

**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**

平成29年9月

北九州市保健福祉局地域医療課

目 次

第 1 議論のとりまとめ	
1 現状認識	1
2 問題意識	1
3 多職種・多機関連携の「目標」（あるべき姿）	3
4 対応策	4
〔取組 1〕 つなげる <取組・ルールの共通化で、人と情報を繋げる>	6
〔取組 2〕 ひろげる <取組・事例の見える化で、先進的取組と好事例を広げる>	10
〔取組 3〕 すすめる <推進体制の一本化で、取組を着実に進める>	12
5 スケジュール	14
6 今後の課題等	15
〔参考 1〕 本人・家族の情報について共通シート等のイメージ	16
〔参考 2〕 入退院時病院－在宅連携ルールのイメージ	17
〔参考 3〕 在宅時連携ルールのイメージ	17
〔参考 4〕 多職種・多機関連携実行会議（仮称）のイメージ	18
第 2 協議要旨	
第 1 回会議	20
第 2 回会議	24
第 3 回会議	29
第 4 回会議	33
第 5 回会議	39
第 6 回会議	42
第 3 開催概要	
在宅医療・介護連携推進に関するワーキング会議について	44
構成員名簿	45

議論のとりまとめ

1. 現状認識

- 本市では、今後、高齢者数が増加し、2020年頃に高齢者の数が最大化する一方で、労働力人口は減少していくと見込まれている。
今日、医療・介護等の多職種・多機関の役割分担と連携の徹底の必要性が叫ばれるのは、このような「日常生活の中で疾患等を抱えながら、治療やリハビリテーション、ケアなどの医療・介護の多様なサービスを必要とする高齢者」が急増する一方、限られた医療・介護の支え手でこの状況に長期間にわたって対応し、本人・家族がより望ましい医療・介護等を受けられるようにすることが求められる時代になったためである。
- こうした中、福岡県では、2025年における二次医療圏ごとの病床数や在宅医療等の必要量等を示した「福岡県地域医療構想」が策定された（平成29年3月）。
今後は構想区域（本市は中間市・遠賀郡とともに北九州医療圏を形成）ごとに地域の医療関係者・市町村等を構成員として設置された「地域医療構想調整会議」で、同構想の実現に向けた協議が進められる。
また、平成30年4月には診療報酬・介護報酬の同時改定が予定されており、地域の医療・介護等の多職種・多機関によるサービス提供体制の整備に向けた対応が行われるものと考えられる。
- 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。
このため、効果的・効率的な医療・介護等に向けた多職種・多機関の役割分担と連携の徹底について、「速やかな取組」が必要となる。
また、本市では、2020年以降も当分は高齢者数が多い状態が継続する見込みであり、「息の長い取組」としていくことが必要となる。

2. 問題意識

- 北九州市では、
 - ・ 個々の地域で、情報共有・連絡用シートの作成、情報提供のルール化、多職種連携研修、住民啓発等
 - ・ 多職種連携におけるリハビリテーションの視点を踏まえた「地域リハビリテーションケース会議」の開催
 - ・ 個々の医療機関で、退院支援プロジェクトの実施
 - ・ 地区医師会で、「在宅医の会」の立ち上げといった取組・活動が一部で進められてきた。

- しかしながら、内容や取組の度合いは各地域や機関、団体等によって差があったり、多職種・多機関の連携等を進める上で重要な取組みであっても、思うような拡大・展開が図れていないという現状もある。
- こうした中、入退院時に多職種・多機関の関係者で本人・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している。
このため、医療・介護等の専門職（本とりまとめでは、医師、歯科医師や薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士、社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員等のほか、在宅医療・介護連携支援センター等の職員などを指す）が持つ本来力点を置くべき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しきれていないのではないかと懸念されている。
- 多職種・多機関連携の徹底に向けて、これまでの地域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、市全体として、継続・発展させていくことが必要である。
- こうしてみたとき、多職種・多機関連携について、本市の「3つの『ない』」があると考えられる。

多職種・多機関連携についての本市の「3つの『ない』」

- ① 市全体として共通して実践すべき取組・共有すべきルールがない。
 - ② 市全体として先進的な取組の開拓や好事例の横展開が計画的に行われていない。
 - ③ ①・②を解決していくため、医療・介護等現場、職能団体、行政が一体となった市全体の推進体制がない。
- こうした問題は、各地域での自発的な「草の根」的な取組が広がっていきながら対応・解決されていくことが望ましい。
しかしながら、前述のような社会構造の変化や制度改革への対応が後手後手となって医療・介護等の現場負担が増加すれば、現場が共倒れになるおそれがある。
このため、市全体で早急かつ持続的に「3つの『ない』」に対応し、医療・介護等現場、職能団体、行政が、共通の目標の下で、多職種・多機関連携を持続的に進めていく必要がある。
 - 人口数万の市町村では、医療・介護等現場、職能団体、行政が結束しやすく、多職種・多機関連携を実現してきている例がある。
今後、100万都市である本市でも一体的で実効的な多職種・多機関連携を実現していくべきである。

- これを踏まえ、本ワーキング会議では、
 - ・ 本市での多職種・多機関連携の「目標」を設定するとともに、
 - ・ 本市での多職種・多機関連携についての「3つの『ない』」への対応として、「考えられる取組」・「スケジュール」・「今後の課題」について整理した。

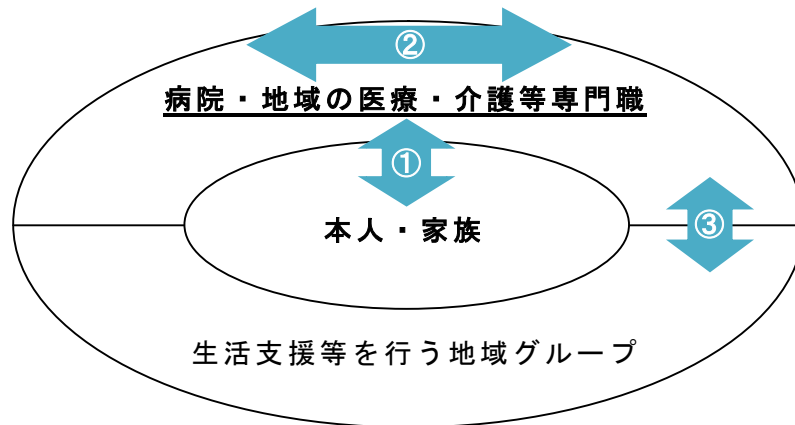
3. 多職種・多機関連携の「目標」（あるべき姿）

- 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。

共有すべき目標

- ① **本人・家族の状況に応じた医療・介護等の主体的選択・一体的提供**
 - ・ 医療・介護等専門職が、本人・家族と共通の情報・同じ方向性を持ちながら助言・啓発を行い、医療・介護等についての本人・家族の適切な理解や主体的選択を助ける。
 - ・ 医療・介護等専門職が、それぞれの専門性を活かして、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 **医療・介護等専門職の連携意識・負担軽減**
 - ・ 入退院時や在宅療養の場で、円滑なサービス移行や一体的なサービスが適切に提供されるよう、すべての医療・介護等専門職が互いに連携意識を持つ。
 - ・ 医療・介護等専門職が、本人・家族の問題を一つの機関・職種で抱え込まず、互いに役割分担とフォローを行うことで、専門職全体の負担を軽減する。
- ③ **医療・介護等専門職先導による地域包括ケアシステムの構築**
 - ・ 医療・介護等専門職の多職種・多機関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。
 - ・ 医療・介護等専門職が「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。

＜医療・介護等専門職の多職種・多機関連携で共有すべき「目標」の関係＞



4. 対応策

- 本市の「3つの『ない』」について、次の「3つの取組」により、解決を図っていく。

「3つの『ない』」	「3つの取組」
① 市全体として共通して実践すべき取組・共有すべきルールがない	取組 1 つなげる ＜取組・ルールの共通化で、人と情報を繋げる＞
② 市全体として、先進的な取組の開拓や好事例の横展開を行っていない	取組 2 ひろげる ＜取組・事例の見える化で、先進的取組と好事例を広げる＞
③ ①・②を解決していくための、医療・介護等現場、職能団体、行政が一体となった市全体の推進体制がない	取組 3 すすめる ＜推進体制の一本化で、取組を着実に進める＞

- 以下に、具体的に【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、優先順位をつけて着実に実施していくべきものである。

なお、ワーキング会議の議論を踏まえ、実施の優先順位が高いと考えられるものについて、「◎」印を付した。

- また、これらは、各医療・介護等の現場、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、それぞれの実情に応じ、上乘せした取組を行っていくことに期待する。

取組 1 つなげる <取組・ルールの共通化で、人と情報を繋げる>

- 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、市全体の医療・介護等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・改善を行っていく仕組みを設けることが重要である。
こうした仕組みは、**取組 3**の中で設けていくこととする。

(1) 患者・利用者・関係者情報の引継ぎ・連携

- 医療・介護等専門職が、本人・家族について共通の情報・同じ方向性を持ちながらサービスを提供することが不可欠である。
また、入院時・退院時など、機関や施設の移り目に際して、情報が的確に引き継がれることは、医療・介護等専門職の負担を軽減し、本来の力を発揮すること、本人・家族と医療・介護等専門職の相互の信頼関係の構築にとって重要である。
- 情報の引継ぎ・連携は「どんな情報」を「誰に」、「いつ」、「どのように」渡すかが重要である。
このため、これらについて、どの機関・施設、多職種チームでも標準的に最低限行うべき点を整理し、市全体で共通化していくことが必要である。

考えられる取組

<「どんな情報」を渡すかについての取組>

◎ 1 本人・家族の情報について共通シート・冊子等の作成

→具体的なイメージは【参考1】のとおり。

◎ 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

※ 職能団体でルール化された用語がある場合は、その活用をルールとすることも含む。

<「誰に・いつ」渡すかについての取組>

◎ 3 入退院時病院—在宅連携ルールの策定

→具体的なイメージは【参考2】のとおり。

◎ 4 在宅時連携ルールの策定

→具体的なイメージは【参考3】のとおり。

◎ 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

<「どのように」渡すかについての取組>

◎ 6 1～5の運用（個人情報の取扱い等）についてのガイドラインの策定

<上記取組の運用についての取組>

◎ 7 1～6についての医療・介護等専門職に対する研修

(2) 住民啓発

- 本人・家族の希望や状況に寄り添う最適な医療・介護等を一体的に提供する上で、当事者の適切な主体的選択を助けるための在宅医療や介護、人生の最終段階における医療等に関する住民を対象とした啓発が重要となる。
こうした住民啓発については、各種の講演等のイベントや、チラシ・リーフレットなど各般の取組を地道に進めることが必要である。
- とりわけ、本人・家族は、実際に疾病やケガになった際に医療・介護等の受け方について最も関心を持ち、その際、医療・介護等に責任を持つ専門職の説明に最も耳を貸すものとも考えられる。
こうしたタイミングでの本人・家族への医療・介護等専門職の説明・啓発を市全体としてしっかり固めていくことが必要である。
- このため、入院時、退院調整時、退院時（在宅移行時）、在宅療養時に、医療・介護等専門職が本人・家族に、同じスタンスで同様の説明をしていくことが必要である。
とりわけ、
 - ・ 本人・家族が医療・介護等サービスへ理解や信頼感を持つ観点から、各医療機関や施設の機能を的確に説明すること
 - ・ 本人・家族の思いに沿った医療・介護等サービスを受けられるよう、本人・家族の意向や環境によっては「退院して在宅に帰れる」などサービスの選択の幅を説明すること
 - ・ その際、本人・家族の不安が先立つことでサービス選択の幅が狭まらないよう、サービスの選択の前に、予後や今後の生活の希望などの説明・聴取に十分に時間をかけることなどが重要である。

