

平成29年度 第3回

在宅医療・介護連携推進に関する会議

## 資料 3

議 事

(3) 在宅医療・介護連携推進に関するワーキング  
会議 議論のとりまとめについて (報告)

**在宅医療・介護連携推進に関するワーキング会議  
議論のとりまとめ（概要版）**

**平成29年9月**

北九州市 保健福祉局  
地域医療課

# 在宅医療・介護連携推進に関するワーキング会議 現状認識・問題意識

## 現状認識

- **高齢者数の増加**（本市では2020年に最大化、当分は高齢者数が多い状態が継続）
- **労働力人口の減少**

○ **福岡県地域医療構想**（平成29年3月策定）  
の実現に向け、地域での協議が進行

○ **診療報酬・介護報酬の同時改定**  
（平成30年4月予定）

こうした医療・介護等をめぐる社会構造の変化や制度改革は、後戻りできないばかりか、今後加速していくものと考えられる。

- 高齢者の多様なニーズを支えるため、医療・介護等の多職種・多機関の役割分担と連携の徹底について、**「速やかな取組」**かつ**「息の長い取組」**をしていくことが必要。

## 問題意識

- 本市では、各地域で多職種・多機関連携の取組が進行。

- ・ 情報共有・連絡用シート、情報提供のルール化、多職種研修
- ・ 地域リハビリテーションケース会議
- ・ 個々の医療機関での「退院支援プロジェクト」
- ・ 地区医師会での「在宅医の会」の立ち上げ など



- しかしながら、現在、入退院時に関係者で本人・家族の情報が円滑に引き継がれないこと等により、医療・介護等の現場には、多大な負担が発生。

- 医療・介護等の専門職が持つ**本来力点を置くべき患者・家族への直接的な支援の時間が減少**しているなど、**専門職の力を市全体として十二分に発揮できていない**のではないかと懸念。

- **これまでの意義ある取組の経験を前提に、地域や団体等の取組をつなぎ合わせ、継続・発展させていく必要。**

# 多職種・多機関連携についての「共有すべき目標」

- 人口数万の市町村では、現場・団体・行政が結束しやすく、効果的な多職種・多機関連携を実現できている例があるが、**100万都市である本市でも、多職種・多機関連携を実現**していくべき。
- まずは、医療・介護等専門職の間で、多職種・多機関連携について「**共有すべき目標**」を設定する。

## ①本人・家族の医療・介護等の主体的選択・一体的提供

- 専門職が、本人・家族と共通の情報・方向性を持ちサービスについて**本人・家族の理解や主体的選択を助ける**
- 専門職が、本人・家族の希望・状況に寄り添いながら、**最適な医療・介護等を一体的に提供する**



