり包括では特に率が高い。
- 導入のし易さはあるが、薬剤師の都合に合わせてしまうことが多く薬剤師が1人しかいない薬局だと1回/週利用できるのに1回/月しか対応できないと言われ、その結果代替えでヘルパーか訪問看護になることがある。
- 利用者はかかりつけの薬局があるので訪問薬剤管理指導を利用を進めても知らない薬剤師がイヤと拒否する場合もある。タクシーに乗ってまでも好みの薬局に行く。
- どの薬局が対応しているかわからない⇒(リストがあるので調べて利用して欲しい。)
- 調剤薬局では療養管理指導を利用していることがわからないので何かシステムを開いたら利用していることが分かるようになる方法の検討が必要ではないか。

■主治医への情報提供について

- 主治医⇄ケアマネ連絡票については、区分変更や特別なことがあったときなどは作成し提出してい

る。

- 事業所内ではケアマネ皆ができていると思う。

■ケアプランを提出していることによる効果は感じているか

- 受診に同行した際、利用している介護サービスを主治医が把握していることがあるので見てくれているのかなと感じることがある。
- 実際には主治医が見てないと思うが、退院支援課など見てくれているので話がスムーズに伝わる。

■退院時カンファレンス等訪問看護を利用している利用者の場合は訪看を呼んでいるか？

- 訪看ではあまり声をかけてくれない言う声が上がっていた。
- 病院によっては日程を決められるので、声をかけているが訪看が調整できないこともある。
- 日赤や道立は参加者の都合に合わせてくれるようになった。

■訪問看護師は何か変化があったと時に情報をケアマネに伝えているが、ケアプランにサービスの変更がされていないことがあり分かっているのかという意見があった。

- 情報量や方法はどうか？ → 特に意見なし

■訪問看護導入時利用者さん等の同意はどうか？ケアマネは利用方法がわかっているのか？

- 研修等で学んでいるので分かっているはず。
- 訪問看護を勧めても拒否する人もいる。具合が悪ければ病院へ行くから家に来なくても大丈夫という考え。
- 家族も自分たちが見ているので訪看は必要ない、家に人を入れたくないというケースもある。(独居も家族同居も含めて)
- ヘルパーはいいけど訪看はイヤという人もいるし、逆パターンもある。
- 本人的には具合も悪くないし必要ないという。ケアマネが勧めても拒否される。
- 末期がんの方も利用を拒否するケースもある。
- 訪看は結構高いので金額を聞いて断る人もいる
- 認知症の人にも導入したいが病院へ行きたがらないので、主治医や看護師から勧めてほしい。認知症に限らず主治医が勧めてくれると理解する方もいるので、主治医の理解も必要

■訪問看護の会議では標準的な手順があればやりやすいのではという意見があった

- ケアマネも手順があればやりやすいのか。医療保険・介護保険での利用では違う。ルールを決めると、もう少しうまくいくのではないか。
- ケアマネの基礎資格によっても訪看からの医療情報の理解が違うと思う。
- 福祉系ケアマネが多いことから、医療情報の取り方も違うと思う。訪看利用を決定する前に訪問看護事業所もいつでも相談に乗ってくれるようになれば利用しやすいだろう。
- 気軽に相談に乗ってくれる事業所もある。ステーションによって差があるかもしれない。
- 知ったかぶりしないで何でも聞ける関係づくりが大事。

■その他

- 訪問看護の利用については、介護保険利用の負担額は1割から3割までの人がいるので、金額と頻度も考慮し、家族関係や地域、インフォーマルも考え組んでいる。
- ある病院でケアマネが知らない間に区分変更されていて困ったことがあった。病院からも家族からも連絡なく訪問した際に知った。
- ヘルパーや介護タクシーの利用がしづらくなった。

第1回 入退院支援ワーキングチーム会議 議事録

日時：令和元年9月25日（水） 18時30分～20時30分

場所：北見市役所 まちきた大通ビル 5階 A会議室

参加者：32名

1 開会あいさつ 地域包括ケア推進担当主幹

北見市高齢者ネットワークの下部組織として「医療介護連携推進部会」が設置されている。今年度当該会議にて、4つのワーキングチームの活動が承認された。北見市の高齢者も増加しており、今後も医療・介護が連携して行わなければいけないため、医療機関の実態を聞きたい。忌憚のない意見を聞かせていただき地域の医療介護の課題を抽出し解決へ繋げたいと考える。その後、参加者の自己紹介を実施した。