考えられる取組

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シート・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のシート・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

- このほか、住民啓発については、今後介護者となる若い世代などへのアプローチなど、多層的な「網」を設けていく必要がある。
こうした仕組みは、**取組2**の中で設けていくこととする。

(3) 教育・研修

- (1)・(2)の【考えられる取組】には、病院関係者・地域医療・介護等関係者への教育・研修が盛り込まれている。
- 教育・研修のやり方によっては、教育・研修自体が医療・介護等専門職にとって負担となり、(1)・(2)の取組が浸透しないばかりか、教育・研修への参加率の低下、本来業務への負担増となるおそれがあることから、教育・研修内容・実施方法について工夫をしていくことが重要である。

考えられる取組

◎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

取組 2 ひろげる <取組・事例の見える化で、先進的取組と好事例を広げる>

- **取組 1**のように「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、職能団体等の先進的な取組を行い、好事例となったものは横展開していくことが必要である。
 - ・ とりわけ、地域の多機関・多職種で切れ目なく本人・家族を支えていくには、入院時から病棟医師・看護師が退院や在宅療養を見据えた支援を行っていくなど、医療・介護等専門職が、次の段階を見据えた「早く」からの支援が必要である。
 - ・ また、将来介護者になる若い世代に対し、学校や企業といった場での「早く」からの啓発が重要である。
- こうした取組として、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、効果を取りまとめて市内で横展開をしていく。

考えられる取組

<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、介護支援専門員による退院調整担当者への訪問
- ◎14 ケアプラン作成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・副主治医制の導入
- 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 介護支援専門員その他の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（実地と座学、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 企業での研修との協力・連携（研修プログラムへの組み込み、出前講演の実施等）
- 22 学校教育との協力・連携

○ これ以外の取組であっても、他地域の先進的取組については情報収集をして開拓し、市内でも先進的取組として実践・横展開をしていく仕組みを設けることが重要である。

こうした仕組みは、**取組3**の中で設けていくこととする。

取組3 すすめる <推進体制の一本化で、取組を着実に進める>

- 今後の医療・介護等をめぐる社会構造の変化や制度改革に対しては、早急かつ持続的に対応していくことが必要となる。
また、**取組1**、**取組2**の取組を合意・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、行政が一体となって推進する必要がある。
- 同時に、上記に掲げた取組のみならず、医療・介護等の現場、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（ときには未解決・放置・忘却されること）は、それぞれの場に閉塞感と疲弊感を生むおそれがある。
このため、それぞれの課題が速やかに吸い上げられ、整理され、解決につながっていく現場・職能団体・行政等が一体となった持続的なシステムが必要である。

考えられる取組

◎23 医療・介護等の現場、職能団体、行政が参画する多職種・多機関連携実行会議（仮称）（以下「実行会議」という。）の設置

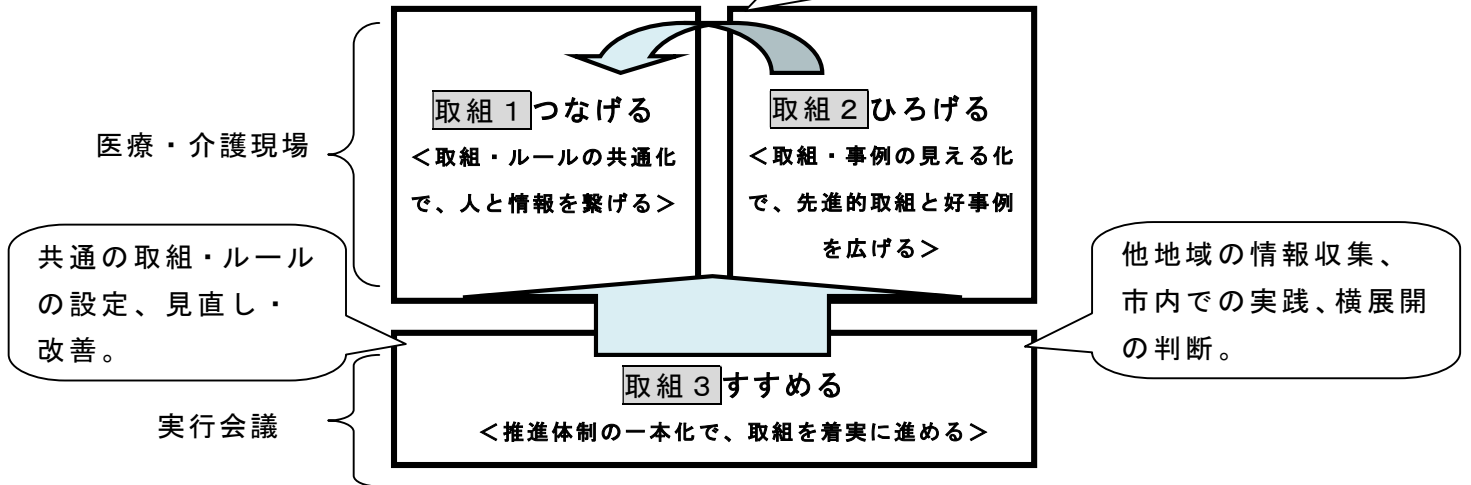
→具体的なイメージは【参考4】のとおり。

※ **取組1・2**で掲げた【考えられる取組】について、実行会議で情報収集・具体化・合意・実行・検証を行う。

- なお、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内部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がある。

「3つの取組」の関係

横展開により普及したものは、市全体の共通の取組・ルールに位置づけ。



5. スケジュール

- 前述のとおり、多機関・多職種連携は、各地域で「草の根」的に生まれ、広がっていくことが望ましい。
しかしながら、前述のような社会構造の変化や制度改革への対応が後手後手となって医療・介護等の現場負担が増加すれば、現場が共倒れになるおそれがある。
- このため、市全体で、早急に上記の対応策を具体化・実行・検証する必要がある。
また、平成30年4月には、診療報酬・介護報酬改定が予定されていることから、必要に応じ、診療報酬・介護報酬の改定の内容を取り込めるスケジュールで進めていく必要がある。

考えられるスケジュール

- ・平成29年冬～：連携実行会議、作業部会の立ち上げ
→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
→在宅医療・介護連携推進に関する会議へ報告
※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

- なお、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ことが必要である。

6. 今後の課題等

- 上記の取組については、在宅医療・介護連携支援センターの位置付け・活用も検討すべきである。
- また、次の取組については、導入する際の課題も多く、国や他市町村での検討・実施状況を踏まえ、今後引き続き検討すべき課題と整理した。

今後の課題

24 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

[主な課題]

- ・ データを活用した評価・分析の視点・手法 等

25 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）

[主な課題]

- ・ 事前指示書の作成・活用についての市民、医療・介護等関係者の理解
 - ・ 本人・家族に対する事前指示書の交付・説明等の方法
 - ・ 本人・家族が事前指示書の作成に向けた意思決定ができる環境整備（利用できる医療・介護等のサービスや生活支援などの情報を容易に入手し、本人・家族と主治医等とが十分な話し合いを経た上で意思決定ができる環境整備）
 - ・ 作成された事前指示書の更新の方法
 - ・ 医療・介護等の現場における事前指示書の具体的な活用方法 等
- ※終末期における医師の医療行為（生命維持措置等）に関する法令整備等の状況も踏まえる必要

26 ICTを活用した情報連携

[主な課題]

- ・ 各職能団体で運用される情報共有ツールや SNS で提供されるアプリ等の既存のツールが普及する中での情報共有のあり方
 - ・ 福岡県医師会が運用する「とびうめネット」の活用展開や、国における「全国保健医療情報ネットワーク」の今後の検討状況との整合性
- ※全国保健医療情報ネットワーク：自らの生涯にわたる医療等の情報を本人が経年的に把握でき、健康管理・診療・ケアを提供するため、2020年度からの本格稼働に向けて検討が行われている ICT 基盤

【参考1】本人・家族の情報について共通シート等のイメージ

①本人・家族の基本情報シート等

- ・基本的に頻繁には変わらない本人・家族をとりまく情報であり、サービスの提供に際して、どの職種も参照。
- ・本人・家族が持ち、本人・家族、医療・介護等専門職がいつでも記入・参照。
- ・イメージ例：在宅療養手帳

【情報内容】

- ・キーパーソン・かかりつけ医・介護支援専門員・その他のサービス提供事業所など、本人に関わる者の連絡先
- ・本人・家族の生活や医療・介護等の受け方についての基本的な考え方・価値観

②入退院時等の本人・家族の基本情報シート等

- ・入退院時等、本人の心身の状態や本人・家族の意向等が変わる時期における本人・家族をとりまく情報であり、サービスの提供に際して、どの職種も参照。
- ・入退院時等の機関・施設の移動時に、移動元の医療・介護等専門職が記入し、本人・家族や移動先の医療・介護等専門職が参照。
- ・イメージ例：患者共通シート

【情報内容】

- ・入退院時等の本人の生活機能の状態
- ・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

③入退院時の本人・家族の専門情報シート等

- ・入退院時等、本人の心身の状態や本人・家族の意向等が変わる時期における本人・家族をとりまく情報であり、医師・看護師・リハ職等の個々の職種がサービスを提供する際に、個々の職種ごとに参照。
- ・入退院時等の機関・施設の移動時に、移動元の医療・介護等専門職が記入し、移動先の医療・介護等専門職が参照。
- ・イメージ例：退院時サマリ

【情報内容】

- ・入退院時等の本人の生活機能の状態（職種別に作成されたもの）

※③については、各機関・施設で既に独自のシステムや様式を所有・使用していることに留意し、導入可否や導入方法に留意。

【参考2】入退院時病院－在宅連携ルールのイメージ

①入院時

- ・介護支援専門員等は、入院時情報提供書を病院が指定する連絡先に提出。
- ・入院後、病院担当者が介護支援専門員等へ連絡。
※「入院後7日目くらい」というメドをルール中で例示（個々のケースや病院・介護支援専門員等の意向・協議により変更可能）

②退院調整開始面談

- ・病院は、面談日を介護支援専門員等に連絡。
※「入院後10日目くらい」というメドをルール中で例示（個々のケースや病院・介護支援専門員等の意向・協議により変更可能）
- ・病院は、介護支援専門員等がケアプラン修正に必要な情報（退院調整共有情報）を面談日までに院内関係者から収集。
- ・介護支援専門員等は、面談日に、退院調整共有情報を病院から聴取。多職種での退院前カンファレンスの必要性等を確認。

