

## 令和2年度吹田市ケアネット実務者懇話会の取組

## 1 令和2年度の作業部会、事務局会議の報告

## 医療・介護資源の把握

## (1) 活動目的

医療や介護が必要になっても安心して暮らしていける地域に向け、医療・介護サービス資源を可視化することで、住民及び医療・介護関係者が活用することができるシステムを導入して、活用促進する。

## (2) 構成員

事務局：高齢福祉室、地域包括支援センター

## (3) 令和2年度の実施内容

ア「吹田市ケア倶楽部」の登録率の向上

「吹田市ケア倶楽部」の介護サービス事業者への登録勧奨として①高齢福祉室から新型コロナウイルス感染防止の衛生用品（マスク等）配布時、②地域包括支援センターから担当地域の未登録の事業者への登録勧奨を行った。令和2年度当初より登録率は上がっている。

## 吹田市ケア倶楽部登録率

単位：%

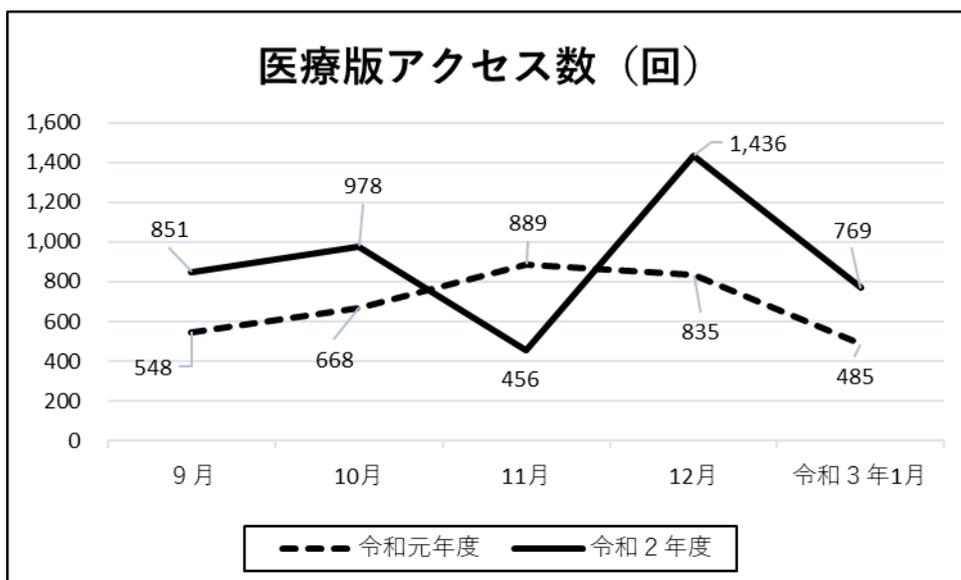
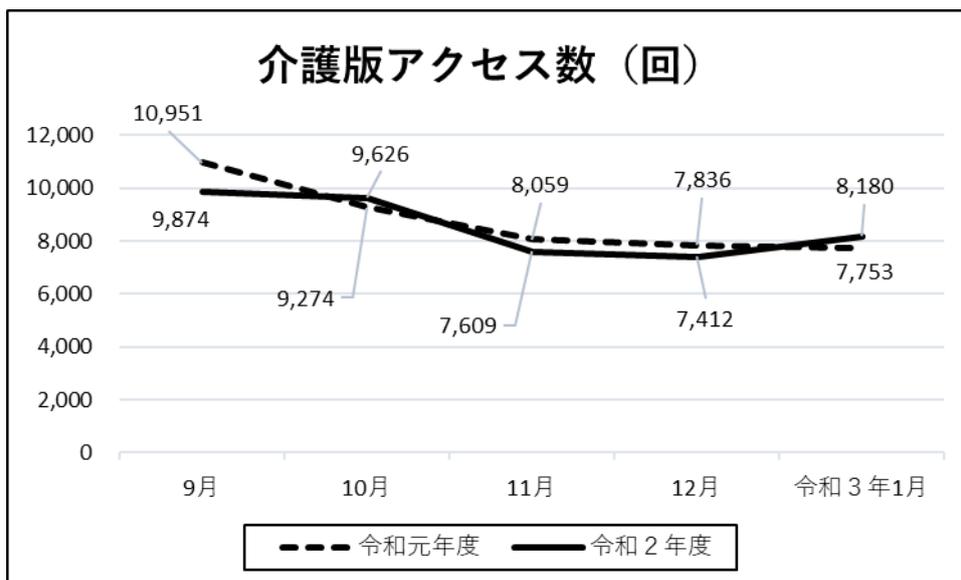
	令和2年4月	令和3年1月
居宅介護支援	94.7	95.0
訪問介護	74.6	79.2
通所介護	63.6	85.1
地域密着型通所介護	69.8	76.0
訪問看護	79.6	81.0
介護老人福祉施設	85.7	93.8
福祉用具貸与	59.1	73.9
全体	77.7	82.7