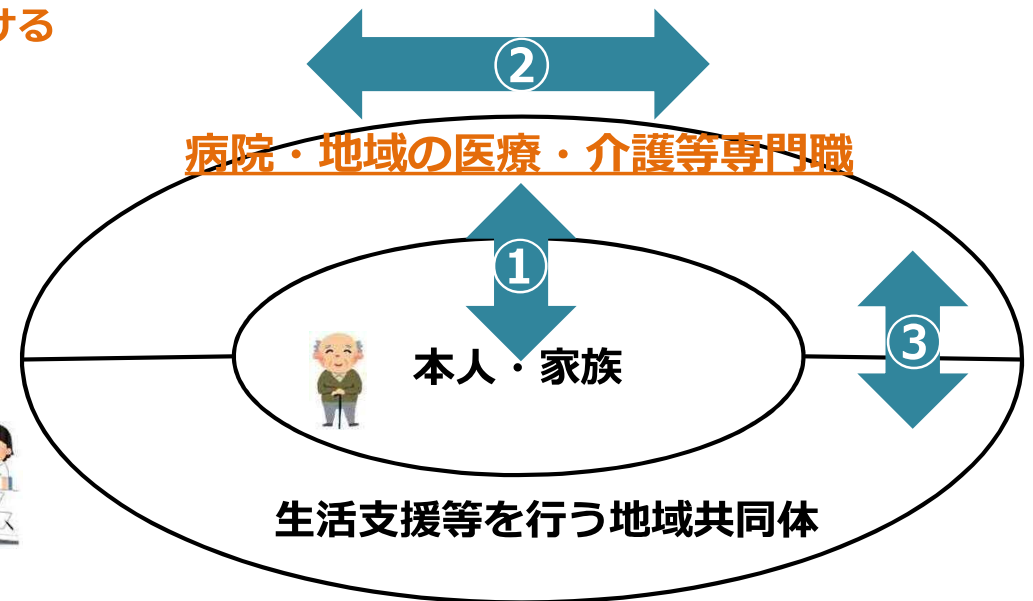
## ②専門職の連携意識と負担軽減

- 入退院や在宅で、円滑なサービス移行や一体的なサービス提供のため、**全専門職が連携意識を持つ**
- 問題を一つの機関・職種で抱え込まず役割分担とフォローを行い、**専門職全体の負担を軽減する**



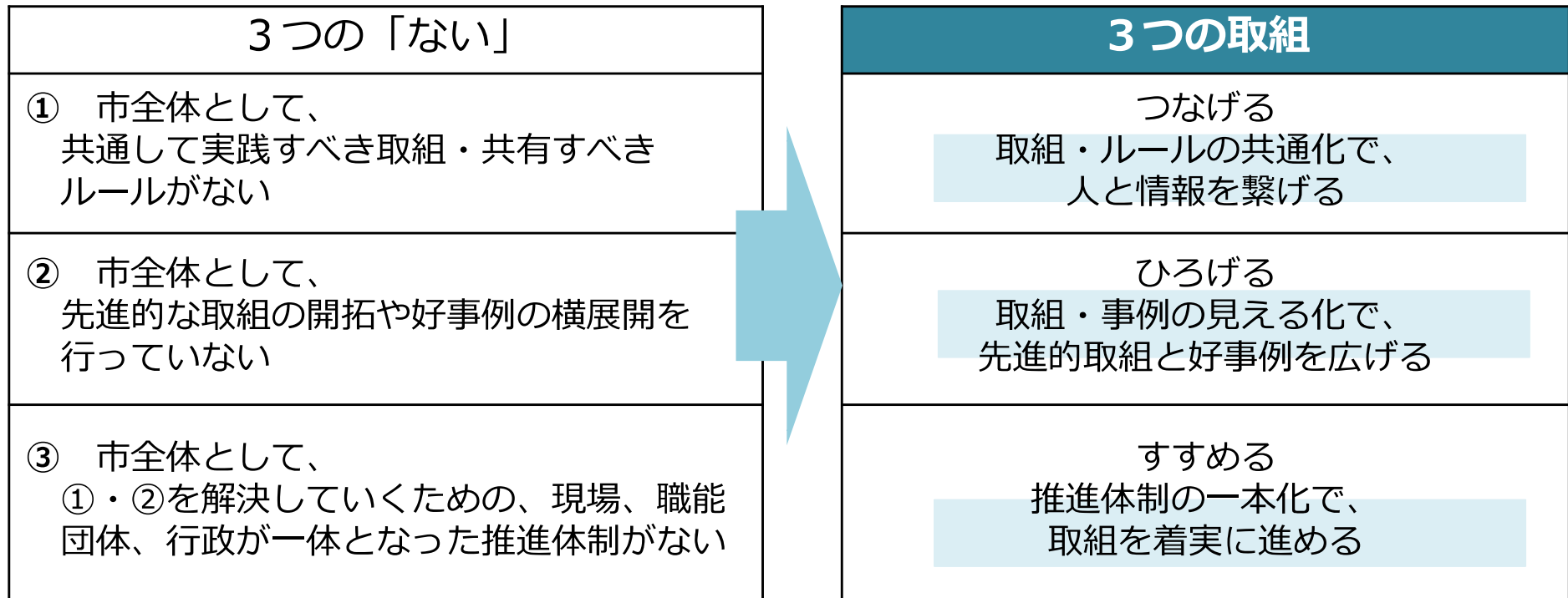
## ③専門職先導による地域包括ケアシステムの構築

- 専門職の連携が範となることで、見守りなど生活支援を行う自治会等の**地域グループを牽引・底上げする**
- 専門職が「担えること」・「担えないこと」を、地域グループに発信し、**地域グループとの役割分担と協働を進める**



# 対応の方向性

- 多職種・多機関連携についての市全体としての「3つの『ない』」に対し、「**3つの取組**」を進める。
- これらは、**各現場・職能団体・地域での創意工夫や独自の取組と両立**するものであり、それぞれでは、実情に応じて、上乗せした取組を行う。