③連携ルール参加病院一覧

※①・②で受け渡す情報については、【参考1】の共通シートと整合性（又は一体化）を図る。

【参考3】在宅時連携ルールのイメージ

①在宅移行時

- ・介護支援専門員等は、ケアプラン（居宅療養管理指導を含む）を全ての関係者に共有。

②在宅療養時

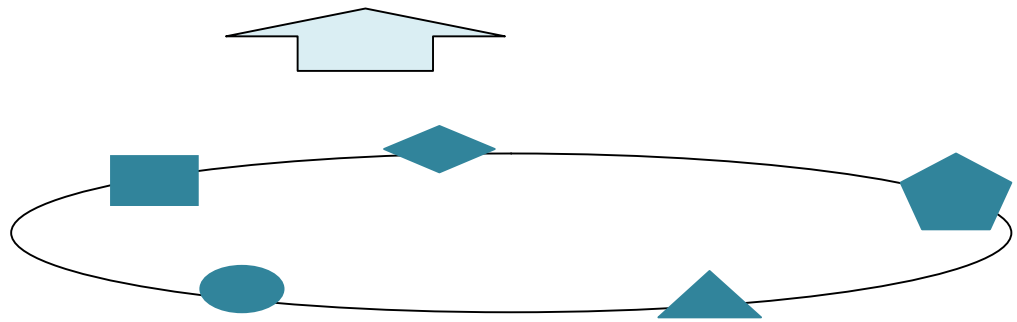
- ・介護支援専門員は、一定期間ごとに本人・家族やサービス担当者から意向や情報を収集し、在宅療養の状況・課題を本人・家族やサービス担当者に共有。
（「在宅療養開始後〇月ごと」というメドをルールの中に例示（個々のケースや本人・家族やサービス担当者の意向・協議により変更可能））
- ・必要に応じて、サービスの見直しを協議・検討。

【参考4】多職種・多機関連携実行会議（仮称）のイメージ

- ①連携実行会議は、各職能団体又は事業所団体等（以下「団体等」という）の代表から構成する。
- ②連携実行会議の下に、団体等の実務者からなる作業部会を置く。
- ③また、団体等がそれぞれの課題について検討する多様な議論の場を活用する。
 - ・多職種・多機関連携における取り組むべき課題の抽出や情報収集を行う。
 - ・抽出された課題等について、団体等で解決すべき課題と、多職種・多機関や地域で解決すべき課題とに仕分けを行う。
- ④作業部会は、③の団体等の実務者の代表から構成する。
 - ・作業部会では、③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・課題抽出を行う。
 - ・抽出された課題について、団体等で解決すべき課題と、多職種・多機関や地域で解決すべき課題とに仕分けを行う。
 - ・多職種・多機関や地域で解決すべき課題については、作業部会で、解決に向けた情報収集・解決策の具体化を行う。
- ⑤③・④で、団体等で解決すべき課題とされた課題については、それぞれの団体等で、解決に向けた情報収集・解決策の具体化を行う。
- ⑥④で、具体化された多職種・多機関や地域で解決すべき課題の解決策については、連携実行会議に報告する。
- ⑦連携実行会議では、⑥で報告された解決策について議論を行い、合意を行う。
- ⑧各団体等は、⑦で合意された解決策について実行する。
- ⑨⑧の各団体等で実行された解決策については、③～⑧と同様に連携実行会議、作業部会で、実施状況の確認、効果検証、改善策の検討・具体化・実行を行う。

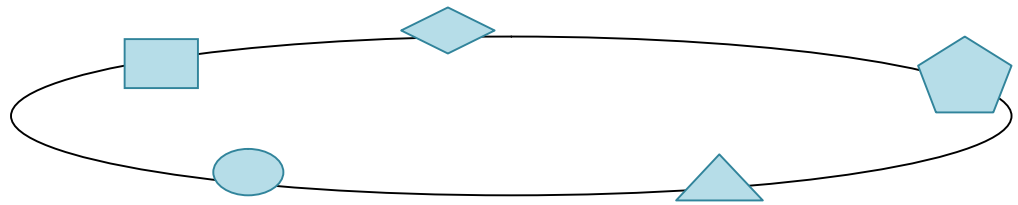
連携実行会議で実行すべきとされた取組は、各団体等で実行

【連携実行会議】
 ・各団体等代表
 （多職種）
 ・前頁⑦を実施



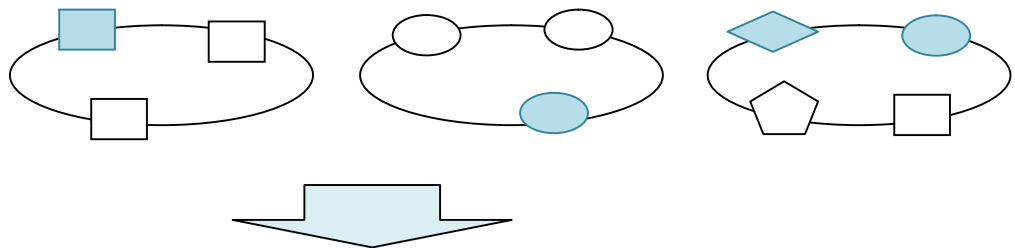
多職種・多機関や地域で解決すべき課題の解決策

【作業部会】
 ・実務者（多職種）
 ・前頁④～⑥を実施



（作業部会で、各団体等に対応・解決すべきとされた課題）

【職能団体や多職種・同職種グループ等の多様な議論の場】
 ・実務者
 （各団体等別）
 ・前頁③を実施



作業部会において各団体等で実行・解決すべきとされた課題は、各団体等に対応・解決

※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内部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がある。

（□、○、◇等は、職能等の種類を表す。）

第1回会議 協議要旨

日時：平成29年3月27日（月）

議事：現状・問題点の整理

1 入退院時におけるサービスの連携

<情報の共有について>

- 入院時の情報が来ないことがある。ケアマネも本人宅には月1回の訪問になることが多い。家族や本人が連絡しなければ、ケアマネは1週間以上経ってからやっと分かるときもある。退院時にはカンファレンスに声がかかるとは、どういった状況で入院したのかは、こちらからMSWに尋ねないと情報が入らない。入院時から、在宅復帰に向けた計画も立てていると思うので、早めに連携ができるといい。
- ケアマネの入院時連携加算の制度は、入院後1週間以内に報告書を病院に提出する必要がある。しかし、入院の情報を聞いたときにはすでに数週間が経っていて、利用できないこともある。言ってくれれば情報提供をする準備はできているが、その事実自体を知りえないというのが実情。
- 介護保険の場合は、ケアマネがサービスの再開の連絡など調整役を担ってくれる。医療保険の利用者の場合はそういった役割がないため、患者や家族が連絡しないとわからない。特に独居の患者の場合は、訪問したが不在で、近隣の人に聞いてやっと分かる場合も多い。

<退院サマリーについて>

- 退院時に、病院から在宅サービス（訪問看護や訪問リハなど）に関するサマリーはもらえるようになったが、内容がタイムリーではない。また実際に欲しい情報でないという問題もある。また、サービスの初回までにサマリーが届かず、情報が何もない中で開始になってしまうことがあった。
- 急性期病院へ入院した後、病院を転々と変わっていくときに、当初急性期病院に在宅サービス側が提出したサマリーが繋がって行かない。最初に提出したものに内容を加え、次に引き継いで共有できるものがあればいい。
- 退院サマリーだけでは、治療の経過やレントゲン・CTなどの情報が乏しい。また、病院に入院したときに、病院スタッフはどのような情報が欲しいと思っているのかがわからない。知っていることをそのまま出している状況がある。

<情報共有のためのツールについて>

- どの病院も、患者のサービス利用状況や、どこの事業所が支援しているかを管理できていない。特に急性期では、全患者に担当ソーシャルワーカーがいるわけではない。また、その情報を病院が管理するシステムがない。たとえば、とびうめネットのような、患者に関わっている支援者が、それぞれ登録できて、皆が閲覧できるシステムがあればいいと思うが、今は患者や家族に直接聞くしか方法がないので、正しい答えが返ってこないこともあり困っている。そのような情報を共有できるツールがあればいい。

- 同じ職種で連携に必要な情報を共有するには、職能団体で共有ツールなどを検討する必要があるのではないか。
- 食事の形態の呼称は、それぞれの病院で異なっており、そのままサマリーで使用されていてわかりづらい。栄養士会が作成した栄養に関する情報共有ツールがあって、一部の施設などでは活用されているが、広く利用されていない。他の職能団体でも同じように作成しているが使われていないツールがあるのではないか。

<連携・相互理解について>

- 小倉地区で、今年度、訪問看護事業所と病院の連携室との交流会を行った。お互いの特徴などを情報交換し、有意義だったという声を多く聞いた。顔の見える連携づくりが必要だと感じた。
- 同職種であっても、在宅（訪問）と病院で立場が違くと理解が進まない部分がある。
- 急性期病院のスタッフは、在宅医療のことをほとんど知らない。在宅でどのような医療ができるかもイメージが無い。忙しいため、サマリーも病院のコンピューターソフトを利用して作っているだけで、在宅側で必要な情報がなにかを考えることがない。

<退院支援について>

- 急性期病院から在宅に直接帰れるケースでは、重症の患者は少ない。むしろ、その後、慢性期の病院にいる患者の退院支援がスムーズにいかないと、在宅療養患者の一時入院などの後方支援の役割が果たせない。
- 在宅での医療や介護のサービスを必要とする状態像の患者は、慢性期病棟に相当数いる。回復期病棟は対象疾患に限られるし、地域包括ケア病棟の60日という入院期間では、在宅復帰するための機能回復には足りない。これらの方は慢性期の病棟に入院している現状がある。そこにいるソーシャルワーカーや退院支援担当者に研修を行っていく必要がある。

2 在宅療養時におけるサービス提供

<在宅医療の提供状況について>

- 在宅医療をしてくれる医師は、地域にもよるが、ある程度確保できている。ただ、選択肢は少なく、家族や本人が何人かの候補から選べる状況には至っていない。
- かかりつけ医がいると在宅医療になっても受けもらえるが、いない場合、医療処置の内容によっては、経験のある医師でも二の足を踏むことがあり、在宅医を探すことは中々難しい。看護・介護側で必要な支援を役割分担するような調整ができると、医師にもそのことを伝えて依頼しやすくなる。
- 病院側に、在宅ではどのような医療処置が負担なのかを知ってもらおうと、その後の調整がうまくいくのではないかと思う。
- 高齢者の薬管理について、お薬手帳に貼っていない、また手帳を何冊も同時に使っているなど、問題がある人も多い。薬剤師の関わりがもっと必要だと感じる。
- 在宅を積極的に行っている薬局と、全くしない薬局の二極化になってきている。