## イ システム改修（令和3年4月1日運用開始）

本市独自の項目として下表のとおり改修した。

	項目
訪問看護ステーション	24時間対応の可否の検索
	P T（理学療法士）・O T（作業療法士）・S T（言語聴覚士）の専門職配置の有無の検索
	医療ケア9項目の対応の可否の検索 精神疾患の対応、在宅酸素療法、経管栄養、吸引、膀胱カテーテル、人工呼吸器等、在宅中心静脈栄養、気管カニューレ、ターミナルケア
介護老人福祉施設	医療ケア5項目の対応の可否の検索 インシュリン、喀痰吸引、胃ろう、ストマ、褥瘡
介護予防支援の空き情報	新規作成可能数

(4) 「すいた年輪サポートなび」へのアクセス数



(5) 「すいた年輪サポートなび」の周知状況

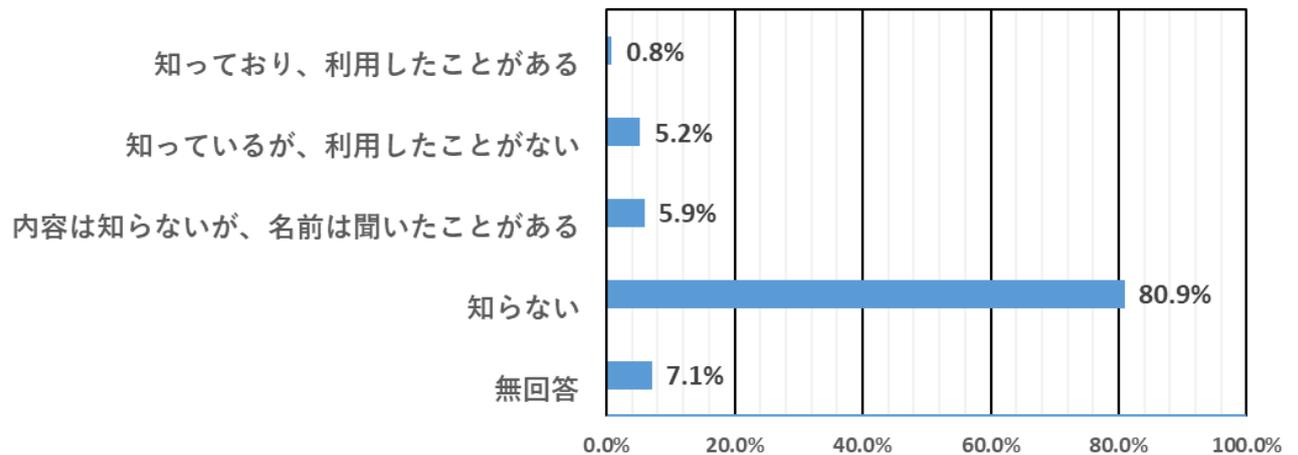
第8期吹田健やか年輪プラン（吹田市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画）にかかる高齢者等の生活と健康に関する調査より抜粋

●問 9.3 ポータルサイト「すいた年輪サポートなび」を知っていますか。（1つだけ）

○すいた年輪サポートなびの周知状況と利用状況について、「知らない」が80.9%で最も多く、次いで「内容は知らないが名前は聞いたことがある」が5.9%、「知っているが、利用したことはない」が5.2%となっています。

## 【すいた年輪サポートナビの周知状況と利用状況】

N=1,567



### (6) 令和3年度の活動方針

令和3年（2021年）4月1日のシステムバージョンアップに伴った「すいた年輪サポートナビ」の市民に対しての周知については、これまでの「市報すいた」、「やさしい介護と予防」の冊子、「はつらつ元気手帳」での周知に加え、新たに「認知症ケアパス」、保険料算定通知の際に同封する「お役立ち情報」に掲載し、周知を行う。また、「吹田市ケア倶楽部」の医療・介護関係者に対しての周知については、吹田市ホームページ等にて周知を行う。

