



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

北見市における医療と介護の連携、今までとこれから

北見市保健福祉部 地域包括ケア推進担当 主幹 保健師 長尾智美 さんへ聞く

北見市では2025年に、75才以上の後期高齢者が2010年の1.5倍になり、加齢に伴う医療ニーズの拡大や複合疾患をもつ高齢者が増加します。住民の望む生活を実現するため、平成27年度から始まった「在宅医療介護連携推進事業」を担当してきた、北見市保健福祉部 地域包括ケア担当の主幹である保健師の長尾智美さんにお話しをお聞きました。

これまでの医療と介護連携の取り組みの中で、一番心に残っていることは何ですか

やはり入退院時連絡の地域ルールづくりです。平成23年頃より北海道の事業である「北網地域リハビリテーション広域支援センター」の仲間たちと医療と介護の連携について議論を始めました。病気になってもずっと入院できない。ベット数は決まっている。急性期、回復期、慢性期などの診療機能が分かれています。では介護施設で見てもらえるのか？。施設の定員は決まっているし、医療的管理（胃ろう・インスリン・透析等）が必要な場合は入所が難しい。これらの中で特に退院後の在宅生活をスムーズにするための入退院の連携が急務の課題でした。

そこで医療機関とケアマネジャーの連携推進に取り組んだのですか

そうです。要介護者の退院前に医療機関からケアマネジャーへ連絡が来なかったため、退院後すぐに介護サービスが調整できず、再入院してしまうケースがありました。高齢者がスムーズに退院ができ、安心して在宅生活の再開を目標に、市の事業として入退院連絡の取り組みを開始しました。医療・介護がお互いの立場を理解して、連携の必要性を実感した上で具体的な連絡のルールづくりを行いました。

医療機関への理解や多くのケアマネジャーの意見をまとめることは難しかったのではないですか

確かにそうでした。まず医療機関の看護管理者の

方へ退院前連絡の重要性を理解して頂き

ました。これに加え、退院前にケアマネジャーが医療機関から連絡

をもらうためには、その前提としてケアマネジャーが入院時に医療機関へ在宅の様子を情報提供して頂くことが必要です。ギブアンドテイクですね。そのため市内の居宅介護支援事業所から代表者を選出し、入退院時連絡のルールについての会議を重ね、ケアマネジャーの総意としての案を作成しました。高い入院時連絡率が、医療機関からケアマネジャーへの退院時連絡率の維持につながっていると思います。

医療介護連携のこれからの姿についてお聞かせください

医療介護連携の目的は住民が安心して暮らせる地域の実現が目的。連携はあくまでその手段です。橋渡しは北見市や医療介護支援センターの役割ですが、ケアマネジャーや医療機関等の現場の声を大切にし、何のためにこの連携を行うのかを関係者と確認して進めることが大切です。

また北見市だけの連携ルール、システム等だけではなく、近隣町とも連携した広域的な取り組みが必要です。さらに今後は高齢者のみならず、障がい者等も含めた、地域共生社会の実現へ向けた関係機関の連携が求められるでしょう。



地域包括ケア担当の長尾主幹

目次：

- 北見市における医療介護連携の今までとこれから(インタビュー) 1
- 入所者の重度化対応と医療機関との連携構築 2
- 在宅医療の推進における通院困難者の支援 3
- 市民フォーラムを開催しました 4
- 小規模出前勉強会のオンデマンド配信をはじめます 4



北見市医療・介護連携支援センター
・ 介護連携支援センター
・ 介護連携支援センター

令和2年11月30日、施設等ワーキングチーム会議を開催し、北見市内の特養の施設長と生活相談員にご参加頂きました。昨年の入退院支援ワーキングチーム会議で施設から入院した患者さんが医療処置を要する場合、施設へ再入所できず、病院のベッド稼働が滞る課題がありました。そこで、医療処置利用者の施設への受け入れ、医療機関側との連携課題と看取り介護(ACPを含む)に関する現状と課題について、事前調査の結果を踏まえ意見交換をしました。

事前調査の結果から

会議に先立ち、事前調査を実施しました。市内の特養入所者定員数782人のうち、令和元年度に入院した入所者は407人おり、疾患別では呼吸器系疾患(肺炎など)102人がその他の疾患の198人の次に多い結果となりました。定数に対する入院率は52%であり、入退院時の連絡調整が多いことが分かりました。

また令和元年度の特養への新規入所者数は199人、同年度の退所者数は205人でした。退所者のうち施設内での死亡退所は114人、入院先での死亡が59人でした。施設での看取り介護が進んでいます。

また医療処置入所者に対する受け入れを「行っている」、「一部行っている」施設は12施設であり、多くの施設が医療処置入所者の受け入れを行っていました。



医療機関からの退院時の際、病院で退院可能と判断されても受け入れる施設の側での医療管理が出来ない場合があり、この差異をどう埋めていくかが課題であるという意見もありました。