- 薬剤師や歯科衛生士が支援に入っているケースはいいが、そうでない人が多く、また問題も山積み。支援が必要な患者の掘り起こしが必要。

<家族支援について>

- 家族が適切な介助方法を習得せずに在宅に戻っているケースが多い。場合によっては危険なこともある。帰った後にどんな生活になるかなどのイメージがないまま退院している。家族に対する説明や準備等の支援が不十分だと感じる。
- 在院日数の関係もあると思うが、在宅で過ごすための家族指導などを十分にできているのか疑問なことがある。
- 医療器具や福祉用具の説明は、1回聞いた程度では理解できない家族も多い。よくわからないままに使っているのが心配。
- 家族の力を引き出すための支援がもっと必要ではないかと感じる。(支援者がやりすぎでないか)
- 患者の大まかな容態を知るためのフォーマットが必要。多職種連携だけでなく、家族としっかり繋がっていくことも大切。在宅(どんな家庭で、どんな住まいなのかなど)と医療・介護の架け橋をうまく行うことができるといい。

<病院と在宅との連携について>

- 病院で行っていることをそのまま伝えるのが連携ではないということをスタッフに伝えている。例えば、薬の形状や時間など、在宅や施設で受けた場合のバージョンに変えて伝える必要があると言っている。
- 院内で1年間プロジェクトを立ち上げて、スタッフが学習することで重症の患者がようやく退院できるようになってきた。しかし、医療連携室のソーシャルワーカーが、ケアマネにどのような情報をしっかり提供すべきかといった多職種連携を実践的に学ぶ場、交流する場は少ない。
- 病院間でも施設間でも、共通言語ではない。カンファレンスも決まっていることを確認する場になっている。自宅が和式トイレだったのに、洋式トイレと思い込んで訓練していたなど、必要な情報が入っておらず退院直前にわかったこともあった。病院はまだ遅れていて、学びの場が必要だと感じている。
- 平成27年度に、同行訪問研修をした。そのときは、在宅医療の現場に、病院の医師・看護師・リハ職・ソーシャルワーカーに来てもらった。在宅で、ここまでできることを知らなかったという意見が多かった。現場を見てもらうのは大事だと感じた。
- 病院のスタッフの意識が変わると、患者も「帰ろう」と思うようになった。病院がまず変わらないといけない。

<ソーシャルワーカーのスキルアップと活用について>

- 協会に入っていないソーシャルワーカーも多く一堂に会することもない。退院調整を、病院スタッフが学ぶ場が無い。病院の情報をそのまま在宅側に渡すことを連携と思っている。共通言語を持つことや、どんなことに気をつけるべきかを実際に学ぶ場が必要だと思う。

- ソーシャルワーカー同士で所属を越えて情報交換する場が無く、在宅医療の現場を見たことがない者も多い。院外に出させてもらえず、アウトリーチの活動を許されていない、家庭訪問にも行けないという場合も多い。院内で事務作業や、診療報酬に意識を回している実情がある。もっと地域に出て行って、事前に在宅医とやりとりをしたり、家族と話をするような調整をしたいと思ってもできないのは、在宅移行に対する病院の理解がまだ進んでいないからだと思う。ソーシャルワーカーをうまく活用できていない病院も多いのではないか。
- 回復期、慢性期のソーシャルワーカーがきちんと機能を果たせれば、在宅に帰れる人はもっと増える。病院の医師・看護師が、在宅を諦めている場合もよくあるので、ソーシャルワーカーがそれを越えて後押しできればいいと思う。在宅移行の経験が少ないソーシャルワーカーが、慢性期に多いと感じる。
- 病院と在宅を繋ぐ要であるソーシャルワーカーに対して、退院調整のスキルアップができる機会を作っていくことが必要。

<ケアマネジャーと医療との連携について>

- 末期がんの患者は、介護保険の認定結果が要支援となることが多い。そのときには地域包括支援センターの予防ケアマネが担当となるが、ターミナルのように状態が急に変わるケースに慣れておらず、福祉用具の導入などの対応が遅く、後手後手になっていると感じる。今後は、末期の利用者も増加してくると思うので、対応について学んでいく必要がある。
- 居宅療養管理指導になると、薬剤師からケアマネへの情報提供は義務付けられ、ケアプランにも入っているが、ケアマネの毎月の請求には乗らない（給付管理外）ので、他のサービスのように月々の提供表が配付されておらず、薬剤師が、患者のサービス利用状況を把握できない。また、ケアマネ自身にその意識が無い。
- ケアマネが、医療の内容をどのようにケアプランに盛り込むかが課題である。

<一時的入院の状況について>

- バックベッドについて、介護保険のショートステイでは処置の関係で受入が難しく、病院でも医療区分が低くてどこも受けてもらえないという事例があった。地域包括ケア病棟では区分は関係ないが、日数が決まっているので、中長期的な入院を考えたときには難しい。介護と医療の狭間にある患者への対応の問題がある。
- 慢性期でもベッドがまわっていれば、医療区分が低くても受け入れることができる。医療区分が低くても全体の2割を超えなければいいので、本来は、状態が安定した患者をきちんと退院支援していけば、入れ替わっていくので問題ないが、できていないところもある。

<啓発について>

- 在宅医療をした場合の費用や、メリットについて、もっとPRをしていくことが大事。

第2回会議 協議要旨

日時：平成29年4月25日（火）

議事：切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築推進に関する取組課題について

1 入退院時におけるサービスの連携

＜関係者間での情報共有について＞

- 病院から退院するときに、ケアマネ宛に情報提供がある場合もあれば、何も無いところもありバラバラの状態。退院時に出す情報について一定のルールがあるといい。
- 病院側としては、退院時にはかかりつけ医にも情報提供したいが、誰なのかを知ることが難しい。入院時に、本人・家族に、かかりつけ医・歯科医がいるかを尋ねるといったアナログな確認の方法しかない。しかも、ある病院ではかかりつけ医やケアマネなどの情報を把握できても、別の病院に入院するとその情報は共有されないため、また始めから聞き取りするしかない。
- 慢性期の病院など、急性期を経て患者が入院してくる場合に、かかりつけ医などの情報を取得する方法が必要。それぞれで聞き取りをするようなアナログな方法では無駄な作業が多すぎるので、例えばとびうめネットのような、IT化したツールがあるとよい。
- 救急患者の場合は、事前に ICT のネットワークに加入していない場合もあるので、必要な情報をまとめたものを準備しておいて、入院時には持っていくなど、以前からあるやり方を活用する方法もある。ネットワークの場合は、誰が管理するのか更新するのかなどの問題もあるので、どのようなツールがいいのか整理する必要がある。
- 救急で運ばれた場合は、ケアマネや訪看には情報が入ってこない。救急病院からすでに転院していることも多く、ケアマネが状況を把握し、入院先と繋がるまでに時間を要している。介護保険証にはケアマネの事業所が印字されているが、入院時には持ってきておらず、病院側では担当のケアマネがわからない。
- 何か公的なもの（保険証など）に IC チップで全ての情報を入れることができれば一番理想的だが、個人情報の問題等で難しい。国の方針も、ICT 化には専用のネットワーク構築をイメージしている。
- とびうめネットは、今は救急時のシステムがメイン。多職種での情報共有や災害時などにも対応できるものだが、まだモデル段階で、実用的なレベルとはいえない。今はかかりつけ医の不在時に、担当患者が救急入院した際、情報を最低限伝達する機能としてシステムを定着しようとしている。ケアマネや介護サービスの内容などの情報を、かかりつけ医が一つ一つ聞き取って、システムに入力するのは患者数からも困難。
- 互いに必要最低限な情報だけでも共有でき、また転院した場合でも引き継がれていくような方法が必要。

<情報の整理と把握について>

- 入院する患者も、きちんと情報を整理していることが大事。周囲の人も入院したことを知らず、地域包括にも安否確認してほしいという依頼が入ることもある。市民にも、入院するときに、病院にこの情報は提示しましょうという啓発が必要ではないか。介護保険を利用している場合なら、ケアマネ、かかりつけ医・かかりつけ歯科医の情報が必要。他に、お薬手帳でもかかっている医療機関が分かるので、有益な情報源である。
- 以前は保険証が紙のタイプで、受診した医療機関の情報や、他の情報もケースに入れることが出来たが、今は小さいカードになってそのまま財布に入れてしまうので情報が乗せにくくなった。
- お薬手帳の中に、ケアマネやかかりつけ医などの必要な情報が入るような様式にしてはどうか。
- 地域によっては民生委員が自宅を回って、緊急連絡先などをわかるようにしているところもあるが、外出先で搬送されると把握できない。薬剤情報や、かかっている医療機関、介護事業所などが病院で把握できるシステムがあれば良いと思う。介護保険証などは、大事にしまってしまう高齢者が多い。
- 行橋で以前必要な情報を入れた保存容器を冷蔵庫に入れる取り組みをしたが、ケアマネや地域包括が1件1件訪問するなど相当な手間がかかった。北九州市の人口規模だと現実的ではない。ケアマネがいる人はいいが、初めて罹患した場合や、徐々に機能が低下した場合などは介護保険の利用がなく情報がない。病院には身寄りがない人やキーパーソンがいない人が多く入院しており、その患者の情報把握には、かかりつけ医や薬局、地域包括など、どこかの機関が関わった履歴が分かるようなものがあるといいと感じる。

<関係者の連携と相互理解について>

- 退院時の福祉用具搬入は以前よりスムーズになった。
- リハビリスタッフによる退院前訪問も増えてきて、退院前の調整にケアマネも関わっているが、介護保険制度の運用上の限界もあり、福祉用具業者等の協力で成り立っている部分も多い。
- ターミナルの患者の場合、介護保険では要支援になることが多い。家に帰るにはベッドが必要だが、要支援では介護保険でのレンタルが難しいときに、病院の医師から意見書をもろう調整などでケアマネが四苦八苦しているケースもある。病院の医師とケアマネがうまく連携してスムーズに対応できるようになるといい。
- 病院の医師は、介護保険の仕組みは理解できていない。他の診断書の様式と混ざってしまうと、急ぎのものがどうかわからないので、ソーシャルワーカーが個別に医師に言わないとタイムリーにできない。病院の受付や外来窓口でもわかっておらず、迷惑をかけていることもある。
- がん末期の患者の場合、介護保険の認定審査はできるだけ早く結果が出るように調整してくれている。福祉用具の利用や住宅改修についても同様に、少し早目から申請受理できるよう、行政が取り計らってくれるといい。

- ソーシャルワーカーが院外での活動ができず、地域や在宅のことがわからないと、相談の窓口になることができない。慢性期の病院自体の理解がないと難しい問題。（回復期の場合は、院外での取り組みがシステムとしてあり、在宅復帰率が上がれば診療報酬にも繋がるので、積極的に行うことができるが、慢性期にはない）慢性期には、調整すれば退院できるチャンスのある人がたくさんいる。
- 回復期や慢性期の病院で、入院時に、患者や家族に在宅療養について説明し、選択肢を広げることが大事。在宅医療・介護連携支援センターも各地区にできたので、病院のソーシャルワーカーも活用してもらえれば、退院に必要なサービス調整の手助けはできる。
- 入院中に、退院指導などに関わるのは病棟看護師など医療職のため、医療ケアが中心になってしまい、退院後の日常生活に寄り添う支援が不足しがち。院内の看護師が在宅を知る必要がある。またケアマネも、ターミナルなど急変する疾患に対応した経験がないと、連携支援センターに「どうしていいかわからない」と相談がある。医療と介護の連携は非常に大事と感じる。