「吹田市ケア倶楽部」未登録の介護保険サービス事業者へは、個別の登録勧奨を検討する。



医療機関と地域連携のルールづくり

(1) 活動目的

医療・介護関係者等が情報を共有し、切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築を図るための具体的な手段を検討する。

(2) 構成員

事務局：高齢福祉室 地域包括支援センター

(3) 事務局会議の開催日 令和3年1月13日

(4) 令和2年度の取組内容

ア「大阪府入退院支援の手引き」や吹田市版情報共有ツールの活用状況等の評価  
入院時情報連携加算や退院・退所加算の請求件数をトリトンモニター（介護保険事業運営総合支援システム）を使って把握し、情報共有ツールの活用状況を推測した。

(ア) 入院時情報連携加算請求件数

居宅介護支援事業者（ケアマネジャー）が入院医療機関へ利用者の情報提供を行った場合に算定できるもの。情報共有ツールとして、「入院時情報提供書」や「利用者情報提供書」等が活用されていると推測した。請求件数及び事業者数ともに年々増加しており、請求割合としては、入院時情報提供加算（Ⅰ）が約90%を占め、ケアマネジャーは早期に医療機関へ情報提供を行っていることが分かった。

請求年度		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (4～9月)
入院時情報連携 加算（Ⅰ） ※入院後3日以内	請求件数（件）	640 (78.0%)	1,228 (87.7%)	1,271 (88.0%)	646 (89.7%)
	事業者数（箇所）	85	139	154	112
入院時情報連携 加算（Ⅱ） ※入院後7日以内	請求件数（件）	180 (22.0%)	173 (12.3%)	174 (12.0%)	74 (10.3%)
	事業者数（箇所）	38	58	57	34
合計	請求件数（件）	820 (100.0%)	1,401 (100.0%)	1,445 (100.0%)	720 (100.0%)
	※事業者数（箇所）	91	150	167	117

※事業者数には、（Ⅰ）のみ請求、（Ⅱ）のみ請求、（Ⅰ）及び（Ⅱ）を請求している居宅介護支援事業者が含まれます。

**入院時情報連携加算（居宅介護支援費）**

- ・入院後**3日以内**（提供方法は問わない） **（Ⅰ） 200単位**
- ・入院後**7日以内**（提供方法は問わない） **（Ⅱ） 100単位**

利用者が病院等に入院するに当たって、当該病院等の職員に対して、利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報を提供した場合に所定単位数を加算。

1月に1回を限度。  
入院時連携加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）はいずれか一方のみを算定する。

入院時情報連携加算に係る様式例：「入院時情報提供書」[P.42]

平成30年3月22日厚生労働省「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について

「大阪府入退院支援の手引き」より抜粋

(イ) 退院・退所加算請求件数

退院・退所にあたり医療機関等から情報を得てケアプランを作成した場合に算定できるもの。情報共有ツールとして、「退院・退所情報記録書」や「退院前カンファレンスチェックシート」等が活用されていると推測した。同月内に入退院を繰り返し、ケアプランを調整した場合は、複数回算定できる。

連携の回数やカンファレンス参加の有無により、単位数が異なる。令和元年度は横ばいであるが請求件数の伸びは見られる。

請求年度		平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度 (4～9月)	
退院・ 退所 加算 (Ⅰ)	イ ※	請求件数 (件)	477 (100.0%)	368 (48.7%)	397 (58.8%)	221 (65.0%)
		事業者数 (箇所)	81	82	75	51
	ロ ※	請求件数 (件)		208 (27.6%)	127 (18.8%)	52 (15.3%)
		事業者数 (箇所)		56	54	25
退院・ 退所 加算 (Ⅱ)	イ ※	請求件数 (件)		106 (14.0%)	86 (12.7%)	46 (13.5%)
		事業者数 (箇所)		34	25	22
	ロ ※	請求件数 (件)		49 (6.5%)	45 (6.7%)	14 (4.1%)
		事業者数 (箇所)		29	17	9
退院・退所 加算 (Ⅲ) ※	請求件数 (件)		24 (3.2%)	20 (3.0%)	7 (2.1%)	
	事業者数 (箇所)		12	9	5	
合計	請求件数 (件)	477 (100.0%)	755 (100.0%)	675 (100.0%)	340 (100.0%)	
	事業者数 (箇所)	81	111	105	71	

※イ・ロについては、下記を参照。

**退院・退所加算 (居宅介護支援費)**

	カンファレンス参加無	カンファレンス参加有
I 連携1回	450単位 イ	600単位 ロ
II 連携2回	600単位 イ	750単位 ロ
III 連携3回	×	900単位

