

平成30年度第1回 北九州医療・介護連携プロジェクト会議

日時 平成30年8月17日（金）19：00～20：30
場所 COMPASS小倉 会議室A
（小倉北区浅野3丁目8番1号AIMビル6階）

構成員名簿

(五十音順)

NO	氏名	団体（所属）	役職
1	安藤 文彦	公益社団法人北九州市医師会	専務理事
2	犬塚 寛	公益社団法人福岡県介護老人保健施設協会 北九州ブロック	
3	加藤 ひとみ	小倉医師会訪問看護ステーション	管理者
4	閑地 敦子	公益社団法人福岡県看護協会	北九州 地区長
5	佐藤 千穂	公益社団法人北九州市薬剤師会	理事
6	重藤 弘之	一般社団法人北九州市歯科医師会	理事
7	白木 裕子	NPO法人ケアマネット21	代表
8	白土 健司	小倉在宅医療・介護連携支援センター	管理者
9	曾我 満美	公益社団法人北九州高齢者福祉事業協会	副会長
10	玉野 和男	公益社団法人福岡県作業療法協会	理事
11	坪根 雅子	公益社団法人福岡県介護支援専門員協会	常任理事
12	藤好 正和	一般社団法人福岡県医療ソーシャルワーカー協会	理事
13	山内 康太	公益社団法人福岡県理学療法士会	理事

オブザーバー

北九州市医師会 理事 権頭 聖

事務局

北九州市保健福祉局地域医療課

北九州医療・介護連携プロジェクト会議 実施要綱

(目的)

第1条 この実施要綱は、患者・利用者及びその家族を中心として、切れ目のない医療・介護、その他地域生活を送るための支援を提供するため、北九州市内の医療・介護等の関係機関が実施すべき取組やその普及・徹底方策の策定、それらの実施状況の進捗管理、効果検証、見直しを行う北九州医療・介護連携プロジェクト会議(以下、「会議」とする)を設置・運営することについて、必要な事項を定めるものとする。

(構成員)

第2条 構成員は、医療・介護等に関する職種・機関のうちから、保健福祉局長が選任するものとし、任期は2年とする。ただし、暴力団(暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第2号に規定する暴力団をいう。)又は暴力団員と関係がある企業等は構成員となることはできない。

(会議)

第3条 会議は、保健福祉局長が招集し、運営する。

2 会議は、第1項に基づき招集された会議において、市内の医療・介護等に関する職種・機関が実施すべき方策の策定、その普及・徹底方策の策定、進捗管理並びに効果検証・見直しを行う。

3 会議に、必要に応じて作業部会を設置することができる。

(会議の庶務)

第4条 会議及び作業部会の庶務は、保健福祉局において処理する。

(その他)

第5条 ここに定めるもののほか、会議及び作業部会に関し必要な事項は別に定める。

付 則

この要綱は、平成30年8月17日から施行する。

2-(3) プロジェクト会議の立ち上げについて ～問題意識と目指したい方向性～

地域包括ケアシステムについて 地域の医療・介護関係者が思っていること

「地域包括ケアシステム」の「総論」は賛成なので、
「今、ここで、何をやるか」（各論）を示してほしい。

ただし、できるだけ新しい仕事を増やすのではなく、
全体としての仕事の負担軽減と、医療・ケアの質の向上に
つながることをしてほしい。

これまでの経緯

- 本市における医療・介護等の多職種・多機関の連携のあり方については、平成29年3月より「在宅医療・介護連携推進に関するワーキング会議」を開催し、問題点・課題の整理と施策の立案に資する議論のとりまとめ（以下「WGとりまとめ」という。）を行った。【29年9月】
- 「北九州市高齢者支援と介護の質の向上推進会議（在宅医療・介護連携推進に関する会議）」では、今後、本市における医療・介護等の多職種・多機関の連携について、WGとりまとめに沿って施策を着実に進めるべき旨の意見集約があった。【平成29年11月】
- WGとりまとめを踏まえ、患者・利用者を本位として、切れ目のない医療・介護等サービスを提供するため、医療・介護等の多職種・多機関の連携について、本市で取り組むべき事項の策定・合意、当該事項の普及・徹底の方策・進捗管理、効果検証・見直しを行うため、「北九州医療・介護連携プロジェクト会議」を立ち上げる。