○本市での多職種・多機関連携について「考えられる取組」・「スケジュール」・「今後の課題」について整理。

(※) 次ページ以降に、「考えられる取組」を示したが、**これらは一度に全てを進めるのではなく、実施に向けての課題を踏まえながら、優先順位をつけて実施**していく。

## つなげる (取組・ルールの共通化で、人・情報・サービスをつなげる)

- 市全体の各医療機関・事業所や多職種チームが採用していくことで、専門職の**負担軽減や効率アップ**につながる取組やルールを設定していくことが望ましい。
- こうした取組やルールについては、現場の実務や課題を踏まえながら、継続的に見直し・改善を行う。

### 患者・利用者・関係者情報の引継ぎ・連携

- 1 本人・家族の情報について共通シート・冊子等の作成
- 2 情報伝達ルールの策定
  - ・各施設や専門職固有の用語でなく、別施設・専門職や本人・家族も理解できる情報伝達・用語のルール化
- 3 入退院時病院—在宅連携ルールの策定
- 4 在宅時連携ルールの策定
- 5 医療機関、各事業所等の入退院時の窓口連絡先・担当者、提供できるサービス内容一覧（地域関係者一覧）の作成・公開
- 6 1～5の運用（作成・更新、個人情報の取扱い等）についてのガイドラインの策定
- 7 1～5についての医療・介護等専門職に対する研修

### 住民啓発

- 8 入院時、退院調整時、退院時（在宅移行時）、在宅療養時に、医療・介護等専門職が共通して使えるパンフレット等の作成
- 9 本人・家族への説明へのスタンスや説明内容、8のパンフレット等についての医療・介護等専門職に対する研修

### 教育・研修

- 10 各種教育・研修の共通化
  - ・教育・研修の体系化（共通テーマの設定、重複の排除）
  - ・市全体・年間を通じた教育・研修内容・対象者情報の集約・一覧化と公開、各機関・施設、職能団体への情報提供
  - ・教育・研修と参加者のマッチングを図るための対象者の明確化
- 11 教育・研修情報の医療・介護等現場への周知についての各機関・施設管理者への依頼・徹底のパンフレット等についての医療・介護等専門職に対する研修

# 市全体の各医療機関・事業所や多職種チームが採用していくことで 専門職の負担軽減や効率アップにつながる取組やルール【参考イメージ】

本人・家族・関係者情報の引継ぎ・連携

## ■情報共通シート・冊子

### ①本人・家族の基本情報シート・冊子

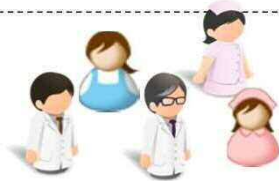
- 頻繁には変わらない本人・家族の情報（どの職種も参照）
- 本人・家族が持ち、本人・家族、専門職がいつでも記入・参照
  - ・キーパーソン・かかりつけ医・ケアマネなど、関係者の連絡先
  - ・本人・家族の生活や医療・介護等についての基本的な考え方・価値観 等

### ②入退院時等の基本情報シート

- 入退院時等、本人の心身の状態や意向等が変わる時期の本人・家族の情報（どの職種も参照）
- 本人の移動元の機関・施設が記入、本人・家族や移動先の専門職が参照
  - ・入退院時等の本人の心身の状態
  - ・入退院時等の本人・家族の生活や医療・介護等についての意向 等

## ■情報伝達ルール

- 各施設や専門職固有の用語でなく、別施設・専門職や本人・家族も理解できる伝達・用語のルール化



入院段階

## ■入退院時 病院－在宅連携ルール

- ケアマネ等は、入院前の本人情報を病院に提出
- 入院後、病院担当者がケアマネ等へ連絡（入院後X日目位まで）
- 連携ルール参加病院一覧の作成

入院



## ■専門職による住民啓発

（各段階（入退院・在宅）で共通の本人・家族説明シート・パンフレット）

- どの段階でも専門職が同じスタンスで説明

退院段階



- 病院は退院調整面談の日をケアマネ等に連絡（入院後（退院前）Y日目位）
- 病院は、ケアマネ等がケアプラン修正に必要な情報を院内関係者から収集（ケアマネ等に渡す）
- ケアマネ等は、面談日に、多職種での退院前カンファの必要性等を確認