病院等に入院・入所していた者が退院・退所し、居宅で介護サービスを利用する場合、退院・退所に当たり「病院等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を受けたうえで、居宅サービス計画を作成し、介護サービスの利用に関する調整を行った場合」に所定単位を加算。  
入院期間中に1回算定。

退院・退所加算に係る様式例：「退院・退所情報記録書」【P.44】  
平成30年3月22日厚生労働省「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について

「大阪府入退院支援の手引き」より抜粋（一部加筆）

## イ 外来連携シート（案）について

### （ア）運用について

外来連携シート（案）は、医療機関、居宅介護支援事業者の双方向で活用するものとして、令和元年度第2回のケアネット実務者懇話会で提示し、令和2年度第1回の在宅医療・介護連携推進協議会（書面開催）での意見から、課題があり活用方法を一律に決めることは難しいと判断している。

具体的には「シートを作成してFAXすることは、時間的な問題等ハードルが高い」「FAXでの個人情報のやり取りがどこまでできるか問題」「院内の誰が責任を持って運用するのか話し合いが必要」「FAXでのやり取りを原則禁止としている」等の意見が医療機関からあった。

そのため連携が必要な場合は、これまでも電話による情報共有を行ってきたことから、外来連携シートについては、医療機関から居宅介護支援事業者等への情報提供書として、可能な医療機関から運用することについて事務局から提案したい。

### （イ）項目について

（ア）と同様に、書面開催において「独居、同居の記載により、利用の幅が変わる」という意見があり、家族構成の項目を追加した。

## （5）令和3年度の活動方針

引き続き「大阪府入退院支援の手引き」や吹田市版情報共有ツール等を活用した連携促進を図るとともに、トリトンモニター等を活用し実績等の推移を分析していく。

## 多職種連携研修会

### (1) 活動目的

医療・介護関係者等の多職種が共通の課題や状況を理解し、解決のプロセスを共有しながら課題解決手法を学び、さらに「顔の見える関係」等の一環として、医療・介護の関係者のネットワーク化を図る。

### (2) 構成員

事務局：高齢福祉室、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員  
作業部会員：医師会、歯科医師会、薬剤師会、医療機関地域連携担当、居宅介護支援事業者、訪問看護事業者、訪問介護事業者、福祉用具事業者、介護老人福祉施設、サービス付高齢者向け住宅

### (3) 作業部会の開催日

- 第1回 令和2年10月8日（オンライン）
  - 第2回 令和2年11月12日（一部オンライン）
  - リハーサル 令和3年1月14日
  - 第3回 令和3年2月（アンケートによる意見集約を実施）
- \*不定期で事務局会議開催

### (4) 令和2年度 of 取組内容

テーマ	認知症支援について ～認知症初期集中支援チームを含めたチーム医療との連携～
日時	令和3年1月27日（水）午後2時～4時（オンライン開催） 保健センター研修室より配信
内容	(1) 講演「認知症と妄想性障害について」 講師：榎坂病院 大河内 正康氏 (2) 活動報告・事例紹介 報告者：吹田市認知症初期集中支援チーム 三田 駒子氏 小野 政江氏 (3) パネルディスカッション テーマ：「認知症支援について、医療と介護がどのように連携すれば在宅での生活が継続できるのか」 座長：榎坂病院 大河内 正康氏 登壇者：吹田市薬剤師会 安達 階子氏 北摂三木病院 畑中 良子氏 居宅介護部会 橋本 裕之氏 サービス付き高齢者向け住宅部会 福田智則氏 訪問看護・訪問リハビリテーション・訪問入浴部会 上山 美紀氏

ア 参加回線数・参加者数

	回線	人数
定員	90 回線	上限なし
申込数	89 回線	164 名
参加数	91 回線	
アンケート回答者数		90 名

※1 回線で何名参加したかの正確な確認は難しく、参加者全員にアンケートの提出を求めたが、回答者数は 90 名に留まった。

イ 工夫した点

- ・新型コロナウイルス感染拡大防止策として、オンラインで開催した。グループワークを行わず、講演内容に関して事前の質問受付やパネルディスカッション中のチャットによる意見の受付等、視聴者が参加出来る仕組みを作ったが、意見交換等参加者とのやり取りは難しく、紹介のみとなった。
- ・講演「認知症と妄想性障害」を吹田市ケア倶楽部及び、医師会、歯科医師会、薬剤師会の会員に対し 2 月 15 日～2 月 28 日の期間限定で WEB 配信を行った。  
(229 回視聴)