在宅医療・介護連携推進に関するワーキング会議 構成員

構成員

(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)

在宅医療・介護連携推進に関するワーキング会議とりまとめ（平成29年9月）

連携に関する主な課題

- 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、在宅側に必要な情報がなにかを考慮することがない。
- 病院から退院するとき、ケアマネ宛に情報提供がある場合もあれば、何も無い場合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・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等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。
- 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。
- 入院中に、退院指導に関わるのは病棟看護師等の医療職のため、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場合、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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 病院間でも施設間でも、共通言語がない。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。病院はまだまだ遅れていて、学びの場が必要だと感じている。
- 退院調整を、病院スタッフが学ぶ場がない。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。
- 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。
- 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。
- とりまとめの中で、取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明確にしたほうがよい。

左を解決するメニュー

- 本人・家族の情報について共通シート・冊子等の作成
- 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
- 入退院時病院－在宅連携ルールの策定
- 在宅時連携ルールの策定
- 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
- 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
- 1～5についての医療・介護等専門職に対する研修
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 主治医・副主治医制
- 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
- 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（同行研修等）
- 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）
- 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（病院訪問研修等）
- 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）
 - 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）
- 企業などに対する出前講演の実施
- 学校教育との協力・連携

問題意識

地域で「連携の課題」を言いつ放し。集約しないし、ぶつける先もない。
「連携の課題」が数字で見えていない。

「連携の課題」を解決するルール・ツール、取組を作れていない。

ルール・ツール、取組を作って終わり。
普及しない・徹底されない。

取組が長く続かない、見直しができていない。
どこまで進んだかわからない。

目指したい方向性

問題意識

- 地域で「連携の課題」を言い放し、ぶつける先がない
- 「連携の課題」が数字で見えていない

- 「連携の課題」を解決するルール・ツール、取組を作れていない

- ルール・ツール、取組を作っても普及しない、徹底されない

- 取組が長く続かない、見直しができていない、どこまで進んだかわからない



目指したい方向性

- 地域や団体の研修等で、「連携の課題」を議論・集約できる
- 「連携の課題」が数字で見える

- 皆で取り組むルール・ツール、取組を「地域合意」にできる

- ルール・ツール、取組を実施する「協力医療機関・事業所」が見える
- 地域や団体の研修等で、ルール・ツール、取組を普及・徹底できる

- 取組の効果検証や見直しをする
- 「連携」の進み具合が数字で見える

問題意識①
(連携の課題を「皆で見える化」できないか)