1) 報告事項

- ① 北見市医療・介護連携支援センターの活動について関センター長より説明。
- ② 本ワーキングチームの位置づけと目的について関センター長より説明。
- ③ 事前調査の結果要旨について関センター長より説明。
- ④ 事前調査票の集計に関センター長より説明。

2) 協議事項 ワーキングチームが取り組む課題と活動について

■各医療機関の現状等について意見交換

- 入院時ケアマネから情報提供を受けているが、転院時ケアマネ情報もつけたほうがいいのか、あらためて転院先でケアマネからもらうのか？どちらがいいか？
 - 北見市より：1回目の入院時は情報提供を行うという決まりはあるが転院時の決まりは特にない。
- 医療機関としては入院前の在宅でのADL等が情報として必要。在宅のゴール目標にも繋がっている。最初入院した病院が転院先にケアマネの情報提供書も一緒につけることとする。
- 地域密着型等の場合1ヶ月という期限があると言われ、退院後行き先がなくなり家族も病院も困ることがある。施設によっては相談も応じてくれず入所前のケアマネと相談してといわれることもあり退院支援に難渋することもある。
- 入院して状態が悪くなり食事がとれなくなったり、認知症の症状が悪化したりすると施設に戻れなくなり困っている。
 - 施設関連については各医療機関退院支援に難渋し解決すべき課題とする。
- 入退院を繰り返す人が多くなった印象。退院後数日で再入院する方もいる。在宅での生活継続へ向けたケアマネやサービス機関と連携をとっていくことが必要。
- 入院期間が短いとケアマネとサービスの調整ができないまま退院となるケースもあり、入院後早期にケアマネとの情報交換やサービス調整などの介入が必要。
 - 介護保険未申請の方は北見市の場合は各圏域の包括支援センターへ情報提供を行う。（患者さんと家族の同意が必要）

- 退院後独居や高齢者夫婦の場合訪問介護の導入をしたいが、事業所がなくサービスに結びつかず困っている。
 - 現在訪問介護事業所が減ってきておりどこも訪問介護を利用できなくなっている。これまでは利用者さんの希望に合わせて訪問介護が入っていたが、今は導入できたとしても、訪問介護事業所に利用者さんが合わせているのが現状。
- 転院を受け入れることが多いため長期化の入院となる場合が多く、家族との面談の時間をかけて行い、ケアマネからの情報と家族の話をじっくり聞いている。病院の特性も全部話し、できることとできないことを説明した上で転院してもらっている。その上で次の行き先をケアマネと家族で考えている。難渋はしていることもあるが色々言えばきりがないのでうまくコミュニケーションをとりながら行っている。
- 高齢者の手術が多く在宅に戻れない方も多い。関連の施設経由で在宅に戻るケースもある。特養も待機者が多く入院が長期化している。家族にも早期に申請するよう説明するが、すぐに行動してくれない家族もいて退院調整がうまくいかないことも多い。
- 入院が長期化になると施設も退所となってしまう、ケアマネも関わりが薄くなるとだんだんと相談ができなくなり、相談先がなくなると退院支援も難しくなることがある。
- 認知症症状の悪化や、喀痰吸引や経管栄養、透析導入になると施設への入所のハードルが高くなり、医療行為が高い方は受け入れ先が少なく困る。
 - 今後は喀痰吸引等も含め施設への研修等が必要か。

■ 今後課題となっていることをさらに深めるため、入退院支援ワーキングチームとして今年度課題を抽出し、解決策を検討していくこととした。

- ・ 喀痰吸引や経管栄養になった場合の受け入れ先確保について
- ・ 再入院を防ぐ取り組み
- ・ 各担当者が行う手順の作成
- ・ 北見市以外の入退院支援に関する課題について

以上

訪問看護開始（介護保険に限る）にかかる連携について

①現状と課題、対策と方法

1. 現状と課題

- 1) 訪問看護サービスを開始する手順がバラバラのため、ケアマネジャーと訪問看護事業所の両者に業務の煩雑化をもたらしていることが分かった。
- 2) 疾病予防・重症化予防として訪問看護が有効であるが、ケアマネジャーが気づかないケースがある。（潜在的な利用者が脱落している可能性がある）
- 3) 訪問看護を利用すべきかどうかの際に相談できる方法がない。（ケアマネジャーは訪問看護利用を決定してからでないと訪問看護事業所へ相談しづらい傾向がある）
- 4) 訪問看護の利用の理由（アセスメント）が標準化されておらず、ケアマネジャー側から主治医や訪問看護師に活用理由を具体的に示しづらくなっている。依頼側（訪問看護側）で改めてアセスメントしている。
- 5) ケアマネジャーが訪問看護利用に際し、主治医の意見を確認するための方法（同行受診、連絡票活用、連携室での調整など）があるが、主治医から、ケアマネジャーからの連絡票の記載内容が不十分で、訪問看護の必要性が伝わらない場合がある。現在は、「主治医⇄ケアマネジャー連絡票（資料7）」でケアマネジャーの自由記載となっている。

