

令和3年度

北見市医療・介護連携支援センター 事業計画書

令和3年度は「令和2年度第2回医療・介護連携推進部会(令和3年2月25日開催)」にて承認された「P D C Aサイクルに沿った今後の取り組み案」に従い、①日常の療養支援、②入退院支援、③急変時の対応、④看取り、という在宅療養者の生活の4つの場면을切り口とした医療と介護連携の推進に取り組むこととした。



2021.4.1

北見市医療・介護連携支援センター
センター長 関 建久

事業の目的と地域の目指すべき姿

事業目的

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所等の関係者が協働・連携している。

連携の4場面と地域の目指す姿

日常の療養支援

医療・介護関係者の多職種協働と連携により、患者、利用者の日常の療養生活を支援することで、住み慣れた場所で生活ができる。

身近に外来診療を受けられ、通院が困難な際は訪問診療等を適切に受け、生活を継続できる。

入退院支援

入退院の際に、医療機関、介護事業所等が協働・情報共有を行うことで、入院時から支援を受けながら医療・介護サービスが提供され、本人が希望する場所に退院し不安なく生活を再開できる。

急変時の対応

急変時に迅速な救急要請が行われる。

状態変化時に本人や家族の意思を尊重した治療を受けることができる。

看取り

本人の住み慣れた地域、本人の望む場所で不安なく最期まで暮らすことができる。

医療・看護・介護関係者が、本人の人生の最終段階における意思を共有している。

現状分析と課題抽出

4つの 場面

現状分析と課題の抽出

日常の療 養支援

- 心不全や転倒・骨折、誤嚥性肺炎等により入退院を繰り返し、重症化している高齢者が増加している。
- ケアマネジメントにおける医療系サービスの活用や医療職からの助言機会が少なく、ケアプランが疾病予防や重度化予防につながっていない場合がある。
- 訪問診療を利用している要介護者（要支援）は自宅及び在宅系居住サービスで191人おり、このうちの65%が在宅系居住サービスにいる。（令和2年調査）
- 現在は独力で通院できるが、今後身体状況の悪化等で通院が難しいとケアマネジャーが見込む要介護者が586人いる。（令和2年調査）
- 利用者の医療介護情報を医療機関と介護事業所で共有できるネットワークシステム「北まるnet」があるが、活用している機関や事業所が少なく、患者や利用者の情報が共有されていない。

入退院 支援

- 入退院連絡率は高く維持されているが、医療機関がケアマネジャーへ行う退院日連絡の時期が毎年退院日間近になっている。
- 入院前に歯科治療をしていた利用者が退院後に歯科治療を中断している場合がある。
- 退院前に実施した医療機関と介護サービス事業所のカンファレンスの決定事項がその後変更されたにも関わらず連絡がないため、訪問看護等の介護事業所が対応に苦慮している場合がある。
- 施設から入院した患者が医療処置（経管栄養や喀痰吸引など）を必要とした場合、施設の人員や体制不足で元の施設へ戻ることが出来ず、医療機関の退院調整が難渋する時がある。

現状分析と課題抽出

4つの 場面	現状分析と課題の抽出
緊急時の対応	● 救急搬送時にかかりつけ医療機関や緊急連絡先等が分からず、搬送医療機関の選定や救急搬送先医療機関への引継ぎで救急隊が困ることがある。 ● 急変の際、本人の意思や家族の同意が得られないため、救急搬送先の医師が検査や治療を開始できない場合がある。
看取り	● ケアマネジャーをはじめとした支援者に人生の最終段階における医療・ケアの意思決定の知識や技術が不足しており、話し合いが進みづらくなっている。 ● 人生の最終段階における医療・ケアの意思決定の必要性が住民へ周知されておらず、本人の望まぬ場所で過ごしている場合がある。 ● 施設等での看取りは増えてきているが、元気な時からの人生の最終段階における医療・ケアについての話し合いがされておらず、施設入所等で初めて検討している場合がある。