ACPIについては、入所時にリビングウィル(事前指示書)についての話し合いをしていますが、既に本人の意思が確認できない場合が多いことも明らかになりました。

会議を終え、課題を以下の通り抽出しました

医療処置利用者への特養への入所枠が増えれば良いが、夜間に看護師が不在、また看護師や喀痰吸引介護職員が不足し、受け入れ体制が作れない課題がある。新規の医療処置利用者の入所は困難でも、現入所者が退院にあたり医療処置が必要となった場合の受け入れは最低しなければならないと考えるが、難しい時もあるという課題の二つをまず抽出しました。

今後の施設ワーキングチーム会議での取り組み

- 医療機関との継続した協力体制づくりのため、緊急の入退院連携のみならず、平時の相談・受診等の協力体制について課題を具体化するとともに、課題を協議する会議の開催を検討します。
- ACPは入所時はもとより、在宅生活時期より開始し、在宅ケアマネジャー等から入所施設へ本人の意思決定内容や経過を引き継ぐ体制と、そのための研修会開催について検討します。

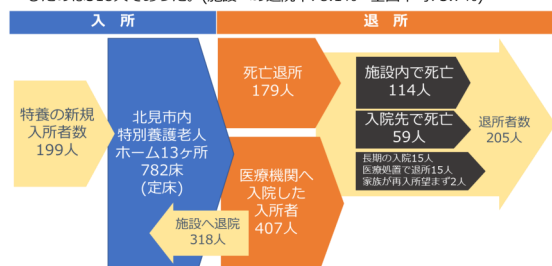
センターでは、医療処置利用者やACPの推進について継続して取り組んでいきます。お忙しい中ご参加頂いた特別養護老人ホームの皆様、ありがとうございました。

施設入所と退所の流れ

入院数と入院後の転帰先の集計

令和元年度

- 令和元年度の全施設の新規入所者数は199人、死亡退所者は179人であった。
- 死亡退所者のうち施設内での死亡退所は114人であった。
- 令和元年度に施設から医療機関へ入院した入所者は407人。同年度に施設へ退院したのは318人であった。(施設への退院率78.1% 全国平均73.7%)



アドバンス・ケア・プランニング(ACP)については、実施していたのは13施設中2施設であり、また今後施設でアドバンス・ケア・プランニングに取り組む予定は13施設中3施設でした。

会議で出された意見

医療処置利用者の受け入れについての検討チームを立ち上げている施設がある一方で、看護師等の人員体制が不足しており、多くの医療処置者の受け入れは難しく、定員の一部しか受け入れが出来ないという施設が多くありました。また喀痰吸引が出来る介護スタッフが少なく、その育成も課題となっていました。

令和2年12月18日、在宅ケアマネジメントワーキングチーム会議を開催しました。訪問診療に対するニーズは高まっているものの、十分な訪問診療サービスを確保するのは北見では困難と思われます。そこで通院困難者の実態を把握し、通院へのサポートを充実させることにより、なるべく少ない訪問診療の医療資源に負荷を掛けない方策を検討し、日常の診療を確保するためのサポートや支援方法について協議を行いました。

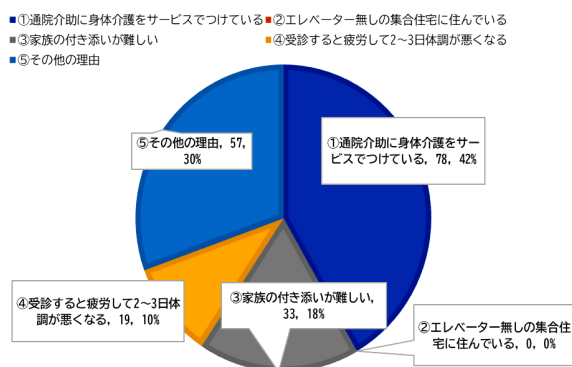
外来通院を継続できるための体制について

現在の場所で暮らし続けるためには身近に診療を継続できることが必須ですが、通院が困難となった場合は訪問診療が必要となります。しかし北見で訪問診療を実施する医療機関の医師は限定されているため、患者さんが望んでも訪問診療を受けることは難しいのが現状です。また要介護者が通院するためのサポートを行う訪問介護(ホームヘルパー)のサービス量も飽和しており、新規の通院介助サービスが受けづらくなっています。そこで通院が困難となった場合、前述のサービスに加え、どのような通院支援があれば訪問診療の少ない医療資源のなかでも通院など、身近に診療を続けられるかについてケアマネジャーの皆さんに意見をお聞きました。

通院困難者の実態

昨年度、当センターが居宅介護支援事業所を対象にした調査では、調査月の要介護者約2,976人中、訪問診療を受けている方は170人で、その割合は5.7%でした。また今後「訪問診療を受ける可能性のある利用者の条件」を次の5つとし、該当者数を調査しました。①通院介助に身体介護を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その他の通院困難なものとしました。これらに該当する利用者は187人でした(下記図参照)。