2. 対策と方法

- 1) 訪問看護手順の標準化について提案を行った。（資料5）
- 2) 訪問看護相談票・利用申込書（仮称）を新規で作成し、ケアマネジャーが訪問看護事業所へ相談しやすい方法を提案した。（資料6）
- 3) 主治医の意見を確認する方法について、現行使用の「主治医⇄ケアマネジャー連絡票（資料7）」では、主治医からケアマネジャーからの連絡票の記載内容が不十分で、訪問看護の必要性が伝わらない場合があったため、様式の新たに作成のうえ提案を行った。（資料8）
- 4) 上記の方法について、令和2年1月27日に開催した「訪問看護・在宅ケアマネジメ・入院支援ワーキングチーム合同会議」にて提案し、了承された。今後様式の最終確認と関係機関への周知を行い、令和2年4月より手順及び新様式で開始する予定としている。

訪問看護開始手順(介護保険に限る)の標準化について

(訪問看護・在宅ケアマネジメ・入退院支援ワーキングチーム合同会議資料)

訪問看護の開始までの手順(案) 介護保険に限る	
1	介護支援専門員によるアセスメント
2	訪問看護サービスが必要と判断(目的・訪問内容など)
3	ご本人、ご家族からの同意
4	訪問看護事業所へ事前相談 訪問看護相談票・利用申込書(案) (p55)
5	ケアマネジャーが主治医の意見を以下の方法で確認 ① 受診同行において主治医へ直接確認 ② 主治医⇄ケアマネジャー連絡票の活用 ③ 医療機関の入退院等調整窓口を通して確認(各医療機関の窓口はどこなのか？各科外来。連携室など) 主治医⇄ケアマネジャー連絡票(訪問看護サービス利用に関わる医師意見)(p57)を新たに使用する
6	ケアマネジャーより訪問看護ステーションへ依頼
7	訪問看護ステーションから主治医へ訪問看護指示書を依頼

訪問看護相談票・利用申込書(案)

《 日付 》

〇〇〇〇訪問看護ステーション

← 《居宅介護支援事業所名》

御中

《ケアマネジャー氏名》

【依頼内容】

- ☐ 利用者について訪問看護の相談をいたしご連絡します。ご意見をお聞かせ頂けると幸いです。
- ☐ 利用者について主治医より訪問看護開始について承諾頂きました。ついては訪問看護開始について調整いたしご連絡します。
- ☐ その他：

【利用者基本情報】

受付No.			介護度	☐ 要支援() ☐ 要介護() ☐ 申請中
利用者氏名		男・女	生年月日 (才)	年 月 日生(才)
住所(電話)	Tel			
主治医	医療機関名：		と 診療科：	医師名：
主病名			他の医療機関	

【訪問看護アセスメントシート】

現在の療養状況	食生活	☐ 食事の摂取量が少ない ☐ 食事内容に極端な偏りがある ☐ 水分摂取量が少ない ☐ 脱水を起こしやすい ☐ 誤嚥しやすい
	排泄	☐ 便秘がある ☐ 頻尿がある ☐ 尿が出にくい
	清潔	☐ 入浴時脈や血圧が変動しやすい ☐ 入浴や清拭の介助が必要 ☐ 口腔内の清潔が保てない
	移動	☐ 転倒の既往がある ☐ 現在病状は安定しているが、生活状況により悪化する可能性がある
	その他	☐ 精神的に不安定 ☐ 不眠 ☐ むくみがある ☐ 急激な体重低下がある
医療処置	☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 点滴 ☐ 中心静脈栄養 ☐ ポート管理 ☐ インスリン療法等の自己注射 ☐ 疼痛管理 ☐ 腹膜透析 ☐ 血液透析 ☐ 各種カテーテル管理 ☐ 人工肛門 ☐ 創や褥瘡の処置 ☐ 尿路系管理（留置カテーテル・自己導尿・人工膀胱） ☐ 在宅酸素療法 ☐ 人工呼吸器（マスク式・気管切開下）	
服薬	☐ 決められたように薬が飲めない（飲み残しや、予定より早く薬がなくなることがある） ☐ 薬に対する理解が不十分であり、服薬が中断する心配がある	
リハ	☐ 寝たきりや廃用症候群になりやすい ☐ 継続してリハビリが必要	
療養全般	☐ 終末期を自宅で過ごしたいという希望がある ☐ 病状が不安定で、入退院を繰り返している ☐ 在宅療養に対する本人・家族の不安が大きい ☐ 家族の負担が大きい ☐ 一人暮らし ☐ 高齢者世帯 ☐ 日中に家族が不在等介護する人がいない	
特記事項		