<関係者のスキルアップについて>

- 在宅での患者の生活スタイルを理解し関わる視点が院内の専門職に必要。（職種間でのスキルアップ）
- 同行訪問研修で、実際に在宅医療の現場を見てもらうと座学より効果的。ただ、一度に受講できる人数が少ないので、ビデオなどの映像を利用しながら繰り返し研修し積み重ねていく必要がある。
- 連携支援センターで実施している多職種研修に病棟看護師が交代で参加している。病院内の看護師には、在宅の研修について情報が入らない。参加すると、訪問看護師やケアマネなどが地域でどういった関わりをしているかを知ることができる。院内の多職種連携だけではなく、さまざまな機関が集まって支援チームを作ることを学ぶ経験をすると看護師が変わる。
- 在宅を支援するための研修会の案内が届いても、院内ではデイケアや在宅部門の看護師などすでに理解している人に参加の声がかかる。本当は、知らない人に参加してもらいたいが、関係がないと思われてしまう。在宅の研修は、在宅担当ではなくむしろ院内スタッフに参加してもらうと効果が上がる。
- 看護師やリハビリ等の職能団体で開催する研修会のテーマに取り入れてもらえるといい。
- 専門職に在宅をもっと知ってもらうことで、その領域で働こうとする人も増えるのではないかな。

<市民への普及啓発について>

- 家族は病状を聞いても、進行具合などがイメージできない。突然、あと余命数日、数ヶ月と言われても、動揺して、自宅に帰る心の準備ができない。もっと早い段階で、延命治療のことや、自宅に帰ることのシミュレーションを重ねていかないと難しいので、病状が進んでいないときから家族への啓発が必要だと感じる。

- 入院してすぐ退院の話をする、「追い出される」という気持ちになる市民が多い。また病院も、その対応が出来ていない。治ってから退院するのではなく、具合が悪くても家に帰っていい時代になったことを市民に理解してもらうことが大切。
- 入院している間に本人や家族に在宅でのサービスを知ってもらう機会があると、漠然とした不安が軽減されるのではないかと。漠然とした不安によって「病院から出された」という負の発想になってしまう。退院するとどういった支援があって、どういった生活になるかが少しでもイメージできるような取り組みを行政が主体となって行う必要がある。
- 市政だよりのような広報誌に、在宅に関する簡単なQ & Aコーナーを設けて市民に知ってもらうのはどうか。
- 講演会等に参加しない、介護者となる若い年代に対しての情報提供（啓発）を行うことが重要ではないか。
- 地区の健康フェアのような、介護に関するイベントを開催して、在宅での介護は特別なものではないことを市民に伝えていくような取り組みが必要。また、一般市民が読んで理解できる啓発パンフレットを作成してもいいと思う。インターネットに載せておくとな必要な人が調べてみることもできる。
- 介護保険のパンフレットもあるが、分かりづらい。個々のサービスの説明が少なく、利用者はイメージがわからない。もっと「福祉用具とは」「訪問介護とは」といったわかりやすいサービスの説明（視覚的なものを入れた）や、サービスを組み合わせた例示などがあるといいと思う。
- サービスを利用する人やその家族など対象年齢層が広いので、パンフレット、インターネット、イベントなどさまざまな媒体や機会を活用する必要がある。

<在宅療養を支える病院の機能について>

- 重症の方が在宅復帰を考えたときに、在宅療養後方支援病院の役割が重要。やっぱり家では難しいとなった場合、また入院できる保証がないと家族は退院に不安を感じてしまうので、後方支援病院の機能が十分に果たせる仕組みが必要。
- 急性期は救急のあるところが多いので、夜間でも入院の受付ができる。しかし、慢性期では、夜間に患者から入院希望があっても、検査もできないので、一旦救急病院につないでその後転院するといった段取りになってしまう。夜間に地域連携室は動いておらず、当直医師のみでその調整は難しい。報酬体系は整っているが、現実的にはできていない。しかも救急病院では生命維持を目的とした治療となってしまう、元の希望から離れてしまう結果となる場合もある。本来は、慢性期や地域包括ケア病棟で対応して、在宅に戻れるかの調整をするべきものだが、一旦救急で診ている現状がある。そこにもこの制度がうまくいかない理由があると思う。
- もっと病院が地域のために病床を活用する発想になるといい。

2 在宅療養時におけるサービス提供

<介護保険サービスの現状と問題点>

- 毎月の介護保険の利用状況について、居宅療養管理指導の薬局・歯科などに情報提供があると介護と医療の連携も進む。情報が一方通行では、連携の意識が生まれない。現状では、ケアマネによって対応がバラバラなので、何らかの方法で統一できないか。
- 現在は行政指導もないため、対応は自由になっている。介護保険課の集団指導の際に、必要であることを説明してもらえると、業務としてどこの事業所も実施するようになる。
- ショートステイの場合はケアプランへの位置付けがあるため、急な利用が難しい。また、医療ケアがあると介護施設では対応できないので、有床のクリニックや慢性期のある病院に相談がある。
- 介護療養のショートステイは、制度としてあるが実際には利用できない。(転院と同じくらい手間と調整が必要)
- 看護小規模多機能があるが、小倉南区に1か所しかない。しかも利用するには、その事業所所属のケアマネに変更が必要なため、利用が進まない。結局介護者が疲れて倒れてしまう例もある。制度としては様々あるが、要件など使い勝手が悪いことがあり、結果として制度外の「お泊りデイ」などを実費で利用している。

<入所施設との連携について>

- 施設に入所する際に、かかりつけ医から施設の嘱託医に変わらないといけない場合があるが、嘱託医が遠方のため、入所者の具合が少し悪いときに気軽に施設に来られず、すぐに救急車を呼ぶようなことになっている問題がある。
- 施設の法人内のサービスで完結してしまい、地域にある他のサービスとの関わりが薄い。研修会に誘っても参加がなく、関係性がとりにくい。
- サ高住や住宅型有料老人ホームはかかりつけ医でよいが、特養や介護付有料老人ホームの場合は、嘱託医が義務付けられているので、結果的に担当医を変えることが入所要件になっている。(場合によっては変えなくてもいいが、暗黙のルールのようにになっている現状がある)
- 施設を経営しているオーナーの考えを変えてもらう必要がある。地元のオーナーでないため、地域に対する意識が薄いのではないか。

第3回会議 協議要旨

日時：平成 29 年 5 月 30 日（火）

議事：医療・介護関係者の情報共有の支援に関する取組課題について

1. 現在利用されているツールと情報共有における問題点

＜現在の情報共有ツール＞

- 門司区では、ケアマネから主治医に情報提供する際の共通様式がある。例えば、利用者が病院に入院したときなどはこの様式を利用して報告する。また、ケアマネが主治医にアポイントを取る専用の様式もある。
- 戸畑区では、ケアマネから主治医宛の、介護保険の主治医意見書を記載するための情報提供様式がある。
- 現在のところ、1人の患者情報を多職種で共有するような様式を確立している地区はない。情報提供は1対1の関係。診療所から病院、診療所からケアマネなど、それぞれに必要な情報を提供している。
- 電子カルテのシステムにはサマリーの作成機能が備わっているが、新たに共通シート様式を作っても、そのシステムでは作成できないため、広まっていくか疑問がある。十数年前に、市内の病院で同じシートを作って連携室でやり取りする取り組みをしていた。現在もまだその様式を活用しているところもあるが、電子カルテの導入とともに徐々に利用しなくなり、それぞれの様式を使うようになった。
- ケアマネも事業所によって、ケースのフェイスシート、アセスメントシートも違う。厚労省が出している23の課題分析標準項目はどの事業所も満たしているが、他の事業所からケースが移管されてもそれ以外の情報項目が全く違う。
- 行橋市の情報として、以前あった情報共有の様式に追加して、今年度から新たなシートを使用することになり、非常に手間だという意見が多かった。ただ、手間がかかることを前提に使っていこうとしており、利用する介護事業所も少しずつ増えているとのことだった。
- 無料のSNSを使っているところもある。全国的に利用されているアプリらしい。主治医、ケアマネ、訪問看護、ヘルパーといった職種間で利用していると聞いている。

＜情報共有における問題点＞

- 提供する相手方によって求める情報が違うので、一言で情報共有といっても、どのようなフォーマットであれば多職種で利用できるのか、項目を絞らなければ難しい。個人情報保護の問題もある。
- 退院サマリーでも、在宅や施設のことを理解したスタッフとそうでない場合、内容の充実度が違う。情報を出す側の意識も大切。互いに共有すべき内容について理解が深まっていない。ツールの問題以前のところが病院にも在宅側にもあると思う。

- 各病院や施設でソフトや電子カルテが導入され、それぞれのやり方が確立している。新しいシートを作っても、活用してもらうのは難しいのではないかと。介護保険が始まったときに、国から使用するソフトが一斉に配られるのならともかく、そう簡単に皆が同じシートを使うことはできない。それより、個々の様式であっても、書く側の力量を高めていくほうがいいのではないかと。現在使っているシステムがある上に、また新しいものを導入すると入力する作業が増える。
- とびうめネットも、県医師会が初期費用を負担するので、利用する医師には費用が発生せずに始められるが、あまり広がっていない。
- 現在薬局で使っているシステムがバージョンアップされて、医療情報や介護事業所と薬局との情報共有の機能が追加されたが、そのシステムを使用しているところとしか共有できない。薬局では広く使われているが、他業種で使っているところがないため使えない。
- 病院からケアマネがもらった情報を、さらに第三者には流せない。情報を出すことはいろいろとハードルが高い。以前、研修会の中で、どんな情報を多職種で共有すべきかをグループワークしたが、それぞれの職種や立場で欲しい情報が全然違うことがわかった。
- 介護のケアプラン様式は統一のものだが、予防給付の分は市と市外では様式が違う。市での統一シートを作って広めることはやろうと思えばできるが、新たなシートを使うことに対して抵抗はあるだろう。

2 新しい情報共有ツールについて

<必要な情報や様式等について>

- 例えば患者の名前や、キーパーソン、ケアマネ、かかりつけ医の名前といったことであれば、情報共有はしやすい。個々に求める情報が違うので、1つの情報に対して重要度が高い職種もあればそうでない職種もある。共有する最低限必要な情報を決めてツールにしてはどうか。
- 患者の問題点についてそれぞれの職種の見立てや考えを共有できるとスムーズに課題への対応ができるが、調整役を誰が担うかが問題。介護保険を利用している人ならばケアマネだろうが、全員にいるわけではない。一般的な情報より、本人の問題点をピンポイントで多職種が共有できるほうがより深い共有となるが、リーダーとなるべき人、またそのコントロールが問題。
- 門司区や戸畑区以外の地区でも、活用している様式はあるのではないかと。その情報を集めて、その中で必要とする情報を確認してはどうか。行政として共有する項目についてガイドラインのようなものを提示してはどうか。
- 集めた情報を事業所で管理するより、例えば母子手帳のようなイメージで、一定の年齢になったら手帳を本人に渡して、かかった病院や施設で基本事項を手帳に記入してもらい、本人がその手帳を持っておくという方法であれば個人情報保護にも関係しない。今更 ICT といっても莫大なお金がかかるし、手帳のほうが手軽であると思う。
- 介護保険 2号被保険者（40歳）になったら当該市民に配布してはどうか。そして何かあったときに、病院等で本人に手帳を出すように求めたらどうか。そうすれば、利用した経過もおおよそわかる。