ウ 実施報告

吹田市ホームページ、吹田市ケア倶楽部に掲載予定

(5) アンケート結果

ア 参加者に関するもの

過去に行われた多職種連携研修会に参加したことがある方	令和元年度 (2019 年度)	令和 2 年度 (2020 年度)
参加したことがない	20.0%	34.8%

イ 研修会の内容や運営に関するもの

- 病院 実践的な内容でわかりやすかった。
- 薬局 各分野の方々が各々に感じている実情の問題点などを知ることが出来た。
- 包括 不可解な高齢者の精神症状を考えるヒントの説明の分類がわかりやすく役立てそうです。
- 栄養士会 認知症初期集中支援チームがあり、個々に対応していただいていることを知ることができた。
- 薬局 会場に行く手間や時間的なロスもなく慣れ親しんだ静かな環境で集中し講義を受けられるというのはとてもよかった。
- 薬局 Zoom での開催なので参加しやすかった。ただ、実際に話す事や名刺交換などが出来なかったのが、連携を深めるという意味では残念だった。
- 訪問介護 Zoom の機能にグループ分けの機能があると聞いている。今後は講演を聞くだけではなく、多職種での意見交換などをする機会を作っていただきたい。

ウ 医療介護連携に関するもの

- 歯科 医科とはなかなか連携をとっていない。

- 居宅 ドクターが直接電話に出てくれたり退院カンファレンスでわかりやすく説明してくれることが増えた。
- 薬局 うまく連携出来ている患者も多いが、独居で認知機能低下のみ、という患者様は支援の枠に入り辛いと感じている。
- 薬局 介護保険が使えてチームができるとスムーズに連携できるが、その前段階での連携は難しいように思う。
- 訪問介護 ヘルパーの意見をきちんと聞き取ってくれる医療の方はまだまだ少ないと感じる。現代では実際に会わなくても情報共有する方法は沢山あると思うのでもっと共有することが出来ればと思う。
- 薬局 掲示板のように、オンライン上で、患者に関わる多職種全てが閲覧や書き込みが出来るのが理想。
- 居宅 今後はファイルや写真等も LINEWORKS の様な共通連絡 SNS があると共有しやすい。

エ 参加者の医療介護の連携の主観的満足度の推移

○第7期健やか年輪プランにおける目標値は50%

医療と介護の連携について、あなたは現状をどのように感じていますか	平成30年度 (2018年度)	令和元年度 (2019年度)	令和2年度 (2020年度)
十分満足・まあ満足	42.2%	60.7%	37.8%
わからない	23.4%	10.4%	35.5%
不満・やや不満	27.8%	13.6%	26.7%
未記入	6.6%	15.3%	

(6) オンライン開催について

<メリット>

- ・人数制限なく希望者全員に参加してもらえる。
- ・大規模な会場の確保の必要がない。

<デメリット>

- ・音声がかえにくい等設備面で不備があった。
- ・参加人数の把握が困難。(最初から最後まで参加してくれているか)

(7) 令和3年度の取組

ア 構成員

事務局：高齢福祉室、地域包括支援センター、健康医療部保健医療室

作業部会員：医師会、歯科医師会、薬剤師会、医療機関地域連携担当、居宅介護支援者事業者、訪問看護事業者、訪問介護事業者、福祉用具貸与事業者サービス付き高齢者向け住宅、介護老人福祉施設

イ 内容

「看取り(仮)」をテーマに1回開催とするが、具体的な内容については「医療と介護の連携した対応が求められる4つの場面」(日常の療養支援・入退院支援・急変時の対応・看取り)をふまえて、作業部会で決定する。

開催月は11月または1月で調整。

オンラインを中心に企画するが、一部参集も検討する。

## 地域住民への普及啓発

### (1) 活動目的

地域住民が在宅医療や介護について理解し、在宅での療養が必要になったときに必要なサービスを適切に選択できるよう、またその具体的なプロセスであるアドバンス・ケア・プランニングについて周知を図るため、地域住民を対象とした啓発方法を検討する。

### (2) 構成員

事務局：高齢福祉室、地域包括支援センター

### (3) 令和2年度の実施内容

- ア 図書館パスファインダー「介護・療養」が令和2年6月に改版され、地域包括支援センター、高齢福祉室の窓口に配架した。
- イ 2020年度版吹田市マイエンディングノートを病院へ配付した。
- ウ 2021年度版吹田市マイエンディングノートに、アドバンス・ケア・プランニング、「すいた年輪サポートナビ」について、内容を見直して掲載予定。
- エ 「自分らしく生きる」啓発媒体（パワーポイント）に、アドバンス・ケア・プランニングに加えて、権利擁護を追加した案を作成し、医療・介護関係者の意見をいただいて、令和3年4月に関係機関に配付予定。