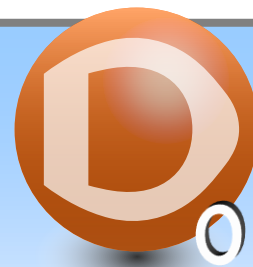
日常の療養支援



心身機能向上・維持への ケアプラン作成 利用者情報の共有と活用

- 心身機能向上・維持へ向けたケアプランが作成され、心身機能の重症化や不必要な入院が予防されている。
- 通院が困難でも通院を支援するサポート体制がある。
- 医療・介護関係者が本人の情報を共有、活用されている。

依頼しやすい居宅療養管 理指導 通院困難患者の通院の付き 添い等の検討



- 歯科医師や薬剤師等の居宅療養管理指導をケアマネジャーが依頼しやすくする依頼票等の活用。
- 多職種が参加する報告会の開催。
- ケアマネジャーに対する医療系サービスを活用したケアプラン作成の支援
- 通院困難患者の外来受診を継続のため、通院の付き添い等の無償ボランティアや有償支援の活用について検討。



医療系サービス活用率 北まるnetの活用機関、 事業所数

- 医療系サービス活用率は高まっているか。
- 通院困難な利用者でも施設等へ入所せず自宅等で過ごしているか。
- 北まるnet活用は医療介護関係者の業務効率化と質向上に寄与しているか。
- 北まるnetの活用機関、事業所数は増加しているか。

居宅療養管理指導のケアプ ラン算定率 外来受診支援サービスの 関係者との協議回数



- 居宅療養管理指導(歯科医師・薬剤師・管理栄養士)及び訪問看護、訪問リハビリのケアプラン算定率。
- 通院困難患者の外来受診を継続するインフォーマルな支援サービスの関係者との協議回数。
- 医療関係団体によるアーカイブ配信のコンテンツ数。
- 北まるnetの活用機関、活用事業所数及び登録者数。

入退院支援



適切な退院の連絡 本人の療養先の尊重 施設での医療処置受け入れ

- 退院連絡日が介護サービス調整に余裕をもつタイミングで連絡される。
- 入院時に退院後の生活場所等についての思いが医療機関へ提供される。
- 在宅担当者が医療機関と退院後の支援計画を共有でき、生活再開ができています。
- 医療処置があっても施設等での受け入れができています。

退院連絡が退院間際の原因調査 面接技法研修会の開催 施設と医療機関の役割分担



- ケアマネジャーへの退院連絡が退院間際の原因を調査し入退院連携担当者とケアマネジャーと協議する。
- の入院時連絡票に歯科受診記録を記載し、入院前の歯科治療が退院後も継続できるようにする。
- 生活場所等についての思いや希望を聞き取る面接技法の研修会をセンターにて開催する。
- 退院前ケアカンファレンスの修正後の周知方法を医療機関、ケアマネジャーや訪問看護事業所らと協議する。
- 医療処置の施設入所者の受け入れ、役割分担や協力体制を介護施設と医療機関で検討する。



医療機関と訪問看護事業所の連絡は円滑か 退院前連絡日は短縮化していないか 医療処置者の施設受け入れ数は拡大しているか

- ケアマネへの退院前連絡期日は短縮化していないか。
- 患者の退院先への希望は医療機関へ伝達されているか。
- 医療機関と訪問看護事業所の連絡調整が円滑になっているか。
- 医療処置を必要とする入所者の施設受け入れ数は拡大しているか。
- 医療処置を理由とする医療機関の退院調整の滞り（ベッド回転の停滞など）はないか。

退院前連絡日 医療処置の在宅数 医療処置者の施設受け入れ数



- 入退院連絡調査における退院5日以上前連絡割合。
- 胃ろう・喀痰等吸引等の医療的処置・管理が必要な高齢者の施設及び自宅等の生活者数。
- 医療処置を必要とする施設入所者受け入れ率。(特養・老健)

急変時の対応



北まるnet救急医療情報に多くの市民が登録
急変時対応で本人の意思が家族間で共有
救急現場で医療・ケア情報が北まるnet救急医療情報で活用
本人の意思等のに沿った治療の開始や不開始が実施

