



北見市医療・介護連携支援センター

〒090-0837 北見市中央三輪2丁目302-1

医療法人社団高翔会 北星記念病院内

TEL 0157-51-1244

ごあいさつ

高齢になると疾病にかかりやすくなるとともに、介護が必要となる状態にも陥りやすくなります。医療サービスと介護サービスは別々のものでなく、暮らしのなかで一体として提供される必要があるでしょう。こういった状況を踏まえ、北見市では令和元年6月より、要介護状態になってもできる限り住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、国の施策である「在宅医療介護連携推進事業」において、医療と介護の専門知識を有するコーディネーターを配置する「北見市医療・介護連携支援センター(以下センター)」を設置することで、医療と介護の連携を推進することとなりました。本事業の実施において、他の市町村は医師会や地域包括支援センターなどが行政の

委託を受け実施しています。北見市では当法人(医療法人社団高翔会 北星記念病院)がこの業務を受託して実施することとなりました。医療・介護関係者と密接に協力し合い、地域住民の皆様が少しでも長くご自宅等で暮らせるよう関係機関との協力体制を構築して参りたいと思います。

昨年度の活動を通じて、センターの活動をお知らせする機会が少なく感じました。そこで令和2年度はセンターの活動や医療介護支援に係る様々な話題を定期的にお知らせすることといたしました。年3回の発行を予定しておりますので、お付き合い下さいますようお願い申し上げます。

センター長 ソーシャルワーカー 関 建久



北星記念病院内にセンターが設置されました

令和元年度事業について

令和元年度はセンター開設の周知と地域における医療介護の連携課題の把握、抽出の検討を主に行いました。課題抽出の方法は訪問看護、在宅ケアマネジャー、調剤薬局、医療機関の入退院支援部門という4つの分野ごとにワーキングチーム会議を組織し、課題を把握しました。多職種合同によるグループワークなど、地域課題を検討する方法ではなく、領域を絞り各分野の抱える業務課題や他分野との連携課題を会議という形式で行

い、また各会議に先立ち事調査を行いました。

その結果の一つに医療介護連携における医療系サービスの要である訪問看護の利用開始時に、居宅介護支援事業所と訪問看護ステーション等との役割分担や手順が定まっていなかったことが判明しました。そこで両サービスの事業所並びに医療機関の連携担当者として協議を行い、標準的な手順の確認と使用する文書等の整備を行いました。(次ページで紹介しています)

目次 :

ごあいさつ	1
令和元年度事業について	1
訪問看護手順の標準化と使用文書の変更について	2
令和2年度の事業について	3
相談内容の紹介	3
投稿 「在宅生活を継続できるケアマネジメントの力を磨く」	4

	訪問看護ワーキング	在宅ケアマネジワーキング	調剤薬局ワーキング	入退院支援ワーキング
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絡協議会、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17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、地域課題について 医療系サービス活用の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 訪問薬剤指導における現状と課題、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

現状と課題

訪問看護の必要性を主治医へ確認する役割がケアマネジャーであったり訪問看護師であったりなど、訪問看護を開始する手順が統一されておらず、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ました。退院時に医療機関の指示で訪問看護が開始される場合以外を除き、ケアマネジャーが疾病悪化のサインに気づき、訪問看護を導入するケースは少なく、潜在的な利用者が脱落している可能性があります。

また、ケアマネジャーが訪問看護を利用すべきかどうか検討する際、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こともわかりました。

さらにケアマネジャーが訪問看護を利用する理由(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っており、依頼された側(訪問

看護側)で改めて利用者を訪問してアセスメントしていることもわかりました。

医療機関に対しても、ケアマネジャーは訪問看護の利用に際し、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)を実施しています。このうちケアマネジャーが主治医へ提出する連絡票の内容だけでは、訪問看護の必要性が医師へ伝わっておらず、医療機関側からケアマネジャーへ改めて情報を収集していました。なぜそうなるのかワーキングチーム会議で検討した結果、現在使用している「主治医⇄ケアマネジャー連絡票」は、ケアマネジャーの自由記載となっており、必ずしも訪問看護開始理由の必要性が明確になっていないのではないかと考えられました。