- 家族の立場では本人が自分の情報を管理するのは賛成。家族や周囲の関係者のみが知っていて、患者本人に病状に関する情報が入らないことがままある。在宅は、患者の意思が尊重されるところであると思うので、病状などを受け入れられる方という条件はあるが、今後の方針も含めて本人の情報を本人自身で持つという意識は、QOLの意味からも大切だと思う。
- ケアマネにとっても、その手帳は一番欲しいツールである。お薬手帳のようなツールが病院や診療所、歯科、介護施設にあると、過去にどんなサービスを使っていたか、どういった生活をしていたかわかることもあると思う。アナログであるが、一番残る。
- 本人があらかじめ、自分はどんな老後を送りたいのかを書き込めるものになっていると今後の生活を定める上でも役立つ。本人が自分の情報を自身で持つようなシステムを関係者と作るということはできると思う。
- 在宅医療の普及啓発の意味でも良い。介護の現場では、ヘルパー同士やケアマネが情報をやり取りする連絡ノートを使っているが、その発展版として、多職種が書き込めるものがあるといい。
- 最低限、どの医師にかかっているか、ケアマネや訪問看護はどこか、さらに担当者は誰なのかがリアルタイムで欲しい情報。さらにその移り変わりがわかると、以前の情報や現在の情報は、どこに聞けばいいのかわかる。詳細情報は各機関にお問合せくださいでよい。そうしなければ、莫大な情報量になり、持ち歩けない。
- 在宅では、もともとどんな人で、どんな生活を送っていたか、どれくらいの交友関係があったか、どんな生活をしたいかといった情報が非常に大切。倒れる前や元気なときの情報を誰が集めるのか。
- 地域の講演では、住民に対して「私はこういう介護を受けたい」「施設なら街の中がいい、田舎にある施設がいい」とかそれぞれ個人の好みがあると思うので、私はこういう施設に入りたいとか、自分のことはこの人に相談してくださいとか、前もって決めましょうと話をする。そういったことも含めて、その手帳に情報が入っているといい。
- 冊子を更新したときに、欲しい情報だけ抜いて、新しいほうに移せるものがあるといい。
- 手帳を市民に持たせるために、母子手帳は検診等の受診券のように、なにか特典があるときちんと持ってくれるかもしれない。
- 手帳に、問題行動など詳細に書く必要はない。
- 以前あった「健康手帳」のようなものがあるといい。医療機関や訪問看護が書き込めて、事業所の印鑑を押すようなページがあった。医療機関にかかったときには、保険証、お薬手帳、その手帳をセットで出すような使い方になると広がる。
- 今から情報を共有しようと始めるので、最初から盛り沢山のことを要求しようとしても無理。必要最小限で始めてみて、北九州市内でうまくいきたら、そこでもう少しこういう情報を入れたいかなどを話し合いながらやっていくのが一番いいと思う。
- 患者自身が亡くなった後にどうしてほしいのかの選択を記入するページがあればそこに書いてサインしておけばいい。また、キーパーソンを書くところがあるといい。
- 後期高齢者医療保険証サイズにして、その手帳の中に診察券や保険証を入れられるポケットがついていたら便利だから使ってもらえるのではないかな。お薬手帳も挟めるとなといい。

- 介護保険証にはケアマネの事業所は印字されるが、どこの事業所を使ったかはわからないので、本人に聞くか、地域包括に確認するしかない。利用した事業所のゴム印が押してあれば、いくらでも問い合わせできるところが増える。
- 関係者側としては、個人がその手帳を持っているから、利用したら提示を求めて日付やサービス開始日など記入すれば、十分と思う。
- 個人情報の取り扱い、提供に関して事業所に正しい知識を普及するためのルール作りをしていくことも必要になってくるのではないか。

<普及の方策について>

- 連携支援センターで開催している多職種連携研修会を活用すると良い。
- 介護保険の集団指導で行政から話してもらったらどうか。
- 取り組みを始めて、すぐに普及するというのは不可能。半年、1年とスパンをおいてみていく必要がある。市政テレビなどで広報し、持っているのが当たり前になればいい。
- 面倒なツールではなく、持つことにメリットがあるとわかってもらうことが大事。きちんと目的やメリットが伝われば、関係者から利用者に勧められる。事業者には、ゴム印を押すだけの簡単なもので、それを見ると関わっている機関がわかる便利なツールですということ伝えていったほうがいい。
- お薬手帳も出すと、場合によっては薬代が少し安くなるということで利用が広まっている。市民にとっても、メリットがあれば広まりやすい。
- 介護保険の事業所には、行政指導で介護保険証と一緒に、手帳のゴム印を押しているかコピーをつけなさいといえばすぐに広まる。
- 初めて介護保険を利用する人はだいたい病院から退院してからなので、退院時に病院から本人に渡すようにすることは、行政から各病院に言えば難しいことではない。
- 最近では、どこの病院にも連携担当職員が配属されているので、急性期からの転院でも、手帳の押印については徹底できると思う。
- ただ配るだけでは、そのまま自宅にほったらかしになってしまう。また、きちんと利用の流れを作らないと、事業者任せにしても広まらない。
- まずは、介護保険を利用するとか、入院して退院するときなどの必要な人から使い始めるでもいい。市民全員に一斉に配ると考えると質の担保も難しい。ケアマネや病院、地域包括などそれぞれの窓口で本人に説明して渡すようにしたほうがいい。

第4回会議 協議要旨

日時：平成29年7月4日（火）

議事：これまで議論された課題に対する対応策の検討について

1 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築

<入退院時の連携に関すること>

- 利用者が在宅に帰ったときにどんな生活になるかを、ケアマネが医療関係者に伝えきれていない。入院時から、何が課題であるのか、また支援が必要なのかを押えた上で、解決のための取り組みが必要である。
- 退院調整は、ソーシャルワーカーがいる病院との連携は取りやすい。退院時カンファレンスへの、薬剤師やリハ職といったコメディカルの参加については、ケアマネや事業所からの正式な依頼があって動けるという現状で、必ずしも多職種に広げて開催しているわけではない。
- 医療機関が変わるときには、サマリーを持参するという流れになっているが、結局本人や家族が受診時に情報提供しているので、もう少し詳しい情報が流れる仕組みにならないか。また退院時に在宅医が関わっていないことが課題。
- 入退院時の連携で、ケアマネの把握ができていないことが課題。最近では、入院時から退院を見据えて、退院に向けてプランを立てる病院も増えてきているので、ケアマネの情報は前もって把握しておくことが大事。
- 現在、調剤薬局はほとんどカンファレンス等に参加できていないが、在宅対応する薬局のホームページを立ち上げていこうという動きもある。薬剤師会でも在宅の重要性の認識が高まっている。

<多職種連携>

- 連携支援センターで実施している多職種連携研修会等を通じて、お互いの顔の見える関係が必要。医療従事者は介護保険を理解していない、また介護従事者は医療のことはほとんど知識が無く、知識を得る機会がない。研修会や地域ぐるみで勉強会をもっと行う必要がある。
- 多職種連携研修会に参加して、他の職種の方から見た目というのがすごく新鮮に映った。ただ、参加できる人数が限られているので、同じメンバーが同じような会議に出ている可能性が高いのではないかと。もっと手軽に参加できるような研修会が増えたら良い。また市民の方への啓蒙も大切。
- 以前は全体研修だけだったか、最近は職種毎、例えば薬剤師とケアマネの研修、医師とケアマネの研修など、それぞれの立場に応じた研修も増えている。在宅における連携では、職種の役割分担も必要。薬学管理は現状、訪問看護が担っていることが多いが、訪問看護と薬剤師で一緒に行う仕組みがあるといい。
- 各団体や職能団体が持っている施設情報をできるだけ開示してもらうよう働きかけることも必要。

<情報共有について>

- 福井県の取組みは連携の窓口を明確にしていることが良い。病院によって、ソーシャルワーカーであったり、病棟看護師であったりとバラバラ。その入り口がわからないケアマネもたくさんいるので、一覧表があることで関わり方が変わるのではないかと。
- 治療の必要はあるが、急性期病院ではない場合に、入院先が見つからず困っている。どこが受けてくれるのか、どこに連絡すればいいのかわからないので、地域の受け皿（機関）がわかるツールがあると便利。また、連絡窓口の一覧に加え、どういう人が対象になるのか（状態像）の情報があるといい。市がフォーマットを作成し、該当する内容にチェックを入れる様式であれば手もかからず出来るのではないかと。紙面にして配布できれば、タウンページのようで見やすい。
- 門司区では、ケアマネからかかりつけ医等医療機関に出す情報提供書や、「ドクターアポ」という医師へのアポイント表などの統一様式がある。病院によっては他の様式もあるが、地域包括の研修会や事業者連絡会の中で、何度も繰り返し伝えているので、ケアマネはこの様式を使っている。情報共有ツールは、使いやすいかどうかは別問題として使わないといけないものとなれば受け継がれている。本来は区ではなく市として共有のツールが必要。
- 居宅療養管理指導ではケアマネに報告書を必ず出さなくてはならない。その情報をケアマネが介護事業所や各団体に伝達しているが、今は、情報共有の方法がバラバラでケアマネによってやり方も違う。そのルールを統一できたらいいと思う。
- 県医師会の主導のもとで、とびうめネットの整備が進められているが、現在は救急での利用であるが、本来は多職種での情報共有ツールとしての機能もあるがまだ進んでいない。福岡県全体で登録施設は510医療機関、北九州市では97医療機関（市全体の1割）しか登録していない。

<患者本人および家族への支援>

- 患者本人や家族は、自分が病院から退院して帰れるかどうかかわからない。本人たちが「帰りたい」といわなければ、周りの支援者は動けないが、本人や家族は、退院は医師が決めるものと思っている。帰るという選択肢があることを本人や家族に分かってもらう必要がある。
- 板橋区で取り組みである、入院患者全員にカンファレンスを開催して、在宅かどうか今後の方向を検討するやり方は良い。

<連携支援センターの活用について>

- 地域包括支援センターと連携支援センターの相互連携をもう少し強化していかないといけない。地域包括支援センターは開始して時間も経っていることから認知されているが、連携支援センターは開設から間もないこともあって、認知度が低いと更に広報が必要。
- 人材育成は大切なので、一日訪問看護同行研修のような取組みが良いが、なかなか一医療機関では取り組めないの、医師会や連携支援センターで企画すると良い。
- 地域包括支援センターで行っている、自己評価、自己点検の仕組みが連携支援センターにはない。ただ、自己点検だけでは不十分であり、それを評価する機関が必要。