目指したい方向性

問題意識【再掲】

- 地域で「連携の課題」を言い放し、ぶつける先がない
- 「連携の課題」が数字で見えていない

問題意識①（連携の課題を「皆で見える化」できないか）

- 「連携の課題」を解決するルール・ツール、取組を作れていない

- ルール・ツール、取組を作っても普及しない、徹底されない

- 取組が長く続かない、見直しができていない、どこまで進んだかわからない

目指したい方向性

- 地域や団体の研修等で、「連携の課題」を議論・集約できる
- 「連携の課題」が数字で見える

- 皆で取り組むルール・ツール、取組を「地域合意」にできる

- ルール・ツール、取組を実施する「協力医療機関・事業所」が見える
- 地域や団体の研修等で、ルール・ツール、取組を普及・徹底できる

- 取組の効果検証や見直しをする
- 「連携」の進み具合が数字で見える

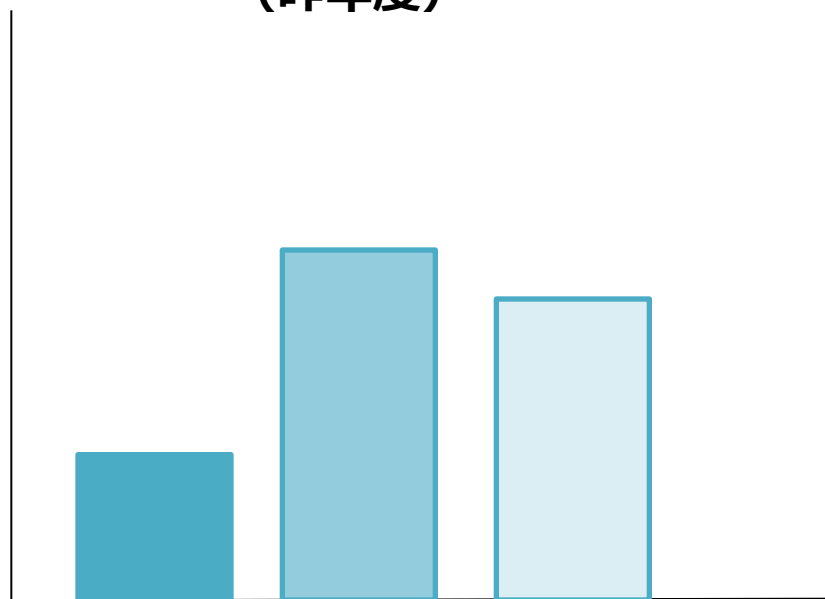
連携の課題を「皆で見える化」

○地域全体で、連携が良くなっているのか(悪くなっているのか)を共有したい。

例

入院時情報提供の時期

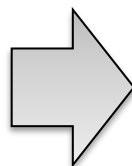
(昨年度)



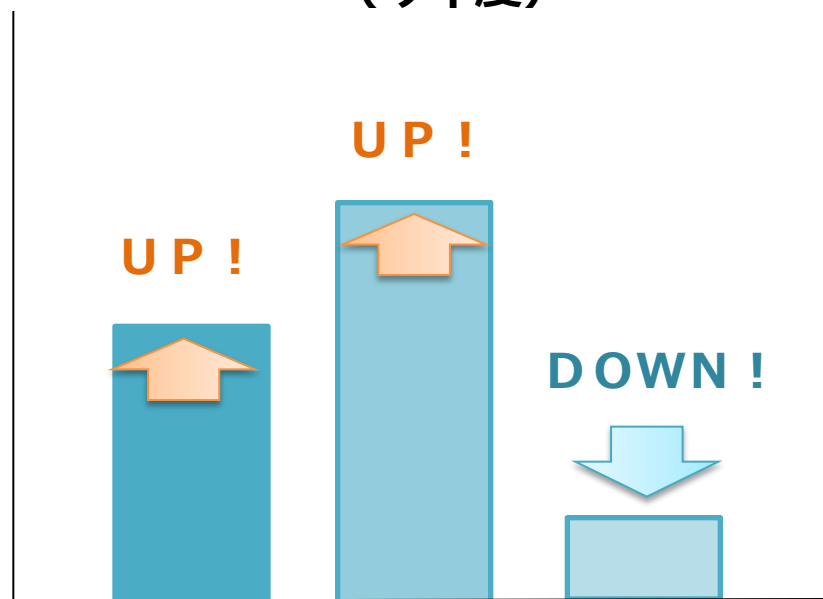
入院当日
まで

入院後
3日まで

入院後
7日まで



(今年度)



入院当日
まで

入院後
3日まで

入院後
7日まで

○例えば、どの地域や団体の研修でも、共通のコーナーで共有し、皆で改善に取り組むことができないか。

問題意識②
(何をルール化・ツール化するか?)

目指したい方向性

問題意識【再掲】

- 地域で「連携の課題」を言い放し、ぶつける先がない
- 「連携の課題」が数字で見えていない

- 「連携の課題」を解決するルール・ツール、取組を作れていない

- ルール・ツール、取組を作っても普及しない、徹底されない

- 取組が長く続かない、見直しができていない、どこまで進んだかわからない

問題意識②（何をルール化・ツール化するか？）

- 地域や団体の研修等で、「連携の課題」を議論・集約できる
- 「連携の課題」が数字で見える

- 皆で取り組むルール・ツール、取組を「地域合意」にできる

- ルール・ツール、取組を実施する「協力医療機関・事業所」が見える
- 地域や団体の研修等で、ルール・ツール、取組を普及・徹底できる

- 取組の効果検証や見直しをする
- 「連携」の進み具合が数字で見える

【参考】入退院時連携ルール（福井県）

福井県退院支援ルール

～病院と地域で切れ目のない連携をめざして～

平成28年4月

(最終改定 平成29年4月)