主治医⇄ケアマネジャー連絡票 様式1（現行使用のもの）

主治医 ⇄ ケアマネジャー 連絡票（様式1）

年 月 日

（医療機関名）

（主治医）

様

事業所名

ケアマネジャー名

TEL - -

FAX - -

平素より大変お世話になっています。下記の方の介護支援専門員としてケアプランを作成しております。適切な介護サービスを提供できますよう、必要な情報提供や助言をお願いいたします。

【情報提供の同意】

私は、適切な介護サービス提供にあたり、上記のケアマネジャーに必要な医療に関する情報について、主治医から情報提供されることに同意します。

氏名 印

1. 利用者の状況

氏 名			性別	☐ 男 ☐ 女
生 年 月 日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和	年 月 日	生	（満 歳）
要介護度認定区分		認定の有効期間	年 月 日	～ 年 月 日

2. 通信欄

【ケアマネジャーから主治医への質問・連絡事項】

※ケアマネジャー記載欄

【主治医からケアマネジャーへの指導・助言事項】

※主治医記載欄

担当医師名

※主治医は、月1回に限り「診療情報提供料Ⅰ」として算定することが可能です。

（北見地域介護支援専門員連絡協議会様式H30年度版）

主治医 ⇔ ケアマネジャー連絡票（訪問看護サービス利用に関わる医師意見）

令和 年 月 日依頼

医療機関名		⇔	事業所名		
診療科			介護支援専門員（依頼者）		
医師名			所在地		
			連絡先	TEL	FAX

日頃より大変お世話になっております。下記の医療系サービス利用につき、先生のご意見とご了解についてお問合せさせていただきます。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご回答頂けると幸いです。なお、本件について、介護支援専門員が医師より意見を頂くことについて、利用者の同意を頂いております。

私は、介護支援専門員が医師より情報提供を受けることに同意します。利用者サイン： _____ (印)

対象者	カナ		生年月日	年 月 日生 歳	認定 情報	要支援__要介護__ 申請中
	氏名	様				

【訪問看護が必要と考えた利用者の状況】該当箇所に☑をしています

現在の療養状況	食生活	☐ 食事の摂取量が少ない ☐ 食事内容に極端な偏りがある ☐ 水分摂取量が少ない ☐ 脱水を起こしやすい ☐ 誤嚥しやすい
	排泄	☐ 便秘がある ☐ 頻尿がある ☐ 尿が出にくい
	清潔	☐ 入浴時脈や血圧が変動しやすい ☐ 入浴や清拭の介助が必要 ☐ 口腔内の清潔が保てない
	移動 その他	☐ 転倒の既往がある ☐ 現在病状は安定しているが、生活状況により悪化する可能性がある ☐ 精神的に不安定 ☐ 不眠 ☐ むくみがある ☐ 急激な体重低下がある
医療 処置	☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 点滴 ☐ 中心静脈栄養 ☐ ポート管理 ☐ インスリン療法等の自己注射 ☐ 疼痛管理 ☐ 腹膜透析 ☐ 血液透析 ☐ 各種カテーテル管理 ☐ 人工肛門 ☐ 創や褥瘡の処置 ☐ 尿路系管理（留置カテ・自己導尿・人工膀胱） ☐ 在宅酸素療法 ☐ 人工呼吸器（マスク式・気管切開下）	
服薬	☐ 決められたように薬が飲めない（飲み残しや、予定より早く薬がなくなることがある） ☐ 薬に対する理解が不十分であり、服薬が中断する心配がある	
リハ	☐ 寝たきりや廃用症候群になりやすい ☐ 継続してリハビリが必要	
療養 全般	☐ 終末期を自宅で過ごしたいという希望がある ☐ 病状が不安定で、入退院を繰り返している ☐ 在宅療養に対する本人・家族の不安が大きい ☐ 家族の負担が大きい ☐ 一人暮らし ☐ 高齢者世帯 ☐ 日中に家族が不在等介護する人がいない	
その他		