- 医師会でも、連携支援センターを評価する仕組みについて検討中である。

<在宅医療の推進について>

- 在宅医療の導入をスムーズにしていくためには、在宅に関わる医師を増やすことが必要。現在、在宅医療に携わる医師の育成や質の向上を図るため、各地区医師会で「在宅医の会」を発足したり、また在宅医療に特化した研修会等を開催している。
- 医師へのアンケート結果では、在宅医療への参入への一番のネックは365日、24時間対応だった。在宅医の負担を軽減しようと主治医・副主治医制度を含めて、何らかの仕組みを各地区医師会で作っていかうとしているが、現実はなかなか難しい。先進的に取り組んでいる他県の状況を聞いても、実際には思うように進んでいない。また代わりに往診した医師に対する報酬をどうするのかなどの問題もある。今後在宅に関わる医師の負担軽減ができる仕組み作りを考える必要がある。
- 地域医療構想で病院の機能分化を図っているが、在宅、訪問診療に取り組む医師にも機能分化が必要と考えている。症状等によって、対応が難しいとなったときに、連携支援センターが対応可能な処置情報を把握しているので、相談すれば連携支援センターから対応できる医師を紹介するという流れになるので、在宅医師の機能分化も図っていかないとけないと思う。

<後方支援について>

- 地域医療支援病院の連絡協議会で、各病院に集まってもらい話し合いをしている。在宅療養後方支援病院はもちろん、地域医療支援病院とか地域包括ケア病床・病棟を持っている医療機関が、サブアキュートという形で在宅の後方支援をしないと在宅療養は難しい。
- 在宅療養患者の休日・夜間の体調不良時の対応は、本来在宅療養後方支援病院の役割であるが、救急がないため、24時間365日の対応ができていない。各地区で、在宅患者の後方支援をどうやって支えるかという議論をしていかななくてはいけない。

<連携の仕組みについて>

- 現在は、連携支援センターから地域包括支援センターにケアマネの情報を聞くと、介護保険課を経由し、ケアマネ事業所から連絡があるのを待つ流れ。かかりつけ医から受診中の患者の情報についての問合せなど急いでいる場合もあるが、情報共有がスムーズにいていない。病院から直接自治体に連絡すると教えてもらえる仕組みは良いと思う。
- 病院のソーシャルワーカーや民生委員からケアマネが誰かという問い合わせは多い。5～6年前、戸畑区で利用者の利益を損なわない情報であれば提供してもいいのではないかとということになり、民協と地域包括と、病院ソーシャルワーカーで協議した。緊急等利用者に何かあった場合、関係機関同士で情報共有する、その情報の中にケアマネの名前も含まれるとして、例えば民生委員であれば社協、ケアマネであれば地域包括に聞くというルールをつくった。今も当然残っていると思っていたが、無くなっている。冊子にしても、いいものをたくさん作ってきているが、風化して残っていないことが問題。前向きな取り組みが継続するシステムを作って欲しい。

- 個人情報の問題となると難しいところもあるが、市統一で地域包括の持つ介護保険情報を提供するルールが必要ではないか。
- 質の向上推進会議は全市的な議論をする会議であり、地域で問題が異なるため焦点がぼやけてしまう。各地区で質高会議のようなものがあると、後方支援病院が少ない、在宅医が少ないといった地域の課題を協議することができる。また、介護保険の情報を取得する流れやシステムを、もう少しシステムチックにするなど、細かな問題点がすぐフィードバックされる体制が作れるのではないか。

<優先して取り組む課題について>

- かかりつけ医と介護保険情報（主としてケアマネジャーの有無）の把握。現状では、情報共有は一つ前の医療機関と一つ後のところとの関係のみとなっている。超高齢社会で身寄りのない方や高齢者が多いので、本人から得られる情報は限られる。前の病院や地域で持つ情報を入手する手段がないので、かかりつけ医とケアマネジャーの有無の情報だけでもわかれば糸口になる。
- 新たな情報共有ツール、具体的にはシートの作成が優先すべき課題・取り組みである。

2 医療・介護関係者の情報共有の支援

<新たな情報共有ツールについて>

- 各自で既に利用しているものがあるので、最低限この項目を含めるという見本の様式があれば、今自分たちが利用しているツールに足りないところを加えていく、また全くできていなかったところは見本を使う方法で、同じように情報共有ができるのではないか。
- 将来的には、ICTも活用できるだろうが、現在は紙ベースでの提供書が一番いい。情報提供の様式は、職種同士のものであれば、必要な情報が盛り込んであるので、基本的に抑えておく項目が明確であれば、職種間のツールは統一して作れるのではないか。その他に、誰もが持つ個人の情報という大きく2つの情報に分けて対処するとよい。
- 職種によってどういう情報が最低限必要かを決めて、最初からあまり広げずに情報を絞り込んで、コンパクトなもので作っていくほうがいいのではないか。
- 全ての職種が共有できるシートにすると情報が膨大になりすぎる。大きな情報の共有については、必要な項目を決めて何種類か作ったものを基本にもらい、それとは別に本人の情報が載った手帳を持つのがベスト。
- 情報提供する側の能力を高めていく研修も必要。また、知識によって差が出ないようにチェックボックスを作ってチェックするような、その人の知識や経験に関わらず、皆が均等な質が保てるような方法もいい。京都の乙訓医師会の資料は共有する情報が膨大であるが、色々なことが網羅できているので、各職種が必要な情報をピックアップする基礎資料としてはとても良いものだと思う。

- ツールの種類として優先するとしたら、入院時情報連携加算（ケアマネが病院に情報提供するもの）と、介護支援連携指導料（医療機関側からケアマネへ情報提供するもの）の書式を統一様式にしてはどうか。業務量を増やさずに、加算も取りやすく、情報共有の質が一定になる。統一様式とマニュアルを作成し運用していく際には、退院支援を担う連携室、医療ソーシャルワーカー、退院支援看護師が鍵になるので、担当者を集めて説明会を行う必要がある。説明会は毎年1回行い、新人ケアマネや、新任の退院支援看護師、ソーシャルワーカーに参加してもらおう。現在、市内の連携室スタッフが集まる場はないので、交流できる良い機会になると思う。
- 職能同士の情報が一番濃い情報であるので、例えば職能団体ごとに、リハ職ならリハ職、栄養士なら栄養士、薬剤師なら薬剤師の共有シートを作るといい。使いながらバージョンアップし、共有シートは職能団体で作るのが一番いいと思う。そのコンセンサスを、職能団体の代表が集まったような場で合意する。ただし運用について、バージョン管理や情報の管理、共有するルール等を取り決める必要がある。
- 参考資料にあった宮崎市の「わたしの思いをつなぐノート」は、家族の立場ではとてもいいツール。紙面になっているので、冷静にこの治療をするかどうかなど、ノートを元に確認していけばいい。まだまだ本人に告知しない場合もあるので、普及するにも一工夫が必要である。
- 情報というのは一緒に移動する（持ち歩く）タイプのもので、入退院のときに出入りする情報と、大きく2つある。持ち歩く情報というのは、例えば主治医が誰か、ケアマネはどの事業所かといった最低限の情報、また心肺停止したときにどうしたらいいのかという類の、自分の死に様に関わる情報の類と2つのパートに分かれる。もう1つ入退院時の情報は、職種に限らず共通して必要な事項については統一できる。退院・入院などはその時点で作るのだから、その際に使う書式はA41枚で収まる量であれば使ってもらえる。職種間の部分については職種で必要なこと（重点的に見て欲しいことや注意事項など）を伝えたい方がいいので、無理に項目を統一する必要はないのではないかと。
- 職種ごとに欲しい情報は異なる。いきなり全てとはいかないが、各職種の方が、この項目は押さえて欲しいという整理をした上で、作り上げていけば、10年後にはおそらくツールが共有できていくのではないかと。まずは自分の職種が何の情報かを出し合うことが必要。

<新たなツールの定着・利用について>

- 北九州市では、患者は施設や病院を区をまたいで動く。サービス提供事業者も同様である。もし分ける場合は東西くらいの広い範囲でないと難しい。
- ツールを定着させるには、全市的なもので、かつ絞った情報であること。今わからないことはどこの事業所を利用しているのか、医療機関にかかっているのか、ケアマネは誰かということが、わかるだけでも違う。それだけでも情報として共有していれば、あとは必要な記録を上乗せしていくことはできる。それぞれで発展したツールを後で統一させようとすると、どのように共通化するか問題が出てくる。

- 現在、介護保険課、地域医療課などいろいろな部署があるが、本来は連携に関する統一した部署があるほうがいい。行政内の連携というのがないと、会議で色々意見が出てても統一した動きが出来ない。

3 その他の意見

- 介護保険と医療保険の差を埋めていくことも大切ではないか。(ケアマネと相談支援事業所との差)
- 総務省で検証しているインターネットエクスチェンジについて、既存のネットワークを繋ぐことができるものであるが、単に繋ぐだけであって、連携にはそれ以上の課題がある。例えば繋ぐときに表示する項目の統一、個人の特定をどうするのか、A県とB県で情報をつなぐとき、Cさんの情報が、きちんと通じるのかどうか、見たい項目が統一できるかどうかといった様々な問題等があるが、現状では実際にサービス利用のところまで考えられてはいない。実際にサービスが動きだすにはまだ時間がかかる。
- 大阪の浪速区医師会(7万人くらいの人口規模)で、共通の診察カードにデータを入れて、医療機関で情報を共有できる仕組みがある。検査データなども全て入るようになっており、今年度は対象職種を増やし、医師・薬剤師・歯科医師・訪問看護師・介護支援専門員の5つの職種での情報共有のため「Aケアカード」を導入するとのこと。

第5回会議 協議要旨

日時：平成29年8月8日（火）

議事：これまで議論された課題に対する対応策の検討について

1 医療・介護関係者の研修、市民等への普及啓発

＜共通言語・ツール等に関すること＞

- 共通言語化できれば情報共有の点では意思疎通が早くなると思う。一切の医療用語を排除することはできないので、ある程度の略語などは必要ではないかと思う。
- 各病院で食事の呼び方（通称）が違っているが、他機関への情報提供が乱暴。栄養士など、職能団体に共通様式が存在する場合もあるが、そのツールをほとんどの事業所は使っていないのもったいない。
- 例えば、食事については来年までに日本摂食リハビリテーション学会が共通様式を出すので、それを利用する病院や施設も出てくるが、どこまで共通化できるのかが問題。
- 学会に加入している医師等がいる場合などは積極的に活用するが、関わっていない施設などはその様式ではさっぱり分からないので使わないところも出てしまう。
- 病名や検査の呼び方が病院ごとに違うことがある。伝え方やルールがないため、普段使っている呼び方のまま、相手に伝えている。本人・家族やケアマネにもわからないことも多々ある。同職種間や事業所間でも起こっている。
- 診療科によっては医師も略語がわからない場合もある。それぞれの立場で独りよがりにならず皆が理解できる言葉で発信しないといけない。
- このように呼ぶ、伝えるとルールを決めることも考えられる。
- 病院の医療連携室にはケアマネや退院調整看護師、リハ職など多職種になっているが、ソーシャルワーカーだけの会合はあっても連携室職員が一同に集まる場がなく、今起こっている問題を協議するところがない。
- 市内で共通化するには、施設の監査の時などその様式を使っているかをチェックして指導していけば変わるだろう。
- 市でガイドライン作ったら、市で研修会をして確実に学べる場を提供し、音頭を取っていないとガイドラインも広まらないし、配ったとしても周知出来ない。ステップを踏む必要がある。
- 対応出来る施設だけ共有化が進んで、できない施設や事業所は取り残されるようなことにならないようにしないといけない。