福井県「退院支援ルール」検討会

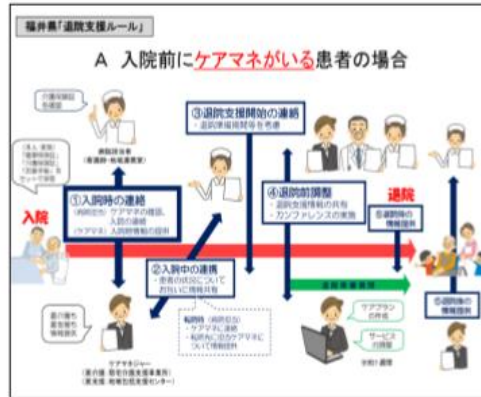
福井県「退院支援ルール」は、福井県内の6つの連携推進センターの圏域ごとに、病院の地域連携の担当者、在宅介護支援事業所・地域包括支援センターのケアマネジャー、市町介護保険担当等、地域の医療と介護の関係者が意見を話し合い、それを集約して福井県全体の共通ルールとしてとりまとめたものです。

①入院時の連絡

- ケアマネジャーは、利用者の入院が分かったら、すみやかに病院担当者に連絡を入れる（「**病院・有床診療所の連絡窓口一覽**」（資料1）の「**ケアマネジャーからの連絡を受ける窓口**」参照。）また、「**入院時情報提供シート**」（参考様式1）等により病院担当者に利用者の情報を提供する。

4 福井県「退院支援ルール」

A 入院前にケアマネがいる（介護保険サービスを利用していた）場合



①入院時の連絡

- 病院担当者は、患者が入院前に介護保険サービスを利用していたことを確認したら、すみやかに患者を担当しているケアマネジャーに入院の連絡を入れる。
- ケアマネジャーは、利用者（要介護、要支援とも）の入院が分かったら、すみやかに病院担当者に連絡を入れる（「**病院・有床診療所の連絡窓口一覽**」（資料1）の「**ケアマネジャーからの入院時の連絡を受ける窓口**」参照。また、「**入院時情報提供シート**」（参考様式1）等により病院担当者に利用者の情報を提供する。
- 病院担当者とケアマネジャーは、お互いにすみやかな入院時の連絡に努める。

<病院担当者が患者のケアマネを確認する方法>

- 入院時の本人、家族へ聞き取り、介護保険証等の確認
- 上記の方法でもケアマネジャーが不明な場合は患者の居住地の市町役場に確認

ケアマネジャーが利用者の入院に早く気付くための工夫>

利用者の介護保険証、保険証にケアマネの名前を記入しておく

利用者に介護保険証を保険証と一緒に保管する

本人、家族に入院が決まったるケアマネに伝える

サービス事業所に利用者の入院に気付いたら

②入院中の連絡

- 病院担当者とケアマネジャーは、入院期間の見込みや患者の状態等について、入院時から連絡して情報共有に努める。

③退院支援開始の連絡

- 病院担当者は、患者が在宅退院できそうと判断できれば、ケアマネジャーが退院準備に必要な期間（ケアプランの作成、事業所との調整等の期間）を考慮して、入院時情報提供があったケアマネジャーに退院支援開始を連絡する。

<在宅退院できそうと判断する目安>

- 病状がある程度安定した状態である
- 在宅での介護ができそうなお状態である

④退院前調整

- 病院担当者は、ケアマネジャーがケアプラン作成等に必要の情報（「**退院支援情報共有シート**」（参考様式2）の内容等）を、カンファレンス等の面談日までに院内の関係者から収集する。
- 病院担当者とケアマネジャーは、カンファレンス等で退院支援に必要な情報を共有する。（「**退院支援情報共有シート**」は情報共有のツールとして活用する。）
- 追加のカンファレンスや退院時共同指導の実施の要否については、病院担当者とケアマネジャーで協議し、病院が決定する。

