

医療・介護連携 入退院調整等各種課題の論点整理と今後の取組み方向について

令和2年度第2回県西部地区保健医療福祉推進会議

論点の柱	カテゴリー	論点	取組み方向	実施計画(案)or実績	
1 介護施設等から入院した患者の退院調整について	施設関連	受入れ施設の総合調整	○ ADLに変化が生じ元の施設や家に戻れない場合、圏域全体での調整機能を考える必要があるのではないかな。	●各地域包括支援センターを中心として受入れ調整機能を果たすにあたり、自治体、医療機関等関係者で施設データを共有のうえ、患者（要介護者）にふさわしい受入れ先調整に相互に連携協力する。	◆随時、地域包括支援センターからの相談等に応じて関係機関が情報提供、調整に努める。 (具体的な調整困難事例を共有し、課題や対応策を協議する)
		介護施設の対応力	○施設によっては、利用者の体調に何かあるとすぐに救急搬送してしまう。正しい知識の啓発が必要。 ○入院前の介護施設に戻りにくい一因として、吸引への対応があげられているが、介護職員の研修等を充実して介護施設の対応力を高める必要があるのではないかな。	●介護施設等現場の職員の能力向上に資する研修機会を様々なルートで周知するとともに、現場職員の疑問や相談事項に速やかに情報提供できるよう医師会、保健福祉事務所等県関係機関、各自治体が相互に連携協力する。	◆自治体や県高齢福祉課、民間団体の研修情報の共有に努める。 (例:保健医療福祉推進会議WGや地域包括ケア会議構成機関へ事務局から随時周知する) ◆喀痰吸引等研修について、登録研修機関の確認方法をあらためて周知する。  (実績) ・職能団体(ケアネットOHMY)が現場従事者(ケアマネ、介護士等)に実施したアンケート調査を通して照会された事項について医師会、保健福祉事務所、自治体が制度や施策情報等を丁寧に提供。→ 同団体のHP掲載により広報啓発につながった)
	在宅・施設共通	入院時の早期調整	○施設から入院した時点で、施設から一旦退所扱いになり、すぐに再入所できないケースが指摘されているが、弾力的な対応を考えるべきではないかな。 ○介護サービスを利用中でも今後のライフプランを検討していないため、患者・家族の意思決定に時間のかかる場合がある。	●標準的な情報共有ツール(ケアネットOHMYによる「在宅サマリー」など)を参考例として県西部地区で共有する。  (各自治体は、介護保険利用対象者にステージに応じた計画的なライフプランの検討を促し、助言等支援する)	◆関係団体等と調整のうえ情報共有ツールのサンプルを参考提供 ※ケアマネジャーの負担や、ケアネットOHMYの各種様式が今後も随時更新されていくものであることを踏まえ、統一前提ではなく、参考として情報提供することとする。  ◆退院後の情報共有の仕組みづくりに向け、退院後情報共有ツールの事例を参考提供していく ※退院後に必要な情報項目や医療機関の窓口担当等について関係者へニーズ調査を行うなど必要に応じて情報共有方法を検討していく。
		カンファレンス	○退院調整に際し、関係者によるカンファレンスが重要であるが、なかなか集まりにくいことが指摘されている。ICTの活用等工夫をこらさなければならないかな。	●標準的な情報共有ツール(ケアネットOHMYや医師会地域連携室による「多職種連携シート」など)を参考例として県西部地区で共有する。 (ICTについて神奈川県地域包括ケアシステムネットワーク構築事業の動向を把握するとともに、まずは情報共有に向けた認識共有を図る。)	◆関係団体等と調整のうえ情報共有ツールのサンプルを参考提供 ※ケアマネジャーの負担や、ケアネットOHMYの各種様式が今後も随時更新されていくものであることを踏まえ、統一前提ではなく、参考として情報提供することとする。  ◆入院した病院では必要なカンファレンスを早期に行うこととし、退院後のフォローアップに留意するよう努める。 ※カンファレンスには在宅の関係者に必ず参加していただくよう努める。