【医師記載欄】医師よりケアマネジャーへの回答及び意見（該当箇所に☑をお願いします）

☐ 訪問看護の利用が必要と考えます ☐ 訪問看護の利用は不要です ☐ その他(下記記載)
訪問看護の際の留意事項・不要事由・その他記載欄
回答日：令和 年 月 日 医師名：

※情報を提供した医師は、月1回に限り「診療情報提供料Ⅰ」として算定することが可能です。

北見市医療・介護連携推進事業 訪問看護主治医連絡票様式（R2年度）

令和元年度 北見市医療機関・在宅ケアマネジャー連携会議

第1回 きたみ医療介護連携推進セミナー 実施要領

テーマ：北見における医療と介護の連携課題は何か ～切れ目のないサービスを考える～

開催趣旨：本会議及びセミナーでは、まず毎年北見市が実施する北見市医療機関・在宅ケアマネジャー連携会議として、切れ目のない在宅医療・介護の実現へ向けた入退院における連絡率の報告と在宅ケアマネジャー及び医療機関からの連携課題について調査結果を報告します。

次に連携推進セミナーでは、北見市が令和元年6月から、北見市医療・介護連携支援センターを開設し、地域の連携課題の抽出を行うため、4つの分野別ワーキングチーム会議を開催しました。各分野別ワーキングチームからの課題を報告して頂き、地域の医療介護関係者で共有し、課題解決へ向けた方策についてパネルディスカッションで皆さんと共に考えます。

日時：令和2年3月10日(火) 18:30～20:30 (予定)

場所：北見市端野町公民館 グリーンホール (北見市端野町二区471番地11)

対象：北見市内の医療・介護関係者(医療機関、歯科医院、調剤薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、介護保険事業所等)

北見保健所管内の関係機関(北見保健所、町、地域包括支援センター等)

主催：北見市医療・介護連携支援センター、北見市

費用：無料 定員：300名

内容：

令和元年度 北見市医療機関・在宅ケアマネジャー連携会議

「令和元年度入退院連絡調査結果と連携ルールについて」

報告者：北見市保健福祉部 地域包括ケア担当主幹 長尾 智美氏

令和元年度で4回目となる入退院連絡調査及び医療機関を対象とした入退院連絡調査の結果を報告し、連携ルールにおける意見などを踏まえた変更や改善案について検討を行った結果を報告します。

第1回 きたみ医療介護連携推進セミナー

[開催趣旨説明]：

北見における医療と介護連携の課題(演者：北見市医療・介護連携支援センター長 関 建久)

令和元年に実施訪問看護や入退院支援担当者らと実施した「分野別ワーキングチーム会議」の結果で明らかになった北見地域における医療介護連携上の課題について報告します。

1. 在宅生活を継続できるケアマネジメントの力を磨く

(演者：在宅ケアマネジメントワーキング) 居宅介護支援事業所 We'll be(ウィルビー) 長内節子氏

在宅ケアマネジメントワーキングチームでは、医療系サービスを活用したいが、利用者が納得できる説明が難しい、通院で身体介護を使用する通院困難な利用者が増加している。などの課題が挙げられました。この実態を紹介して頂くとともに、医療機関を含めた介護サービスの連携について報告して頂きます。

2. 疾患増悪と再入院を防ぐ訪問看護サービスの積極的活用を知る

(演者：訪問看護ワーキングチーム) 訪問看護ステーション ましろ管理者 大集 美佳氏

訪問看護ワーキングチームでは、訪問で得た疾病悪化などの患者情報がケアプランへ反映されにくいと感じている、訪問看護開始手順がケアマネ間でバラバラなので手間がかかる、などの課題が挙げられました。在宅生活の維持を阻む疾病悪化のサインに気づき、入院を防ぐ取り組みが重要です。職種間の情報伝達の現状と訪問看護サービス開始への標準手順について報告して頂きます。

3. 薬の管理と指導で疾患増悪と再入院をどう防ぐか

(演者：調剤薬局ワーキングチーム) ポテト調剤薬局 管理薬剤師 湯浅慎司氏

調剤薬局ワーキングチームでは、薬剤師による在宅業務が可能だが、医師やケアマネから活用されない、処方医への報告が一方通行なので、薬剤師を活用して欲しいといった課題が挙げられました(予想)北見市内 46 の調剤薬局のうち、居宅療養管理指導(訪問薬剤指導)を実施している薬局は 24 薬局 (45.6%)あり、「薬剤師の訪問が必要と感じたら遠慮なく相談して欲しいと思う」と考えています。しかしケアマネジャーからは「どんな利用者が対象か分からない」という声が多く聞かれます。対象の利用者像とその理由、訪問指導により期待できる効果について報告して頂きます。