⑤退院時・退院後の情報提供

- 病院担当者は、看護・介護の引継ぎ書（退院後に設定される看護・介護の開始や最終接見日・入浴日、服薬内容等）をケアマネジャーに提供する。
- ケアマネジャーは、原則として患者の退院後にケアプランの写しを病院に提供する。

※転院時の連絡

- 病院担当者は、患者が転院することが決まるとともに、転院先の病院にすみやかにケアマネジャーに転院の連絡を入れるとともに、転院先の病院にケアマネジャーについて情報提供を行う。

<ケアプラン作成の流れ>

- | | |
|----------------|------------------|
| ① 契約・要約（本人・家族） | 退院後の住居・環境、ニーズ |
| ② 病状からの情報収集 | 身体機能の状況、介護歴 |
| ③ ケアプラン作成 | 自立支援、サービス事業所との調整 |
| ④ サービス事業所との調整 | サービス事業所の連携 |

③退院支援開始の連絡

- 病院担当者は、患者が在宅退院できそうと判断できれば、ケアマネジャーが退院準備に必要な期間（ケアプランの作成、事業所との調整等の期間）を考慮して、・・・（略）・・・ケアマネジャーに退院支援開始を連絡する。

④退院前調整

- 病院担当者は、ケアマネジャーがケアプラン作成等に必要の情報（「**退院支援情報共有シート**」（参考様式2）の内容等）をカンファレンスの面談日までに院内の関係者から収集する。

プロジェクト会議で議論・合意していくこと

在宅医療・介護連携推進に関するワーキング会議とりまとめ（平成29年9月）

連携に関する主な課題

- 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、在宅側に必要な情報がなにかを考慮することがない。
- 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、何も無い場合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・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等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。
- 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。
- 入院中に、退院指導等に関わるのは病棟看護師等の医療職のため、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場合、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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 病院間でも施設間でも、共通言語がない。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こず退院直前にわかったこともあった。病院はまだまだ遅れていて、学びの場が必要だと感じている。
- 退院調整を、病院スタッフが学ぶ場がない。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。
- 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。
- 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。
- とりまとめの中で、取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明確にしたほうがよい。

左を解決するメニュー

- 本人・家族の情報について共通シート・冊子等の作成
- 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
- 入退院時病院-在宅連携ルールの策定
- 在宅時連携ルールの策定
- 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
- 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
- 1～5についての医療・介護等専門職に対する研修
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 主治医・副主治医制
- 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
- 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（同行研修等）
- 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）
- 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（病院訪問研修等）
- 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）
 - 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）
- 企業などに対する出前講演の実施
- 学校教育との協力・連携



●プロジェクト会議では、基本この議論はしない（蒸し返さない）。

●市内で取組むべきルール・ツール、取組の「仮説」
●プロジェクト会議では、これらを、どこから、どうやって実現するかを、議論・合意する。

問題意識③
(どのように普及・徹底するか?)

目指したい方向性

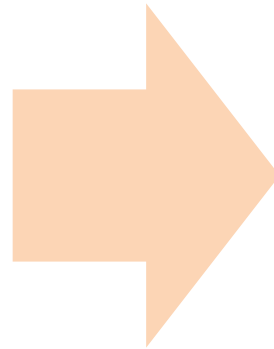
問題意識【再掲】

- 地域で「連携の課題」を言い放し、ぶつける先がない
- 「連携の課題」が数字で見えていない

- 「連携の課題」を解決するルール・ツール、取組を作れていない

- ルール・ツール、取組を作っても普及しない、徹底されない

- 取組が長く続かない、見直しができていない、どこまで進んだかわからない



目指したい方向性

- 地域や団体の研修等で、「連携の課題」を議論・集約できる
- 「連携の課題」が数字で見える

- 皆で取り組むルール・ツール、取組を「地域合意」にできる

- ルール・ツール、取組を実施する「協力医療機関・事業所」が見える
- 地域や団体の研修等で、ルール・ツール、取組を普及・徹底できる

問題意識③（どのように普及・徹底するか？）

- 取組の効果検証や見直しをする
- 「連携」の進み具合が数字で見える

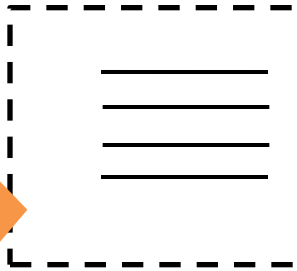
必要な段取り（イメージ）

「地域合意」を作り

○連携ルール・ツール

1.
2.
3.