訪問看護の開始までのケアマネジャーが実施する手順 (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)
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・利用申込書の活用
5	ケアマネジャーが主治医の意見を以下の方法で確認 受診に同行し主治医へ直接確認 (各科外来・連携室) 書面により主治医に確認 主治医⇄ケアマネジャー連絡票
6	ケアマネジャーより訪問看護ステーションへ依頼 訪問看護相談票・利用申込書の活用
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

連携体制の構築

まず、訪問看護開始に際し、ケアマネジャーが行う手順を標準化し役割を明確にしました。(右上)

次に、訪問看護利用の際に医師の承諾を得る方法のうち、従来の自由記載だった様式を改変し、「訪問看護が必要と考えた利用者の生活状況」を項目化し、ケアマネジャーがどのような状況を見て必要と判断したかが主治医へ分かるようチェックボックス形式の様式を作成しました。

上記の新ルールを関係機関等へ説明、周知し理解を求めため、「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(右記写真)」を開催し、「訪問看護開始にかかる手順・様式等の課題」の検討を行い、令和2年5月25日より実施することとしました。

また、平成30年度より使用している「入退院連絡システム」と同様に「訪問看護システム」として北まるnetで簡便に作成できる環境を整えました。本システムについては北見市医療福祉情報連携協



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の様子

議会(北まるnet)のホームページからダウンロードが可能です。またエクセルのファイルも公開していません。北見市と当センターのホームページをご覧ください。

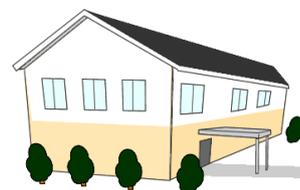
令和2年度の事業について

令和元年度の取り組みの結果、医療・介護連携における課題には、次の8つが抽出されました。

①訪問看護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。②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。③ケアプランで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。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。⑤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。⑥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。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。⑧処方医への報告が一方通行、薬剤師を活用して欲しい、といった課題が抽出されました。

委託2年目となる令和2年度は、前年度4つの分野別ワーキングチームで抽出した地域における連携課題に対する解決への取り組みに加え、新たに施設サービスや訪問介護に関するワーキングチーム会議の開催や、訪問歯科診療に関する診療提供側や地域のニーズなども調査を行います。(以下をご参照ください)



令和2年度の重点活動（事業計画の一部を紹介します）

通院困難患者の調査と課題抽出	通院困難利用者の実態、訪問診療や通院介護サービス量の需要及び供給量、供給量へ向けた関係者との課題抽出や対応策の検討を行う。
施設等ワーキングチーム会議の開催	医療処置が必要となり医療機関から退院する患者・利用者の施設受け入れ対応や看取り等の対応について、施設側の課題を抽出し対応策を検討するために「施設等ワーキングチーム会議」を開催する。
医療処置患者の退院先拡大へ向けた体制の検討	医療処置が必要となった利用者が医療機関から退院する患者、当該利用者の施設受け入れ対応について、施設側の抱える課題を調査し、当該利用者が施設サービスを利用できる量を増加する提供体制へ向けた活動を行う。
医療系サービス活用のための小規模勉強会の実施	在宅ケアマネジャーを対象とした訪問薬剤指導や訪問看護等、医療系サービスの活用方法についての小規模単位の勉強会を関係職能団体等の協力を得て実施する。

センターへ寄せられた関係者からの相談事例の紹介

Q 相談（居宅介護支援事業所 ケアマネジャー）
退院前カンファレンスへ参加したが、病院スタッフから指導と助言を反映したケアプランを提出するよう言われた。カンファレンスの結果、ケアプランの変更は無く入院時に提出したものと同様だと説明したが、変更が無ければ退院日の日付に書き換えてケアプランを提出するよう言われた。どうしたらよいか。

A 回答

この依頼は診療報酬の「介護支援等連携指導料」の要件によるものでしょう。病院スタッフが入院中から介護支援専門員らと連携し退院後のケアプラン又はサービス等利用計画の作成につなげる取り組みを評価したものです。診療報酬上の要件は