今後通院が困難と思われる理由 N=187



これを前述の調査同月の要介護者数で割り返すと、今後訪問診療を受ける可能性のある要介護者割合は6.2%となりました。

通院が出来るかどうかの社会的なボーダーラインとは

通院困難な者とは「身体的、社会的理由により、独力で通院が困難な者(何らかの介助・支援を必要とする者)」と考えられます。ケアマネジャーの皆さんからは、身体的理由はある程度明確に判別できるが、社会的な理由が大きいことが分かりました。通院が出来るかどうかのボーダーラインは次の通りに分類できそうです。①公共交通へのアクセスが悪い(バス停まで徒歩20分かかる)、②公共交通利用の際に介助を要する(家屋内では自立だが乗降時に軽介助を要する)、③受診中の院内移動のサポート(検査などへの院内移動、また家族が付き添えない)、④医療機関の受診の仕組みに合わせられない(受付が予約制でなく受付順のため、早朝から医療機関へ並べないなど)でした。また北見市は周辺に自治区(留辺薬町、常呂町)があり、通院距離は20～30kmもあり、移動手段が無いため友人の買い物に合わせて同乗して受診しているなどのケースもありました。

今後の取り組みについて

受診予約が出来ないために通院介助に要する時間が不明で訪問介護サービスが提供できないという実態も今回分かりました。今後はセンターにてケアマネジャーを対象に調査を行い、限りある介護資源(特に訪問介護)を効率的に活用するため、受診困難者の実態を把握し、解決方法を検討していきます。

市民フォーラムを開催しました 「もしもの時の安心を考える～救急医療情報と脳卒中の治療～」

令和2年12月5日、市内のホテルにて令和2年度北見市医療福祉情報連携協議会市民フォーラムおよび第15回オホーツク脳卒中市民講座が開催されました。当センターも医療介護連携に関わる市民啓発の活動として協力しています。今回は「もしもの時の安心を考える～救急医療情報と脳卒中の治療～」と題し、令和2年10月より開始された「北まるnet救急医療情報」について3人の演者が報告しました。

北見地域介護支援専門員連絡協議会の武田会長は、一人暮らしの場合でも救急隊員が緊急時の連絡、かかりつけ医、病気や薬の情報、地域包括支援センターの担当職員やケアマネジャーがデータ登録されている「北まるnet」ですぐに分かり、入院した場合も必要な情報が伝達されるので、自宅で受けていた介護サービスや本人や家族の意向などが伝わると利点を述べました。

北見地区消防組合救急企画課の高橋課長は、救急搬送数の増加、特に高齢者の割合が増加し、その影響が現場活動時間(傷病者の現場の滞在時間)も長くなっていることを指摘しました。実際の現場

活動例を元に、北まるnet救急医療情報の活用有無でどのくらいの時間が短縮可能かを紹介して頂きました。



市民フォーラムの様子

北見赤十字病院脳神経外科部長の木村医師は、医療における適正な医療と本人が望む医療を実現するためには患者さん本人やご家族との話し合いが必要である。脳卒中のうち特に脳梗塞の治療は、発症後4.5時間以内にrt-PA静注療法などの治療を開始することができるが、再出血などの危険も高いため、患者さん本人やご家族の同意が必要となり時間との勝負である。患者さんの情報が事前に分かれば搬送中に手術等の準備を開始することが可能になるなどの利点が紹介されました。

なお、講演内容を北見市医療福祉情報連携協議会のサイトにアップしていますので、是非ご覧ください。

https://www.kitamaru.net/event/forum_20201205.htm

「小規模出前勉強会」のオンデマンド配信をご活用ください

医療系サービス連携のための出前小規模勉強会

2020.11.11

ケアプラン作成のためのリハビリテーションの視点と方法

北見市福祉 高橋 倫子
北見市福祉 高橋 倫子
北見市福祉 高橋 倫子
(公益社団法人北海道福祉士会 代表理事)

現在のコンテンツ

ケアプラン作成のためのリハビリテーションの視点と方法[講師：理学療法士]

- 利用者の生活機能はケアプランで変化と言っても過言ではない。
- リハビリテーションセラピストの専門性は利用者の心身機能における客観的評価と予後予測である。
- ケアマネジャーが評価できないのは心身機能・構造である。
- 利用者の「する能力」を見極め、できるADLをしているADLにするケアプランにリハビリテーションの視点が必要。
- 症例を基に具体的な展開を紹介。

今年度より実施している小規模勉強会は事業所単位の小規模な勉強会です。しかし小規模であっても対面のため新型コロナウイルス感染を心配する事業所があるようです。そこで非対面でかつ視聴場所・時間を問わない「オンデマンド配信」も講師の協力を得て当該勉強会の方法として実施することとしました。申し込み方法は従来通りセンターのホームページの申請書をダウンロードしてください。センターへ申し込みの際、その他の

欄に「オンデマンド配信希望」とご記載ください。コンテンツを準備でき次第、センターより申し込み事業所へ配信用のURLを連絡します。そのURLに事業所がアクセスして視聴します。視聴後に質疑がある場合は事業所でも取りまとめて頂き、センターを通じ講師から回答します。勉強会終了後に事業所より報告書を提出していただきます。

発行者 北見市医療・介護連携支援センター 関 建久（医療ソーシャルワーカー）・敷中理香（看護師）
〒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（センター直通） FAX: 0157-51-1241
電子メール: kitami.medicare@nouge.gr.jp H P : <https://www.nouge.gr.jp/center/>