在宅療養時

在宅療養移行時

## ■在宅時連携ルール

- ケアマネ等は一定期間ごとに関係者から意向・情報を収集し、在宅療養の状況・課題を本人・家族や関係者に共有（在宅療養開始後Zヶ月毎）
- サービスの見直しを協議

- ケアマネ等は、ケアプランを全ての関係者に共有

かかりつけ医

かかりつけ歯科医

かかりつけ薬剤師

訪問看護師

ケアマネ

## ■教育・研修の共通化

- 共通テーマの設定／○市全体・年間を通した研修情報の集約・一覧化と公開・情報提供

# ひろげる

## (取組・事例の見える化で、先進的取組・好事例を広げる)

- 「市全体として取り組む」ことと並行して、各医療機関や事業所、多職種チーム、職能団体等がそれぞれで先進的な取組を行い、**好事例は地域に還元**していくことが必要。
- 以下を市内の医療機関や事業所、多職種チーム、職能団体等で行っていき、**効果をとりとめて市内で横展開**していく。

### 入院時・退院調整時の取組

- 12 入院患者について退院支援の必要性や進捗確認を行う定期カンファレンス
- 13 退院調整担当者による在宅への訪問支援、ケアマネージャーによる退院調整担当者への訪問
- 14 ケアプラン作成支援時の介護支援専門員に対する医療職による情報提供