「行った指導の内容等について、要点を診療録等に記載する。また、指導の内容を踏まえ作成されたケアプラン等については、患者の同意を得た上で、当該介護支援専門員(中略)に情報提供を求めるとし、ケアプラン等の写しを診療録等に添付すること。」病院は診療録へ添付するために提出を求めています。でも指導を受けもすべてのケースがケアプラン変更をする訳ではありませんし、さらに日付のみを書き換えることは法令上できません。変更が無ければ「ケアプラン等」と書かれていますので、受けた指導を今後どのように活用するかの要点をまとめた経過記録などを提出してはいかでしょう。指導を受け変更されたケアマネジメントの内容を病院へ示すことが出来れば良いと思われます。



「在宅生活を継続できるケアマネジメントの力を磨く」

居宅介護支援事業所 We'll be 主任介護支援専門員 長内節子さん

令和2年5月18日に開催予定だった「令和2年度北見市医療・介護連携代表者会議」は中止となりましたが、当日報告を予定していた、居宅介護支援事業所 We'll be 主任介護支援専門員の長内節子さんより「在宅生活を継続できるケアマネジメントの力を磨く」というテーマで原稿を書いていただきましたのでご紹介します。(関)



介護保険が始まって20年。ケアマネジャーは、『なくてはならない存在』として社会的な認知を得ている。ケアマネジャーは、実に多分野の基礎知識を有した上でそれらを踏まえて利用者の『生活を支える』のが仕事である。『生活』とは、衣食住、生活歴、家族環境、価値観、収入…等々、利用者一人一人違う。誰しも程度の差はあれ生活領域では自分勝手、不衛生や不規則等の側面を持つ。ケアマネはそこに分け入って、何とか『生活課題』と『よりよい生活』に折り合いをつけなければならない。決して独善的なプランでは信頼も成果も得られない。そういうケアマネの毎日が壁に直面する時、何が必要なのだろうか。

この度、何件かの居宅ケアマネから話を聞く機会を得た。様々な支援困難ケース、うまくいかなかった事例を聞かせてもらい、もしかしたら市内の医療機関についての情報をもっと共有されていれば、利用者の不利益にならずに済んだのではないかと思う事例があった。ケアマネ業務は実に多忙だが、ケアマネ同士の情報共有のあり方も考えていく必要があるようだ。

支援の壁に直面した時、自分の基礎資格以外の業種に支援チームに加わってもらうことで、全く

違った視点からの助言が得られることもある。認知症の利用者さんに肺がんが見つかったケースでは、具合が悪くなると自分でいろいろな病院に行ってしまう困ったが、訪問看護を導入して、多面的に支えることで打開できたとの話を聞いた。医療処置の必要な患者さんでは訪問看護の導入は比較的スムーズだが、高齢者の慢性疾患に認知症が加わったケースになると訪問看護の導入を提案してもなかなか受け入れてもらえない。そもそも、医療は『いよいよ最後に悪くなったら来てもらうもの』という認識が根強い。しかし、これからは『悪くなる前から』の導入で予防する。そして、一緒に考えてもらう。

『生活』は『個別のもの』だが、『医療』は『理論的で体系化されたもの』だ。「生活モデル」と「医学モデル」の違いなのだが、ケアマネの中には、『上位概念としての医療』という医師や看護師への気後れ感がある。そろそろその考えは取り払ってもいいと思う。チームの要として一番利用者の『生活』を知るのはケアマネである。自信を持って利用者の思いを代弁しよう。きっと寄り添ってくれるはずだ。

多くの症例に医療職と共に向き合っていくことが、我々の対応力を磨いてくれるのではないかと考える。

北見市医療・介護連携支援センターのホームページを開設しました

北見市医療・介護連携支援センターの
ホームページを開設しました

<https://www.nouge.gr.jp/center/>
北星記念病院のホームページにもリンクがあります
是非ご覧ください



発行者 北見市医療・介護連携支援センター

〒090-0837 北見市中央三輪 2 丁目302-1 医療法人社団高翔会 北星記念病院内

電話: 0157-51-1244 FAX: 0157-51-1241 電子メール: kitami.medicare@nouge.gr.jp

H P : <https://www.nouge.gr.jp/center/>