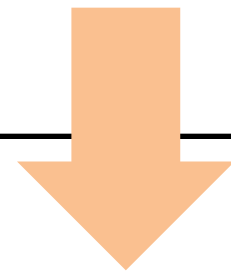
○○会
□□会
▲▲会
××市



実務に落としこむ

○協力病院一覧

○○病院
□□病院
▲▲病院



○院内ワークフロー
に位置付け

実務にしっかりと落とし込めるかが大事

- 団体と、現場との「間」の、個々の医療機関・事業所レベル（その管理者）をどう巻き込むかが課題。

医療・介護団体

個々の医療機関・事業所レベル



現場



問題意識④
(誰が何をすればいいのか?)

目指したい方向性

問題意識【再掲】

- 地域で「連携の課題」を言い放し、ぶつける先がない
- 「連携の課題」が数字で見えていない

- 「連携の課題」を解決するルール・ツール、取組を作れていない

- ルール・ツール、取組を作っても普及しない、徹底されない

- 取組が長く続かない、見直しができていない、どこまで進んだかわからない

目指したい方向性

- 地域や団体の研修等で、「連携の課題」を議論・集約できる
- 「連携の課題」が数字で見える

- 皆で取り組むルール・ツール、取組を「地域合意」にできる

- ルール・ツール、取組を実施する「協力医療機関・事業所」が見える
- 地域や団体の研修等で、ルール・ツール、取組を普及・徹底できる

- 取組の効果検証や見直しをする
- 「連携」の進み具合が数字で見える



問題意識④

(誰が何をすればいいのか?)

必要な段取り（詳細）

問題意識【再掲】

- 地域で「連携の課題」を言い放し、ぶつける先がない
- 「連携の課題」が数字で見えていない

- 「連携の課題」を解決するルール・ツール、取組を作れていない

- ルール・ツール、取組を作っても普及しない、徹底されない

- 取組が長く続かない、見直しができていない、どこまで進んだかわからない

- 各地域・団体の研修を一覧にする
- 各地域・団体へ共通の研修を依頼する
- 研修共通フォームを作成する

- ルール・ツールのイメージを具体化する
- 各医療機関・事業所のマニュアルなどへ組み込む

- 各医療機関・事業所へ説明する協力の意向を確認する
- 「協力医療機関・事業所一覧」を作る
- 各地域・団体へ共通の研修を依頼する

- ルール・ツールごとに進捗管理・効果検証を行う
- 必要に応じて見直しを行う

目指したい方向性【再掲】

- 地域や団体の研修等で、「連携の課題」を議論・集約できる
- 「連携の課題」が数字で見える

- 皆で取り組むルール・ツール、取組を「地域合意」にできる

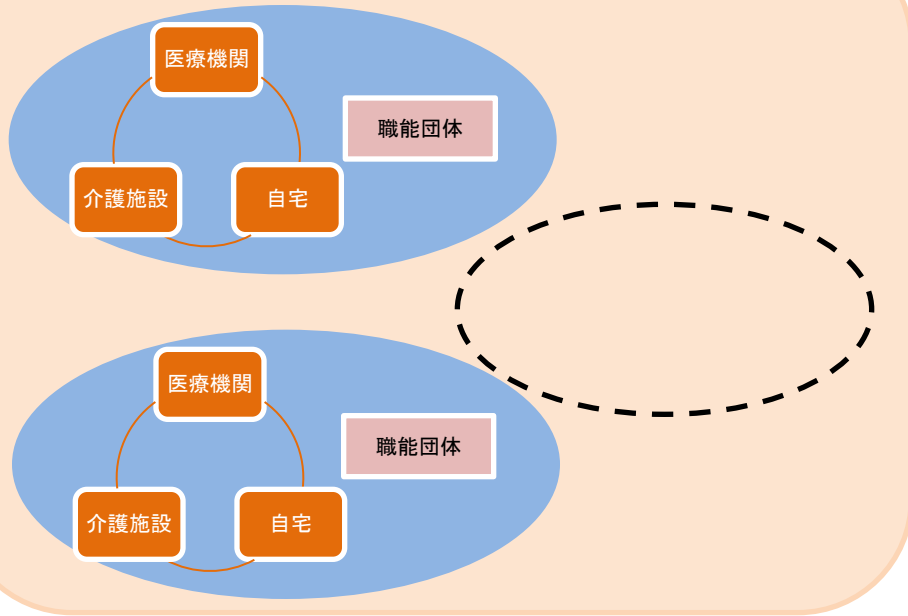
- ルール・ツール、取組を実施する「協力医療機関・事業所」が見える
- 地域や団体の研修等で、ルール・ツール、取組を普及・徹底できる