### 在宅療養での取組

- 15 主治医・副主治医制
- 16 後方支援病院への在宅急変患者の受入れ体制の整備
  - ・患者の受入れ先病院の決定、患者の診療情報の共有、主治医・地域医療・介護関係者との連絡方法の共有

### 教育・研修の取組

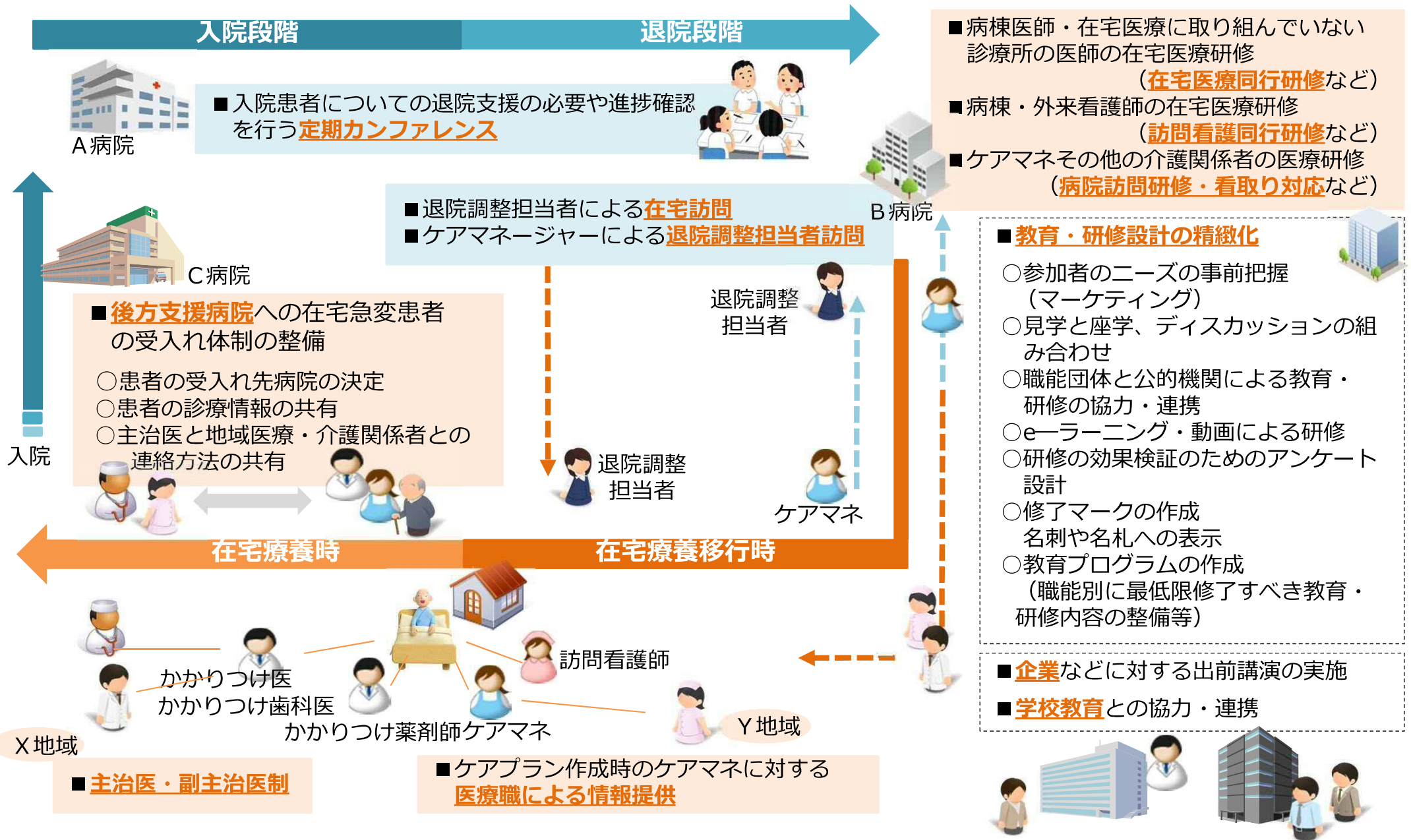
- 17 病棟医師・在宅医療に取り組んでいない診療所の医師の在宅医療にかかる研修（在宅医療同行研修等）
- 18 病棟・外来看護師の在宅医療にかかる研修（訪問看護同行研修等）
- 19 ケアマネージャーその他の地域医療・介護関係者の医療にかかる研修（病院訪問研修、看取りへの対応等）
- 20 教育・研修設計の精緻化
  - ・参加者のニーズの事前把握（マーケティング）
  - ・実践性・即効性のある内容への充実化（見学と座学、ディスカッションの効果的な組み合わせ等）
  - ・職能団体と公的機関による教育・研修の協力・連携（役割分担や共通テーマの設定等）
  - ・参加しやすい方法の工夫（eラーニング・動画等） / ・効果検証のためのアンケート設計
  - ・教育・研修の達成状況の明確化（修了マークの作成、名刺や名札への表示等）
  - ・教育プログラムの作成（職能別に最低限修了すべき教育・研修内容の整備等）