4. 退院支援における連携の課題

(演者：入退院支援ワーキングチーム) 小林病院 入退院支援室 看護師長 今野多喜子氏

医療機関の入退院支援担当者にワーキングチームでは、心不全など慢性疾患患者の退院指導をするが再入院者が減らない、医療処置を必要とする患者の退院先がない、元の施設も受け入れないなどの課題が上がりました。入院患者の退院支援にあたっては、介護者の有無・本人の希望・地域の社会資源など多岐に渡ります。特に医療処置が必要になる、内服管理が困難と思われるケースは退院支援上の困難を伴います。退院支援における医療系サービスとケアマネジャーとの連携課題と解決策について報告して頂きます。

5. パネルディスカッション

(司会：北見市医療・介護連携支援センター：関)

◆助言者：医療法人社団 邦栄会 本間内科医院 理事長 本間 栄志先生

◆パネラー：介護支援専門員・訪問看護師・薬剤師・退院支援看護師(各報告者)

疾病予防と再入院を防ぐことが医療と介護が連携する目的の一つです。連携推進には平時からの情報交換が必要です。平時の連携から入院、そして退院から自宅生活までの一連の流れのなかで、疾病予防と再入院を防ぐもの、自宅退院を進められる支援などを明らかにして、地域ケア底上げのための方法について検討します。

6. 申し込み：令和2年2月28日(金)までに別添の申込書にて FAX してください。

7. 問い合わせ先

北見市医療・介護連携支援センター(北見市中央三輪2丁目302-1) 北星記念病院内

電話 0157-51-1244(直通) FAX 0157-51-1230

北見における医療と介護の連携課題は何か

～切れ目のない医療介護サービスを考える～

令和元年度 北見市医療機関・在宅ケアマネジャー連携会議
第1回 きたみ医療介護連携推進セミナー

参加費無料
別紙にて事前
申し込み

日時：令和2年3月10日(火)18:30～20:30 (開場18:00)

場所：端野町公民館 グリーンホール

(北見市端野町二区471番地11) 定員：300名

対象：北見市および北見圏域の医療・介護関係者

主催：北見市医療・介護連携支援センター、北見市

あいさつ 北見市保健福祉部 次長

分野別ワーキングチームからの報告

- ✓ 北見における医療と介護連携の課題 (北見市医療・介護連携支援センター 関 建久)
- ✓ 在宅生活を継続できるケアマネジメントの力を磨く (主任介護支援専門員 長内 節子氏)
- ✓ 疾患増悪と再入院を防ぐ訪問看護サービスの積極的活用を知る
(訪問看護ステーションましろ 管理者 大集 美佳氏)
- ✓ 薬の管理と指導で疾患増悪と再入院をどう防ぐか(ポテト調剤薬局 管理薬剤師 湯浅 慎司氏)
- ✓ 退院支援における連携の課題 (小林病院 入退院支援室 看護師長 今野 多喜子氏)

北見における医療と介護の連携課題は何か ～切れ目のないサービスを考える～

パネルディスカッション(司会：北見市医療・介護連携支援センター)

- ✓ 助言者：医療法人社団 邦栄会 本間内科医院 理事長 本間 栄志先生
- ✓ パネラー：介護支援専門員・訪問看護師・薬剤師・退院支援看護師(各報告者)

疾病予防と再入院を防ぐことが医療と介護が連携する目的の一つです。連携推進には平時からの情報交換が必要です。平時の連携から入院、そして退院から自宅生活までの一連の流れのなかで、疾病予防と再入院を防ぐもの、自宅退院を進められる支援などを明らかにして、地域ケア底上げのための方法について検討します。

本会議及びセミナーでは、まず毎年北見市が実施する北見市医療機関・在宅ケアマネジャー連携会議として、切れ目のない在宅医療・介護の実現へ向けた入退院における連絡率の報告と在宅ケアマネジャー及び医療機関からの連携課題について調査結果を報告します。

次に連携推進セミナーでは、北見市が令和元年6月から、北見市医療・介護連携支援センターを開設し、地域の連携課題の抽出を行うため、4つの分野別ワーキングチーム会議を開催しました。各分野別ワーキングチームからの課題を報告して頂き、地域の医療介護関係者で共有し、課題解決へ向けた方策についてパネルディスカッションで皆さんと共に考えます。

連絡先・お問い合わせ先

北見市医療・介護連携支援センター

北見市中央三輪2丁目302-1

北星記念病院内 電話(0157)51-1244

令和元年度 北見市医療福祉情報連携協議会 市民フォーラム 実施要項(案)