- 取組の効果検証や見直しをする
- 連携の進み具合が数字で見える

2-(4) プロジェクト会議の進め方について

体制について

北九州市全体の医療・介護の現場

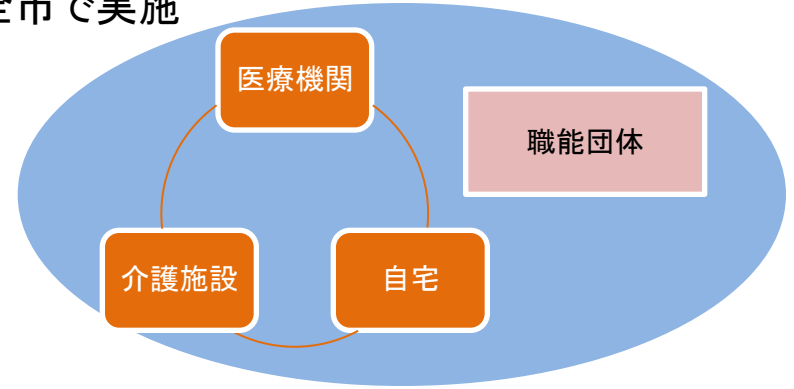


①課題



②課題の共有
協力者の開拓

⑥全市で実施



④モデル実施



⑤効果・検証

北九州医療・介護連携プロジェクト会議

③課題の解決策を講じる

【会議】 プロジェクト会議：方針・次の方策の合意と決定

作業部会：合意決定された方針・次の方策の具体化とツメ

【役割】

①課題の集約。

③課題の解決策を講じる。

⑤効果・検証を受け、改善策を講じる。

②課題の共有、協力者の開拓

④モデル実施を行う。

⑥全市で実施の普及方法を講じる。

協議ルール（案）

- 1 要望を言うための会議ではない。
課題を解決するために全員で議論し、作業を行う。
- 2 ポジショントークはしない。所属・団体の立場を離れ、
本人・家族にとって必要なことを議論する。
- 3 本会議で変えることができない制度や仕組み等については議論しない。
- 4 他者の意見を頭ごなしに否定しない。
否定する際は、代替案・補足などを提言する。
- 5 従来やり方に固執しない。組み合わせ、改善、便乗 歓迎。
- 6 「仕組み」と「継続」づくりを意識する。
- 7 会議ごとに最低限合意できたことを確認する（ピン留め）。
- 8 会議で意見が衝突しても、会議後に引きずらない。
会議の話は会議の中で完結させる。
- 9 会議で決まった後に、「実はこう思っていた」と言わない。
- 10 会議で行うと決めたことは必ず実行する。