### 住民啓発の取組

- 21 企業などに対する出前講演の実施
- 22 学校教育との協力・連携



# 各医療機関や事業所、多職種チーム、職能団体等がそれぞれで行い 好事例を地域に還元していく取組【参考イメージ】



# すすめる (推進体制の一本化で、取組を着実に進める)

- 取組を合意・実行・検証していくには、行政のみならず、医療・介護等の現場、職能団体、行政が一体となる必要。
- また、現場、職能団体、行政のそれぞれが感じる課題について、それぞれの閉じた場だけで共有・解決しようとすること(ときに未解決となること)は、それぞれで疲弊感を生むおそれ。
- 課題が吸い上げられ、整理・解決につながる現場・職能団体・行政等が一体となった多職種・多機関連携実行会議(仮称)を置く。

## ①多職種・多機関連携実行会議(仮称)

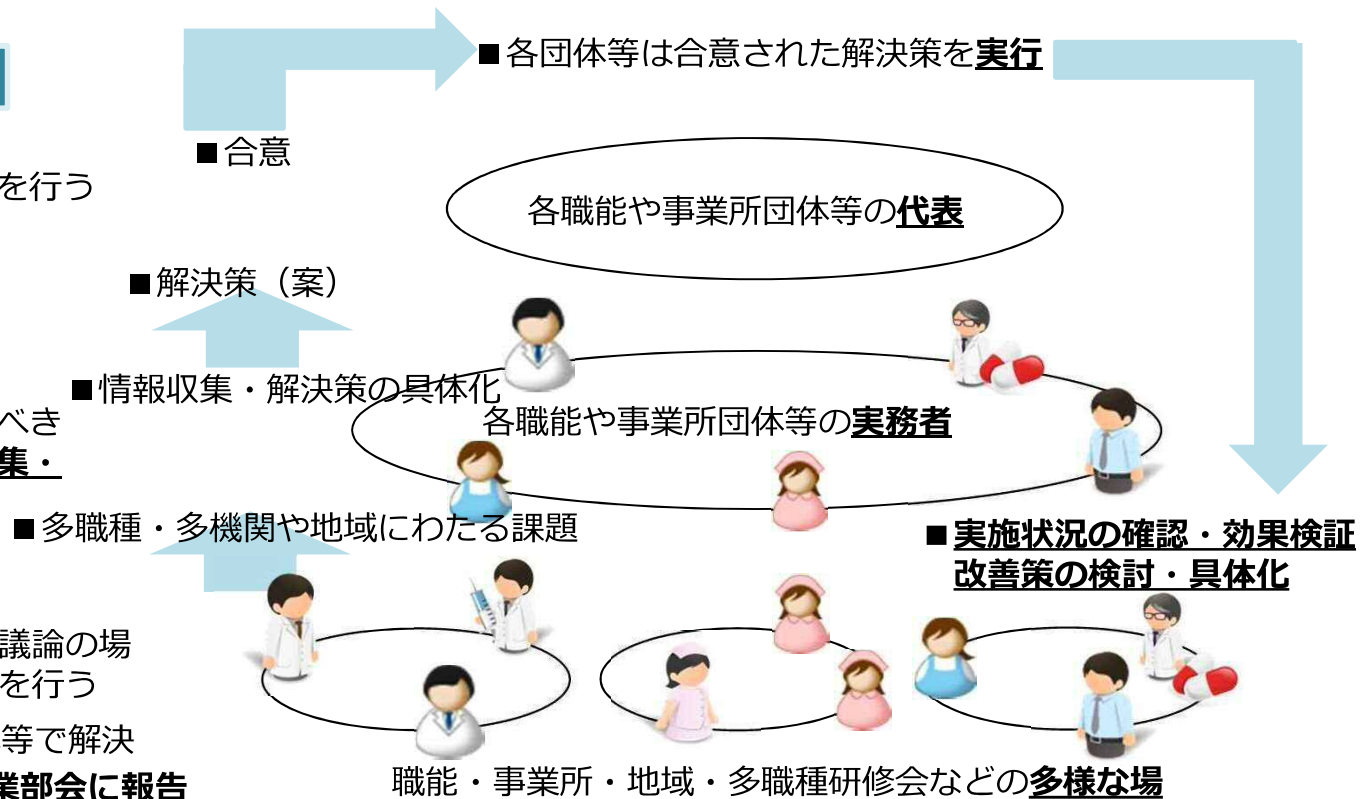
- 各職能や事業所団体等の代表で構成
- ②の作業部会による解決策について、議論・合意を行う
- 各団体等は、合意された具体策について**実行**する

## ②作業部会

- 各職能や事業所団体等の実務者で構成
- ③の様々な場で、多職種・多機関や地域で解決すべき課題とされたものについて、解決に向けた情報収集・解決策の具体化を行う

## ③様々な場

- 各職能・団体・地域・多職種研修会などの多様な議論の場
- 多職種・多機関連携について、課題抽出・仕分けを行う
  - ・各団体・職能における課題 → 各職能・団体等で解決
  - ・多職種・多機関や地域にわたる課題 → ②の作業部会に報告



(※) 実際の組織体は、今後、市内の医療・介護等関係者の意見を聞きながら、市の既存の会議体や職能団体等の組織との関係を整理しつつ、実効的で現実的なものとしていく必要。

## スケジュール・今後の課題

### 考えられるスケジュール

○平成29年冬～：多職種・多機関連携実行会議（仮称）の立ち上げ



作業部会を中心に、情報収集、対応策の検討・具体化

○平成30年～夏：連携実行会議で、対応策の合意

**(※) 平成30年診療報酬・介護報酬の改定の内容を、必要に応じて取り込む**

○平成30年度中：複数の地区／機関・施設でモデル実施、効果の検証

○平成31年度中：全市で実施

(※) 実際の実施スケジュールは、スケジュールありきではなく、今後、市内の医療・介護等関係者の意見を聞きながら、実効的で現実的なものとしていく必要。

### 今後の課題

○在宅医療・介護連携支援センターの活用



○その他の課題

・医療・介護に関するレセプトデータ等を活用した数値による地域の課題分析と目標設定

・人生の最終段階における医療についての本人・家族の意向を記載した「事前指示書」（エンディングノート）

・ICTを活用した情報連携