		認知症対策	○認知症であって、ADLが落ちていない人の介護認定が低く出してしまうという問題が指摘されているが、どう対応すべきか(介護認定で配慮する場合、ローカルルールで対応可能か、制度改正が必要か)。	●各自治体及び関係機関の意見や実情を収集	(各自治体及び関係機関からの意見は別紙のとおり)
2 情報の共有について	基礎情報	○圏域の関係施設の状況がどうなっているか情報共有することは重要であるが、県央地区のイメージでよいか(他に必要な情報はあるか)。	●県西圏域内にある各種介護施設等の情報データベースを一覧として共有していく(定期的な更新)	◆圏域内の高齢者施設の情報を県西部地区保健医療福祉推進会議等にて共有	
	情報共有ツール	○個々の患者さんの情報共有の例として「在宅サマリー」の活用が行われているが、更にルール化、標準化の必要はあるかな。	●情報共有ツール(参考例として、ケアネットOHMYによる「在宅サマリー」等)を県西部地区で共有し、運用や参照を通じて各自治体での追加対応例を共有していく。	◆関係団体等と調整のうえ情報共有ツールのサンプルを参考提供 ※ケアマネジャーの負担や、ケアネットOHMYの各種様式が今後も随時更新されていくものであることを踏まえ、統一前提ではなく、参考として情報提供することとする。	
	かかりつけ医との連携	○かかりつけ医との情報共有をどう進めていくべきか。	●急性期で入院した病院から、患者のかかりつけ医に十分情報提供することが基本。入院した病院では必要なカンファレンスを早期に行うこととし、退院後のフォローアップに留意する必要がある。 ●標準的な情報共有ツール(参考例として、ケアネットOHMYによる「在宅サマリー」「多職種連携シート」など)を「かかりつけ医」とも共有する。	◆急性期で入院した病院から、患者のかかりつけ医に十分情報提供するよう努める。 ◆入院した病院では必要なカンファレンスを早期に行うこととし、退院後のフォローアップに留意するよう努める。 ◆カンファレンスには在宅の関係者に必ず参加していただくよう努める。 ◆カンファレンスの場所は院内に限らず、在宅に戻った後であっても入院中の医師やその代理者の参加による実施に努める。 (カンファレンスの実施場所や集合同議方式以外の情報共有方を工夫)  ※上記の取組みを進めるにあたり、情報共有ツールの活用については引き続き関係者と検討していく。 ※医師やケアマネジャーの対応の個人差解消について、関係団体での取組み推進を働きかける。	
3 共通	専門職のスキルアップ	○ケアプランの事例を含めてレベルの標準化をどう進めるか	●ケアマネジャー等現場の職員の能力向上に資する研修機会を様々なルートで周知するとともに、現場職員の疑問や相談事項に速やかに情報提供できるよう医師会、保健福祉事務所等県関係機関、各自治体が相互に連携協力する。	◆自治体や県高齢福祉課、民間団体の研修情報の共有に努める。 (例:保健医療福祉推進会議WGや地域包括ケア会議構成機関へ事務局から随時周知する)  (実績) ・職能団体(ケアネットOHMY)が現場従事者(ケアマネ、介護士等)に実施したアンケート調査を通して照会された事項について医師会、保健福祉事務所、自治体が制度や施策情報等を丁寧に提供。→ 同団体のHP掲載により広報啓発につながった)	
	認識の共有	○意識啓発の促進等	●在宅医療の在り方、「看取り」への理解、医療機関と在宅や施設間の円滑な調整など啓発テーマを県西部地区自治体の介護福祉担当部門と協議するとともに、withコロナの時代を踏まえた発信方法を検討し、計画的に実施していくためのプランニングを行う。	◆県西部地区保健医療福祉推進会議WGの介護福祉関連構成員の意見等をいただくとともに、県西地域自治体の介護福祉担当部門と具体的な協議を進める。  ◆withコロナの時代を踏まえた発信方法を検討し、計画的に実施していくためのプランニングを行う。  (県西部地区地域包括ケア会議・県西部地区在宅医療推進協議会合同会議では、専門職対象の研修会及び一般向けの講演会などの啓発事業を、従来より実施している。)	
	基金の活用	○医療介護総合確保基金をどう活かすか	●地域の医療機関で基金の活用事例や方法を共有し、計画的に地域連携に資するよう活用していく。	◆他県を含めた活用事例の共有に努める。	