今年度のスケジュール（イメージ）

時期	プロジェクト会議で取り組むこと	
平成30年 6～8月	【立ち上げ期】 ○各団体への説明、委員選出依頼 ○プロジェクト会議の立ち上げ（8月17日） ○スケジュール・作業手順の確認	
夏	【仮説の設定、裏付け期】 <u>○市内で取り組むべきルール・ツール、取組の「仮説」設定</u> <u>○連携の課題・取組の定量的・客観的把握（調査）</u> ※調査項目などのツメは作業部会で行う	【協力者の開拓】 ○市内の関係者（医療・介護関係団体、個別の医療機関・事業所等へ、プロジェクト会議の状況周知
秋	【調整期】 ○市内で取り組むべきルール・ツール、取組の候補設定 <u>○市内の関係者の協力意向等の確認</u> <u>（医療・介護関係団体、個別の医療機関・事業所）</u> ○普及・徹底の方策① （医療・介護関係団体、地域の研修への組み込み等）	<u>○調査依頼や、協力意向確認</u>
冬	【具体化期】 ○市内で取り組むべきルール・ツール、取組の策定・合意 <u>○市内の関係者の協力意向等のリスト化</u> <u>（医療・介護関係団体、個別の医療機関・事業所）</u> ○普及・徹底の方策② ※ルール・ツール等のツメは作業部会で行う	相互にフィードバックする。 並行して行う。
平成31年 以降	【モデル実施期】 ○市内でモデル実施、効果の検証	

プロジェクト会議で議論・合意していくこと【再掲】

在宅医療・介護連携推進に関するワーキング会議とりまとめ（平成29年9月）

連携に関する主な課題

- 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、在宅側に必要な情報がなにかを考慮することがない。
- 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、何も無い場合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・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等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。
- 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。
- 入院中に、退院指導等に関わるのは病棟看護師等の医療職のため、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場合、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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 病院間でも施設間でも、共通言語がない。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。病院はまだまだ遅れていて、学びの場が必要だと感じている。
- 退院調整を、病院スタッフが学ぶ場がない。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。
- 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。
- 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。
- とりまとめの中で、取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明確にしたほうがよい。

左を解決するメニュー

- 本人・家族の情報について共通シート・冊子等の作成
- 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
- 入退院時病院－在宅連携ルールの策定
- 在宅時連携ルールの策定
- 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
- 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
- 1～5についての医療・介護等専門職に対する研修
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 主治医・副主治医制
- 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
- 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（同行研修等）
- 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）
- 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（病院訪問研修等）
- 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）
 - 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）
- 企業などに対する出前講演の実施
- 学校教育との協力・連携



●プロジェクト会議では、基本この議論はしない（蒸し返さない）。

●市内で取組むべきルール・ツール、取組の「仮説」
●プロジェクト会議では、これらを、どこから、どうやって実現するかを、議論・合意する。

3 市内で取組むべきルール・ツール、取組の仮説

「ワーキング会議で取りまとめた解決するためのメニュー」を大別すると・・・

【ルール・ツールがない】

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。



- ・入退院をはじめとした全体的な情報の流れや扱いに関する地域の医療・介護関係者の困りごとや希望を数字で把握してはどうか？

→P32（作業部会の当座のミッション）へ

【横展開がない】

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。



- ・横展開できるための受け皿づくり（未組織の団体等の組織化の推進を含む）をするため、まずはプロジェクト会議の協力者の開拓を進めてはどうか？

→P34（5 協力者の開拓について）へ

4 作業部会の当座のミッション

入退院をはじめとした、全体的な情報の流れや扱いに関する

地域の医療・介護関係者の困りごとや希望を数字で把握

※調査対象職種は、医師、看護師、SW、ケアマネジャー

欲しい結果は

- ・例えば、
困りごとを裏付ける情報提供の件数や時期、提供方法を数字で把握
- ・例えば、
希望を具体化する「必要なモノ」のニーズを数字で把握

そのためには

調査票の作成

- ・調査協力を行うための、具体的な手法、ルートの検討

→具体的に言うと、「どこの医療機関・施設・事業所」に「どうやって調査協力を取り付け」
「どうやって調査票を配付」し「どうやって調査票を回収」するか

※できれば、「複数回」調査を行うことができる効率的な仕組みを作りたい。

作業部会のメンバーについて

※五十音順

- ・ 北九州市医師会
- ・ ケアマネット21
- ・ 小倉医師会訪問看護ステーション
- ・ 福岡県医療ソーシャルワーカー協会
- ・ 福岡県介護支援専門員協会
- ・ 福岡県看護協会

※まずは、「当座のミッション」の調査対象職種を中心に6人程度でスタート。
※協議内容によって、メンバーの追加・変更を想定。