### (4) 令和2年度までの実施効果

「第7期吹田健やか年輪プラン（吹田市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画）高齢者等実態調査」の「⑦人生の最終段階における医療について話し合ったことがある高齢者」の目標値は50%としていた。

「第8期吹田健やか年輪プラン」の高齢者等の生活と健康に関する調査（令和2年3月）においては、「詳しく話し合っている、一応話し合ったことがある」との回答は41.4%であった（参考資料4-1のスライド19参照）。第8期計画においても市民への啓発が必要である。

### (5) 令和3年度の活動方針

庁内で、生涯学習の担当部署と連携し、終活等をテーマとした講座の企画について働きかける。

引き続き、地域包括支援センター等による出前講座（老い支度）を実施し、吹田市マイエンディングノートや図書館パスファインダー等の啓発も併せて行う。

## 在宅医療・介護連携に関する相談支援

### (1) 活動目的

地域包括支援センターを在宅医療・介護連携を支援する相談窓口として位置付け、高齢者本人や家族、地域の医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談を受け、必要に応じて、連携調整や情報提供等により、その対応を支援する。

### (2) 構成員

事務局：高齢福祉室、地域包括支援センター

### (3) 令和2年度の取組内容

#### ア 実施状況

令和2年度上半期の総合相談 12,082 件のうち、在宅医療・介護連携に関する相談件数及び分類は下記のとおり。「退院調整（在宅療養）に関する支援・情報提供」が最も多く 36.7%、次いで「在宅療養全般に関する支援・情報提供」が 18.4%と多かった。相談者の内訳は、地域連携担当者が最も多く 80.7%となっていた。

	件数（件）	割合
入院に関する支援・情報提供	44	4.3%
転院に関する支援・情報提供	64	6.2%
退院調整（入所）に関する支援・情報提供	82	8.0%
退院調整（在宅療養）に関する支援・情報提供	379	36.7%
通院・受診に関する支援・情報提供	78	7.6%
治療・疾患に関する支援・情報提供	37	3.6%
服薬に関する支援・情報提供	6	0.6%
在宅療養全般に関する支援・情報提供	190	18.4%
看取りに関する支援・情報提供	7	0.7%
その他に関する支援・情報提供	143	13.9%
合計	1,030	100.0%

	件数（件）	割合
地域連携担当者	784	80.7%
医師	62	6.4%
看護師	50	5.2%
その他	75	7.7%
合計	971	100.0%

## イ 相談支援の内容の分析

(ア) 医療・介護連携を行う上での課題の抽出や改善策について、地域包括支援センターに意見集約を行った。主に、退院時の連携方法や時期、家族・医療機関・地域の支援者間での情報共有の在り方に関する課題があることが分かった。

下記に例を示しているが、医療・介護関係者間で対応策について検討を行うとともに多職種連携研修等を通して、地域の医療・介護関係者の専門性や役割等の相互理解を図る。

課題と感ずる相談例	対応策
MSWと看護師双方から、連絡が入ることがある。	院内で窓口を決めてもらった方が、連絡がしやすい。
「すいた年輪サポートなび」を知らない場合に、ケアマネジャーの選定を依頼されることがある。	要支援1・2や事業対象者の場合は包括に、要介護の場合は本人・家族に相談しながら「すいた年輪サポートなび」から空き情報を伝え、選択してもらう。
担当ケアマネジャーのいない高齢者の退院時カンファレンスへの参加依頼があるが、必要性が分かりにくい場合がある。	病院から参加依頼する場合には、工程表を参考にさせていただき、医療・介護関係者間で調整、共有する。

(イ) 令和元年度までは、「その他」の割合が25%を超えていたが、令和2年度より相談支援の統計項目を見直したため、令和2年度上半期は13.9%に減っている。

## ウ 令和3年度以降のシステム改修

令和3年度から相談対象者の属性（年代、介護度、認知症の有無等）を把握し相談の分析を行うことができるよう、システム改修する予定。

## (4) 令和3年度の活動方針

平成30年(2018年)10月から、在宅医療・介護連携推進事業における相談支援業務を地域包括支援センターで開始してきたが、令和3年度にはシステム改修も完了予定。相談内容等の分析等から事務局として課題を整理し対応策の提案等を行う。