

平成 28 年度第 3 回久留米市在宅医療・介護連携推進協議会会議概要

日時：平成 29 年 3 月 22 日（水） 19：00～20：30

場所：久留米商工会館 202 会議室

出席者：別紙のとおり

傍聴者：なし

資料一覧：次第

協議会要綱

資料 1,2 退院調整ルール策定の取り組みにおける情報共有シートについて

退院調整部会長 柴田 元 氏

退院調整部会委員 桑野 博文 氏

久留米市保健所 健康推進課

資料 3,4,5 在宅医療介護連携推進事業の今後の進め方について

久留米市保健所 健康推進課

議事の概要

1. 開 会

挨拶

2. 議 題

(1) 退院調整ルール策定の取り組みにおける情報共有シートについて

(浅倉会長)

第 2 回の協議会において、病院とケアマネジャーをつなぐ退院調整ルール策定に取り組むこと、このルール策定のための情報共有シート作成について、ケアマネジャー、病院、地域包括支援センターで行うことが決議された。さらに事務局から、この様子を年度内を目処に作成することが提示され、承認されている。今回は情報共有シートについての提案を受け、協議していきたいと思う。

(退院調整部会長)

今回は、協議会にご提案する退院調整ルールのたたき台を作成するという事でワーキングチームの設置をご依頼いただき、石竹先生をはじめ、様々な方々の御協力をいただき、チームを結成した。ワーキングチームメンバーについては資料 1 に記載している。このメンバーで退院調整ルールのたたき台を作成した。

詳しい内容については、退院調整部会委員の桑野氏より説明する。

(退院調整部会委員)

資料 1 に沿って説明。

(事務局)

資料 2 に沿って説明。

(2) 在宅医療介護連携推進事業の今後の進め方について

(事務局)

資料 3、4、5 に沿って説明。

(3) 意見交換

会長にて進行

(退院調整部会長)

- ・資料 1 のフローチャートを再度説明する。入口のところが、入院時情報提供書で、ケアマネジャーが記載し、病院へ持参する。病院はこれを受け取るだけである。FAX ではなく、持参しないと、点数が下がる。ケアマネジャーは必ず病院へ行くので病院は受け入れて欲しい。ケアマネジャーが持参する時に、大きな病院だと、どこに行ったらいいかわからないので、窓口を決めて欲しい。または、どこに行ったらいいか明確にして欲しい。
- ・次に、出口が退院支援情報連携シートになる。これは、表紙の部分になるので、病院側はこれだけは記載して欲しい。この中でカンファレンス出席者とあるが、必ずフルネームで記載して欲しい。これはカンファレンス出席者であって、担当者ではない。
- ・添付書類（看護要約、リハビリテーション情報提供書等）は統一したものでなくて良い。医療機関独自のものでよい。改めて作成する必要はない。それを参考にカンファレンスを行うが、その時に退院・退所情報記録書があるが、これは医療機関が書くものではなく、そこに出席したケアマネジャーがチェックして記録するもので、病院側の負担はない。
- ・今までは医療保険、介護保険は別であったが、これからは医療と介護の算定がリンクしている。二つのルールが一つになっている。繰り返すが、電話だけでは点数が低い。持って行かないといけない。算定はいくらになるか？

(事務局)

電話だけでは 100 点、持参すると 200 点になる。

(会長)

追加の説明があったが、他に質問はないか。

在宅医療介護支援センターに関して戸次先生、ご意見はないか。

(委員①)

拠点事業の国の基金で、相談窓口をつくってやっているが、すすんでいるところと、すすんでいないところがある。やはり、これは必要であると思う。今年度まで国の基金でやっているが、30 年以降はどうなるのか、自分は福岡県医師会の仕事をしていて、県の行政と話す機会があり、この事業は市町村に移行するので各市町村で予算づけしていただきたい。今後も進めていきたい。

(委員②)

医療介護連携支援センターについてだが、最近とびうめネットの推進がなされていて、患者の立場でもサインしておきませんかという文章がきているが、そのとびうめネットは医療介護連携支援センターに関係してくるのか。

(事務局)

センターのありかたについては、今後関係者の皆様と協議して考えていきたい。ただ、国が示す 8 項目の中に情報共有があり、とびうめネットに関しては福岡県が県医師会に委託して行っている事業である。これを踏まえて、併せ持って考えていく必要がある。

(委員①)

県の医師会でとびうめネットの担当をしている。県の医師会としては県の行政から資金をいただいて行っている。県としては全域に広げたいとのことで 3 本柱で行っている。①救急情報でそこに暮らしている患者がどこか病院に運ばれたときに、情報を前もって自分の希望する病院に情報を送ってもらう、本人の意識がなくても情報が送られている事で救急処置がスムーズである。②多職種連携で、浮羽医師会でモデルをやっているが、かかりつけ医、訪問看護ステーション、ケアマネジャーと連携する。県内でモデルを 3 つ行っているが、今後も拡大していく予定。③災害時のバックアップで、大規模地震が起こった時に、情報を県医師会メディカルセンターに集約すること。久留米医師会とどのように共有していくかが問題である。

3. その他

(事務局)

- ・今年度の久留米市における在宅医療・介護連携推進事業について
資料 6 に沿って説明
- ・平成 29 年度につきましては、本市では今後の在宅医療・介護連携推進事業の課題分析のために、調査研究を行いたいと考えている。本市では平成 27 年度、現在の社会資源の状況、多職種間での連携状況から課題等を整理して、本協議会の前身である在宅医療介護関係者ネットワーク会議において、その報告をさせていただいた。次年度は地域医療構想等を踏まえて社会資源の将来推計をこの分野に関する研究機関と協力し、医療介護連携における課題分析を行っていく。この研究結果がまとまり次第、本協議会でも報告の機会を持ち、委員の皆様にご協力をお願いしたい。

(会長)

本日の協議会のまとめとして、退院調整ルールの情報共有シート案について、来年度、事務局がスケジュールに沿って進めていく、在宅医療・介護連携支援センターについて平成 30 年度、市が設置する、その運営等については市が関係機関と協議する。また来年度、市が取り組む研究については、協議会の委員のご理解は得られたと考える。

(事務局)

次回の協議会については、夏頃を予定している。