- 北まるnet救急医療情報に多くの市民が登録。
- 急変対応の際本人の意思が家族間で共有されている。
- 救急医療の現場で本人の情報や医療・ケアについての情報が北まるnet救急医療などで確認できている。
- 本人の意思及びかかりつけ医の指示に沿った治療の開始や不開始が実施されている。



市民及び居宅介護支援事業所等へ北まるnet救急医療情報の周知活動。
ケアマネジャーを対象としたACPに関する研修会を開催

- 市民及び居宅介護支援事業所等へ北まるnet救急医療情報の周知と登録者数拡大へ向けた活動。
- ケアマネジャーを対象としたACPに関する研修会を開催。



情報のヒット率や登録地域の偏在
医療・ケアについて意思決定支援への記載

- 北まるnet救急医療情報の本人の情報ヒット率や登録地域の偏在はないか。
- 本人の意思が不明なことにより救急現場での検査や治療の遅延等が発生していないか。
- ケアマネジャーは北まるnet救急医療情報に医療・ケアについての意思決定支援を記載しているか。
- ケアマネジャーが意思決定支援への際に困っていることや課題はないか。



北まるnetの活用機関数
登録利用者数

- 北まるnetの活用機関、活用事業所数及び登録者数。
- 医療・ケアについての意思決定が北まるnet救急医療情報に記載されている登録者数。(北まるnet救急医療に「医療・ケアについての意思決定」の項目を独立させカウント)

看取り



**本人が医療・ケアについての意思を表出
看取りに対する意思の変化の確認
と支援メンバー間での共有
在宅生活中からACPに取り組む**

- 本人が人生の最終段階における医療・ケアについての意思を表出している。
- 人生の最終段階における本人の希望について家族と話し合いがされている。
- 本人の看取りに対する意思の変化の確認が適宜行われ、支援メンバー間で共有し支援方針の変更が確認されている。
- 在宅生活中からACPに取り組み、かかりつけ医と共に事前指示書や本人の意思が支援メンバーで共有されている。

**ACPに関する市民啓発活動
ケアマネジャーを対象とした
ACP研修会
施設の生活相談員等を対象としたACP研修会**



- 人生最終段階における医療・ケア及び在宅や施設での看取りなどの具体的な取り組みについての市民啓発活動に協力する。
- ケアマネジャーを対象としたACPに関する研修会を開催し、本人が元気な時期からの医療・ケアについての意思決定支援に資する活動を行う。（再掲）
- 施設等入所者や、入所時のACPの引継ぎなどに活用するため、施設の生活相談員等を対象とした研修会を実施する。



**意思決定の必要性の市民へ周知度合
ケアマネジャーによる意思決定支援
への記載
施設入所時に医療・ケアにおける本人の意思の引継ぎ**

- 人生の最終段階における医療・ケアについての意思決定の必要性は市民へ周知されているか。
- ケアマネジャーの意思決定支援の記載に多くの事業所が取り組んでいるか。
- 施設入所時に医療・ケアにおける本人の意思の引継ぎがされているか。

**北まるnetの活用機関数
在宅及び施設等でのACP取組状況
自宅死及び老人ホーム死の割合**



- 北まるnetの活用機関、活用事業所数及び登録者数。
- 北まるnet救急医療情報における意思決定記載の状況。
- 在宅及び施設等でのACPの関係者による取組状況。
- 自宅死及び老人ホーム死の割合（平成30年厚生労働省人口動態調査）

その他の活動

センターの周知

- 医療・介護連携の課題や取り組み周知のため、「北見市医療・介護連携支援センターニュースレター」を3回発行する。
- センターの活動や医療・介護連携に関する話題等の周知のため、「北見市医療・介護連携支援センターホームページ」の内容を更新する。なお、同ホームページ掲載の更新周知のため、北見市医療・介護連携支援センターのフェイスブックも活用し、周知を行う。