運動と予防でいきいき暮らす ―生活習慣病と介護予防―

〔北見市医療・介護連携推進事業に係る普及啓発委託事業〕

趣旨：平成 27 年の厚生労働省の調査によると国民医療費の 1/3 以上が、がん・糖尿病・高血圧や心疾患など、生活習慣病関連であることが分かりました。また内閣府の世論調査によると国民の悩みや不安の半数以上が「自分の健康」という調査結果が発表されました。生活習慣病の一つである糖尿病の一人当たり年間医療費は初期の内服や食事・運動療法だと年間 5 万円ですが、人工透析やインスリン療法など重度の状態では年間平均 575 万円の医療費がかかります。今後北見市でも人口が減少し超高齢社会を迎えるにあたり、生活習慣病の予防と介護を必要としない状態を少しでも長く続けることは北見地域の医療と介護サービスの持続性からも大変重要です。

生活習慣病を予防し、介護を予防するためには市民一人ひとりの取り組みだけでなく、近所や地域全体で取り組むことが大切です。持続可能な北見市のために、生活習慣病と介護予防の観点から市民の皆さんと考えます

日時・場所：令和元年 10 月 12 日（土）14:30～16:30（開場 14:00）

ホテルロイヤル北見（北見市大通東 5 丁目 5-1）

主催：北見市医療福祉情報連携協議会、北見市、北見市医療・介護連携支援センター

後援：北見医師会、北見保健所、北網地域リハビリテーション推進会議、

国立大学法人北見工業大学社会連携推進センター

対象：一般市民、医療介護関係者

参加費：無料

申し込み：事前申し込み不要 当日会場へ直接お越しください(定員 120 名)

内容：Ⅰ活動報告（20 分）

北見市における生活習慣病の現状と課題

～特定健康診査及び後期高齢者医療の健康診査結果から～(仮題)

北見市保健福祉部 国保医療課 特定健診係 係長 大江 美由紀氏(保健師)

Ⅱ活動報告（各 15 分×2 名 30 分）

北見における介護予防に関わる地域住民の取り組み～介護予防サロンを中心として～(仮題)

北見市高齢者相談支援センター中央 生活支援コーディネーター 會田 康博氏

北見市高齢者相談支援センター西部 生活支援コーディネーター 後藤 一也氏

Ⅲ講演（50 分）

生活習慣病に対する治療と地域における介護予防 ～ゼロ次予防から 2 次予防まで～(仮題)

北見医師会会長 今野 敦先生(医療法人社団煌生会 北見循環器クリニック 理事長・院長)

お問い合わせ先

北見市医療福祉情報連携協議会 事務局

北見市幸町 3 丁目 1-24（北見医師会内）TEL：0157-23-2787

以上

人生100年時代を 健やかに 生きるために

国民医療費の1/3以上ががん・糖尿病・高血圧・心疾患などの生活習慣病によるものだといわれています。今後北見市でも人口が減少し超高齢化時代を迎えるにあたり、生活習慣病の予防と介護を必要としない健康状態を少しでも長く続けることが、北見地域の医療と介護サービスの持続性からとても大切です。人生100年時代を健やかに生きるために、生活習慣病と介護の予防について一緒に考えてみませんか。



対象 一般市民、
医療介護関係者

参加費 **無料**

事前申し込み不要、
当日会場へ直接お越しください
(定員120名)

令和元年度 北見市医療福祉情報連携協議会 市民フォーラム

運動と予防でいきいき暮らす ー生活習慣病と介護予防ー

日時 **10月12日(土)** 14:30~16:30
(開場 14:00)

会場 **ロイヤルホテル北見**
北見市大通東5丁目5-1

I 活動報告 20分

北見市における生活習慣病の現状と課題

～特定健康診査及び後期高齢者医療の健康診査結果から～

北見市保健福祉部 国保医療課 特定健診係 係長 大江 美由紀氏(保健師)

II 活動報告 各15分×2名 30分

北見市における介護予防に関わる地域住民の取り組み

～介護予防サロンを中心として～

北見市高齢者相談支援センター中央 生活支援コーディネーター 會田 康博氏
北見市高齢者相談支援センター西部 生活支援コーディネーター 後藤 一也氏

III 講演 50分

旭川市東旭川・千代田地区における地域住民の 安心を支えるための活動と取り組み

旭川市東旭川・千代田地域包括支援センター
センター長・保健師 澤田 典子氏

お問い合わせ先 北見市医療福祉情報連携協議会 事務局 北見市幸町3丁目1-24(北見医師会内) TEL0157-23-2787

主催/北見市医療福祉情報連携協議会、北見市、北見市医療・介護連携支援センター 後援/北見医師会、北見保健所、国立大学法人北見工業大学社会連携推進センター

【わが町の在宅・医療介護連携推進事業をPRする】 ー在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の運営計画ー