＜市民啓発に関すること＞

- 「自分は大丈夫」と思っている高齢者が多く、エンディングノートを作っても自分のこととして認識してもらえず広まらない。作って終わりにならないよう、どのように広めるのか課題。
- 若い世代に在宅や介護について関心が無い。全世代に対しての啓発を行政に取り組んでもらいたい。

- 学校や企業と協力して、在宅に関することを教育プログラム、社員研修プログラムに入れてもらい出前講演などを行ってはどうか。
- 患者・家族に対して、在宅医療、在宅について理解してもらう必要がある。(今まで病院が当たり前となっていた風潮から在宅への拒否感、抵抗感が強い)
- 終末期になって急に在宅といわれると、家族は受入が難しい。患者が元気な頃から「もしかしたら」を少しずつ啓発していくことが必要。在宅で過ごす家族の姿を見る子どもが増えたり、病院のスタッフからもっと「帰れるよ」と言われることで徐々に広まっていくのではないか。早めの準備が必要。
- 入院中に、患者・家族にどのように生活するかについてしっかり考えてもらうことが大切。(在宅か施設かといった選択をさせない)

<教育・研修に関すること>

- 北九州市版のプログラムを作ったらどうか。座学だけではなく、見学や実地を取り入れることが大事。またグループワークなどディスカッションして自分で考える研修、動ける人材を作る研修にしていかないといけない。
- 昨年からは院内でプログラムを作って取り組んでいる。単発の研修ではなく、系統立て、集中して学ばないと上手くいかない。座学とワークショップの組み合わせで、アセスメントや面接技法、患者・家族中心のカンファレンスの運営についてなどを研修したり、フィールドワークで市内のさまざまな施設で研修させてもらっている。またeラーニングにも取り組んでいる。
- 市の研修1つ1つは質が良いものが多いが、系統立てていないので単発で終わってしまう。研修全体の目標がない。ちゃんと順序を追って学習できるようなシステムが必要。
- 例えば、北九州市での研修を修了した方を地域推進リーダーのような形で、ステッカーかバッジのようなものを交付したらどうか。この事業者は推進員がいるところだというのが目に見えてそれが評価されると、参加する人も増えるのではないか。研修に行く意味付けが必要。院内での研修でも修了者にバッジを作って渡している。本人たちもきちんと名札にバッジをつけている。研修ごとにバッジを作って、マークが分かるようにすると本人のステータスになる。やったことが他者から見ても分かるようにしないと参加が進まない。帳面消しのような参加では意味が無い。
- 医師会でもすごくいい研修会をしているが地区ごとなので、同じような内容になってしまうこともある。地区によってプログラムや中身を分けてもいいのではないか。
- 5地区の連携支援センターでやっている研修の情報が、誰でも見られて参加できる仕組みがあるといい。
- 各団体でも有効な研修会を開催しているが、実際現場の人が参加していない、研修の情報を知り得ないことがある。職能団体毎で、最低限押さえるべき内容が決まっていけば、その研修会にそれぞれの職種が参加しあう仕組みが作られると早いのではないか。
- 講師の著作権もあるが、研修会になかなか参加できない人のために、内容をネット配信できるといい。

- 市や連携支援センター、各団体や病院などで開催する、多職種が参加できる研修会についての情報を集約して、ホームページで見られると計画的に研修会に参加できるのではないか。連携支援センターでの情報集約についても検討できないか。
- 多職種の人が集まる場があるのはとても大切なので、身近な地域の小さい単位で勉強会のようなものがあるといい。
- 病院によって、在宅への取組みに温度差があるので、北九州市版の研修プログラムを作って、病院のスタッフに広めていくことが大切ではないか。
- 在宅同行訪問研修は、病院のスタッフには非常に有効だが、病院をはじめ各機関の協力が必須なので、働きかけが必要である。
- 在宅や多職種連携の研修会に参加する医師をもっと増やしていくことが課題。
- 在宅の推進には、本人・家族の不安を軽減し安心して在宅での看取りができるよう、医師から病状に関して、前もって先々の状況を丁寧に説明できる経験や知識が必要である。

第6回会議 協議要旨

日時：平成29年8月31日（木）

議事：議論のとりまとめについて

1. 新たな協議体に関すること

＜第1層作業部会について＞

- 各職能団体が部会の運営を実際に行えるのか不安。職能によっては部会を立ち上げられるところもあるが、そうでないところもある。
- 現在、組織化できていない職能もあるが、これを機に組織化等が進む可能性もある。
- ケアマネの取りまとめは各区の地域包括支援センターにお願いしてはどうか。
- 地域リーダーとなっている人材を活用してはどうか。
- 職能区分だけでなく、病院グループ、連携室グループなど様々な職能、会議体があってもよい。（第1層はもっと緩やかな枠組みでよいのではないか。）
- 第1層の会議は、第2層での議論の中で各団体やグループの間で自然発生的に開催されるものではないか。
- 第1層は作業部会という形式ではなく、第2層の会議体に課題や意見をあげるための地域のさまざまな団体、協議会等が関わっていくイメージ。

＜第2層作業部会について＞

- 市に1つだと、会議体の規模が大きくなり過ぎてしまわないか。
- 連携支援センターで開催している会議等を活用してはどうか。
- 現場の課題を吸い上げる場として、重要な役割を担う会議体である。

2. 連携支援センターの活用等について

- 連携支援センターでは地区ごとに多職種連携の委員会を設置し、多職種間の横のつながりもすでにできているので、位置付けや活用を考えていく必要がある。
- 地域差があるため連携支援センターごとに課題や必要とする情報が異なり、活動の目標やプロセスを市全体で統一しようとする、中身がぼやけてしまうのではないか。
- 連携支援センターが、連携実行会議（仮称）で作成したツールやルールに関する研修・周知、またそれらについての意見や評価を取りまとめていく役割を担ってはどうか。
- 連携支援センターが、地域の医療・介護専門職や民生委員、ボランティアなどが参加する意見交換会を開催して、そこでの意見を第2層の会議体に上げていくような取組みをしてはどうか。

3. ルールや情報共有ツールについて

- まずは、このワーキング会議で議論したルールやツールを検討し、実際に形あるものを作るべき。

- ルールやツールは市で統一のものがよい。作成するにあたって、検討する会議体は1つでよい。

4. その他全体に関すること

- 医療・介護の現場では「連携」の重要性は以前から言われており、むしろ連携が『徹底・継続』されていないことが課題であるため、とりまとめ中の文言を「連携の徹底」などの強めた表現にしてはどうか。
- とりまとめの中で、取り組みが患者や利用者にとってより望ましい医療・介護を受けられることを目的としたものであることを、あえて鮮明にしたほうがいい。

在宅医療・介護連携推進に関するワーキング会議について

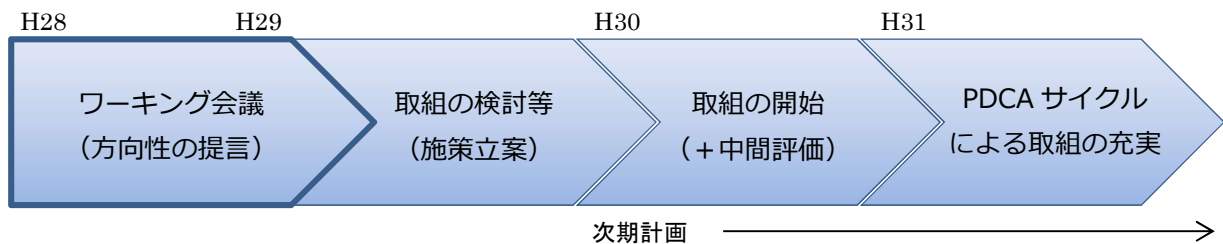
1 開催目的・概要

本市における在宅医療・介護の連携推進を図るため、今後速やかに取り組みの具体化を行うべき課題について、地域の実情やサービス提供の現状、先行的な取組事例等を踏まえながら、在宅医療・介護の実務者及び在宅療養・看取りの当事者による検討を行い、次期高齢者支援計画の策定を見据えた問題点・課題の整理及び施策の立案に資する提言の取りまとめを目的とした会議を開催する。

2 主な検討項目

- (1) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
- (2) 医療・介護関係者の情報共有の支援

3 今後の取組みのプロセス(予定)



4 開催経過

開催回	開催日	主な検討事項
第1回目	H29.3.27	現状・問題点の整理
第2回目	H29.4.25	切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築推進に関する取組課題について
第3回目	H29.5.30	医療・介護関係者の情報共有の支援に関する取組課題について
第4回目	H29.7.4	これまでに議論された課題に対する対応策の検討について
第5回目	H29.8.8	<ul style="list-style-type: none"> ・これまでに議論された課題に対する対応策の検討について ・ワーキング会議のとりまとめの骨子案について
第6回目	H29.8.31	ワーキング会議のとりまとめについて

在宅医療・介護連携推進に関するワーキング会議 構成員名簿

(敬称略)

所属等	氏名	職種
医療法人安藤内科・循環器科医院 院長 (公益社団法人北九州市医師会理事)	安藤 文彦	医師
有限会社おもやいの家 代表取締役	石崎 隆史	介護福祉士
公益財団法人健和会戸畑けんわ病院 医療連携・医療相談科 科長 (一般社団法人福岡県医療ソーシャルワーカー協会理事)	大川内 恵子	医療ソーシャルワーカー
一般社団法人北九州市戸畑区医師会 戸畑在宅医療・介護連携支援センター	小田 衣代	看護師
かさい歯科医院 院長	笠井 史朗	歯科医師
一般社団法人北九州市小倉医師会 訪問看護ステーション 管理者	加藤 ひとみ	看護師
浜の町薬局 (公益社団法人北九州市薬剤師会理事)	佐藤 千穂	薬剤師
公益社団法人北九州市門司区医師会 門司在宅医療・介護連携支援センター	篠原 博幸	社会福祉士
社会福祉法人年長者の里 在宅介護支援センター 管理者	中西 雄一	介護支援専門員
株式会社楽々サービス 事業部長	松本 多正	作業療法士
一般社団法人北九州市小倉医師会 緩和ケアデイサービス ひなたぼっこサロン縁	吉村 和歌子	在宅療養・看取りの 当事者(看護師)

【発行】

北九州市保健福祉局健康医療部地域医療課

〒803-8501 北九州市小倉北区域内 1 - 1

電話 093-582-2678 FAX 093-582-2598