所属機関名：北見市医療・介護連携支援センター氏名：関建久(社会福祉士)、敷中理香(看護師)
委託元市町村：北見市

1 管轄地域の概況（2019年7月末現在）

人口	117,07人	病院数	14
65～74歳人口（再掲）	18,79人	訪問看護ステーション数	13
75歳以上人口（再掲）	20,013人	訪問診療実施医師数	5
高齢化率	33.3%	地域包括支援センター数	7
要介護（要支援）認定者数	7,982人	歯科診療所(内訪問歯科診療所)	56(6)
施設看取り数(H27年度)	15人	地域包括支援センター数(給付管理者数)	7(1,422人)
特定施設入居者生活介護(総定員数)	5(226人)	居宅介護支援事業所数(給付管理者数)	49(3,848人)
サービス付き高齢者住宅(総定員数)	8(260人)	介護老人保健施設数(総定員数)	3(280人) 超強2
住宅型有料老人ホーム(総定員数)	31(743人)	介護老人福祉施設数(総定員数)	10(782人)
高齢者向け下宿等(総定員数)	13(203人)	認知症グループホーム数(総定員数)	34(483人)

〈地域の概要〉

北見市は北海道の東部に位置する、面積1427.41平方キロメートル、人口12万人規模のオホーツク圏最大の都市です。
また、東西に延びる道路の距離は東京駅から箱根までの距離に相当する約110kmあります。
平成18年3月5日、北見市、端野町、常呂町、留辺蘂町が合併し、新「北見市」が誕生しました。
オホーツク圏の中で医療資源は北見市に集中しており、患者の受療動向では入院患者の圏域内自給率は94.9%、外来の圏域内自給率は98.9%(いずれも北網二次圏域の値)と圏域外への流出は少なくなっています。



2 在宅医療・介護連携推進事業について

(1)実施体制

事業開始時期	令和元年6月北見市より北星記念病院が受託	
人員体制	2名体制(MSW・看護師)	
事業推進のための協議会の設置	協議会設置有・設置主体：行政 運営主体：行政	

(2)事業の概要（事業名、現状・課題をコンパクトに）

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握 訪問看護、在宅ケアマネジャー、医療機関の入退院支援担当者、調剤薬局など4つの分野別のワーキングチーム会議を開催し、事前の調査を行い地域課題を把握した。
(イ) 在宅医療・介護連携の課題と抽出の対応策の検討 前述のワーキングチーム会議開催前に各チーム毎に連携課題の事前調査を実施。調査結果を会議にて確認し、課題抽出を行った。(詳細は後述)
(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進 肺炎、尿路感染症や心不全などの再入院の防止を目的として、医療機関の退院時指導情報をケアプランに反映する取り組みや、訪問看護サービスの活用率向上へ向けたサービス開始手順の標準化、サービス利用にかかる訪問看護サービスへの事前相談などを実施する予定。



4 今後の運営計画（＊2(2)より一事業選択しプランニング）

【事業名：切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進】

P Rの対象：単一職種などで本音の課題の抽出と、サービス量を定量化し需給量を見える化

訪問看護と在宅ケアマネジャーとの合同ワーキングチーム会議の開催

- 医療系サービス活用の手順の標準化(訪問看護活用率16%を〇〇%へ)
- 医療系サービス活用の目安を身に付けるための研修会と事例検討会の開催(在宅ケアマネ、医療機関、訪問看護)

在宅ケアマネジャーと入退院支援担当との合同ワーキングチーム会議の開催

- 医療系サービス活用ケース数の増加による再入院率の低下→次のスライドでPDCAで作成
- 在宅復帰困難ケースなどの事例検討会(医療機関)

医師会及び歯科医師会への地域課題の説明と連携課題への意見聴取

- ケアマネジャーからの相談受付や介護サービスに対する意見
- 訪問診療、訪問歯科診療などの活用についての供給拡大へ向けた意見聴取

医療処置が必要な利用者の施設利用について

- 各ワーキングチーム会議や関係団体(老施協・老健・サ高住等)との意見聴取

4 今後の運営計画（＊2(2)より一事業選択しプランニング）

【事業名：切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進】

P Rの対象：医療系サービス活用ケース数の増加による再入院率の低下(案)

